

**Strukturelle Veränderungen in
Psychoanalysen aus
bindungstheoretischer Sicht**

Bindung, Mentalisierung und therapeutische Allianz

Julia Barten-Hohn

„Unser Weg, das geschwächte Ich zu stärken, geht von der Erweiterung seiner Selbsterkenntnis aus: Wir wissen, dies ist nicht alles, aber es ist der erste Schritt.“

(Freud, 1938, Band XVII, Die Psychoanalytische Technik, S. 103)

Strukturelle Veränderungen in Psychoanalysen aus
bindungstheoretischer Sicht
Bindung, Mentalisierung und therapeutische Allianz

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
an der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Julia Barten-Hohn

Erstgutachter: Prof. Dr. Wolfgang Mertens
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter

Erstgutachter: Prof. Dr. Wolfgang Mertens
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter
Tag der mündlichen Prüfung: 12.02.2019

Danksagung

In der vorliegenden Arbeit wurden die im Rahmen des Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt erhobenen Daten ausgewertet. Ich danke insbesondere den mutigen Patienten und Therapeuten, die durch ihre Offenheit ermöglichten, dass wichtige Therapieprozesse erforscht werden können.

Diese Dissertation ist keine Leistung eines Einzelnen. Zahlreiche Personen, denen mein besonderer Dank gilt, haben durch ihre Kompetenz und ihre wertvolle Unterstützung meinen Weg leichter gemacht.

Bei Prof. Dr. Wolfgang Mertens, Erstgutachter dieser Arbeit, möchte ich mich für zahlreiche intensive Fachgespräche, die mir immer neue Perspektiven eröffnet und meine Sicht auf das Leben entscheidend verändert haben, bedanken. Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter, Zweitgutachterin dieser Arbeit, ist die kompetenteste, geduldigste und freundlichste Betreuerin, die ich mir als Doktorandin wünschen konnte. Bei Dr. Ingrid Erhardt bedanke ich mich für das stets zuverlässige Co-Rating zahlreicher Therapiestunden.

Doch mein ganz besonderer Dank gilt

Isabella

für die Ermutigung

Dušanca

die mir stets den Rücken freigehalten hat

Tiffany

für ihre hervorragende Fachkompetenz und Geduld

meiner Familie

auf deren Liebe und Unterstützung ich mich verlassen kann

und besonders meinem Ehemann

der mich bedingungslos und mit Wohlwollen begleitet – immer.

Zusammenfassung

In dieser Studie wurden im Allgemeinen das Veränderungspotential von psychoanalytischen Langzeittherapien und im Spezifischen die von der Bindungssensibilisierung des Therapeuten abhängigen Entwicklungsmöglichkeiten fokussiert. Zusätzlich ermöglichte eine Katamnese die Überprüfung zuvor erreichter Veränderungen. Für eine Beantwortung nach dem *Wie* von Veränderungsprozessen wurde außerdem eine qualitative Auswertung von zwei Langzeitverläufen vorgenommen, die zudem wichtige Aufschlüsse über das Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens in der therapeutischen Dyade lieferte.

Von Interesse waren dabei die Veränderungsmaße a) Bindungsstil, b) Mentalisierungsfähigkeit und c) therapeutische Allianz. Die Gesamtstichprobe des Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekts umfasste 17 Patienten, welche in Abhängigkeit der Bindungsschulung des Therapeuten in eine Experimental- und in eine Kontrollgruppe unterteilt wurden. Sie wurden aus der Raterperspektive mit dem Adult-Attachment-Interview (AAI) zur Bestimmung des Bindungsstils und mit der Reflexiven Funktionsskala (RF Skala) für die Erfassung der Mentalisierungsfähigkeit zu Therapiebeginn, nach 240 Behandlungsstunden und nach einer durchschnittlichen Katamnesedauer von 1.7 Jahren untersucht. Die therapeutische Allianz wurde mit der California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS) zu Therapiebeginn und in drei Abständen von jeweils 80 Behandlungsstunden erhoben. Durch die differenzierte Evaluierung einer Patienten- sowie Therapeutenvariable konnte der jeweilige Beitrag des am Prozess Beteiligten isoliert betrachtet werden.

Die Ergebnisse zeigten, dass sich das Bindungsmuster und die Arbeitsfähigkeit des Patienten durch eine Langzeittherapie vorteilhaft verändern lassen. Bei der Mentalisierungsfähigkeit fielen unterschiedliche Veränderungsprozesse in Abhängigkeit vom primären Bindungsmuster auf, die ausführlich berichtet werden. Die resultierenden Implikationen für psychoanalytische Langzeittherapien, Bindungsschulungen für Therapeuten sowie wichtige Therapieprozesse werden diskutiert.

Schlüsselwörter: psychoanalytische Langzeittherapie, Bindungssensibilisierung des Therapeuten, Bindung, Mentalisierung, therapeutische Allianz, Prozessforschung

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	i
Abbildungsverzeichnis.....	ii
Tabellenverzeichnis	iii
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	3
2.1 Psychotherapieforschung.....	3
2.1.1 Ergebnisorientierte Forschung	3
2.1.2 Prozessorientierte Forschung	5
2.1.3 Psychoanalytische Psychotherapieforschung.....	6
2.2 Bindungstheorie	9
2.2.1 Entwicklungsgeschichte	9
2.2.2 Unterschiedliche Bindungsklassifikationen	11
2.2.3 Aktuelle Forschungsergebnisse.....	15
2.3 Mentalisierungskonzept.....	17
2.3.1 Allgemeine Einführung	18
2.3.2 Soziales Biofeedbackmodell.....	19
2.3.3 Entwicklungsstadien des Mentalisierungserwerbs.....	22
2.3.4 Kritik am Mentalisierungskonzept.....	24
2.3.5 Weiterentwicklungen des Mentalisierungskonzepts	24
2.3.6 Aktuelle Forschungsergebnisse.....	26
2.4 Therapeutische Allianz	27
2.4.1 Konzeptuelle Klärung.....	27
2.4.2 Aktuelle Forschungsergebnisse.....	29
2.5 Zusammenfassende Überlegungen zum theoretischen Hintergrund	31
2.5.1 Von der Ein-Personen- zur Zwei-Personen-Psychologie.....	31
2.5.2 Zusammenhang zwischen Bindung und therapeutischer Allianz.....	32
2.5.3 Zusammenhang zwischen Bindung und Mentalisierung	33
2.5.4 Zusammenhang von Mentalisierung und therapeutischer Allianz	35
2.5.5 Desorganisation im Kontext von Bindung, Mentalisierung und therapeutischer Allianz.....	36
2.6 Hinführung zu relevanten Forschungsfragen	37
3 Methodisches Vorgehen.....	40
3.1 Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt	40
3.2 Gesamtstichprobe	41

3.3	Forschungsinstrumente	44
3.3.1	<i>Adult Attachment Interview</i>	44
3.3.2	<i>Reflexive Funktionsskala</i>	45
3.3.3	<i>California Psychotherapy and Alliance Scale</i>	47
3.4	Untersuchungsplan und formulierten Hypothesen	51
3.4.1	<i>Vorabanalyse</i>	54
3.4.2	<i>Gesamtstichprobe</i>	54
3.4.3	<i>Experimentalgruppe</i>	56
3.4.4	<i>Kontrollgruppe</i>	58
3.4.5	<i>Patienten mit einer U-Kodierung zu Therapiebeginn</i>	60
3.4.6	<i>Zusammenhangshypothese</i>	62
3.4.7	<i>Qualitative Auswertung von zwei Langzeitverläufen</i>	63
4	Ergebnisse	64
4.1	Statistische Vorgehen	65
4.2	Vorabanalyse	66
4.3	Ergebnisse für die Gesamtstichprobe.....	67
4.4	Ergebnisse für die Experimentalgruppe.....	68
4.5	Ergebnisse für die Kontrollgruppe	70
4.6	Ergebnisse für Patienten mit einer U-Kodierung zu Therapiebeginn.....	71
4.7	Vergleich der Experimental- und Kontrollgruppe zum letzten Messzeitpunkt.....	73
4.8	Ergebnisse postulierter Zusammenhänge	76
4.9	Qualitative Auswertung von zwei Langzeitverläufen	76
5	Diskussion	76
5.1	Ausmaß an strukturellen Veränderungen im MBWP	77
5.1.1	<i>Bindung</i>	77
5.1.2	<i>Mentalisierung</i>	81
5.1.3	<i>Therapeutische Allianz</i>	85
5.2	Die Rolle der Bindungssensibilisierung.....	86
5.2.1	<i>Bindung</i>	86
5.2.2	<i>Mentalisierung</i>	88
5.2.3	<i>Therapeutische Allianz</i>	91
5.3	Zustandekommen der Veränderungen - Prozessanalyse.....	92
5.3.1	<i>Patientenvariable</i>	92
5.3.2	<i>Therapeutenvariable</i>	95
5.3.3	<i>Qualitative Auswertung von zwei Langzeitverläufen</i>	96
5.4	Evaluierung der eingesetzten Messinstrumente	97

5.5	Implikationen	99
5.6	Resümierende Betrachtung	104
5.7	Schlussfolgerung	105
6	Literaturverzeichnis	109
7	Anhang	120
	Anhang A Interviewleitfaden des Adult Attachment Interviews	120
	Anhang B Auswertungsbogen – Skala des Reflexiven Selbst.....	125
	Anhang C Fragebogen CALPAS-R	127
	Anhang D.1 Verwendetes Datenmaterial für das Instrument AAI.....	129
	Anhang D.2 Verwendetes Datenmaterial für das Instrument CALPAS.....	130
	Anhang D.3 Verwendetes Datenmaterial für das Instrument RF.....	131
	Anhang E OPD-Zertifizierung der Doktorandin	132

Abkürzungsverzeichnis

AAI	Adult Attachment Interview
AAP	Adult Attachment Projective Picture System
AAPR	Adult Attachment Prototype Rating
AC	Affect Consciousness – Affektbewusstsein
ACS	Affect Consciousness Scale
CALPAS	California Psychotherapy Alliance Scale
IAM	Inneres Arbeitsmodell
LOCF	Last-Observation-Carried-Forward-Methode
<i>M</i>	arithmetischer Mittelwert
MBWP	Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt
<i>Mdn</i>	Median
MZP	Messzeitpunkt
OPD	Operationalisierte psychodynamische Diagnostik
p-Faktor	Allgemeiner Psychopathologiefaktor
PC	Patient Commitment, Subskala des CALPAS
PWC	Patient Working Capacity, Subskala des CALPAS
<i>r</i>	Effektstärke nach Cohen (1992)
RCT	Randomisiert-kontrollierte Studie
RF	Reflexive Funktion
RGS	Residual Gain Score
<i>SD</i>	Standardabweichung
TFP	Transference Focused Psychotherapy
ToM	Theory-of-Mind
TUI	Therapist Understanding and Involvement, Subskala des CALPAS
U	desorganisiertes bzw. ungelöstes Bindungsverhalten
WSC	Working Strategy Consensus, Subskala des CALPAS

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Prinzip des empistemischen Vertrauens	15
Abbildung 2	Datenerhebungen – nach Messinstrumenten und Messzeitpunkten.....	53
Abbildung 3	Mittlere Reflektionsfähigkeit und Standardabweichungen – nach U-Diagnosen und Messzeitpunkten.....	72
Abbildung 4	Prozentuale Häufigkeiten der sicher vs. unsicher Gebundenen – nach Gruppen und Messzeitpunkten.....	73
Abbildung 5	Mittlere Reflektionsfähigkeit und Standardabweichungen – nach Gruppen, vor und nach der Therapie.	74
Abbildung 6	Mittlere Reflektionsfähigkeit und Standardabweichungen – nach Gruppen und Messzeitpunkten.....	74

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Instrumente und Bindungsklassifikationen für Kinder und Erwachsene.....	9
Tabelle 2	Studieneinordnung des MBWP hinsichtlich der Bindungsklassifikationen.....	43
Tabelle 3	Verteilung der Bindungsklassifikationen – nach Gruppen und Messzeitpunkten.....	43
Tabelle 4	Ziele und Forschungsbeiträge in den Untersuchungsgebieten.....	52
Tabelle 5	Überblick der Hypothesen – nach Messinstrumenten und Stichproben	63
Tabelle 6	Dokumentierte Stunden für Studienteilnehmende 1 und 2.....	64
Tabelle 7	Mittelwerte und Standardabweichungen – nach Gruppen und Messzeitpunkten	75
Tabelle 8	Überblick der Hypothesen – nach Messinstrumenten und Stichproben	77

1 Einleitung

Wenn sich Patienten¹ zur Aufnahme einer Therapie entschließen, klagen die meisten in hohem Maße über Beziehungsschwierigkeiten, die ihre Lebensqualität massiv beeinträchtigen und sie werden von einer unbewussten Vorstellung über die zur Genesung notwendigen intersubjektiven Erfahrungen geleitet. Aus der Sicht der Bindungstheorie resultieren die erwähnten Beeinträchtigungen aus maladaptiven verinnerlichten Bindungsmustern und beeinflussen fortan das Übertragungsgeschehen in jeder neuen Beziehung. In dieser Arbeit wird postuliert, dass die Beziehung zum Therapeuten wie eine Bindungsbeziehung erlebt wird. Das Mentalisieren ist eine psychische Entwicklungsleistung, die dem eigenen Verhalten und dem anderer einen Sinn gibt und förderlich für die psychische Gesundheit ist. Diese Fähigkeit wird jedoch nur im Rahmen einer vertrauensvollen Beziehung zur primären Bindungsperson erworben. Demnach können aus dem in der Kindheit erworbenen Bindungsmuster und den damit einhergehenden schwierigen Beziehungserfahrungen nicht zu unterschätzende Mentalisierungsdefizite entstehen. Aufgrund der engen Verzahnung der Bindung, der Mentalisierung und der dysfunktionalen Beziehungsmuster eignet sich besonders die Durchführung einer Langzeittherapie zur Überprüfung, ob sich die zugrundeliegenden Schwierigkeiten maladaptiver Übertragungskonfigurationen korrigieren lassen. Denn ein Therapeut, der sich flexibel auf das Übertragungsangebot des Patienten einstellen kann, wird sehr wahrscheinlich erfolgreichere Therapien durchführen. Mit der separaten Bewertung einer Patienten- und einer Therapeutenvariable wird das Verständnis für eine erfolgreiche therapeutische Zusammenarbeit und das Wissen um eine günstige Patient-Therapeut-Passung gestärkt. Deshalb lautet eine der zentralen Forschungsfragen dieser Arbeit: *Welches Ausmaß an strukturellen Veränderungen wird durch eine psychoanalytische Langzeittherapie erreicht?* Zudem wird untersucht, ob sich eine Bindungssensibilisierung des Therapeuten positiv auf die therapeutischen Zusammenarbeit und den Therapieerfolg auswirkt und die zweite zentrale Forschungsfrage entsprechend abgeleitet: *Welche Rolle spielt die Bindungssensibilisierung des Therapeuten bei der strukturellen Veränderung der Patienten in Rahmen einer psychoanalytischen Langzeittherapie?*

Um dieses komplexe Zusammenspiel von Bindung, Mentalisierung und therapeutische Allianz zu durchdringen, werden Untersuchungsinstrumente eingesetzt, die sich in der Psychotherapieforschung bewährt haben. Durch die Wahl der verwendeten Instrumente kann zusätzlich überprüft werden, ob sich eine Veränderung der Mentalisierungsfähigkeit bereits abbilden lässt, bevor es zur Veränderung der ursprünglichen Bindungskategorie kommt.

¹ Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

Mithilfe des Adult Attachment Interviews (AAI; Main & Goldwyn, 1998) kann das Bindungsmuster Erwachsener und dessen Veränderung gemessen werden. Die Reflexive Funktionskala (Fonagy et al., 1998) dient der Einschätzung und Veränderungsmessung der Mentalisierungsfähigkeit. Die California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS; Gaston & Marmar, 1993) ermöglicht eine differenzierte Beurteilung der therapeutischen Allianz.

Diese Arbeit möchte einen Einblick in die Wirkungsweise von Langzeittherapien, insbesondere durch die Berücksichtigung einer Bindungssensibilisierung des Therapeuten, gewinnen und evaluieren, ob Patienten dadurch bedeutsame Veränderungen erreichen und ihre Lebensbeeinträchtigung abschwächen sowie zukünftiges Leid verringern können.

Zu diesem Zweck wird zu Beginn, einleitend in den theoretischen Hintergrund (Kapitel 2, S.3), die ergebnisorientierte, die prozessorientierte sowie die psychoanalytische Psychotherapieforschung beschrieben. Im Rahmen der Bindungstheorie werden die unterschiedlichen Bindungsmuster vorgestellt. In der allgemeinen Einführung zum Mentalisierungskonzept wird auf den engen Zusammenhang zwischen dem Bindungssystem und dem Erwerb der Mentalisierungsfähigkeit in Abhängigkeit der Qualität der Affektspiegelung auf Seiten der Bindungsperson eingegangen. Im Anschluss werden im Abschnitt über die therapeutische Allianz die konzeptuelle Klärung sowie die pantheoretische Definition aufgegriffen. Im darauffolgenden Kapitel werden Überlegungen zur Wechselwirkung der zuvor beschriebenen Konzepte verdeutlicht. Auf die Auswirkungen der Wechselwirkung im Rahmen einer desorganisierten Bindung wird aufgrund der Wichtigkeit vertieft eingegangen. Abschließend werden relevante Forschungsfragen abgeleitet.

Das naturalistische Studiendesign des Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt (MBWP), die Gesamtstichprobe sowie die verwendeten Forschungsinstrumente werden im Kapitel Methoden (Kapitel 3, S.40) vorgestellt. Abschließend wird der Untersuchungsplan präsentiert und die Hypothesen abgeleitet.

Im Kapitel Ergebnisse (Kapitel 4, S.64) werden empirische Resultate für die Gesamtstichprobe, für die Experimental- bzw. Kontrollgruppe und gesondert für Patienten mit desorganisiertem Bindungsmuster vorgestellt. Zusätzlich wird auf die postulierten Zusammenhänge und die qualitative Auswertung von zwei Langzeitverläufen eingegangen. Im Diskussionsenteil (Kapitel 5, S.76) wird die Bedeutung der Ergebnisse im Rahmen der leitenden Forschungsfragen diskutiert. Auf die Frage nach dem *Wie* der Veränderungsprozesse wird durch Rückgriff auf die Ergebnisse der qualitativen Auswertung sowie der Berücksichtigung einer Patienten- und Therapeutenvariable eingegangen. Im Anschluss erfolgt eine Evaluierung der eingesetzten Messinstrumente. Die Schlussfolgerungen, die Einschränkungen und die Implikationen werden abschließend diskutiert.

2 Theoretischer Hintergrund

Rabung und Leichsenring (2016) betonen die Bedeutsamkeit psychodynamischer Langzeittherapien und halten für die differenzierte Abklärung der Indikation weitere Studien für nötig. Hier leistet das MBWP, das der vierten Generation der Psychotherapieforschung angehört, durch sein prospektives und multiperspektives Design einen wichtigen Beitrag sowohl zur Outcome- als auch zur Prozessforschung. Es zeichnet sich insbesondere durch die Länge der durchgeführten Therapien sowie der wiederholten Datenerhebung zu unterschiedlichen Messzeitpunkten (MZP), die eine Katamneseerhebung umfasst, aus. Von besonderem Wert ist die Berücksichtigung des therapeutischen Beitrags als Einflussfaktor auf die therapeutische Zusammenarbeit.

Im Kapitel *Theoretischer Hintergrund* wird zunächst die Geschichte der Psychotherapieforschung skizziert (2.1, S.3). Danach werden die Entwicklungsgeschichte der Bindungstheorie (2.2, S.9), das Konzept der Mentalisierung (2.3, S.17) und das Konstrukt der therapeutischen Allianz (2.4, S.27) vorgestellt. Im Anschluss an die zusammenfassenden Überlegungen (2.5, S.31) werden relevante Forschungsfragen (2.6, S.37) abgeleitet.

2.1 Psychotherapieforschung

Nachfolgend wird in die unterschiedlichen Anwendungsbereiche der Ergebnisforschung (2.1.1) sowie der Prozessforschung (2.1.2) eingeführt. Anschließend werden die Besonderheiten der psychoanalytischen Therapieforschungsansätze (2.1.3) herausgestellt.

2.1.1 Ergebnisorientierte Forschung

Die ergebnisorientierte Forschung stützt sich auf ein positivistisches Wissenschaftsparadigma und geht davon aus, dass Erkenntnisfortschritte nur im Rahmen randomisiert-kontrollierter Studien (sogenannte RCT oder auch *efficacy studies*) zu erlangen sind. „Bei Efficacy Studien geht es um den Nachweis der spezifischen Wirksamkeit einer spezifischen therapeutischen Maßnahme auf ein spezifisches klinisches Phänomen“ (Leuzinger-Bohleber, Benecke, & Hau, 2015, S. 170). Die durch einen Prä-Post-Vergleich erzielten Effekte werden dabei ausschließlich auf die durchgeführte Therapie zurückgeführt und erfüllen damit das Kriterium der internen Validität. Allerdings ist mit dieser Art von Forschung lediglich nachzuweisen, dass Psychotherapie wirksam ist. Kritisiert werden die Ergebnisstudien wegen der stark eingeschränkten Selektionskriterien und ihrer Durchführung ausschließlich unter Laborbedingungen. Aus der Sicht von Praktikern sind die Forschungsergebnisse insbesondere von randomisiert-kontrollierten Studien nicht relevant. Der Vorwurf der Praktiker lautet, dass die Ergebnisse kontrollierter Studien durch eine hochselektierte Patientenstichprobe mit monosymptomatischem Störungsbild häufig nicht aussagekräftig sind. Sie fordern stattdessen

die Durchführung von Studien mit repräsentativen Stichproben unter der Berücksichtigung gemischter Störungsbilder, um so die externe Validität zu erhöhen (vgl. Bohus, 2015).

Hau (2012) urteilt: „Angesichts der Vielfalt der zu untersuchenden Phänomene und der großen Anzahl unterschiedlicher Untersuchungsmethoden, die entwickelt wurden, erscheint es unverstänlich, warum randomisiert-kontrollierte Studien („Gold-Standard“) mit manualisierten Therapien und strengen Exklusionskriterien der alleinige Maßstab für Wissenschaftlichkeit und Evidenz sein sollen“ (S. 487). Nach Meinung des Autors wird in RCT durch die Selektion einzelner Variablen zu sehr simplifiziert, denn dadurch beschränkt sich der Forscher in seinen Untersuchungen auf abgegrenzte Ausschnitte eines viel komplexeren Zusammenhangs. So wird der Patient modulartig konzipiert, bei dem sich kontextunabhängig einzelne *Bausteine* verändern oder austauschen lassen. Deshalb plädiert er für ein Kontextmodell, welches in der Lage ist, die therapeutische Beziehung und den Patienten in seinem jeweiligen Lebenszusammenhang zu erfassen. Unterstützt werden diese Forderungen von Crits-Christoph und Connolly Gibbons (2003). Die Autoren stufen randomisierte Untersuchungen als wenig praxisnah ein und plädieren für naturalistische Studien, in denen die Exploration klinisch relevanter Variablen zum besseren Verständnis von Wirkmechanismen in psychodynamischen Therapien beitragen können. Dabei betonen sie die leichtere Generalisierbarkeit der gewonnenen Daten.

Im Falle von Kurzzeittherapien (wie z. B. kognitiv-behaviorale oder verhaltenstherapeutische Verfahren) zeigen die Forschungsergebnisse der vorrangig durchgeführten RCT nur marginale Unterschiede zwischen den verschiedenen Psychotherapieformen, was zum viel zitierten *Dodo Bird Verdikt* führte. Dieses entstammt einem Zitat aus Alice im Wunderland und meint, dass jeder gewonnen und einen Preis verdient hat. Das sogenannte *Äquivalenzparadox*, das das Dodo Bird Verdikt beschreibt, wird bis heute häufig in der Fachliteratur zitiert. Strauß (2001) rückt dagegen die Spezifität von Behandlungsmodellen und therapeutischen Settings in den Vordergrund und wendet kritisch ein, „[dass] der Dodo-Vogel als metaphorische Gestalt in der Psychotherapieforschung seine Schuldigkeit getan [hat], er sollte auch in der Diskussion um die Effekte der Psychotherapie langsam aussterben“ (S. 429).

In der zweiten Phase der Psychotherapieforschung verlagerte sich das Forschungsinteresse auf die Besonderheiten psychotherapeutischer Behandlungen. In den Fokus der Aufmerksamkeit rückte die Frage nach der besten Therapieform. Die Hoffnung bestand darin, eine empirische Absicherung für die jeweils beste Behandlung unterschiedlicher psychischer Störungen zu gewinnen. Dabei wird die Frage nach der Wirkweise von Psychotherapien mittels naturalistischer Studien zu beantworten versucht, die mit der ergebnisorientierten Forschungsausrichtung allein nicht zu klären ist. Für die Beantwortung der Frage nach der Wirkweise von unterschiedlichen Therapieformen wird eine prozessorientierte Sichtweise präferiert.

2.1.2 Prozessorientierte Forschung

In der Prozessforschung liegt das Hauptaugenmerk auf der Betrachtung von individuellen Verhaltensmustern und therapeutischen Interaktionssequenzen. Wissenschaftler befassen sich deshalb mit der Erforschung von methoden- und störungsspezifischen Techniken psychotherapeutischer Verfahren mittels naturalistischer Studien, die nicht unter Labor-, sondern unter Praxisbedingungen stattfinden. Diese Studien zeichnen sich durch eine hohe klinische Repräsentativität aus und ihre Ergebnisse lassen sich durch die hohe externe Validität gut auf die Alltagspraxis übertragen, denn für rezidivierende Störungen, die durch Persönlichkeitsfaktoren erheblich mit beeinflusst werden, sind RCT Studien ungeeignet. Eine hohe externe Validität geht aber zumeist mit einer geringeren internen Validität einher, weshalb naturalistische Studien regelmäßig kritisiert werden, da es schwierig ist, die therapeutischen Veränderungen ausschließlich auf die jeweilige Behandlungsmethode zurückzuführen (vgl. Leuzinger-Bohleber, Benecke, & Hau, 2015). Zudem werden die Anforderungen an die Stichprobengröße, die Teststärke oder auch die Therapieintegrität kritisch beurteilt (Leichsenring & Rabung, 2011).

In einer Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (Brandl et al., 2004) ist zu lesen: „Für Wirkungsbelege psychotherapeutischer Verfahren unter Praxisbedingungen sind naturalistische Studien erforderlich“ (S. 34). Es ist das Verdienst von Leichsenring und Rüger (2004), dass eine Qualitätskontrolle auch für naturalistische Studien mit sogenannten *Evidenzstufen* eingeführt wurde. Das Niveau dieser Art von Studien lässt sich demnach an unterschiedlichen Qualitätsgraden (I-VI) ablesen, je nachdem, wie viele der nachfolgend geforderten Kriterien erfüllt sind.

Nach diesem Vorschlag ist eine naturalistische Studie von hohem Evidenzgrad eine prospektive quasi-experimentelle Studie von hoher klinischer Repräsentativität, die sich unter anderem auszeichnet durch eine oder mehrere nicht-zufällige Vergleichsbedingungen (Matching oder Stratifizierung der Gruppen), eine klare Beschreibung von Patienten und Behandlungen, die Verwendung von reliablen und validen diagnostischen Prozeduren und Erfolgsmaßen, die Durchführung von Prä-, Post- und Follow-up-Erhebungen, die Mitteilung von Drop-out-Raten sowie durch aussagekräftige statistische Daten. (Leichsenring & Rüger, 2004, S. 211)

Auf diese Kriterien wird bei der detaillierten Beschreibung des MBWP wieder Bezug genommen (3.1, S. 40). Hau (2012) benennt die Vorteile dieses Vorgehens: „Mit der erweiterten Definition von Evidenz ist die Hoffnung verbunden, dass die Forschungsergebnisse dann auch eine höhere Relevanz für die klinische Alltagspraxis haben und sich somit leichter umsetzen lassen“ (S. 491).

Generell gilt, dass RCT und naturalistische Studien unterschiedliche Anwendungsbereiche abdecken, wobei keine Methode der anderen überlegen ist. So machen sich auch Einsle und Härtling (2015) für einen methodischen Pluralismus stark:

Die Wirksamkeitsforschung unterscheidet hierbei zwischen spezifischen (d. h. technikabhängigen) sowie allgemeinen (d. h. technikunabhängigen) Wirkfaktoren, wobei eine gegenseitige Beeinflussung angenommen wird. Das bedeutet, dass spezifische Wirkmechanismen nur zum Tragen kommen können, wenn auch allgemeine Wirkfaktoren verwirklicht werden, aber auch, dass allgemeine Faktoren allein nicht ausreichen, um einen optimalen Therapieerfolg zu erreichen. (S. 41)

Für ein vertieftes Verständnis sehr komplexer Zusammenhänge nahezu aller menschlichen Themen ist neben der konsequenten Psychotherapieforschung vor allem auch das psychoanalytische Denken unerlässlich. Denn menschliches Handeln ist immer ein Geflecht aus bewussten Vorannahmen und unbewussten Handlungsgründen, die im Kontext einer spezifischen Gesellschaft entstanden sind (vgl. Mertens, 2014). Damit wird die experimentelle naturwissenschaftliche Forschung mit ihren aus der pharmakologischen Forschung entlehnten Kriterien relativiert. Aus diesem Grund wird nachfolgend die Besonderheit der psychoanalytischen Psychotherapieforschung herausgearbeitet.

2.1.3 Psychoanalytische Psychotherapieforschung

Die steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen erfordern eine strenge Kosten-Nutzen-Analyse. Diese ist für die Bewilligung von Psychotherapien durch die gesetzlichen Krankenkassen von zentraler Bedeutung. Zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht stützen sich die Krankenkassen dabei in hohem Maße auf die Ergebnisse der evidenzbasierten Medizin (EBM), die den Anspruch hat, ihren Wirksamkeitsnachweis empirisch mittels randomisiert-kontrollierter Studien zu erbringen. Durch ihre Forderungen, wie z. B. der nach Randomisierung, setzt die EBM die Psychoanalyse unter Druck. Hau (2008) beurteilt die Lage der Psychoanalyse differenziert. Er macht darauf aufmerksam, dass diese Disziplin mit ihrem Forschungsgegenstand des dynamisch Unbewussten eine Berücksichtigung bei der Frage verdient, welche Methoden angemessen sind, um die Vorgänge im Individuum, die von Einzelfall zu Einzelfall unterschiedlich ablaufen, adäquat erfassen zu können. Er bezweifelt, dass Kriterien wie Quantifizierbarkeit, Replizierbarkeit, Vorhersagbarkeit oder Falsifizierbarkeit auch auf die Psychoanalyse angewandt werden können. Die Besonderheit der Psychoanalyse liege darin, dass „der Analytiker sein Erleben und Reagieren als Erkenntnisinstrument ein[setzt], um Erleben und Reagieren des Patienten zu verstehen“ (ebd., S. 29). Mit jedem Patientenkontakt werde sich das Verständnis des Psychoanalytikers verändern und weiterentwickeln. Schon aus diesem Grund

wird die Forderung nach Replizierbarkeit enttäuscht. Für Hau geht es in der psychoanalytischen Behandlung vor allem um die klinische Beobachtung und das Erfassen komplexer Prozesse. Demgegenüber erscheint die Kausalität mit ihren Wenn-dann-Zusammenhängen als ein viel zu einfaches Konzept für die Anwendung innerhalb der Psychoanalyse, weshalb er für den ‚Abschied vom rigiden Determinismus kausaler Zusammenhänge‘ plädiert (ebd., S. 27). Mertens macht darauf aufmerksam, dass es sich um unterschiedliche Methoden handelt und stellt die Frage, ob das spezifische psychoanalytische Erkenntnisverfahren in der Patient-Analytikerin-Beziehung überhaupt mit einem von außen erfolgenden Erfassen und Messen von Outcome- und Prozess-Maßen gleichgesetzt werden kann (mündliche Mitteilung am 19.07.2018).

Poscheschnik (2009) schreibt: „Sichtet man die Vielzahl methodisch und argumentativ sauber durchgeführter Studien und die Summe interdisziplinärer Übereinstimmung, ist die Psychoanalyse sogar eine empirisch beeindruckend gut abgesicherte Wissenschaft“ (S. 349). Die Stockholm Research Group on the Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis hat Evidenzen dafür gefunden, dass sich die Psychoanalyse unter der Bedingung von vier bis fünf Sitzungen pro Woche gegenüber der Psychotherapie (ein bis zweimal wöchentlich) als überlegen erweist und führt das Ergebnis auf die hochfrequente Langzeitbehandlung zurück (Sandell et al., 2001). Dabei wurde das Ergebnis insbesondere durch eine katamnestische Datenerhebung gestützt, die für den Zeitraum ab dem Ende der Therapie bis zur abschließenden Datenerhebung weitere, positive Veränderungen belegen konnte. Brandl et al. (2004) kommentieren: „Am Ende der langen Behandlungen befanden sich beide Gruppen in einem subklinischen Bereich. Die Psychoanalysegruppe verbesserte jedoch in der nachfolgenden 3-Jahres-Periode die Werte bis auf das Niveau der ‚normalen‘ Bevölkerung; dagegen verblieb die Psychotherapiegruppe im subklinischen Bereich“ (S. 59). Die Metaanalyse von de Maat, de Jonghe, Schoevers und Dekker (2009) weist für die psychoanalytischen Langzeittherapien mittlere bis starke Effekte auf, die sich auf die Symptomreduktion sowie auf strukturelle Veränderungen auf der Persönlichkeits-ebene beziehen und im katamnestischen Zeitraum stabil blieben.

Die Bedeutung des katamnestischen Zeitraumes wird auch durch die Ergebnisse der Münchner Depressionsstudie mit randomisiertem Studiendesign von Huber, Zimmermann, Henrich und Klug (2012) belegt. Die genannte Studie wies ein Jahr nach Ende der Behandlungen in einer Vielzahl von Störungsmaßen signifikant höhere Effekte für die Psychoanalyse (Analytische Psychotherapie) im Vergleich zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und zur Verhaltenstherapie bei depressiven Patienten auf. Der Unterschied zwischen den drei Therapieverfahren vergrößerte sich zur 3-Jahreskatamnese noch deutlich zugunsten der Analytischen Psychotherapie (vgl. Leuzinger-Bohleber, Benecke, & Hau, 2015, S. 184).

Diese Befunde sprechen für einen bedeutsamen Effekt psychoanalytischer Behandlungen, die sich teilweise nach Therapieabschluss noch steigern und so die analytischen Behandlungskosten legitimieren. Auch Altmann et al. (2016) ziehen das Fazit, dass sich eine durch die

Krankenversicherung finanzierte ambulante Therapie lohnt. In ihrer Studie an über 22.000 Versicherten mit heterogenem Störungsbild wiesen sie nach, dass sich insbesondere die enormen Kosten für medizinische Leistungen sowie für zahlreiche Arbeitsunfähigkeitstage signifikant reduzieren lassen. Weiter berichten sie in ihrer Literaturübersicht bezüglich der Wirksamkeit ambulanter Psychotherapien unter naturalistischen Bedingungen über sehr große Effekte im Hinblick auf die Symptomreduktion (Altmann, Thielemann, & Strauß, 2016).

Der eingangs erwähnte Legitimationsdruck regte die Diskussion um die Angemessenheit unterschiedlicher Forschungsinstrumente (quantitativ vs. qualitativ) an (de Maat, de Jonghe, Schoevers, & Dekker, 2009; Falkenström, Grant, Broberg, & Sandell, 2007). Die Vertreter der Psychoanalyse entwickelten daraufhin adäquate Forschungsmethoden, um die Wirksamkeit ihrer komplexen und langen Therapien empirisch belegen zu können und läuteten einen Paradigmenwechsel innerhalb der psychoanalytischen Therapieforschung ein. Im *mixed-methods-research*-Design wird beispielsweise durch die Integration qualitativer und quantitativer Methoden die wissenschaftliche Absicherung wichtiger Erkenntnisse multimethodisch unterstützt. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Daten wird durch die Komplementarität der Methoden gewährleistet. Die wechselseitige Bereicherung durch differenzierte Befunde erlaubt eine Erweiterung von Perspektiven auf das gewonnene Datenmaterial. Dieses Vorgehen ermöglicht eine Annäherung zwischen empirischen Methoden und hermeneutischer Tradition, die sich auf reflektierende Weise mit der Auslegung von Texten beschäftigt (vgl. Tillman, Clemence, & Stevens, 2011).

Doch die hier erwähnten Forschungsbemühungen vermögen nicht zu verhindern, dass über die Psychoanalyse auch in jüngster Zeit zu hören ist, sie sei wissenschaftlich überholt. Diese Einschätzung beruht auf der Gleichsetzung der zeitgenössischen Psychoanalyse mit den Annahmen Freuds (wie z. B. dem Ödipuskomplex, der Traumdeutung oder der Funktion des Unbewussten). Dieser verzerrte Blickwinkel auf die Psychoanalyse wird ihrem aktuellen Wissenstand nicht gerecht und verdeutlicht, dass ihre durch Forschungsergebnisse belegte Weiterentwicklung nicht ausreichend zur Kenntnis genommen wird. Sämtliche Konzepte Freuds sind in den letzten 80 Jahren kontinuierlich weiterentwickelt worden. Zudem hat die Psychoanalyse durch einen intensiven Austausch mit benachbarten Disziplinen, wie z. B. der Säuglingsforschung, der Kognitionsforschung oder der Neurobiologie wichtige Erkenntnisse in die psychoanalytische Theorie integriert (Mertens, 2016, December). Den zahlreichen Therapieschulen in der Psychoanalyse und dem daraus entstehenden *Problem des Pluralismus* begegnet Tuckett (2007) mit der Entwicklung der *Methode der zwei Schritte*, die den interdisziplinären Austausch unter Psychoanalytikern fördert. Dabei wird eine intensive Auseinandersetzung mit der Arbeitsweise von Kollegen unterstützt, um von Innovationen und Differenzen zu profitieren und damit einer Fragmentierung entgegenzuwirken.

Neben geeigneten Auswertungsverfahren werden für die Durchführung von Forschungsprojekten Studienteilnehmer und Therapeuten benötigt. Protz, Kächele und Taubner (2012) ziehen in ihrer qualitativen Studie das Fazit: „Obwohl viele Psychoanalytiker die Notwendigkeit von Forschung grundsätzlich unterstützen, ist die Zahl derer gering, die tatsächlich an Therapiestudien teilnehmen“ (S. 67). Nachfolgend wird die Bindungstheorie, welche einen zentralen Stellenwert bei der Erforschung psychoanalytischer Prozesse einnimmt, skizziert.

2.2 Bindungstheorie

Die Begrifflichkeiten der Bindungsklassifikationen bei Kindern und Erwachsenen werden für das bessere Verständnis in der Tabelle 1 gegenübergestellt. Anschließend wird die Entwicklungslinie der Bindungstheorie überblicksartig dargestellt und die unterschiedlichen Bindungsstile werden beschrieben. Nach der theoretischen Einführung in die Bindungstheorie werden relevante Forschungsergebnisse (2.2.3, S.15) vorgestellt, um ein Verständnis für das Veränderungspotential von Bindungsklassifizierungen aus ihr abzuleiten.

Tabelle 1

Instrumente und Bindungsklassifikationen für Kinder und Erwachsene

	Kinder	Erwachsene
Instrument	Fremde-Situations-Test zur Verhaltensbeobachtung von Kleinkindern	Adult Attachment Interview zur Ermittlung der Bindungs-Repräsentation Erwachsener
Bindungsstil	sicher unsicher-vermeidend unsicher-ambivalent desorientiert/desorganisiert	sicher-autonom unsicher-distanziert unsicher-präokkupt unverarbeiteter Bindungsstatus U

2.2.1 Entwicklungsgeschichte

Die Bindungstheorie hat von Beginn an ihr Interesse auf die Qualität der frühen Mutter-Kind-Beziehung gerichtet und zu deren Erforschung zwei wichtige Messinstrumente entwickelt.

Der sogenannte Fremde-Situations-Test (Ainsworth & Bell, 1970) ermöglicht die Beobachtung des Verhaltens von Kleinkindern im Alter von ca. zwölf Monaten. Dieser Labortest besteht aus acht Episoden und fokussiert das unterschiedliche Begrüßungsverhalten der Kinder nach vorangegangenen Trennungen von der Mutter. Sicher gebundene Kinder freuen sich über die Wiedervereinigung mit der Mutter und suchen ihre Nähe. Ein unsicher-vermeidendes Kind scheint zu beschäftigt, um die Rückkehr zu bemerken und reagiert mit Verzögerung. Ein

unsicher-ambivalentes Kind wirkt ärgerlich, verzweifelt und lässt sich nur schwer von der Mutter beruhigen, während desorganisierte Kinder eine Kombination von Bindungsverhalten und Abwehr, wie z. B. die Vermeidung des Blickkontaktes, zeigen (vgl. Endres & Hauser, 2002).

Mit Hilfe des AAI (Main & Goldwyn, 1998) zur Erfassung des Bindungsstatus im Erwachsenenalter, wird der jeweilige *state of mind*, d. h. der mentale Verarbeitungsstatus von Bindungserfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen ermittelt. Durch die Entwicklung dieses Instruments ermöglichten die Forscher, dass Bindung fortan statt auf der Verhaltensebene auf der Repräsentationsebene eingeschätzt werden konnte. Das AAI hat eine enorme Verbreitung erfahren und wird im Kapitel 3.3.1 auf Seite 44 detailliert beschrieben.

Der Begründer der Bindungstheorie und Psychoanalytiker John Bowlby wurde 1959 nach seinem Vortrag *Grief and mourning in infancy and early childhood* vor der Britischen Psychoanalytischen Vereinigung stark kritisiert. Weil er seine Erkenntnisse auf Deprivationsstudien² sowie auf Annahmen aus der biologischen Verhaltensforschung³ stützte, wurde er von der psychoanalytischen Gemeinschaft ausgegrenzt, die ihm eine mangelnde klinisch-psychoanalytische Orientierung unterstellte. Bowlby ging aufgrund seiner Beobachtungen davon aus, dass sich Kleinkinder phylogenetisch bedingt schutzsuchend an ihre primäre Bindungsperson wenden und dass es sich bei dem Bedürfnis nach Bindung um ein primäres Motivationssystem handelt. Steele (2005) bekräftigt diese Annahme, indem sie schreibt, dass „unser Überleben unauflöslich mit der Fähigkeit zusammenhängt - und auf ihr beruht - emotionale Verbindungen zu anderen Menschen herzustellen und aufrechtzuerhalten“ (S. 115).

Bei der Bindungsbeziehung handelt es sich um eine reziproke Beziehung zwischen dem Kind und der primären Bezugsperson, innerhalb der das Kind individuelle Anpassungsstrategien ausbildet, um ein Maximum an Responsivität im Gegenüber zu evozieren. Es ist diese spezifische Beziehungsqualität, die ihren Niederschlag in der jeweiligen Bindungsklassifikation findet. Bowlby hielt deshalb das Konzept der mütterlichen Feinfühligkeit für zentral, welche er nach folgenden Aspekten beurteilte (vgl. Beebe & Steele, 2013; Schmücker & Buchheim, 2002):

- Wie aufmerksam reagiert die Mutter auf die Signale des Kindes?
- Werden die Signale korrekt interpretiert?
- Kann die Mutter angemessen und prompt reagieren?

Umfangreiche Forschungsbemühungen führten jedoch zu der Erkenntnis, dass der Zusammenhang zwischen dem Konzept der mütterlichen Feinfühligkeit und der Bindungsqualität überschätzt wurde (vgl. Beebe & Steele, 2013).

² Studien über mutterlos aufgezogene Rhesusaffen und ihren „Ersatzmüttern“ aus Draht (Harlow, 1958)

³ Beobachtungen über das Nachfolgeverhalten von Graugänsen (Lorenz, 1935)

Die Arbeitsgruppe um Peter Fonagy hat wesentlich zur Weiterentwicklung des Konzepts der mütterlichen Feinfühligkeit beigetragen. Sie geht davon aus, dass es vor allem die Mentalisierungsfähigkeit der Betreuungsperson ist, die die Bindungsklassifikation des Kindes determiniert. Diese neuen Erkenntnisse und eine abermals vorgenommene konzeptuelle Erweiterung werden im Kapitel 2.3 auf Seite 17 vorgestellt.

2.2.2 Unterschiedliche Bindungsklassifikationen

Ohne Bindung ist das eigene Überleben nicht gesichert. Bei drohender oder tatsächlicher Trennung reagiert das Kind mit Protest (Schreien, Weinen, Klammern), der durch komplementäre Reaktionen der Bindungsperson (körperliche Nähe, Beruhigung, Umarmung) beschwichtigt werden kann.

Aus diesem Grund ist die Trennungsangst im Kontext der Bindungstheorie die zentrale Angst. Auf das Erleben des Kindes wirken sich neben der Trennung von der Mutter oder dem Verlust der primären Bindungsperson auch subtilere Formen der Entbehren mütterlicher/väterlicher Wärme und Fürsorge negativ aus. So kann sich die Mutter z. B. nach außen hin als liebevoll und fürsorglich präsentieren, auf einer unbewussten Ebene aber das Kind ablehnen. Denn „die Bindung ist von allem Anfang an durchsetzt von den Vorstellungen, Ansprüchen, Wünschen und Phantasien, die aus der libidinösen Welt der Bindungsperson stammen“ (Müller-Pozzi, 2012, S. 62). Damit wird einer der Hauptkritikpunkte an der Bindungstheorie verdeutlicht, denn aus psychoanalytischer Sicht wird der vielschichtige Charakter jeder Subjektivität zu sehr vernachlässigt.

Sichere Bindung. Im Falle einer sicheren Bindung scheut sich das Kind nicht seinen Kummer offen zu zeigen und den vertrauensvollen Kontakt zur Bindungsperson zu suchen, damit es schnell beruhigt wird. Sicher-autonome Erwachsene können auf haltgebende Bindungserfahrungen zurückgreifen und erkennen die Beeinflussung dieser Erfahrungen auf die eigene Entwicklung an. Die Befriedigung des Sicherheits- sowie des Explorationsbedürfnisses gelingt in einem ausgewogenen Verhältnis. Die Berichte im AAI wirken kohärent und zeichnen sich durch eine gelungene Integration positiver als auch negativer Kindheitserfahrungen aus, d. h. die Realität kann anerkannt und innerlich abgebildet werden. In der Vergangenheit gelang der Erwerb einer stabilen Bindungsstrategie, durch die fortan die Wahrnehmung, Interpretation und Antizipation sozialer Situationen gesteuert wird. Psychisch sichere Menschen zeichnen sich durch soziale Kompetenz, schwingungsfähige Emotionalität und durch ein angemessenes Engagement aus.

Unsicher-distanzierte Bindung. Bei einer unsicheren Bindung kommt es zu einer Anpassung der Bindungsstrategie. Im Falle einer unsicher-vermeidenden Bindung werden Bindungswünsche verdrängt. Kinder dieser Bindungskategorie zeigen kein Trennungsleid und vermeiden den Kontakt zur Bindungsperson. Durch Untersuchungen wurde nachgewiesen, dass

es dabei zu einer hohen physiologischen Stressreaktion im Kind kommt (erhöhte Herzfrequenz, erhöhter Cortisolspiegel), die sich durch das fehlende Beruhigungsverhalten der primären Bindungsperson nicht reduziert und sehr belastend auswirkt (Spangler & Grossmann, 1993). Erwachsene, die analog als unsicher-distanziert eingestuft werden, fallen durch die Leugnung bedeutsamer Bindungserfahrungen auf, stattdessen werden eigene Stärke und Unabhängigkeit betont. Die Sicherheits- und Bindungsbedürfnisse werden zugunsten der Befriedigung von Explorationsbedürfnissen negiert. Eine realitätsangemessene Einschätzung zurückliegender Bindungserfahrungen scheint zu schmerzhaft und wird vermieden. Durch das Unterdrücken von Bindungs- und Nähewünschen wird ein wirklichkeitsbezogenes Kommunizieren und Handeln erschwert.

Unsicher-ambivalente Bindung. Im Gegensatz zu unsicher-vermeidend klassifizierten Kindern fallen unsicher-ambivalent eingestufte Kinder durch widersprüchliches und stark übertrieben wirkendes Bindungsverhalten auf. Sie zeigen eine geringe Toleranz für Trennungen von der Bindungsperson und protestieren lautstark durch Weinen und Anklammern. Grossmann und Grossmann (2007) schreiben:

Zugleich ist das Bindungsverhalten solcher Kinder ambivalent; es ist durchsetzt mit offenem Ärger gegenüber der Bindungsperson, der sich aus der Situation nicht erklären lässt. Zudem lassen sich diese Kinder trotz vermehrter Zuwendung der Bindungsperson nur schwer und sehr langsam beruhigen. Ihre Erfahrung mit dieser Bindungsperson war durch unzuverlässige Verfügbarkeit und Zuwendung gekennzeichnet, sodass sie gelernt haben, ihren Wunsch nach Nähe und Aufmerksamkeit stets besonders laut, intensiv und ärgerlich kund zu tun. (S. 18)

Als Erwachsene werden Personen dieser Gruppe als unsicher-präokkupiert eingestuft und fallen durch eine Maximierung der Bindungsstrategie auf. Sie wirken nach wie vor stark beschäftigt mit dem Thema Bindung und berichten ärgerlich involviert über vergangene Erfahrungen mit ihren Bindungspersonen, so als könnten sie ihr eigenes Selbst nicht ausreichend abgrenzen. Es kommt zu einer Hyperaktivierung von Bindungsbedürfnissen (aus Angst, verlassen zu werden), in deren Folge Explorationsbedürfnisse eher geleugnet werden. Die Interviews zeigen, dass Probanden dieser Gruppe unbewusst zwischen positiven und negativen Bewertungen oszillieren und damit die vier Konversationsmaximen von Grice (1975) verletzen, die zur Beurteilung der Kohärenz eines Textes formuliert wurden. Die erste Maxime der Qualität wird definiert als die Aufrichtigkeit, die durch klare und angemessene Belege gestützt wird. Die zweite Maxime der Quantität fordert kurze, aber hinreichend informative Äußerungen im Diskurs. Die dritte Maxime der Relevanz bezieht sich auf relevante und damit für die Frage wesentlichen Äußerungen während die vierte Maxime die Klarheit und Systematik des Diskurses fordert (vgl.

Ziegenhain, 2001). Die ausschließliche Beurteilung innerer Arbeitsmodelle auf Basis der Grice'schen Konversationsmaximen wird aber auch kritisiert, weil dadurch das Bindungsnarrativ zu sehr eingengt wird und der wissenschaftliche Diskurs einen mechanistischen Anstrich erhält (vgl. Fonagy & Campbell, 2017).

Desorganisierte Bindung. Die bisher genannten Bindungsmuster (sicher, unsicher-distanziert bzw. vermeidend, unsicher-präokkupiert bzw. ambivalent) werden als organisierte Strategien bezeichnet. Wenn das Kind jedoch traumatische Ereignisse erlebte, reichen die Strategien der Bindungsvermeidung bzw. der Bindungsmaximierung nicht mehr aus, um stressvolle Situationen bewältigen zu können. Es kommt zu einem Zusammenbruch der bis dahin ausgebildeten Bindungsstrategie. Zum eigenen Schutz werden traumatische Erfahrungen dissoziiert und es kommt in der Folge gezwungenermaßen zur Ausbildung von *segregated systems*, wie Bowlby es nannte, denn die Integration solch belastender Erfahrungen gelingt nicht mehr, weshalb sie abgespaltet werden. Im Verhalten dieser Kinder lassen sich subtile Widersprüche beobachten (Abwenden, Erstarren, stereotype Bewegungen bei gleichzeitigem Versuch der Kontaktaufnahme). Für derartige Verhaltensweisen wurde mit der U-Klassifizierung eine Kategorie für desorganisiertes bzw. ungelöstes Bindungsverhalten geschaffen. Bei erwachsenen Probanden fiel auf, dass ein erheblicher Anteil an Interviews nicht in die bestehenden organisierten Kategorien eingestuft werden konnte. Ein Hinweis auf eine U-Klassifizierung findet sich im AAI dann, wenn es zu auffälligen Brüchen kommt, wie z. B. bei der Verwechslung von Raum und Zeit, bei auffälligen Schweigepausen oder bei ungewöhnlich detaillierten Erzählungen. Diese Besonderheiten weisen Parallelen zu den Verhaltensweisen der als desorganisiert eingestuften Kinder auf und werden als Zusammenbruch der Bindungsstrategie interpretiert. Die Erweiterung um die U-Kategorie ist wichtig, da sie eine Differenzierung zu den organisierten Bindungsrepräsentationen, die ursprünglich für eine Normstichprobe eingeführt wurden, ermöglicht. Als empirisch gut belegt gilt mittlerweile, dass sich durch die Einführung der U-Klassifikation Subgruppen zuverlässig unterscheiden lassen. In einer Metaanalyse (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009) wird resümiert:

In fact, several studies now indicate that unresolved loss or trauma [U] as assessed with the AAI is an almost perfect marker for dissociative disorders like PTSD, which sheds light on the etiology and mechanisms of these disorders as (partly) attachment disorders. (S.249)

Auch Buchheim und Kächele (2002) halten die Unterscheidung von organisiertem und desorganisiertem Bindungsverhalten für sinnvoll: „Die Unterscheidung von ‚organisierten‘ (d. h. sicher, unsicher-distanziert, unsicher-verstrickt) und ‚desorganisierten‘ Bindungsstrategien (d. h. ungelöste traumatische Erfahrungen wie Misshandlung, Missbrauch oder Verlust) ist für die

Interpretation des Schweregrads von dysfunktionaler Bindungsorganisation für klinische Gruppen von wesentlicher Bedeutung“ (S. 950). Die Einstufung als desorganisiert wird zusätzlich zu einer der drei als organisiert definierten Bindungsstrategien vergeben.

Insbesondere die Überlegungen zur Funktion der Mentalisierungsfähigkeit, die als eine wichtige soziale und psychologische Errungenschaft definiert wird und von der Bindungsqualität abhängt, führten zur erneuten theoretischen Erweiterung der Bindungstheorie. Fonagy und Allison (2014) nehmen in ihren weiterführenden Überlegungen eine evolutionspsychologische Sichtweise ein und gehen davon aus, dass die zunehmende soziale Komplexität die Transmission von sozialem Wissen auf anspruchsvollerer Ebene erforderlich macht. Sie stufen deshalb das Bindungssystem als Plattform für die transgenerationale Weitergabe kulturellen Wissens ein, das dem Säugling zur Entwicklung seines sozialen Verständnisses verhilft. Die mütterliche Feinfühligkeit mit einer adäquaten Affektspiegelungsqualität, die zuvor als Königsweg der Transmission von Bindungssicherheit galt, wird nun mehr als einer von mehreren Faktoren angesehen. Durch die auf Forschungsergebnissen beruhende Fokussierung auf die gemeinsame Konstruktion der Bindungsbeziehung durch den Säugling und seine Bezugsperson wird deutlich, dass die Bindung ein fluides, ko-konstruiertes und flexibles System ist. Es konnte nachgewiesen werden, dass die Art und Weise, wie eine Mutter reagiert bedeutsamer für die Bindungssicherheit ist als die kontingente Responsivität auf die kindlichen Äußerungen. Die von der Mutter gesendeten ostentativen Signale, wie z. B. der Blickkontakt oder ein spezieller Tonfall, wecken im Kind die Überzeugung, dass die Informationsquelle als zuverlässig gilt und dass es sich um relevante Informationen handelt, die von ihr weitergegeben werden.

Durch die Einführung des Konstrukts *epistemisches Vertrauen* (Fonagy & Campbell, 2017) wird ein spezifischer Bindungsstil nunmehr in einem breiteren Sinn als adaptives Ergebnis, der das Überleben sicherstellt, verstanden. In Folge dieser Theorieerweiterung wird der soziale Lernprozess mit der Fähigkeit, flexibel mit unterschiedlichen Informationsquellen umgehen zu können, in Zusammenhang gebracht. Dies äußert sich bei sicher gebundenen Personen dadurch, dass derjenigen Information vertraut wird, die am plausibelsten erscheint. Unsicher gebundene Personen zeigen sich weniger flexibel im Umgang mit unterschiedlichen Informationsquellen und vertrauen entweder eher dem Urteilsvermögen Fremder oder naher Bezugspersonen. Desorganisiert Gebundene zeigen sich chronisch misstrauisch, weshalb sie weder dem eigenen noch dem Urteil anderer vertrauen. Die in dieser Patientengruppe oft vorherrschende Hypervigilanz macht es schwer, sich vertrauensvoll auf die therapeutische Beziehung einlassen zu können, in deren Kontext neue Informationen verarbeitet werden müssen. Fonagy und Mitarbeiter führten einen allgemeinen Psychopathologiefaktor (p-Faktor) ein, der das epistemische Vertrauen misst und zur Konzeptualisierung psychischer Störungen jenseits deskriptiver Kategorien herangezogen wird. Durch diese Möglichkeit der Beurteilung von epistemischem Vertrauen würde sich ein Patient mit einem hohen p-Faktor in einem Zustand hypervigilanten

Misstrauens befinden, während ein Patient mit niedrigem p-Faktor für soziales Lernen in Form von therapeutischen Interventionen offenbliebe (für eine schematische Darstellung siehe Abbildung 1). Diese Überlegungen führen zu wichtigen Implikationen für klinische Interventionen. Das Ziel therapeutischer Veränderungen wird von Fonagy und Mitarbeitern als eine Zunahme epistemischen Vertrauens definiert, das durch einen dreistufigen Veränderungsprozess realisiert wird (Fonagy & Campbell, 2017). In einem ersten Schritt erhält der Patient ein Erklärungsmodell für seine Schwierigkeiten, wobei er durch die therapeutische Form des Spiegelns die Erfahrung machen kann, verstanden zu werden. Dadurch öffnet sich im Patienten die Bereitschaft, auf den Transfer sozialen Wissens im Rahmen der therapeutischen Beziehung zu vertrauen. In der Konsequenz wird sein epistemisches Misstrauen nachlassen und in einem zweiten Schritt kann sich die eigene Mentalisierungsfähigkeit durch die Erfahrung der feinfühligsten Responsivität des Therapeuten entwickeln. In einem dritten Schritt verhelfen die erfolgreiche therapeutische Intervention und die damit einhergehende Stabilisierung der Mentalisierungsfähigkeit dem Patienten im Idealfall zu einer veränderten Wahrnehmung in sozialen Kontexten, zur Verbesserung sozialer Beziehungen und zu neuen Erfahrungen im Außen. Durch das Wiederauftauchen des epistemischen Vertrauens können zukünftig die Bindung, die Mentalisierung und die Erfahrungen in der sozialen Umwelt synergistisch zusammenwirken (Fonagy & Campbell, 2017).

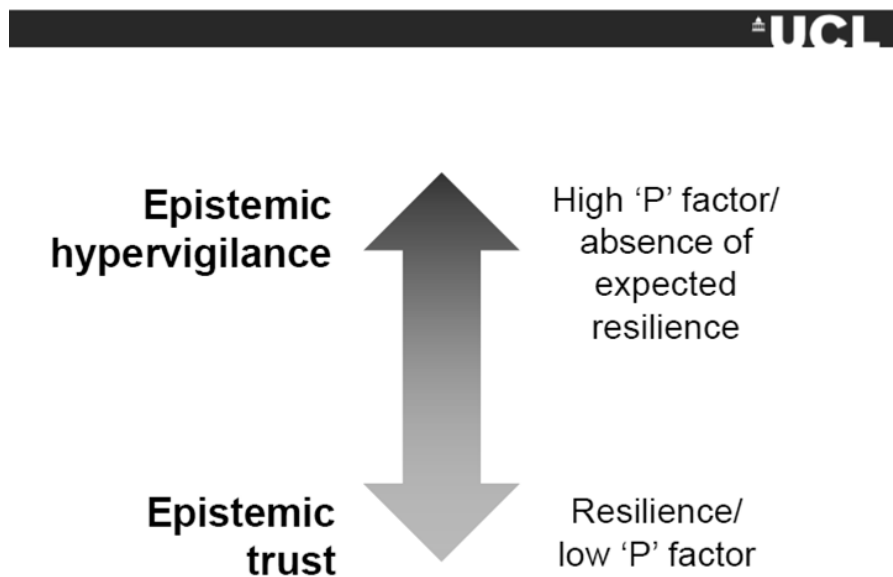


Abbildung 1. Prinzip des epistemischen Vertrauens.⁴

2.2.3 Aktuelle Forschungsergebnisse

Taylor, Rietzschel, Danquah und Berry (2015) geben einen Überblick über Studien, die sich mit der Veränderung von Bindungsmerkmalen befassen. Bedingt durch unterschiedliche

⁴ Verwendung der Abbildung mit freundlicher Genehmigung von Professor Peter Fonagy.

Studiendesigns (randomisiert vs. nicht-randomisiert), abweichende Erhebungsmethoden zur Erfassung des Bindungsstils (Interviewverfahren vs. Selbstauskunft per Fragebogen), divergierender Stichproben (u. a. gewalttätige Männer, Patienten mit niedrigem sozialen Status, Borderline-Diagnose, Posttraumatische Belastungsstörung oder Depression) verschiedene psychotherapeutische Interventionen (u. a. psychodynamisch, integrativ, emotions- oder übertragungsfokussiert) in unterschiedlichen Settings (Einzel- und Gruppentherapie im ambulanten oder klinischen Setting), sowie stark voneinander abweichende Behandlungsdauern (von sechs Wochen bis zu einem Jahr) sind ihrer Meinung nach derzeit keine generalisierbaren Aussagen über das Veränderungspotential von Bindungsmerkmalen möglich. Zusammenfassend kommen die Autoren zu dem Schluss, dass eine Entwicklung hin zu psychopathologischen Erkrankungen besonders bei unsicher oder desorganisiert Gebundenen durch maladaptive innere Repräsentationen begünstigt wird und dass sie unterschiedlich resistent auf Veränderungen durch Psychotherapie reagieren.

Eine Vielzahl an Studien haben die Veränderung von Bindungsmerkmalen untersucht und kamen dabei zu divergierenden Ergebnissen (u. a. Buchheim et al., 2017; Fischer-Kern, Nolte, Kadi, & Naderer, 2014; Korfmacher, Adam, Ogawa, & Egeland, 1997; Levy et al., 2006; Stovall-McClough & Cloitre, 2003). Die Veränderung des Bindungsstils von unsicher zu sicher wurde durch die Studien von Strauß et al. (2006), Levy et al. (2006) und Buchheim et al. (2017) empirisch erforscht. Während Strauß et al. (2006) für die Behandlungsdauer von knapp zehn Wochen durch einen Prä-Post-Vergleich keine Veränderung des Bindungsstatus (erhoben mit dem Interpersonal Relations Assessment dessen Fragen denen des AAI ähneln) in Richtung sicher nachweisen konnte, berichten die Studien von Levy et al. (2006) und Buchheim et al. (2017) in denen der Bindungsstatus mit dem AAI erhoben wurde, von positiven Resultaten. Die Studie von Levy et al. (2006) konnte für die Behandlung mit der Übertragungsfokussierten Therapie eine signifikante Zunahme von Patienten mit sicherer Bindung nach einjähriger Behandlung nachweisen. Auch Buchheim et al. (2017) berichten in ihrer Untersuchung von einer signifikanten Zunahme der als sicher eingestuften Patienten nach einjähriger Übertragungsfokussierten Behandlung und replizierten damit die Ergebnisse von Levy et al. (2006).

Andere Autorengruppen erforschten die Verteilung einer U-Kodierung im Kontext spezifischer psychischer Störungen. In der Pilotstudie von Fischer-Kern, Nolte, Kadi und Naderer (2014) wiesen die Hälfte der chronisch depressiven Patienten im stationären Setting einen desorganisierten Bindungsstil, gemessen mit dem AAI, auf. Woodhouse, Ayersb und Fielda (2015) untersuchten den Zusammenhang von Bindungsängstlichkeit und posttraumatischen Stresssymptomen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass der Zusammenhang einer U-Kodierung für die ängstlich verstrickte Subgruppe am höchsten ist, während sich ein entgegengesetzter Zusammenhang für sicher Gebundene zeigt. Levy et al. (2006) fanden einen ähnlichen Zusammenhang zwischen einer U-Kodierung und einer Borderline-Diagnose. Zu Therapiebeginn

wiesen 30 % der untersuchten Patienten einen unverarbeiteten Bindungsstatus auf. Nach einer einjährigen Behandlung zeigte sich, unabhängig von den unterschiedlichen Behandlungsmethoden (Dialektisch-Behaviorale, Übertragungsfokussierte und Supportive Therapie), kein signifikanter Rückgang der U-Kodierungen. Im Gegensatz dazu weisen die Ergebnisse von Buchheim et al. (2017) in eine andere Richtung. Sie konnten für Borderline-Patienten, die ein Jahr lang mit der Übertragungsfokussierten Therapie behandelt wurden, erstmals einen signifikanten Rückgang der als desorganisiert eingestuften Patienten (von 21 auf vier) nachweisen. Auch Stovall-McClough und Cloitre (2003) berichten in ihrer kontrollierten Studie (N = 18) von einem insgesamt signifikanten Rückgang (62%) einer U-Kodierung für Frauen nach einer nur 16-stündigen Behandlung.

Bisher ist die Erforschung der neuronalen Korrelate für Bindungsrepräsentationen bei psychoanalytischen Langzeittherapien noch sehr überschaubar. So wurden die neuronalen Veränderungen bei nichtmedizierten chronisch Depressiven erstmalig im Rahmen der Hanse-Neuro-Psychoanalyse-Studie mithilfe der funktionellen Magnetresonanztomographie vor und nach einer 15-monatigen psychoanalytischen Therapie untersucht. Im Vergleich zu den gesunden Kontrollprobanden ergaben sich für die chronisch Depressiven zu Beginn der Studie signifikant häufiger U-Diagnosen sowie eine höhere Aktivität in limbischen und präfrontalen Regionen, die allgemein u. a. mit Verarbeitung von Emotionen, Wiedererkennung negativer Inhalte, Mentalisierung und Beurteilung affektiver Stimuli assoziiert werden. Nach der Therapie fiel ausschließlich in der Gruppe der chronisch Depressiven die neuronale Aktivität in diesen Regionen deutlich schwächer aus, welche signifikant mit einer Symptomverbesserung zusammenhing. Zudem ähnelte die Verteilung der Bindungsklassifikationen denen der Kontrollgruppe (vgl. Buchheim et al., 2012).

Im nächsten Kapitel wird das Mentalisierungskonzept, das die Forschungsbemühungen im Rahmen der Bindungstheorie wie bereits angedeutet wesentlich beeinflusst und die Erkenntnisse entscheidend erweitert hat, noch ausführlicher erläutert.

2.3 Mentalisierungskonzept

Nach einer allgemeinen Einführung (2.3.1) wird das soziale Biofeedbackmodell (2.3.2) beschrieben, das als wichtiger Vorläufer für die Mentalisierungsfähigkeit gilt. Anschließend wird über die unterschiedlichen Entwicklungsstadien (2.3.3) informiert sowie auf die Kritik (2.3.4) und die Weiterentwicklungen des Modells (2.3.5) eingegangen. Abschließend wird die aktuelle Forschungslage (2.3.6) dargestellt.

2.3.1 Allgemeine Einführung

Das Mentalisierungskonzept integriert psychoanalytische, entwicklungspsychologische und neurowissenschaftliche Theorien, wobei die Begriffe Mentalisierungsfähigkeit, Reflexive Funktion und Reflexive Kompetenz synonym verwendet werden.

Es ist ein theoretisch breit angelegtes und in der Psychoanalyse bedeutsames Konzept (z.B. Choi-Kain & Gunderson, 2008; Goodman, 2010), das vor nunmehr 25 Jahren von der Arbeitsgruppe um Peter Fonagy etabliert wurde. Bereits in den 1960er Jahren wurde der Begriff Mentalisation in der französischen Psychoanalyse zur Erklärung somatoformer Störungen und dem damit einhergehenden konkretistischen Denkstil verwendet. Mentalisation wurde als Fähigkeit zur Repräsentation und Symbolisierung körpernaher affektiver Erlebensweisen in etwas Mentales definiert (Taubner & Sevecke, 2015). Durch den engen Zusammenhang von Stress, dem daraus resultierendem aktivierten Bindungssystem und dem davon abhängigen Reflexionsvermögen kann es zu Stagnation, Ausweichen auf andere Modi oder auch *Einkapselungen* kommen. Zudem fluktuiert die Mentalisierungsfähigkeit kontextabhängig und ist keine statische Größe (vgl. Hörz-Sagstetter, Mertens, Isphording, Buchheim, & Taubner, 2015).

In den letzten Jahren zog das Konzept zunehmend Aufmerksamkeit auf sich, da sich entgegen der bis dahin gültigen Annahmen abzeichnete, dass die Bindungssicherheit nicht allein durch die mütterliche Feinfühligkeit entsteht (vgl. Mertens, 2012). Stattdessen deuten neuere Forschungsergebnisse darauf hin, dass auch das Kind Bindungsbeziehungen initiiert, denn der Säugling zeigt sich von Beginn an aktiv um die Beziehungsaufnahme bemüht (vgl. Beebe und Steele, 2013). Die zeitgleiche Entwicklung der RF Skala (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998) ermöglichte die empirische Überprüfung dieser theoretischen Annahmen bei Erwachsenen (für eine genaue Beschreibung des Instruments siehe Kapitel 3.3.2, S. 45). Die Mentalisierungstheorie beruht auf der verstärkt kognitiv orientierten Theory-of-Mind Forschung (ToM), die u. a. die Fähigkeit, ein Verständnis für falsche Überzeugungen beim vorgestellten Anderen zu erhalten, untersucht. Zu ihrer Erfassung haben Wimmer und Perner (1983) mit den *false-belief* Aufgaben einen methodischen Standard gesetzt. Als prototypisch für die Versuchsanordnung einer false-belief Aufgabe gilt die *Maxi* Geschichte. Hier werden Kindern Bilder von Maxi gezeigt, der eine Tafel Schokolade an einen bestimmten Ort ablegt und das Zimmer verlässt. Während seiner Abwesenheit und somit ohne seine Kenntnis wählt seine Mutter einen anderen Platz für die Schokolade aus. Die zentrale Frage ist, ob die Kinder Maxis Verhalten aus dessen Sicht ungeachtet ihres Wissensvorsprungs antizipieren können, wenn sie gefragt werden, wo Maxi die Schokolade suchen wird. Die Mentalisierungstheorie nimmt im Gegensatz zur ToM-Theorie einen interaktionistischen Blickwinkel ein und geht davon aus, dass die Fähigkeit zur Anwendung einer ToM in affektiven und nahen Beziehungen maßgeblich von den ersten

Erfahrungen in der Eltern-Kind-Beziehung und deren Qualität abhängt. Rizq und Target (2010) konnten diese Annahmen empirisch unterstützen.

Werden positive Beziehungserfahrungen gemacht, drückt sich die psychische Gesundheit durch die allmählich sich entwickelnde Fähigkeit aus, Vermutungen über Motive und Pläne anderer Personen anstellen zu können, Geschehnisse realitätsgetreu zu interpretieren und eine Vorstellung über eigene Handlungsmöglichkeiten sowie die anderen Personen zu erwerben. Die Mentalisierungsfähigkeit wird demnach definiert als implizite⁵ und/oder explizite⁶ Fähigkeit, über das eigene Selbst sowie über andere Menschen in Bezug auf Wünsche, Überzeugungen, Gefühle, Erwartungen, Bedürfnisse u. v. m. nachzudenken und sie ermöglicht durch die Zuschreibung mentaler Zustände das Verhalten zu interpretieren und vorherzusagen.

2.3.2 Soziales Biofeedbackmodell

Fonagy und Target (2004) gehen davon aus, dass das soziale Biofeedbackmodell der mütterlichen Affektspiegelung eine zentrale Rolle für den Erwerb der Mentalisierungsfähigkeit einnimmt und postulieren ein angeborenes Kontingenzdeckungsmodul. Sie nehmen an, dass der Säugling schon in den ersten Wochen seines Lebens die Kontingenzbeziehungen zwischen körperlichen Reaktionen und der daraus resultierenden Wahrnehmung äußerer Stimuli lernt. Dabei werden die voneinander unabhängigen Kontingenzparameter (einen zeitlichen, einen sensorisch-relationalen und einen räumlichen) sowie zwei Indizes (Hinlänglichkeit und Notwendigkeit), welche dem Säugling das Erkennen zeitlicher Zusammenhänge ermöglichen, für eine ständige Kontingenzanalyse herangezogen. Diese ist vermutlich nicht nur in frühen Jahren, sondern ein Leben lang bedeutsam. Als Illustration führen die Autoren die Versuchsanordnung von Watson (1972) an, der nachweisen konnte, dass „[...] zwei Monate alte Babys die Frequenz des Strampelns mit einem Bein erhöhen, wenn die Beinbewegung einen kontingenten Vorgang nach sich zieht (nämlich die Bewegung eines Mobiles), nicht aber, wenn sie einen ähnlichen, jedoch nicht-kontingenten Vorgang erleben“ (zitiert nach Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2004, S. 170). Die perfekte Kontingenz unterstützt die Selbstentdeckung des Säuglings und damit die Entwicklung einer primären Repräsentanz des Körper selbst. Durch innovative Versuchsanordnungen konnte belegt werden, dass Säuglinge bereits im Alter von ca. vier bis fünf Monaten nicht-perfekte Kontingenzen bevorzugen. Damit wird eine Hinwendung zur Umwelt eingeläutet und die frühe Phase des selbstbezogenen Verhaltens beendet:

Diese reifungsbedingte Veränderung dient dazu, die Orientierung des Säuglings nach dem dritten Monat von der Selbsterforschung (perfekte Kontingenzen) weg zu lenken und auf

⁵ implizit: unbewusste, automatische Prozesse, die im prozeduralen Gedächtnis gespeichert werden

⁶ explizit: bewusste Operationen, die im deklarativen Gedächtnis gespeichert werden.

die Erforschung und Repräsentanz der sozialen Welt zu verlagern, wie sie durch die (zwangsläufig weniger-als-perfekt reaktionskontingente) mütterliche Umwelt verkörpert wird. (ebd., S. 175)

Die Forschergruppe um Fonagy hält die emotionale Entwicklung für eine wichtige Schaltstelle, um Zusammenhänge zwischen frühen Erfahrungen und einer normativen, gesunden oder einer Entwicklung hin zu späteren psychischen Auffälligkeiten verstehen zu lernen. Dabei sind für sie die frühen kontingenten, affektregulierenden Interaktionen eine wichtige Vorbedingung, um später Intersubjektivität herstellen zu können. Sie vertreten die These, „[...] dass der dispositionelle Inhalt von Emotionen zuerst durch die Beobachtung der Affektausdrücke anderer Menschen und durch die Verknüpfung der Ausdrücke mit den jeweiligen Situationen und Verhaltensweisen erlernt wird, die sie begleiten“ (Fonagy, Gergely et al., 2004, S. 160). Sie gehen davon aus, dass „das Wahrnehmungssystem des Säuglings zunächst ein Bias hat, äußere statt innerer Stimuli zu erforschen und zu klassifizieren“ (ebd., S. 161). Demnach ist der Säugling von Beginn an von einer interaktiven Umwelt abhängig, die sich ihm gegenüber responsiv verhält. Die korrekte Beantwortung seiner inneren Zustände ermöglichen es dem Säugling allmählich, Affektzustände zu differenzieren bzw. zu kategorisieren, wobei dieser Prozess stark von dem für die Mutter typischen Kommunikationsverhalten beeinflusst wird. Doch wie genau kommt der feinabgestimmte Tanz von Mutter und Kind zustande? Und wie gelingt es der Mutter dem Kind zu vermitteln, dass sie ihm sein Gefühl spiegelt und nicht ihr eigenes Gefühl kommuniziert? Die Antwort auf diese Frage findet sich in der Markierung affektiver Antworten durch die Mutter, d. h. sie präsentiert dem Baby einen Affekt in übertriebener Art und Weise (wie z. B. durch Ammensprache). Damit wird der Emotionsausdruck referentiell von der Mutter entkoppelt und ermöglicht dem Säugling, zwischen den realen Gefühlen der Mutter und der Spiegelung seiner eigenen Gefühle durch die Mutter zu unterscheiden. Durch die Wahrnehmung einer zeitlichen Kontingenz seines emotionsexpressiven Verhaltens und der affektspiegelnden Antwort der Mutter kommt es zu einer referentiellen Verankerung, in deren Folge der Säugling den Affekt als zu ihm zugehörig erkennen kann. Diese markierten emotionalen Antworten der Mutter führen über das wiederholte Erleben des Verstanden-Werdens zur Ausbildung sekundärer Repräsentanzen im Säugling, die ihm eine assoziative Zuordnung zu seinen primären Affektzuständen ermöglichen. Dadurch wird eine allmähliche, von der externen Beantwortung unabhängige, Affektregulierung eingeleitet. Anders ausgedrückt: durch Internalisierung der affektregulierenden Bemühungen der Mutter kommt es zur Etablierung einer sekundären Repräsentanz der primären Gefühlszustände im Säugling.

Die Ausgestaltung innerer Repräsentationen durch eine gelingende Affektspiegelung kann sich auf beiden Seiten der am Prozess Beteiligten als störanfällig erweisen. Auf Seiten des Säuglings können schwierige Temperamentsmerkmale, wie z. B. eine erhöhte Erregbarkeit,

einen Abstimmungsprozess zwischen Mutter und Kind erschweren. Auf Seiten der Bezugsperson tragen eine fehlende Markierung von Affekten, eine fehlende Kongruenz der gespiegelten Affekte oder gar eine fehlende Affektspiegelung zu einem misslingenden Abstimmungsprozess bei. Kommt es z. B. auf Seiten der Mutter zur unmarkierten und deshalb nicht entkoppelten Affektspiegelung, kann diese vom Säugling nicht als zu ihm zugehörig erkannt und entsprechend verankert werden. Die Ausbildung der sekundären Repräsentanz gestaltet sich defizitär und stellt keine Verbindung zum primären Emotionsempfinden des Babys her. Anstatt zu einer Regulierung kommt es durch die mütterliche Affektansteckung zu einer Intensivierung des negativen Affekts im Säugling. Ähnlich problematisch sind zwar markierte, aber kategorial verzerrte Affektspiegelungen durch die Mutter einzustufen. Durch die Missinterpretation des geäußerten Affekts kommt es zur Ausbildung verzerrter sekundärer Repräsentanzen. Pathologisch verzerrte Selbstrepräsentanzen führen zu einer verzerrten Wahrnehmung eigener Gefühlszustände. Durch die fehlende frühe Affektspiegelung fehlt die Ausbildung einer sekundären Repräsentanz gänzlich. Der Zugang zu seinem Inneren bleibt für den Säugling undifferenziert. Durch die Verwechslung zwischen mentalen Zuständen und der Realität kommt es zur Arretierung im Modus der psychischen Äquivalenz (vgl. Taubner, 2015). Einen gelingenden Abstimmungsprozess beschreibt Mertens (2012) als:

die Fähigkeit einer Mutter, ihrem Kind zu verstehen zu geben, dass sie die Ursache des von ihrem Kind mimisch und vokal zum Ausdruck gebrachten Unbehagens begreifen, sich einfühlen sowie darüber nachdenken und vor allem anders damit umgehen kann als ihr Kind selbst. (S. 17)

Fonagy, Gergely et al (2004) stellen die These auf „[...] dass erfolgreiche emotionsregulierende Interaktionen, die auch Affektspiegelungen durch die Mutter beinhalten, eine Erfahrungsgrundlage für die Errichtung eines Gewahrseins des Selbst als selbstregulierender Akteur schafft“ (S. 181). Demnach entdeckt der Säugling durch seine immerwährende Kontingenzanalyse, dass er Reaktionen in der Umwelt evozieren sowie kontrollieren kann und erlebt sich demzufolge als aktiver Urheber des Geschehens. Dieser Mechanismus ist entscheidend dafür, dass ein Gefühl von Selbstwirksamkeit ausgebildet werden kann.

Es stellt sich die Frage, wie perfekt eine Mutter antworten muss damit sich diese feinen Abstimmungsprozesse strukturbildend auswirken. Schon Winnicott prägte den Begriff der *ausreichend guten Mutter* und machte darauf aufmerksam, dass minimale Frustrationen, die dem Säugling durch die nicht ganz perfekte Abstimmung mit der Mutter zugemutet werden, entwicklungsfördernd wirken. Eine perfekte Mutter, die mit ihrer absoluten Verfügbarkeit für vermeintlich paradiesische Zustände sorgt, verhindert durch ihre Verwöhnung eine Strukturbildung im Kind. Die bevorzugte Hinwendung des Säuglings zu nicht-perfekten-Kontingenzen im

Alter von ca. vier bis fünf Monaten ist ein wichtiger Hinweis darauf, dass eine genügend gute Umwelt vom Kind bevorzugt wird. Säuglingsforscher bestätigen, dass eine mittlere Koordination der Kommunikation von Mutter und Kind vorteilhaft ist und zu einer sicheren Bindung des Kindes beiträgt:

Midrange coordination may leave more 'space', more room for uncertainty, initiative, and flexibility within the experience of correspondence and contingency, optimal for secure attachment. Thus one aspect of maternal sensitivity from an attachment perspective may be moderate levels of maternal contingent coordination. (Beebe & Steele, 2013, S. 592)

2.3.3 Entwicklungsstadien des Mentalisierungserwerbs

Die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit ist ein bedeutender Faktor für die seelische Entwicklung, denn sie kann Verhalten erklärbar und vorhersehbar machen. Die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit verläuft nicht linear, sondern es werden auf dem Weg des Erwerbens dieser Fähigkeit qualitativ unterschiedliche Entwicklungsstadien durchlaufen. Die einfachste Stufe stellt der teleologische Modus im Alter von ca. neun Monaten dar. Das Erreichen dieses Modus wird auch als sozial-kognitive Revolution beschrieben, in der das Kind bereits einfache Handlungen mit Zielen in Verbindung bringen kann. Intentionen als Grundlage von Handlungen können aber noch nicht als einer Person zugehörig attribuiert werden. Zur Regulierung eigener emotionaler Zustände ist der Säugling noch auf die Zuwendung der Bindungsperson angewiesen. Kommt es zur Regression des Erwachsenen auf diesen Modus, zählt nur noch das im Außen Beobachtbare. Innere Spannungszustände können dann ausschließlich durch drängelndes, manipulatives Kontrollieren der Umwelt reguliert werden.

Im anschließenden Modus der psychischen Äquivalenz kann das Kind noch nicht über Gedanken und Gefühle mentalisieren und geht davon aus, dass seine Gedanken der realen Welt entsprechen. Es existiert ein Psyche-Welt-Isomorphismus, in dem die innere Welt der äußeren entspricht (Taubner, 2015):

Ohne die Fähigkeit zur Mentalisierung haben jegliche innerpsychische Phänomene wie z. B. Fantasien und Prozesse eine der äußeren Realität vergleichbare Qualität und somit einen direkten, nicht veränderbaren und übermächtigen Einfluss auf das Kind und die Anderen, was intensive Angst auslösen kann. (S. 47)

Die Regression eines Erwachsenen auf diese Stufe manifestiert sich als Intoleranz gegenüber alternativen Perspektiven und ein Schwarz-Weiß-Denken.

Die dritte prämentalierende Stufe, der so genannte Als-ob-Modus, setzt parallel zum beliebten Als-ob-Spiel des Kindes im Alter von ca. drei Jahren ein. Mit Erreichen dieser Stufe

gelingt die temporäre Trennung der inneren von der äußeren Welt und eröffnet einen innerpsychischen Raum im Kind. Jetzt kann ein Affekt von der Realität abgekoppelt und ohne realistische negative Konsequenzen im Spiel ausgedrückt werden. Damit werden Kleinkinder in die Lage versetzt zwischen Gedanken und realen Situationen zu unterscheiden. Die Repräsentationen im Spiel zu modifizieren ermöglicht eine flexiblere Denkweise und fördert das Auftauchen von mentalen Strukturen. Eine Regression auf dieses Funktionsniveau bedeutet, dass die innere von der äußeren Realität entkoppelt ist. Patienten verstricken sich z. B. in übertriebener Selbstreflexion, was sich durch endlose Als-ob-Gespräche über Gedanken und Gefühle ausdrücken kann. Es wird aber keine Verbesserung des Selbstverständnisses erreicht und es wird sich auch nicht um Veränderung bemüht. Dieser Prozess wird als Hypermentalierung beschrieben.

Oszilliert das Kind zunächst noch zwischen der psychischen Äquivalenz und dem Als-ob-Modus, so kommt es im Verlauf der Entwicklung im Alter von ungefähr vier bis fünf Jahren zur Integration beider Modi und damit zum Erwerb eines reflexiven Modus. Damit hat das Kind eine Mentalisierungsfähigkeit erlangt und ist in der Lage verschiedene Perspektiven in Bezug auf menschliches Verhalten einzunehmen. Diese Integrationsleistung ist für das kontinuierliche Erleben des psychischen Selbst von Bedeutung, da das Kind nun sein Denken der Welt anpassen kann. Ein misslingender Prozess kann zu unterschiedlichen Beeinträchtigungen führen.

„Ein eher partielles Scheitern dieser Integration [beider Funktionsmodi] kann zum Auslöser für neurotische Zustände werden“ (Fonagy & Target, 2004, S. 270). Taubner (2015) macht auf folgenden, möglichen Zusammenhang aufmerksam: Impulse der Selbstbehauptung (assertiv-selbstbehauptende Aggression) werden von der Bindungsperson als feindselig interpretiert und deshalb inkongruent gespiegelt. Im Kind werden daraufhin die assertiven Impulse als schambesetzt erlebt. Die resultierende gehemmte Aggression gilt als typisches Symptom einer affektiven Erkrankung bei besserem Strukturniveau (vgl. S. 80).

Scheitert die Integration beider Modi nicht nur partiell, sondern gelingt aufgrund einer gestörten Entwicklung gar nicht, bleibt der kindliche Äquivalenzmodus bis in das Erwachsenenalter hinein erhalten und bedingt die Entstehung spezifischer Störungen. Traumatische Erfahrungen können zu einer generellen oder einer partiellen Hemmung der Mentalisierungsfähigkeit führen. „Missbrauchende Eltern, die entweder aufgrund eines Nicht-Könnens oder Nicht-Wollens keinen Zugang zur kindlichen Erfahrungswelt finden, sind vermutlich eine Entmutigung, sich mit den psychischen Befindlichkeiten anderer und mit sich selbst auseinanderzusetzen“ (Taubner, 2015, S. 90). In diesem Fall kann die Hemmung der Mentalisierung als adaptiver Bewältigungsversuch verstanden werden. Das Kind schützt sich dadurch vor dem Nachdenken über die misshandelnde Bindungsperson. Würde es Gefühle im Kontext der Traumatisierung wahrnehmen, so müsste es sich selbst als wertlos und hassenswert empfinden (vgl. Taubner, 2015).

Als eine Sonderform und als höchste Stufe von Mentalisierungsfähigkeit wird die im Erwachsenenalter erworbene Fähigkeit zur mentalisierenden Affektivität beurteilt (vgl. Taubner, 2015). In diesem Modus gelingt die Reflexion über einen Affekt bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung dieser Emotion (online-Affekt-Mentalisierung).

2.3.4 Kritik am Mentalisierungskonzept

Trotz oder gerade wegen seiner zentralen Stellung wird das Mentalisierungskonzept kontrovers diskutiert. Steele, Steele und Murphy (2009) beklagen eine mangelnde Abgrenzung bzw. eine teilweise Überlappung mit zahlreichen anderen Konstrukten, wie zum Beispiel Einsicht und Mindfulness.

Ähnliches kritisieren auch Choi-Kain und Gunderson (2008). Sie nehmen Anstoß an der kognitiven Betonung des Konzepts sowie an den Überschneidungen mit Konstrukten wie z. B. Einsicht, emotionale Intelligenz oder auch Imaginationen.

Falkenström et al. (2014) haben diesen Aspekt aufgegriffen und die Konzepte Mentalisierung (gemessen mit RF Skala), Achtsamkeit (gemessen mit Five Facet Mindfulness - und Affektbewusstsein (gemessen mit Affect Consciousness Interview-Self/Other) auf ihre Trennschärfe hin untersucht. Die Konzepte Mentalisierung und Achtsamkeit korrelierten moderat miteinander. Diesen Zusammenhang führen die Autoren auf die teilweise theoretische Überlappung beider Konzepte zurück. Ein Zusammenhang zum Affektbewusstsein konnte empirisch nicht belegt werden.

Zudem wird bemängelt, dass die RF Skala nur über einen globalen Mentalisierungswert Auskunft gibt (Solbakken, Hansen, Havik, & Monsen, 2012).

2.3.5 Weiterentwicklungen des Mentalisierungskonzepts

Mit der Einführung eines stressabhängigen Schaltmodells (biobehavioral switch model), das auf einer Idee von Mayes (2006) basiert, haben Fonagy und Luyten (2009) auf die geäußerte Kritik reagiert. Das Schaltmodell unterstützt das Verständnis stressabhängiger Regulierungsprozesse und der damit verbundenen Schwankungen des Mentalisierungsvermögens. Die Autoren gehen davon aus, dass es durch eine emotionale Erregung (Stress) bis an die individuelle Belastungsgrenze zu einem Umschalten (switch) von expliziten (kontrollierten) zu impliziten (automatischen) Prozessen kommt. Neuroanatomisch bedeutet das, dass präfrontale Strukturen eher deaktiviert und subkortikale Strukturen vermehrt aktiviert werden. Dadurch verringert sich die zu verarbeitende Komplexität der Reflexionsfähigkeit. Dies wird als eine maladaptive Copingstrategie gewertet, in deren Verlauf es zu einem Rückgriff auf unreifere Funktionsmodi kommt.

Die Berücksichtigung vier unterschiedlicher Dimensionen zur Beurteilung eines Mentalisierungsprofils trägt wesentlich zur Weiterentwicklung und zur Differenzierung des Mentalisierungsbegriffes bei. Während eine normale Entwicklung als Ausgeglichenheit zwischen den Polen definiert wird, werden polarisierte Anwendungen mit klinischen Auffälligkeiten in Verbindung gebracht.

Zur Unterstützung der klinischen Einschätzung von Mentalisierung werden deshalb folgende Dimensionen berücksichtigt (Fonagy & Luyten, 2009):

- automatisch (implizit) vs. kontrolliert (explizit)
- internal vs. external
- selbstorientiert (Selbst) vs. fremdorientiert (Andere)
- kognitiv vs. affektiv

Dabei greift jede der genannten Dimensionen auf unterschiedliche neuronale Netzwerke (präfrontale bzw. subkortikale Hirnareale) zu und initiiert distinkte Verarbeitungsprozesse.

Implizit-automatische Mentalisierungsprozesse werden als reflexartig, schnell, nonverbal, eher spiegelnd und frei von bewusst-reflektierter Intentionalität charakterisiert. Explizit-kontrollierte Modi beschreiben reflexive und langsamere Verarbeitungsstile wie z. B. Bedeutungsattributionen, die gezielte Aufmerksamkeit erfordern.

Mit der zweiten dimensional Unterscheidung kontrastieren die Autoren Mentalisierungsvorgänge auf der Basis ablesbarer Aspekte im Sinne eines direkt beobachtbaren Verhaltens (external) gegenüber Schlussfolgerungen bezüglich mentaler Zustände wie z. B. Gedanken oder Gefühle ohne direktes Verhaltenskorrelat (internal).

Besonders die Differenzierung zwischen dem Selbst und dem Anderen (dritte Dimension) ist nicht als streng dichotom zu betrachten. Die Fähigkeit zwischen den beiden Polen zu unterscheiden unterliegt einer Entwicklungsleistung mit gleichzeitigem Zugriff auf weitgehend identische neuronale Netzwerke. Eine entwicklungspsychologisch bedingte Funktionseinschränkung entlang dieser Dimension kann als ätiopathogenetischer Faktor für die Entwicklung psychopathologischer Störungen angesehen werden.

Auch ein Misslingen der Integration von Kognition und/oder Affekt (vierte Dimension) lässt sich mit verschiedenen psychischen Krankheitsbildern in Verbindung bringen, wie z. B. einer Depression oder der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Frage, ob und zu welchem Grad eine andauernde Unausgewogenheit dieser beiden Aspekte (kognitiv vs. affektiv) eine eher dynamische Abwehrstrategie oder ein entwicklungsbedingtes Defizit darstellt, ist weithin ungeklärt.

2.3.6 Aktuelle Forschungsergebnisse

Gloger-Tippelt (2001) weist auf die Veränderbarkeit des Grades der Mentalisierungsfähigkeit hin: „Ein mentaler Verarbeitungszustand neigt zwar zu Stabilität, kann sich jedoch durch tiefgreifende Erfahrungen wie Therapien oder andere Beziehungserfahrungen verändern“ (S. 104).

Eine mögliche Unterscheidung anhand der Reflexiven Kompetenz zwischen klinischen und nicht-klinischen Gruppen zeigten Fonagy et al. (1996) auf. Wie bereits erwähnt wurden zahlreiche Patienten mit unterschiedlichen klinischen Auffälligkeiten hinsichtlich ihrer Mentalisierungseinschränkungen untersucht und/oder behandelt: Borderline (Fischer-Kern et al., 2010; Fischer-Kern et al., 2015; Levy et al., 2006), Störungen des Sozialverhaltens (Möller, Falkenström, Holmqvist Larsson, & Holmqvist, 2014; Taubner, Wiswede, Nolte, & Roth, 2010), Depressionen (Ekeblad, Falkenström, & Holmqvist, 2016; Fischer-Kern et al., 2013; Fischer-Kern et al., 2008; Staun, Kessler, Buchheim, Kächele, & Taubner, 2010; Taubner, Kessler, Buchheim, Kächele, & Staun, 2011; Taubner et al., 2015) und Panikstörungen (Rudden, Milrod, Target, Ackerman, & Graf, 2006).

Studien, in denen die Mentalisierungsfähigkeit als Outcomemaß definiert wurde, kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Die Studie von Levy et al. (2006) war eine der ersten, die die Mentalisierungsfähigkeit zur Beurteilung des Therapieerfolges heranzogen. Die Autoren berichten von einer signifikanten Zunahme der Mentalisierungsfähigkeit für Patienten nach einjähriger Übertragungsfokussierten Therapie. Die Ergebnisse wurden durch die Studie von Fischer-Kern et al. (2015) untermauert. Die Autoren konnten eine signifikante Zunahme der Mentalisierungsfähigkeit durch einen Prä-Post-Vergleich im Rahmen einer einjährigen Übertragungsfokussierten Therapie für Borderline-Patienten nachweisen. Im Gegensatz dazu berichten Vermote et al. (2010), dass sich für ihre Patienten weder im Verlauf der knapp einjährigen Behandlung (stationär und tagesambulant) noch im Katamnesezeitraum von drei und zwölf Monaten eine signifikante Zunahme der Mentalisierungsfähigkeit nachweisen ließ. Die divergierenden Ergebnisse können möglicherweise auf unterschiedliche Untersuchungsmethoden zurückgeführt werden. Während die Studien von Levy et al. (2006) und Fischer-Kern et al. (2015) die RF Skala auf Basis des AAI auswerteten, wandten Vermote et al. (2010) die RF Skala auf das semistrukturierte Interview Object Relations Inventory an.

Die prädiktive Aussagekraft der Mentalisierungsfähigkeit wurde im Rahmen einer psychoanalytischen Langzeittherapie chronisch depressiver Patienten untersucht. Taubner, Kessler, Buchheim, Kächele und Staun (2011) wiesen nach, dass der initiale RF Wert die Reduzierung der allgemeinen Symptombelastung nach achtmonatiger Behandlung vorhersagt. Ekeblad, Falkenström und Holmqvist (2016) konnten mit ihrer Untersuchung die Mentalisierungsfähigkeit als Prädiktor bestätigen und erweitern. Sie wiesen durch die Untersuchung depressiver

Patienten nach, dass ein niedriger RF Wert zu Therapiebeginn nicht nur mit einem schlechteren Therapieergebnis, sondern auch mit einer ungünstigeren therapeutischen Beziehung einherging.

Verstärkend auf die Mentalisierungsfähigkeit wirkt zudem die Moderatorvariable Bindungsstil. Es besteht z. B. ein Zusammenhang zwischen einer sicheren Bindung und einer durchschnittlich ausgeprägten Mentalisierungsfähigkeit⁷, die aber kontextabhängig auch niedriger ausfallen kann. Unsicher gebundene Patienten zeigen eher niedrige Mentalisierungsfähigkeiten⁸, die aber auch nur partiell bestehen können. Für depressive Patienten wurde eine partielle Mentalisierungseinschränkung nachgewiesen, da sie eher zur Selbstreflexion neigen als über die Motive anderer Personen nachzudenken (Taubner, 2015). Die Wahrscheinlichkeit einer Hemmung oder einer verzerrten Mentalisierung ist im Kontext einer desorganisierten Bindung besonders hoch.

Aufgrund umfangreicher Forschungsbemühungen wird die Mentalisierungsfähigkeit mittlerweile als genereller Wirkfaktor eingestuft und liefert einen wichtigen Beitrag zum Verständnis komplexer therapeutischer Prozesse und deren Behandlungen.

2.4 Therapeutische Allianz

Dieses Kapitel stellt zunächst die konzeptuelle Klärung des Konstrukts vor und geht auf die Kritik an der Definition ein (2.4.1). Anschließend wird über empirische Befunde im Zusammenhang mit der therapeutischen Allianz berichtet (2.4.2).

2.4.1 Konzeptuelle Klärung

Die Konzeptualisierung der therapeutischen Allianz (auch bezeichnet als therapeutische Beziehung oder Arbeitsbeziehung) als affektive und vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten hat ihre Wurzeln in der psychoanalytischen Tradition. Schon Freud (1912) ging davon aus, dass sich die frühen Beziehungserfahrungen in neuen Beziehungskontexten als spezifische Beziehungsmuster übertragen:

Es ist also völlig normal und verständlich, wenn die erwartungsvoll bereitgehaltene Libidobesetzung des teilweise Unbefriedigten sich auch der Person des Arztes zuwendet. Unserer Voraussetzung gemäß, wird sich diese Besetzung an Vorbilder halten, an eines der Klischees anknüpfen, die bei der betreffenden Person vorhanden sind oder, wie wir

⁷ Für eine nicht-klinische Population wird ein Wert von 5 als durchschnittliche Mentalisierung definiert (Ekeblad, Falkenström, & Holmqvist, 2016; Levy et al., 2006).

⁸ Klinische Subgruppen weisen zumeist einen RF Wert von ~ 3 zu Therapiebeginn auf (Fischer-Kern et al., 2008; Levy et al., 2006; Müller, Kaufhold, Overbeck, & Grabhorn, 2006; Taubner, Kessler, Buchheim, Kächele, & Staun, 2011).

auch sagen können, sie wird den Arzt in eine der psychischen ‚Reihen‘ einfügen, die der Leidende bisher gebildet hat. (S. 365)

Im inneren Arbeitsmodell (IAM) werden die erlebten Interaktionsmuster mit der Bindungsperson als innere Repräsentationen gespeichert, die fortan die Interpretation und Vorhersage von Verhaltensweisen, Gedanken und Gefühle des Selbst und des Anderen beeinflussen. Bowlby (2006) war davon überzeugt, dass sich speziell die therapeutische Beziehung dazu eignet, das innere Arbeitsmodell des Patienten mit seinen spezifischen Erwartungen und Verhaltensweisen zu aktivieren.

Die Entwicklung einer allgemeingültigen Definition der therapeutischen Allianz gestaltet sich seit jeher als Herausforderung. Insbesondere die kontrovers diskutierte Bedeutung des Übertragungskonzepts und dessen Abgrenzung zum Konstrukt der therapeutischen Allianz erschwerte die Erarbeitung einer trennscharfen Definition. Zum einen wird argumentiert, dass die verzerrten Beziehungserfahrungen, die aus der Interaktion mit wichtigen anderen prägend wirken, sich wie eine Schablone auf die Beziehung zum Therapeuten legen. Der Therapeut wird unbewusst wie eine frühe Bindungsperson wahrgenommen, seine Verhaltens- und Reaktionsweisen können dadurch möglicherweise fehlinterpretiert werden. Vertreter dieser Annahme sprechen deshalb von der therapeutischen Allianz als einer Übertragungsbeziehung oder auch von der nicht realen Beziehung (Horvath & Luborsky, 1993). Die therapeutische Allianz wird hingegen als reale Beziehung bezeichnet (Catty, 2004), wenn theoretisch angenommen wird, dass jede nachfolgende Begegnung durch eine vorherige Beziehungserfahrung gefärbt wird. Dieses Phänomen ist allerdings nicht auf die therapeutische Allianz beschränkt, sondern wird in jeder Beziehung wirksam. Vertreter dieser Perspektive sind der Meinung, dass die Beziehungsqualität von den am Prozess Beteiligten im Hier und Jetzt gestaltet wird. Für sie steht lediglich das Ausmaß der Übertragung zur Diskussion (vgl. Horvath & Luborsky, 1993).

Die Definition der therapeutischen Allianz wurde durch Vorüberlegungen einiger Autoren wesentlich beeinflusst. So machte Sterba (1934) darauf aufmerksam, dass der Patient, um von der Therapie profitieren zu können, zur Ich-Spaltung fähig sein müsse. Zetzel (1956) trug mit ihren Überlegungen zur Differenzierung von Übertragung und Allianz bei, und Greenson (1965) machte das auf der Realität basierende Arbeitsbündnis zum Fokus seiner Überlegungen.

All diese Denkvorgänge flossen in die pantheoretische Definition von Bordin (1979) ein, nach der die therapeutische Allianz durch drei Komponenten bestimmt wird. Durch die 1) gemeinsame Bewältigung erforderlicher Aufgaben (tasks) werden die 2) zuvor übereinstimmend formulierten therapeutischen Ziele (goals) angestrebt. Die 3) emotionale Komponente wird durch das gegenseitige Vertrauen zwischen dem Patienten und dem Therapeuten (bond) ausgedrückt und erleichtert die notwendige Arbeit durch das Gefühl des Verstanden- und Angenommen-Werdens auf Seiten des Patienten. Das in dieser Arbeit

eingesetzte Instrument (California Psychotherapy Alliance Scale) zur Messung der therapeutischen Allianz beruht auf der pantheoretischen Definition Bordin's.

Während die Ziele und Aufgaben gleich zu Therapiebeginn formuliert werden, machen Cahill et al. (2008) darauf aufmerksam, dass sich die emotionale Zusammenarbeit erst im Verlauf der therapeutischen Stunden etablieren muss und nicht schon von Beginn an zur Verfügung steht. Bordin (1979) stellt die basale, kollaborative Qualität der am Prozess beteiligten Personen in den Mittelpunkt seiner Definition. Er betont, dass die therapeutische Allianz alleine noch nicht heilt, wohl aber eine notwendige Vorbedingung dafür ist, dass sich der Patient vertrauensvoll auf den therapeutischen Prozess einlassen kann.

Die pantheoretische Definition von Bordin wird bisweilen als ein zu breites Konstrukt kritisiert. Andere wichtige Faktoren, wie z. B. die Bedeutung oder das Ausmaß an Empathiefähigkeit, die Bewältigung der Gegenübertragung und die Anwendung supportiver Interventionen würden dagegen zu wenig berücksichtigt (vgl. Horvath, 2005). Hatcher und Barends (2006) bemängeln die Konfundierung der therapeutischen Allianz mit Konstrukten wie eine mögliche Tendenz zur Feindseligkeit, die Ausprägung von Motivation und Humor oder das Sich-Einschmeicheln-Wollen (S. 298). Sie weisen darauf hin, dass Bordin zwar seiner Zeit voraus war, indem er annahm, dass die therapeutische Allianz durch die Dyade vom Therapeuten und Patienten ausgehandelt wird, allerdings habe er den Beitrag des Patienten in diesem Verhandlungsprozess unter- und die Rolle des Therapeuten überschätzt (S. 295). Safran und Muran (2006) weisen darauf hin, dass in Bordin's Konzeptualisierung der therapeutischen Allianz die Frage danach, ob oder in welchem Ausmaß die kollaborative Zusammenarbeit bewusst oder unbewusst verläuft, schlichtweg nicht beantwortet wird. Damit wird ihrer Meinung nach die bewusste, rationale Zusammenarbeit zu sehr betont und überschätzt, während der Einfluss der unbewussten Wirkfaktoren unterschätzt und vernachlässigt wird.

2.4.2 Aktuelle Forschungsergebnisse

Die Allianz zwischen dem Patienten und dem Therapeuten ist der am häufigsten untersuchte, generelle Wirkfaktor in der Psychotherapieforschung und zugleich die Variable, die am stärksten zum Therapieergebnis beiträgt.

Eine große Anzahl an Studien bestätigte die therapeutische Allianz als Prädiktorvariable für den Therapieerfolg, unabhängig von der durchgeführten Therapieform, der Diagnose oder den Patientenmerkmalen. Ein mittlerer positiver Zusammenhang wurde durch mehrere Metaanalysen bestätigt (Flückiger, Horvath, Del Re, Symonds, & Holzer, 2015; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000). Hentschel (2005) äußerte sich kritisch zu den Ergebnissen der Metaanalysen. Er räumte jedoch ein, dass die Stärke des untersuchten Zusammenhangs deutlich größer ist als jeder andere isoliert untersuchte Faktor, der zu einem positiven Therapieergebnis beitragen könnte. Somit kann die therapeutische Allianz als genereller

Wirkfaktor betrachtet werden, die jedoch in unterschiedlichem Ausmaß durch sowohl Patienten- als auch Therapeutenvariablen beeinflusst wird. Baldwin, Wampold und Imel (2007) differenzieren den Zusammenhang der therapeutischen Allianz und dem Therapieerfolg, indem sie den Beitrag der Patienten sowie den der Therapeuten getrennt voneinander untersuchten. Sie zeigen in ihrer Studie, dass diejenigen Therapeuten, die eher eine gute Arbeitsbeziehung herstellen konnten, statistisch signifikant bessere Therapieergebnisse erzielten, als die Therapeuten, die eine derart stabile Beziehung weniger gut aufbauen konnten. Hiervon leiten die Autoren ab, dass bei der Untersuchung des Therapieerfolgs eher die Rolle des therapeutischen Beitrags fokussiert werden sollte. Ferner betonen sie die wichtigen Attribute eines erfolgreichen Therapeuten, wie z.B. Wärme, Freundlichkeit, Zuverlässigkeit, Erfahrung und Zuversicht. Dinger, Strack, Sachsse und Schauenburg (2009) wiesen den Einfluss des therapeutischen Bindungsmusters (gemessen mit dem AAI) auf die Entwicklung und die Qualität der therapeutischen Allianz in Abhängigkeit der Ausprägung vorherrschender Probleme auf Patientenseite (gemessen mit dem Inventory of Interpersonal Problems) nach. Die prospektive Studie von Zegers, Schuengel, van IJzendoorn und Janssens (2006) untersuchte im Rahmen einer temporären Heimunterbringung den Bindungsstatus Jugendlicher und das ihrer zugewiesenen Mentoren mit dem AAI. Damit ist die Studie eine der ganz wenigen, die den Bindungsstatus beider am Prozess beteiligten Partner berücksichtigt. Die Autoren legten dar, dass die Bindungsklassifikation die Wahrnehmung der Beziehungsqualität vorhersagen kann. Aus der Sicht ihrer Mentoren wurden Jugendliche mit einer hyperaktivierenden Bindungsstrategie zunehmend feindseliger wahrgenommen, wenn die Mentoren selbst über keinen autonomen Bindungsstatus verfügten. Im Gegensatz dazu wurden die Jugendlichen von autonom eingestuften Mentoren zunehmend feindseliger wahrgenommen, wenn diese eine deaktivierende Bindungsstrategie hatten. Aus Sicht der Jugendlichen wurden autonom eingestufte Mentoren als zunehmend verfügbarer und nicht-autonome Mentoren als zunehmend abweisender wahrgenommen.

Um das Verständnis für die Fluktuation der Beziehungsqualität während des Therapieprozesses zu erweitern, haben sich einige Forscher vertieft mit den Verlaufsmustern der therapeutischen Allianz beschäftigt. Es wurde über einen linear ansteigenden, gleichbleibenden, abnehmenden und zackenförmigen (U- und V) Verlauf berichtet (Eubanks-Carter, Gorman, & C., 2012; Gumz, Brähler, Geyer, & Erices, 2012; Stiles et al., 2004; Strauss et al., 2006). Als weitere Einflussfaktoren wurden die Therapiephase, die Therapielänge oder die Bewertung aus Sicht des Patienten, des Therapeuten oder eines unabhängigen Beobachters identifiziert. Die Forschungsbemühungen sind mit der Hoffnung verbunden, positive Therapieverläufe, die sich durch eine förderliche Beziehungsqualität auszeichnen, herauszukristallisieren und Verschlechterungen oder Brüche frühzeitig zu erkennen. Bisher liegt allerdings keine allgemeingültige Definition von Therapiebruch vor und die statistischen Analysen variieren. Die

Anzahl identifizierter Krisen unterscheiden sich von Studie zu Studie signifikant in Abhängigkeit des mehr oder weniger restriktiv definierten Kriteriums.

2.5 Zusammenfassende Überlegungen zum theoretischen Hintergrund

Zunächst erfolgt eine kurze Beschreibung über die Entwicklung von der Ein- zur Zwei-Personen-Psychologie (2.5.1) und der damit verbundenen psychoanalytischen Behandlungstechnik. Anschließend werden der Zusammenhang von Bindung und therapeutischer Allianz (2.5.2), Bindung und Mentalisierung (2.5.3) sowie von Mentalisierung und therapeutische Allianz (2.5.4) beschrieben. Der theoretische Hintergrund für die Gruppe der desorganisierten Patienten (2.5.5) wird aufgrund der Bedeutsamkeit für die therapeutische Arbeit vertieft betrachtet.

2.5.1 Von der Ein-Personen- zur Zwei-Personen-Psychologie

Beeinflusst durch sein naturwissenschaftliches Denken analysierte Freud allein das intrapsychische Erleben seines Patienten. Das Ziel einer jeden erfolgreichen Behandlung bestand aus der Sicht der Ein-Personen-Psychologie zu seiner Zeit in der Symptombekämpfung, die durch Aufdeckung und Bewusstmachung zuvor unbewusster Seeleninhalte eingeleitet wird. Symptome werden dabei definiert als eine unbewusste Kompromissbildung sich gegenseitig ausschließender Tendenzen innerhalb einer Person, die der Reduzierung innerer Konfliktspannungen dienen. Freud schrieb: „Diese Therapie [die Psychoanalyse] ist also auf die Einsicht gegründet, daß unbewußte Vorstellungen – besser: die Unbewußtheit gewisser seelischer Vorgänge – die nächste Ursache der krankhaften Symptome ist.“ (Freud, 1942 Band V, S. 23). Für ihn kam die Übertragung des Patienten durch eine falsche Verknüpfung von unbewussten vergangenen mit gegenwärtigen Beziehungserfahrungen zustande. Für die Therapie wurden die Persönlichkeit des Psychoanalytikers und seine Gegenübertragungsgefühle nicht berücksichtigt. Stattdessen hatte der Therapeut seine Gegenübertragungsgefühle zu überwinden, da sie seine affektive Neutralität bedrohten. Das Veränderungspotential der Behandlung, für das der Patient seinen Widerstand zu überwinden und sich kooperativ zu zeigen hatte, wirkte allein auf intrapsychischer Ebene (vgl. Frischenschlager, 2000). Ermann (2008) kommentiert: „Solange die Psychoanalyse am objektivierenden Einpersonenmodell psychischer Prozesse orientiert war, gab es ein nur begrenztes Interesse an der unbewussten Beziehungsdynamik, die heute im Zentrum der psychoanalytischen Betrachtungsweise steht“ (S. 234).

Nach Mertens (1998) entwickelt sich die Persönlichkeit „[...] in einer intersubjektiven Matrix im Verlauf des Heranwachsens“ (S. 67). Das Leiden des Patienten ist deshalb nicht als isoliertes Symptom zu begreifen, das aufgrund falsch gelernter oder mangelhafter Problemlösungen entstanden ist, sondern kann auf seine Sozialisationsbedingungen zurückgeführt

werden. Mit der Hinwendung zur Zwei-Personen-Psychologie veränderte sich deshalb aus intersubjektiver Sicht das Repertoire theoretischer Überlegungen. Seitdem werden die Persönlichkeit des Therapeuten und prozessbestimmende Faktoren, wie z. B. seine theoretische Orientierung, die Qualität der durchgeführten Interventionen, seine Fähigkeiten und Erfahrungen für die Etablierung der therapeutischen Beziehungsqualität, reflektiert. Der Schwerpunkt psychoanalytischer Arbeit liegt seit dem Paradigmenwechsel von der Ein-Personen- zur Zwei-Personen-Psychologie eher auf der Veränderung pathologisch verinnerlichter Objektbeziehungen und interpersoneller Abwehrmechanismen. Das Ziel therapeutischer Arbeit liegt im Aufbau selbstanalytischer Fähigkeiten, die eine Stärkung der Persönlichkeitsstruktur des Patienten ermöglichen. Diese wird definiert als ganzheitliches Gefüge psychischer Dispositionen, welche relativ zeitstabil sind und alles umfassen, was im Leben und Verhalten des einzelnen Menschen regelhaft und repetitiv abläuft (vgl. Rüger, 2008). Anhand ihrer im Rahmen der Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project durchgeführten Langzeittherapien überprüften Falkenström, Grant, Broberg und Sandell (2007), die selbstanalytische Funktion. Das der selbstanalytischen Funktion zugrunde liegende Verhalten wird von den Autoren als Selbstberuhigung im Umgang mit schwierigen Emotionen und als die Fähigkeit, den ehemaligen Therapeuten als internalisierte Unterstützung in der Gegenwart nutzen zu können, beschrieben. Auf Basis von Interviews, die ein und zwei Jahre nach Therapiebeendigung mit einer Subgruppe von Patienten durchgeführt wurde, konnte diese sowohl für ehemalige Psychotherapie- als auch für ehemalige Analyse-Patienten bestätigt werden.

2.5.2 Zusammenhang zwischen Bindung und therapeutischer Allianz

Die Balance-Hypothese von Bänninger-Huber (2001) integriert Teilaspekte der Konzepte Bindung, Mentalisierung und therapeutische Allianz, deren enge Verzahnung nachfolgend beschrieben wird. Mit der Balance-Hypothese wird die hohe Anforderung an den intersubjektiv arbeitenden Psychoanalytiker verdeutlicht. Demnach muss er zunächst ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis herstellen, damit sich der Patient ausreichend sicher fühlt, um sich seiner Innenwelt angstfrei zuwenden und über sich reflektieren zu können. Zeitgleich muss der Therapeut durch angemessene Abstinenz eine Spannung aufrechterhalten, die dem Patienten eine korrigierende emotionale Erfahrung ermöglicht. Hier setzt der bindungsgeschulte Therapeut mit seinen theoretischen Überlegungen über das vorherrschende Bindungsmuster des Patienten an und wird insbesondere die Bedeutung seiner eigenen Person für den therapeutischen Prozess reflektieren. Seine Überlegungen helfen ihm dabei, sich um die Herstellung eines vertrauensvollen Kontakts zu bemühen und die negativen Beziehungserwartungen des Patienten möglichst nicht zu beantworten. Er kann das szenische Verstehen der therapeutischen Situation auf die Störung der frühen Mutter-Kind-Beziehung zurückführen und sich durch die Sensibilisierung für das Thema Bindung noch empathischer auf das Beziehungsangebot des Patienten einstellen. Die

resultierenden korrigierenden Beziehungserfahrungen leiten die Veränderung der internalisierten Objektbeziehungen ein und stärken die Persönlichkeitsstruktur des Patienten.

Der sicher gebundene Patient zeigt kaum Probleme sich auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Therapeuten einzulassen, und es fällt ihm leichter während des therapeutischen Prozesses auf Abwehrstrategien zu verzichten. Der Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und einem entsprechenden Funktionsniveau im Erwachsenenalter wird durch zahlreiche Studien bestätigt (vgl. Mikulincer & Shaver, 2015). Für die Patientengruppe mit unsicherem Bindungsstil (distanziert, präokkupiert) kommt es dagegen besonders leicht zu Irritationen in der therapeutischen Beziehung. So können z. B. negative Affekte durch Verhaltensmerkmale des Therapeuten ausgelöst werden, die vor dem biografischen Hintergrund und der damit verbundenen Übertragungsdisposition eine kritische Beurteilung im Patienten auslösen. Patienten mit einem distanzierten Bindungsstil sind eher um emotionale Unabhängigkeit bemüht. Der bindungsgeschulte Therapeut stellt sich darauf ein, dass sich ein Misstrauen ihm gegenüber oder ein starkes Widerstreben sich mitzuteilen in der therapeutischen Arbeit zeigen wird. Patienten mit verstricktem Bindungsmuster zeigen sich eher ängstlich anklammernd im Kontakt und sorgen sich um eine zuverlässige Beziehung zum Therapeuten, denn sie gehen davon aus für ihn nicht wichtig zu sein. Der Zusammenhang zwischen unsicherem Bindungsstil und einer eher schwächer ausgeprägten therapeutischen Allianz wird von Diener und Monroe (2011) metanalytisch bestätigt. Noch komplexer gestaltet sich die therapeutische Beziehung zu Patienten mit desorganisiertem Bindungsstil. Sie konnten aufgrund der widersprüchlichen Bindungserfahrungen keine zielführende Strategie entwickeln, um sich vertrauensvoll auf eine Beziehung einzulassen.

Aus der Sicht des Patienten wird der Therapeut auf einer unbewussten Ebene als älter und weiser wahrgenommen. Nach und nach wird er für ihn einzigartig und unersetzbar, denn es hat sich eine Bindungsbeziehung mit der Präferenz für genau diese Person entwickelt. Mit ihrer Untersuchung über den Zusammenhang zwischen gefühlter Sicherheit des Patienten in der Beziehung zum Therapeuten und dem Ausmaß an Exploration konnten Mallinckrodt, Porter und Kivlighan (2005) Bowlbys Annahme stützen, wonach der Therapeut als sichere Basis fungiert und dem Patienten damit eine angstfreie Exploration im Kontext der therapeutischen Beziehung ermöglicht. Mittlerweile gehen zahlreiche Autoren davon aus, dass eine Beziehung, die sich in einer psychoanalytischen Langzeittherapie etabliert hat, bedeutsame Qualitäten einer Bindungsbeziehung aufweist (Holmes, 2015; Obegi, 2008; Parish & Eagle, 2003; Strauß, 2006; Wöller, 2015).

2.5.3 Zusammenhang zwischen Bindung und Mentalisierung

Mentalisieren wird definiert als die Fähigkeit, dem eigenen Verhalten und dem anderen einen Sinn zu geben. Es handelt sich dabei um eine Entwicklungsleistung in Abhängigkeit von

der Qualität der frühen Beziehungserfahrungen durch den affektiven Austausch mit der Bezugsperson. Das Mentalisierungsvermögen der primären Bezugspersonen ist von zentraler Bedeutung für die Entwicklung des Kindes, weil die Bindungsbeziehung von Beginn an in einem Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach Nähe und Sicherheit zur Bindungsperson einerseits und andererseits dem Wunsch danach steht, die Welt für sich zu entdecken. Das Mentalisierungsvermögen der Bezugsperson beeinflusst ihre eigenen Reaktionsweisen, je nachdem, wie sie die Bedürfnisse des Kindes interpretiert. Deshalb zeigen sich Kinder unterschiedlich flexibel in der Reaktion auf das antagonistisch angelegte Bindungs-Explorationssystem. Nur jenes Kind, das sich sicher fühlt, wird die Möglichkeit zur spielerischen Exploration seiner Umwelt nutzen. Diese frühen spezifischen Interaktionsmuster zwischen den Eltern und dem Kind werden unbewusst auf prozeduraler Ebene wirksam, verfestigen sich im Laufe der Zeit zu Organisationsstrukturen und bewirken die Ausbildung eines inneren Arbeitsmodells, das sich nicht auf die Kindheit beschränkt, sondern ein Leben lang wirksam bleibt. Im Falle mehrerer bedeutsamer Bindungsbeziehungen (z. B. zu Geschwistern und/oder Großeltern) werden die parallel bestehenden, verinnerlichten Arbeitsmodelle hierarchisch organisiert. In naturalistischen Längsschnittuntersuchungen konnte belegt werden, dass Bindungsmuster durch die Mentalisierungsfähigkeit der Bindungsperson transgenerational weitergegeben werden. Es zeigte sich, dass Mütter, die ein höheres Mentalisierungsniveau aufwiesen, eher sicher gebundene Kinder hatten. Mütter, die niedrigere Mentalisierungswerte erhielten, hatten eher unsicher gebundene Kinder. Das niedrigste Mentalisierungsniveau wurde bei Müttern von desorganisierten Kindern gemessen (Grienberger, Kelly, & Slade, 2005; Slade, Grienberger, Bernbach, Levy, & Locker, 2005). Damit gilt der Zusammenhang zwischen elterlichem Mentalisierungsvermögen und kindlichem Bindungsmuster als empirisch gut belegt.

Steele (2005) schreibt, dass „Bowlby [...] wiederholt betont, dass positive Veränderungen [des Beziehungsmusters] zu keinem Zeitpunkt unmöglich sind“ (S. 132) und geht davon aus, dass die therapeutische Beziehungsqualität die Fähigkeit des Patienten stärkt, das eigene Erleben und die schmerzvollen Erfahrungen, die zur Sprache kommen, *durchzuarbeiten*. Damit wird eine Parallele zwischen der Qualität der frühen Mutter-Kind-Beziehung, die für den Mentalisierungserwerb von zentraler Bedeutung ist und der therapeutischen Bindungsbeziehung beschrieben, die für die Bearbeitung von Mentalisierungsdefiziten genutzt werden kann. Ein misslingender Mentalisierungs- und damit verbundener Einfühlungsprozess während der Kindheit führt zu unterschiedlichen, bereits erwähnten Beeinträchtigungen des Kindes, die von einer partiellen bis zu einer generellen Hemmung von Mentalisierung reichen können. Insbesondere kann die eigene traumatisierte Verfassung der Bindungsperson, in der Literatur erstmals von Fraiberg, Adelson und Shapiro (1985) als *ghosts in the nursery* beschrieben, zur transgenerationalen Weitergabe eines Traumas beitragen und die innerpsychischen Repräsentanzen des Kindes negativ beeinflussen. Der Grad der frühen Traumatisierung hat eine

bedeutsame Auswirkung auf die Ausprägung des Reflexionsvermögens und die spätere Fähigkeit, Intersubjektivität herstellen zu können. Insbesondere unter akutem Stress und in Belastungssituationen ist die Mentalisierungsfähigkeit eingeschränkt (Taubner, 2015). Diese Schwierigkeiten zeigen sich im Kontext der therapeutischen Beziehung, denn in ihr wird das Bindungssystem des Patienten aktiviert. Durch die Intensivierung der therapeutischen Beziehung gerät der unsicher gebundene Patient zunehmend unter Stress, was zu einer generellen Verschlechterung seiner Mentalisierungsfähigkeiten oder zu temporären Mentalisierungseinbrüchen führen kann. Wenn es dem Therapeuten gelingt seinem Patienten die Einbrüche kontingent und markiert zu spiegeln und ihn im Rahmen einer sicheren Umgebung in seinem Explorationsprozess zu unterstützen, dann kann die verlässliche therapeutische Beziehung zur Mentalisierungsförderung genutzt werden (vgl. Bolm, 2010). Einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Veränderbarkeit von Mentalisierung leisteten Hörz-Sagstetter, Mertens, Isphording, Buchheim und Taubner (2015), indem sie aufzeigten, dass die Mentalisierungsfähigkeit durch therapeutische Interventionen beeinflusst wird und im Verlauf einer Therapiestunde deutlich variieren kann.

Die Mentalisierungsfähigkeit wird mittlerweile nach umfangreichen Forschungsbemühungen als genereller Wirkfaktor eingestuft und liefert einen wichtigen Beitrag zum Verständnis komplexer therapeutischer Prozesse. Taubner, Schulze, Kessler, Buchheim, Kächele und Staun (2015) betonen, dass das zu Therapiebeginn vorliegende Mentalisierungsniveau ein wichtiges Merkmal für die Therapieplanung sein kann, während sie in der Anregung der Mentalisierung ein primäres Ziel therapeutischer Arbeit sehen. Zur Überprüfung dieser Annahme bedarf es Langzeitstudien, um mögliche Veränderungsprozesse empirisch untersuchen zu können.

2.5.4 Zusammenhang von Mentalisierung und therapeutischer Allianz

Daneben unterstreichen zahlreiche metaanalytische Untersuchungen die Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehungsqualität als robusten Prädiktor für den Therapieerfolg (Flückiger, Horvath, Del Re, Symonds, & Holzer, 2015; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000). Dadurch, dass sich der Psychotherapeut in die Gedanken, Intentionen und Affekte des Patienten hinein denkt und einfühlt, fördert er im Patienten ein Gefühl von Sicherheit, um etwas Neues in der Beziehung zum Psychotherapeuten zu wagen und sich kooperativ am Prozessgeschehen zu beteiligen. Insbesondere Patienten mit unsicherem oder desorganisiertem Bindungsstil fällt es schwer, sich auf die Hilfe einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung einzulassen. Doch Therapeuten unterscheiden sich in ihrer Art, mit ihrem Patienten eine Arbeitsallianz aufzubauen. Baldwin, Wampold und Imel (2007) leiten aus ihrer Untersuchung ab, dass eher auf die Therapeutenvariable für den Therapieerfolg fokussiert werden sollte. In der vorliegenden Arbeit konnte der Bindungsstil des Therapeuten nicht

berücksichtigt werden. Die therapeutische Allianz wurde mit dem Instrument California Psychotherapy Alliance Scale (3.3.3) beurteilt, und der therapeutische Einfluss auf das Prozessgeschehen wird in dieser Arbeit durch die Auswertung der TUI Subskala (Therapist Understanding and Involvement) ermöglicht.

2.5.5 *Desorganisation im Kontext von Bindung, Mentalisierung und therapeutischer Allianz*

Da die Betrachtung der Veränderungsmöglichkeiten der als desorganisiert eingestuften Patienten von besonderer Relevanz ist, wird diese Bindungskategorie nochmals im Kontext der Konstrukte Bindung, Mentalisierung und therapeutische Allianz vertieft beleuchtet.

Die vierte Bindungskategorie *desorganisiert* wurde nach einer Reanalyse von über 200 Videos kindlicher Reaktionsweisen im Fremde-Situations-Test (siehe Kapitel 2.2.1, S. 9) eingeführt. Main und Solomon (1990) identifizierten Verhaltensweisen, die den bis dahin üblichen Bindungskategorien (sicher, unsicher-vermeidend oder unsicher-ambivalent) nicht zugeordnet werden konnten. Die nachträglich als desorganisiert klassifizierten Kinder wirkten sonderbar, besorgt, erstarrt wie in einem tranceartigen Zustand oder wurden gekrümmt am Boden kauern von ihren Eltern aufgefunden, wenn diese nach einer kurzen Trennungsphase in den Raum zurückkehrten. Die Verhaltensweisen werden als kindliche Stressreaktionen auf widersprüchliche Wünsche und als Ausdruck eines Zusammenbruchs der organisierten Bindungsstrategie verstanden. Einerseits möchte sich das Kind aufgrund des Bedürfnisses nach Sicherheit der Bindungsfigur annähern, andererseits hat es aber Angst vor der antizipierten Reaktion des Anderen. Der Zusammenhang zwischen Angst und einem desorganisierten Bindungsstil wird durch die Untersuchung misshandelter Kinder bestätigt (Zulauf-Logoz, 2014). Die zwischenzeitlich identifizierten Marker der desorganisierten Bindungskategorie führten zu einem großen Forschungsinteresse. Hierbei stehen die Fragen, (1) weshalb es zu diesen spezifischen Verhaltensweisen, die auch als *fright without solution* bezeichnet werden, kommt und (2) welche Entwicklungspfade diese Verhaltensweisen nehmen.

Es wurden zahlreiche Einflussfaktoren untersucht, die in der Folge einen desorganisierten Bindungsstil nach sich ziehen können. Dazu gehören auf Seiten des Kindes beispielsweise dessen Temperament, die genetische Ausstattung, hormonelle Stressreaktionen und wahllose kindliche Hinwendungen auch zu fremden Personen sowie auf Seiten der Bindungspersonen deren sozioökonomischer Status, das Vorhandensein psychischer Erkrankungen, wie z.B. Depression, Borderline-Symptomatik, Abhängigkeitserkrankungen, Angststörungen und Erfahrungen mit dem Tod enger Vertrauter. Die Forschungsergebnisse sind derzeit noch widersprüchlich und die Wissenslage nicht eindeutig, weshalb die Ergebnisse einer Replizierung bedürfen und gegebenenfalls vermittelnde oder verstärkende Wirkfaktoren aufgedeckt werden müssen (vgl. Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). Zunehmend verlagerte sich das Interesse weg von

der Verhaltensebene auf die Qualität der affektiven Kommunikation zwischen dem Kind und der Bindungsperson.

Als bedeutend für das vertiefte Verständnis der transgenerationalen Weitergabe eines desorganisierten Bindungsstils gilt die mikroanalytische *face-to-face* Analyse, mit deren Hilfe eine Interaktionssequenz von Müttern und ihren vier Monate alten Kindern in slow motion untersucht werden kann. Wie durch ein soziales Mikroskop wird dabei auf die interaktionellen Kommunikationsmuster (u. a. geteilte Aufmerksamkeit, geteilter Affekt und Berührung) und deren kontingente Koordination fokussiert. Die bereits im Alter von vier Monaten ausgebildeten prozeduralen Erwartungen an die Reaktionsweisen der Bindungsperson werden als kindliches inneres Arbeitsmodell interpretiert (vgl. Beebe & Steele, 2013). Ein Zusammenhang zwischen einem mütterlichen disruptiven Kommunikationsstil und der Vergabe einer U-Klassifizierung dieser Mütter im AAI konnte nachgewiesen werden. Zudem zeigte sich ein Zusammenhang zwischen dem mütterlichen disruptiven Kommunikationsstil und der desorganisierten Bindung des Kindes. Die metaanalytischen Ergebnisse zusammenfassend beurteilen die Autoren das Risiko einen desorganisierten Bindungsstil zu entwickeln für diejenigen Kinder als fast vierfach erhöht, deren Eltern anormale Verhaltensweisen zeigen (Madigan et al., 2006).

Die Qualität des mütterlichen disruptiven Kommunikationsstils gilt als Prädiktor einer möglichen desorganisierten Bindung der Kinder im Alter von einem Jahr (vgl. Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). Zudem konnte diese Untersuchungsmethode zeigen, dass die kindlichen Erfahrungen nicht allein durch das elterliche Verhalten geformt werden. Demnach sind selbstregulatorische Fähigkeiten des Kindes, die wiederum von der jeweiligen Eltern-Kind-Interaktion abhängig sind, genauso wichtig wie der interaktive Austausch mit der Bindungsperson. Die Autoren nehmen an, dass die später im Leben als desorganisiert Klassifizierten ihre Erfahrungen im jungen Alter von vier Monaten mit folgendem Wortlaut ausdrücken würden, wenn sie könnten:

I'm so upset and you're not helping me. I'm smiling at you and whimpering; don't you see I want you to love me? When I'm upset, you smile or close up or look away. You make me feel worse. I feel confused about what I feel and about what you feel. I can't predict you. I don't know what is going on. What am I supposed to do? I feel helpless to affect you. I feel helpless to help myself. I feel frantic. I feel unsafe. (ebd., S. 597)

2.6 Hinführung zu relevanten Forschungsfragen

In dieser Arbeit nimmt die therapeutische Beziehungsqualität eine zentrale Position ein, ist sie doch die Voraussetzung für ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis, in dessen Verlauf der Patient seine frühen dysfunktionalen Beziehungserfahrungen durcharbeiten und die Veränderung seiner strukturellen Fähigkeiten einleiten kann. Das Veränderungspotential von Bindungs-

merkmalen (Buchheim et al., 2017; Levy et al., 2006) sowie eine signifikante Zunahme der Mentalisierungsfähigkeiten (Fischer-Kern et al., 2015; Levy et al., 2006) wurde für die Übertragungsfokussierte Therapie bereits empirisch belegt. Die Replizierbarkeit dieser Ergebnisse durch eine psychoanalytische Langzeittherapie wird durch die Auswertung des AAI und der RF Skala in dieser Arbeit überprüft. Die Veränderung der Arbeitsfähigkeit als Beitrag des Patienten sowie die therapeutischen Fähigkeiten als Beitrag des Therapeuten zur Beurteilung der therapeutischen Allianz erfolgt durch eine Time-Line-Analyse⁹.

Zur Erfassung des geschilderten komplexen Zusammenhangs von Bindung, Mentalisierung und therapeutischer Allianz wird der Therapieerfolg mit in der Forschung bereits bewährten Messinstrumenten evaluiert. Die Therapieeffekte werden zunächst für die Gesamtstichprobe und zusätzlich für die Patientengruppe mit U-Kodierung zu Therapiebeginn durch einen Prä-Post-Vergleich aller Outcome-Maße als Nachweis der Veränderbarkeit struktureller Fähigkeiten durch eine psychoanalytische Langzeittherapie ermittelt. Insbesondere durch die separate Betrachtung der strukturellen Veränderungen in der Experimentalgruppe (Bindungsschulung der Therapeuten) im Vergleich zur Kontrollgruppe (therapeutische Beschäftigung mit dem Initialtraum des Patienten) wird die Bedeutsamkeit der Bindungsschulung für das Therapieergebnis empirisch erforscht, wobei allerdings auch zusätzliche Variablen wie z. B. die Therapeutenpersönlichkeit, gelernte Theorien oder erotische/sexuelle Gegenübertragungsfühle, die in dieser Studie unkontrolliert bleiben, einen Einfluss ausüben können. Die Stabilität wie auch eine weitere Verbesserung zuvor erreichter struktureller Veränderungen (postanalytischer Effekt) gilt als Qualitätsnachweis durchgeführter Interventionen und wird durch die Katamneseerhebung für das Thema Bindung und Mentalisierung überprüft.

Zur Identifizierung relevanter Faktoren, die sowohl für eine gute Therapieplanung als auch für den Therapieerfolg von Bedeutung sind, werden korrelative Zusammenhänge erforscht. Es wird überprüft, ob das Ausmaß des Therapieerfolges, definiert als *Strukturelle Verbesserung* der Mentalisierungsfähigkeit, im Zusammenhang mit der Bindungsqualität (sicher vs. unsicher; desorganisiert vs. organisiert) und/oder einer besseren therapeutischen Zusammenarbeit steht.

Des Weiteren wird angenommen, dass die verwendeten Messinstrumente zur Erhebung der strukturellen Fähigkeiten unterschiedlich sensitiv auf die Veränderungen im Verlauf der psychoanalytischen Behandlungen reagieren. Dabei wird das Bindungsmuster als Teil der Persönlichkeitskonfiguration des Patienten eingestuft, deren Veränderung viel Zeit benötigt. Die Mentalisierungsfähigkeit hingegen wird aufgrund der nachgewiesenen Schwankungen im Stundenverlauf (Hörz-Sagstetter, Mertens, Isphording, Buchheim, & Taubner, 2015) als Trait-Variable definiert und es wird davon ausgegangen, dass sie sich im Verlauf der Langzeittherapie

⁹ Die Time-Line-Analyse ist eine Methode zur prozessorientierten Analyse durch die Berücksichtigung mehrerer aufeinander folgender Messzeitpunkte

schneller als das Bindungsmuster verändert. Ein weiterer Teilaspekt struktureller Kapazität wird als die Arbeitsfähigkeit des Patienten definiert, denn Gaston (1991) vertritt die Meinung, dass die PWC Subskala die „psychological mindedness or tendency to use introspective coping skills“ (S. 74) repräsentiert. In dieser Arbeit dient die Auswertung der PWC Subskala erstmalig als zusätzliche Erforschungsmöglichkeit eines Teilaspekts struktureller Veränderungen. Auf diese Weise wird zeitgleich eine Einschätzung der Sensitivität der eingesetzten Messinstrumente ermöglicht. Postuliert wird, dass sich ein beginnender Umstrukturierungsprozess deutlich früher mithilfe der PWC Subskala im Vergleich zur RF Skala abbilden lässt. Letztere erfasst Veränderungen im Verlauf der Therapie wiederum sensitiver als das AAI. Durch die Bestätigung dieser Vorannahme könnte einerseits dem praktisch arbeitenden Therapeuten mit der PWC Subskala ein weniger aufwendiges Instrument zur Evaluation des Therapieprozesses an die Hand gegeben werden. Andererseits könnte ein Beitrag zur methodischen Erforschung struktureller Veränderungen durch die Einführung der PWC Subskala als valides Messinstrument geleistet werden.

Zudem wird die Frage nach dem *Wie* der Veränderungsprozesse von maladaptiven Objektbeziehungen durch die differenzierte Betrachtung der therapeutischen Dyade im Rahmen einer qualitativen Auswertung von zwei Langzeitverläufen untersucht. Von maßgebender Bedeutung für diese Dissertation sind zwei Hauptfragestellungen, die nachfolgend mit den Nebenfragestellungen abgeleitet werden:

1. *Welches Ausmaß an strukturellen Veränderungen wird durch eine psychoanalytische Langzeittherapie erreicht?*

- Unterscheiden sich Patienten mit einer U-Kodierung im Vergleich zu Patienten mit einem organisierten Bindungsstil zu Therapiebeginn im Erwerb struktureller Fähigkeiten?
- Wie stabil zeigen sich die erzielten strukturellen Veränderungen nach Beendigung der psychoanalytischen Langzeittherapie (postanalytischer Effekt)?
- Inwiefern bilden die eingesetzten Instrumente den Veränderungsprozess auf unterschiedliche Art und Weise ab?
- Inwiefern kann die PWC Subskala zur Messung der Arbeitsfähigkeit eine alternative Möglichkeit zu den aufwendigeren, aber etablierten Forschungsinstrumenten (AAI und RF Skala) für die Evaluation von Veränderungsmessungen sein?

2. *Welche Rolle spielt die Bindungssensibilisierung des Therapeuten bei der strukturellen Veränderung der Patienten in Rahmen einer psychoanalytischen Langzeittherapie?*

- Inwiefern wird der therapeutische Prozess vom Bindungsmuster des Patienten zu Therapiebeginn beeinflusst?

- Inwiefern wird der therapeutische Prozess vom Mentalisierungsniveau des Patienten zu Therapiebeginn beeinflusst?
- Bietet die separate Betrachtung der Patienten- bzw. Therapeutenvariable einen Erkenntnisgewinn für die Beurteilung des therapeutischen Prozesses?
- Kann ein Beitrag zur Beantwortung der Frage nach dem *Wie* von Veränderungsprozessen durch die Betrachtung der therapeutischen Dyade in psychoanalytischen Langzeittherapien geleistet werden?

3 Methodisches Vorgehen

Zunächst wird das MBWP (3.1, S.40) und dessen Gesamtstichprobe (3.2, S.41) vorgestellt. Anschließend werden die zur Veränderungsmessung eingesetzten Instrumente (3.3, S.44) erläutert. Der für diese Dissertation relevante Untersuchungsplan und die formulierten Hypothesen (3.4, S.51) werden abgeleitet.

3.1 Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt

Das MBWP¹⁰ wurde von 2002 bis 2013 am Department Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München durchgeführt und zählt mit seinem prospektiven Outcome- und Prozessforschungsdesign zur vierten Generation in der Geschichte der Psychotherapieforschung.

Analytiker der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V. unterstützten das Projekt durch ihre fachliche Expertise. Finanziell gefördert wurde es durch die Köhler-Stiftung im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft. Das Interesse der naturalistischen Studie mit quasiexperimentellem Design liegt auf der mikroprozessualen und interaktionellen Erforschung des Therapiegeschehens. Es wurden zu mehreren Messzeitpunkten (zu Beginn, etwa um die 80., 160., 240., ggfs. 300. Stunde) Tonbandaufnahmen von drei aufeinanderfolgenden Stunden mit anschließender Transkription für insgesamt zwanzig Patienten angefertigt. Ein abschließendes Interview erfolgte nach einem durchschnittlichen katamnestischen Zeitraum von 1.7 Jahren. Durch den Einsatz zahlreicher Instrumente, wie beispielsweise die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD, Anhang E), die Heidelberger Umstrukturierungsskala, das AAI, die RF Skala, das CALPAS u. a. m. sowie der Untersuchung aus der Online- und Off-Line-Perspektive¹¹ wurde eine multiperspektivische Betrachtung des Therapieprozesses realisiert. Auf diese Weise werden die Voraussetzungen sowohl für die Erforschung der strukturellen Veränderungen des jeweiligen Patienten als auch

¹⁰ Das Forschungsprojekt wurde von Prof. Dr. W. Mertens in Zusammenarbeit mit Dipl.-Psych. T. Bihler, ab 2006 mit Prof. Dr. S. Hörz-Sagstetter, geleitet.

¹¹ Nach der Definition von Moser (1991);

für die Betrachtung der therapeutischen Dyade im Verlauf einer Therapie geschaffen, die für die Beantwortung klinisch relevanter Fragestellungen von großem Wert sind.

Die Therapeuten der Experimentalgruppe erhielten vor Therapiebeginn eine 20-stündige Schulung in der Bindungstheorie (jede Therapeutin, jeder Therapeut lernte die Bindungsklassifikationen anhand der Besprechung seines eigenen Falles kennen), während den Therapeuten der Kontrollgruppe eine Auseinandersetzung mit dem Initialtraum des Patienten im gleichen zeitlichen Umfang ermöglicht wurde (jede Therapeutin, jeder Therapeut konnte mit der Gruppe über mögliche im Initialtraum aufscheinende Konflikte sowie über das Strukturniveau sprechen und es mit einer extern erfolgten Einschätzung mittels des von Moser und Von Zeppelin (1996) entworfenen Traumratings abgleichen).

Die von Leichsenring und Rüger (2004) bereits erwähnten, geforderten Kriterien (prospektiv, quasi-experimentelle Studie, klinische Repräsentativität, klare Beschreibung von Patienten und Behandlungen, reliable und valide diagnostische Prozeduren und Erfolgsmaße, Prä-, Post- und Follow-up-Erhebungen, Mitteilung von Drop-out-Raten sowie aussagekräftige statistische Daten) an eine naturalistische Studie von hohem Evidenzgrad werden mit dem skizzierten Design des MBWP erfüllt.

3.2 Gesamtstichprobe

Die Patienten der Gesamtstichprobe wandten sich mit dem Wunsch nach psychotherapeutischer Unterstützung an die Ambulanz der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V. und wurden nach einem Beratungsgespräch an erfahrene Therapeuten überwiesen, die zuvor ihre Einwilligung zur Teilnahme am MBWP gegeben hatten. Die fünf männlichen (29%) und zwölf weiblichen (71%) Therapeuten verfügten über eine fünf- bis zehnjährige Berufserfahrung und absolvierten ihre Ausbildung an der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V.. Während der Durchführung des Forschungsprojektes erhielten sie keinerlei Informationen zur Studie, um den Therapieverlauf nicht zu beeinflussen. Auf Patientenseite erfolgte die Aufnahme in die Studie nach freiwilliger Einwilligung. Die Patienten erhielten hierfür keine Vergütung. Auf eine krankheitsspezifische Stichprobe sowie auf eine unbehandelte Kontrollgruppe wurde aufgrund des favorisierten naturalistischen Untersuchungsdesign und aufgrund der dann nicht mehr zu bewältigenden Datenfülle verzichtet. Zudem wird durch die Behandlung einer Patientenpopulation mit gemischtem Störungsbild die externe Validität gestärkt. Die Eingangsdagnostik erfolgte nach den probatorischen Sitzungen.

Von den insgesamt 21 Teilnehmern wurden für die vorliegende Arbeit die Verläufe von 17 Patienten berücksichtigt. Die Stichprobe bestand demnach aus 13 Frauen (76%) und vier Männern (24%), die zu Therapiebeginn zwischen 20 und 48 Jahre alt waren ($M = 31.7$; $SD =$

9.21). Zwei Patienten (12%) waren zu diesem Zeitpunkt verheiratet, 15 Patienten (88%) gaben den Status ledig an, ein Patient (6%) hatte eigene Kinder.

Die Schulabschlüsse der Stichprobe waren folgendermaßen verteilt: zwei Patienten (12%) besaßen einen Universitätsabschluss, zehn Patienten (59%) hatten die allgemeine Hochschulreife und fünf Patienten (29%) verfügten über die Mittlere Reife. Zum Zeitpunkt der Therapieaufnahme arbeiteten acht Patienten im Beamten- bzw. Angestelltenverhältnis, zwei Patienten waren selbstständig, ein Patient arbeitslos, ein Patient konnte keine Berufsausbildung vorweisen und vier Patienten hatten einen Studentenstatus.

Es wurden durchschnittlich zwei komorbide Achse I-Störungen vergeben. Nach den DSM-IV-Kriterien (Saß, Wittchen, & Zaudig, 2003) litten zu Therapiebeginn elf Patienten (65%) an einer Affektiven Störung, neun Patienten (53%) an einer Angststörung, vier Patienten (24%) an einer Essstörung, jeweils drei Patienten (18%) an einer somatoformen, einer Substanzmittel- sowie an einer anderen Achse I-Störung und je ein Patient (6%) an einer Anpassungs- bzw. einer psychotischen Störung.

Insgesamt wurde neun Patienten eine Persönlichkeitsstörung bescheinigt, wobei viermal eine selbstunsicher vermeidende (24%), zweimal eine dependente (12%) und dreimal eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (18%) diagnostiziert wurde.

Bei einem Patienten wurde zwar die Mehrheit der absolvierten Therapiestunden dokumentiert und in den nachfolgenden Durchschnittsangaben berücksichtigt, allerdings können die letzten Stunden bis zum Therapieende aufgrund der Nichterreichbarkeit des Patienten nicht nacherfasst werden. Da es sich hierbei jedoch nur um einen kurzen Therapieabschnitt handelt, wird davon ausgegangen, dass sich die Angaben nicht wesentlich geändert hätten.

Insgesamt beziehen sich die Auswertungen der Patienten auf einen durchschnittlichen Beobachtungszeitraum von 6.9 Jahren. Dies lässt sich unterteilen auf 2.5 bis 11 Jahre Therapie-dauer ($M = 5.2$; $SD = 2.52$) sowie einer durchschnittlichen Katamnesedauer von 1.7 Jahren ($SD = 0.57$; $Range = 0.5 - 2.42$). Die Therapien umfassten durchschnittlich 351 Stunden ($SD = 98$; $Range = 216 - 600$), fanden vornehmlich im liegenden Couch-Setting statt und variierten hinsichtlich der wöchentlichen Frequenzen zwischen zwei und drei Stunden (vgl. Minow, 2015). In der Tabelle 2 wird die Verteilung der Bindungsklassifikationen im MBWP zu Therapiebeginn im Vergleich zu anderen Studien dargestellt.

Die Überrepräsentation einer U-Klassifizierung für klinische Subgruppen (insbesondere für Borderline-Patienten und Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung) im Vergleich zur Norm gilt mittlerweile als empirisch belegt (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009; Juen, Arnold, Meissner, Nolte, & Buchheim, 2013; Woodhouse, Ayers, & Fielda, 2015). Die Gesamtstichprobe des MBWP liegt mit ihrer Verteilung der Bindungsklassifikationen in etwa im Normbereich. Allerdings weist die Experimentalgruppe eine Überrepräsentation an desorganisierten Patienten auf, während die Kontrollgruppe eine starke

Überrepräsentation von Patienten mit unsicher-distanziertem Bindungsstil verzeichnet. Diese divergierende Verteilung erklärt sich durch die vorgenommene Gruppenzuweisung der Patienten im MBWP.

Tabelle 2

Studieneinordnung des MBWP hinsichtlich der Bindungsklassifikationen

Studie	Stichprobe	Bindungsstil			
		Sicher (F)	Unsicher-distanziert (Ds)	Unsicher-verwickelt (E)	Desorganisiert (U)
Bakermans et al. (2009)	Nicht-klinische Gruppe	56%	16%	9%	18%
	Klinische Gruppe	21%	23%	13%	43%
	Hochrisikogruppe	30%	32%	7%	32%
Fischer-Kern et al. (2014)	Depressionsgruppe	20%	25%	5%	50%
MBWP (2002-2013)	Experimentalgruppe	25%	0%	12.5%	62.5%
	Kontrollgruppe	22.2%	55.6%	0%	22.2%
	Gesamt	23.5%	29.4%	5.9%	41.2%

Anmerkung. Fett gedruckte Zahlen bedeuten eine Überrepräsentation in der jeweiligen Gruppe.

Die Tabelle 3 verdeutlicht die unterschiedliche Verteilung der Bindungsklassifikationen in der Experimental- bzw. der Kontrollgruppe zu Therapiebeginn. Die Bindungsklassifikationen werden auf den Seiten 44 und 45 genauer erläutert.

Tabelle 3

Verteilung der Bindungsklassifikationen – nach Gruppen und Messzeitpunkten

MZP	Gruppe	AAI Bindungsklassifikationen											
		D1	D2	D3	E1	E2	E3	F1	F2	F3	F4	F5	U
1	EG				1			2					5
	KG	1	1	3					2				2
4	EG			1	1			1	1		2		2
	KG		1	3	2	1					2		
5	EG			1		1		1	1		3		1
	KG	3		1		2			1		2		

Anmerkung. Die leeren Felder entsprechen der Anzahl von n = 0.

3.3 Forschungsinstrumente

Es werden die Instrumente AAI (3.3.1) zur Erfassung der Bindungsklassifikation, die RF Skala (3.3.2) zur Messung des Mentalisierungsniveaus und die CALPAS (3.3.3) zur Erhebung der therapeutischen Allianz vorgestellt.

3.3.1 *Adult Attachment Interview*

Das AAI wurde vor nunmehr knapp 30 Jahren als semistrukturiertes, klinisches Interview zur Erfassung des aktuellen Bindungsstatus auf der Repräsentationsebene entwickelt (Main & Goldwyn, 1998). Mittlerweile gilt es als etabliertes, wenn auch aufwändiges und zeitintensives, Fremdeinschätzungsverfahren für das Erwachsenenalter, dessen Hauptgütekriterien empirisch nachgewiesen wurden (vgl. Buchheim & Strauß, 2002; Hesse, 2008; Hofmann, 2001). Steele, Steele und Murphy (2009) betonen die Unabhängigkeit des Instruments. "Importantly, the AAI is to be seen as an adjunct to clinical work and is, therefore, not wedded to any single therapeutic modality" (S. 637).

Das AAI erfasst mit einer inhaltlich- und formalsprachlichen Analyse den mentalen Verarbeitungsstatus von frühen Bindungserfahrungen und beruht auf zwanzig Fragen, die in einer festgelegten Reihenfolge gestellt werden (Anhang A). Durch die spezifische Art der Fragestellung wird versucht das *Unbewusste* im Patienten zu überraschen und gleichzeitig Informationen über bindungsrelevante Gedanken und Gefühle zu generieren, die durch entsprechende Kindheitserinnerungen belegt werden sollen. Für den Patienten ist dies keine leichte Aufgabe, denn das Bindungssystem wird sukzessive aktiviert. Eine exakte Einhaltung der Reihenfolge der Fragen ist daher unabdingbar. Zunächst wird nach der frühen familiären Situation gefragt. Fünf Adjektive sollen die Beziehung zum Vater bzw. zur Mutter beschreiben. Anschließend folgen Fragen zu normativ negativen (Kummer, Trennung, Verletzungen oder Krankheit) sowie individuell als schwierig eingestufte Erfahrungen (Verlust einer wichtigen Bezugsperson oder Missbrauchserfahrungen). Ferner wird nach den Wünschen für die eigenen Kinder gefragt (Main & Goldwyn, 1998).

Die AAI Auswertung erfolgt in mehreren Schritten durch einen externen, verblindeten und zertifizierten Auswerter, für den die Art und Weise, *wie* etwas und nicht über *was* berichtet wird, von entscheidender Bedeutung ist. In einem ersten Auswertungsschritt werden die Kindheitserfahrungen mithilfe einer neunstufigen Skala (Liebe, Zurückweisung, Rollenkehr, Leistungsdruck und Vernachlässigung) für Vater und Mutter getrennt bewertet. Hinzu kommen die neunstufigen Skalen Idealisierung, Ärger sowie Abwertung, die den mentalen Verarbeitungsstatus in Bezug auf die jeweilige Bindungsperson repräsentieren. Die Skalen Abwertung von Bindung, Bestehen auf fehlende Erinnerung, Metakognition, Passivität, Angst vor Verlust, Unverarbeiteter Verlust, Unverarbeitetes Trauma, Kohärenz des Transkripts, Kohärenz des Bewusstseins und

Traumatischer Erinnerungsverlust messen den allgemeinen mentalen Verarbeitungszustand der Bindungserfahrungen. Die Interviewten werden, basierend auf ihrem Auswertungsergebnis, einer der Hauptkategorien, wie sicher-autonom, unsicher-distanziert oder unsicher-präokkupiert zugewiesen und es wird, falls erforderlich, zusätzlich eine desorganisierte Bindungsklassifikation vergeben. Dabei gilt die Kohärenz des Transkripts als leitendes Kriterium für die entsprechende Kodierung. Jede Hauptkategorie wird in mehrere Subkategorien unterteilt, die eine feinstufigere Einschätzung ermöglichen.

Die Hauptkategorie sicher-autonom wird in fünf Subklassifikationen differenziert: F1: teilweises Ausblenden von Bindung; F2: leicht vermeidend in Bezug auf Bindung; F3: sicher-autonom; F4: starke Wertschätzung bei leichter Verstrickung; F5: leicht ärgerliche, dabei anerkennende Verstrickung.

Die Hauptkategorie unsicher-distanziert beinhaltet folgende Subkategorien: D1 - hohe Idealisierung der Eltern bei mangelnder Erinnerungsfähigkeit; D2 - Abwertung des Themas Bindung; D3 - eingeschränkter Zugang zu oder mangelnde Integration des Themas Bindung; D4 - eine seltene Kategorie, die vergeben wird, wenn der Patient von übermäßiger Angst um das eigene Kind berichtet.

Für die Hauptkategorie unsicher-präokkupiert stehen die Subkategorien E1 - passiv verstrickt; E2 - ärgerlich verstrickt; E3 - ängstlich verstrickt zur Verfügung.

Die Vergabe der Zusatzkodierung desorganisiert (U) erfolgt anhand einer zusammenfassenden Beurteilung der beschriebenen Bindungsbeziehung auf einer neunstufigen D Skala. In diesen Interviews wird über traumatische Erfahrungen (Verlust oder Missbrauch) in einer desorganisierten Art und Weise (u.a. lange Schweigepausen, Verwechslung von Raum oder Zeit, ungewöhnliche Detailgenauigkeit) berichtet, die darauf schließen lässt, dass diese Erfahrungen bisher emotional nicht verarbeitet werden konnten. Um ein Interview der D-Kategorie zuzuordnen, muss der D Skalenwert mindestens fünf Punkte betragen.

Die Überprüfung der Veränderbarkeit von Bindungsmustern erfolgt durch die Auswertung des AAI zu verschiedenen Messzeitpunkten. Die Auswertungen wurden durch eine unabhängige Expertin¹² in Doppelverblindung vorgenommen, d. h. es lagen weder Informationen zum Messzeitpunkt noch zum Patienten vor. Nach Entblindung wurden die Daten den Patienten und Messzeitpunkten zugeordnet. Die Ergebnisse wurden der Doktorandin anschließend zur Verfügung gestellt.

3.3.2 Reflexive Funktionsskala

Die RF Skala wurde parallel mit der Einführung des Mentalisierungskonzepts von Fonagy, Target, Steele und Steele (1998) entwickelt. Sie gibt Auskunft darüber, in welchem Ausmaß eine

¹² Die Auswertung erfolgte durch die Bindungsforscherin Prof. Dr. Anna Buchheim.

Person sich selbst und ihre Bezugspersonen als mentalisierende Person mit differenzierten Gedanken, Gefühlen, Wünschen und Intentionen wahrnehmen kann und ermöglicht damit die empirische Überprüfung des Konstrukts Mentalisierungsfähigkeit.

Die RF Skala gilt als instrumenteller Goldstandard und wird auf der Grundlage des AAI ausgewertet (Anhang B). Das detaillierte Manual unterscheidet dazu vier Haupt- (qualitative Marker) und 22 Unterkategorien (Demand- bzw. Permit-Fragen). Bei der Bewertung der Mentalisierungsfähigkeit wird das Vorhandensein qualitativer Marker fokussiert:

- Bewusstsein über die Beschaffenheit mentaler Zustände
- Ausdrückliches Bemühen, dem Verhalten zugrundeliegende mentale Zustände herauszuarbeiten
- Anerkennung von Entwicklungsaspekten mentaler Zustände
- Mentale Zustände in Bezug auf den Interviewer

Permit-Fragen können, Demand-Fragen dagegen müssen zur Beurteilung der Ausprägung des Mentalisierungsvermögens herangezogen werden, da sie explizit zur Reflexion auffordern. Die Demand-Fragen lauten:

1. „Wem haben Sie sich in ihrer Kindheit näher gefühlt?“
2. „Haben Sie sich als Kind abgelehnt gefühlt?“
3. „Glauben Sie, dass Ihre Kindheitserlebnisse einen Einfluss darauf genommen haben, wer Sie heute sind?“ (dient der Suche nach Einflüssen von Kindheitserlebnissen)
4. „Hat es Ereignisse gegeben, die Ihre Entwicklung behindert haben?“
5. „Haben Sie eine Erklärung dafür, warum sich Ihre Eltern so verhalten haben?“
6. „Haben Sie Verluste (Tod) in Ihrer Kindheit erlebt?“
7. „Hat sich Ihre Beziehung zu Ihren Eltern seit Ihrer Kindheit verändert?“
8. „Wie erleben Sie die Beziehung zu Ihren Eltern heute?“

Zunächst erfolgt die Bewertung der reflexiven Fähigkeit als Einzelauswertung der Fragen auf einer elfstufigen Skala (von minus eins bis neun) und wird anschließend als Gesamtscore zusammengefasst.

Antireflexive Antworten, die sich z. B. als feindseliges Verhalten gegenüber dem Interviewer äußern können oder inhaltlich und affektiv unangemessen sind, gehen als negative Wertung (-1) ein. Sie werden als grobe Verletzung der Kohärenz oder als offene Ablehnung gegenüber dem Interviewer eingestuft und zwingen zur Berücksichtigung in der Gesamtwertung.

Klischeehafte oder verallgemeinernde psychologische Erklärungen werden niedrig (0-3) bewertet und stehen in engem Zusammenhang zum Konzept der Hypermentalierung, bei der interviewte Personen ungewöhnlich ausführlich, aber wenig überzeugend psychologisieren. Lassen sich dagegen qualitative Merkmale von Mentalisierung im Transkript finden und wirken die Antworten ausreichend, wenn auch eindimensional, dann wird eine durchschnittliche Wertung vergeben (5). Differenzierte Antworten oder die Reflexion ambivalenter Gefühle führen zu einer hohen Wertung (7), wenn Vermutungen über zugrundeliegende Befindlichkeiten benannt werden können. Ist die Mentalisierungsfähigkeit außergewöhnlich (9) ausgeprägt, so gelingt die Reflexion über das Erleben aller am Prozess Beteiligten in besonders tiefer und differenzierter Art und Weise (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998).

Durch einen Cut-Off-Wert von 5 wird die Mentalisierungsfähigkeit in die Bereiche negativ/niedrig (-1 bis 4) vs. durchschnittlich/hoch (5-9) eingeteilt.

Taubner, Kessler, Buchheim, Kächele und Staun (2011) belegten zudem die Unabhängigkeit der Mentalisierungsfähigkeit von der Symptomausprägung zu Therapiebeginn.

Die Erhebung des allgemeinen Mentalisierungsniveaus mit dem in diesem Abschnitt vorgestellten Instrument erfordert einen zeitlichen Aufwand von ca. 15 Stunden. Diese aufwändige Prozedur setzt eine entsprechende Schulung voraus und ist deshalb für die therapeutische Praxis wenig praktikabel (Taubner & Sevecke, 2015).

Die Erfassung der Mentalisierungsfähigkeit erfolgt in dieser Arbeit durch die RF Skala zu verschiedenen Messzeitpunkten. Das Vorgehen bei der Auswertung der RF Skala erfolgte analog zur Auswertung des AAI. Eine unabhängige, zertifizierte Beurteilerin¹³ nahm die Auswertungen in Doppelverblindung vor. Nach Entblindung wurden die Daten den Patienten und Messzeitpunkten zugeordnet und die Ergebnisse wurden der Doktorandin anschließend zur Verfügung gestellt.

3.3.3 *California Psychotherapy and Alliance Scale*

Die CALPAS ist das zweithäufigste eingesetzte Instrument (Catty, 2004) zur Beurteilung der Qualität der therapeutischen Allianz im Rahmen von Einzel- und Gruppentherapien. Die Reliabilitätswerte sind zufriedenstellend (Martin, Garske, & Davis, 2000), die prognostische Validität wurde bestätigt (Fenton, Cecero, Nich, Frankforter, & Carroll, 2001).

Während der Datenerhebungsphase des MBWP lag das CALPAS, welches auf Freuds Übertragungskonzept sowie auf der pantheoretischen Definition Bordins beruht, ausschließlich in der englischen Version vor. Die Items werden daher in Englisch vorgestellt. Im Jahre 2014 wurden die psychometrischen Eigenschaften einer deutschen Übersetzung im Gruppentherapie-setting von Delsignore et al. validiert.

¹³ Die Auswertung wurde von Prof. Dr. S. Taubner übernommen.

Das Instrument liegt in drei Versionen zur Beurteilung aus drei unterschiedlichen Perspektiven vor: Die Patientenbeurteilung (CALPAS-P), die therapeutische Beurteilung (CALPAS-T) und die Perspektive des Off-Line-Forschers (CALPAS-R), welche in der vorliegenden Arbeit Anwendung fand, um eine unvoreingenommene Sichtweise auf das therapeutische Geschehen durch unabhängige Rater zu gewährleisten (Anhang C). Horvath und Symonds (1991) weisen darauf hin, dass die Beurteilung der therapeutischen Allianz durch einen Off-Line-Rater im Vergleich zu einem Therapeuten ein stärkerer Prädiktor für das Therapieergebnis ist.

Jede dieser Versionen besteht aus insgesamt 24 Items, welche anhand einer siebenstufigen Likert-Skala von 1 (*not at all*) bis 7 (*very much so*) eingestuft werden. Die Items lassen sich in vier Subskalen mit je sechs Items unterteilen und erfassen unterschiedliche, theoretisch fundierte Dimensionen der therapeutischen Allianz. Während die Subskalen Patient Commitment (PC) und Patient Working Capacity (PWC) auf das Engagement des Patienten und die Subskala Therapist Understanding and Involvement (TUI) auf den Beitrag des Therapeuten fokussieren, ist die Subskala Working Strategy Consensus (WSC) ein Indikator für die Zusammenarbeit beider Parteien. Auf theoretischer Ebene sind die einzelnen Subskalen unabhängig voneinander konzeptualisiert (vgl. Gaston & Marmar, 1993).

Die PWC Subskala erfasst die zielgerichtete, aktive Arbeitsfähigkeit des Patienten und gibt Auskunft über seine strukturellen Fähigkeiten. Von Bedeutung ist dabei, ob es dem Patienten gelingt, sich vertrauensvoll zu öffnen, wichtige Einfälle mitzuteilen und Einsicht über den eigenen Anteil an bestehenden Problemen zu gewinnen. Die Items lauten:

- "Patient self-discloses thoughts, feelings, salient events, etc."
- "Patient self-observes behaviors, thoughts, affects, etc."
- "Patient explores own contribution to problems."
- "Patient experiences affects in a modulated fashion."
- "Patient works actively with therapist's comments."
- "Patient deepens exploration of salient themes."

Die PC Subskala beschreibt die Bereitschaft des Patienten, sich vertrauensvoll auf die Therapie und eine affektiv gefärbte Beziehung zum Therapeuten einzulassen. Hierbei werden Konzepte wie *Übertragungsbereitschaft* und *in der Vergangenheit gemachte Beziehungserfahrungen* berücksichtigt. Phänomene wie wiederholtes Zuspätkommen oder Small-Talk während der Stunde können ein Hinweis auf eine mangelnde Bereitschaft der Mitarbeit des Patienten sein. Die Items dieser Skala lauten:

- "Patient is confident that efforts will lead to change."
- "Patient is willing to make sacrifices, i.e., time and money."
- "Patient views therapy as important."

- "Patient has confidence in therapy and therapist."
- "Patient participates in therapy despite painful moments."
- "Patient is committed to go through process to completion."

Mit der WSC Subskala wird der implizite und/oder der explizite Grad der Übereinstimmung sowie der gemeinsamen Anstrengungen von Therapeut und Patient hinsichtlich der Vorgehensweise und Ziele der Therapie ermittelt. Dabei wird ein adaptives Ausrichten des Therapeuten auf die Bedürfnisse des Patienten in unterschiedlichen Therapiephasen als wichtig angesehen. Die Items lauten:

- "Therapy proceeds in accord with patient's ideas of helpful change processes."
- "Patient and therapist work together in a joint struggle."
- "Patient and therapist agree about the kind of changes to make."
- "Patient and therapist share same sense about how to proceed."
- "Patient and therapist agree on salient themes."
- "Therapist rigidly applies technique." (score to be reversed)

Die Arbeitsweise des Therapeuten, wie empathisches, taktvolles Deuten und vorurteilsfreie Beteiligung am Prozessgeschehen, wird anhand der TUI Subskala dahingehend untersucht, ob sie sich für den Patienten bei der Überwindung seiner Schwierigkeiten als hilfreich erweist. Der Therapeut sollte dabei seine Bemühungen ganz auf den Patienten ausrichten und keine eigenen Interessen verfolgen, denn er ist hauptverantwortlich für das Zustandekommen einer guten Zusammenarbeit. Die Items lauten:

- "Therapist is understanding of patient's suffering and subjective world."
- "Therapist demonstrates non-judgmental acceptance and positive regard."
- "Therapist demonstrates commitment or help and confidence in treatment."
- "Therapist does not misuse treatment to serve own needs."
- "Therapist demonstrates tact and timing."
- "Therapist facilitates work on salient themes."

Der arithmetische Gesamtwert aller Items gibt Auskunft über das übergeordnete Konstrukt der therapeutischen Allianz, während die Mittelwerte der einzelnen Subskalen den jeweiligen Beitrag der am therapeutischen Prozess Beteiligten quantifizieren.

Abweichend von den Empfehlungen im Manual wurde die Beurteilung der therapeutischen Allianz in der vorliegenden Arbeit von nur zwei anstatt drei Beurteilern¹⁴ aus der Off-Line-Rater-Perspektive mit der Version CALPAS-R durchgeführt. Nach sorgfältiger Einarbeitung

¹⁴ Bei den Ratern handelte es sich um Doktoranden, die ihre Arbeit im Rahmen des MBWPs erstellen.

in die Theorie wurde zunächst ein Proberating vereinbart, welches der Überprüfung der Interrater-Reliabilität diene. Stundenprotokolle, die in die vorliegende Auswertung einfließen, wurden zuvor von der Projektleiterin durch die Vergabe von Codenummern einer zufälligen Auswahl zugeordnet. Entsprechend der vorgenommenen Doppelverblindung lagen den Ratern zum Auswertungszeitpunkt weder Informationen zum Messzeitpunkt noch zum jeweiligen Patienten vor. Anschließend wurden die Transkripte, die sich jeweils auf eine komplette Therapiestunde bezogen, von insgesamt 15 Patienten zu vier Messzeitpunkten (MZP1 = Therapiebeginn, MZP2= um die 80. Stunde, MZP3= um die 160. Stunde und MZP4 = ca. 240. Stunde) auf der Calpas-R Skala beurteilt und ermöglichten eine Time-Line-Analyse, jedoch ohne Katamneseauswertung. Spätere Auswertungen mit diesem Instrument liegen nur für zwei Patient-Therapeut-Paare vor, die in der anschließenden qualitativen Auswertung (3.4.7, S. 64) einfließen. Gaston, Piper, Debbane, Bienvenu und Garant (1994) berichten über eine sehr hohe Interrater-Reliabilität¹⁵ für die Beurteilung der therapeutischen Allianz mit dem Instrument Calpas-R, die sich allerdings auf die Auswertung der ersten halben Stunde einer Therapiesitzung bezog. Die Interrater-Reliabilität der Rater (ICC = .81)¹⁶ für die Auswertung der in dieser Arbeit verwendeten Daten des MBWP können ebenfalls im hohen Bereich angesiedelt werden.¹⁷ Nach jeweils zehn ausgewerteten Therapiestunden wurde eine Kalibrierung vorgenommen, um einem Raterdrift vorzubeugen. Während des Auswertungsprozesses wurden die Rater durchgängig von erfahrenen Therapieforschern supervidiert. Nach Fertigstellung der Ratings erfolgte die Entblindung, um wichtige Forschungsfragen untersuchen zu können.

Bei der Validierung der deutschen Version von CALPAS wiesen Delsignore et al. (2014) eine hohe Interkorrelation der Subskalen WSC und TUI nach. Die WSC Subskala wurde in der vorliegenden Arbeit ausgewertet, aufgrund der hohen Interkorrelation mit der TUI Subskala allerdings bei der Beurteilung der therapeutischen Dyade nicht mitberücksichtigt. Während der Auswertung der Therapiestunden zeigten sich Schwierigkeiten, die Items der PC Subskala zu beurteilen, da sich in dem vorliegenden Stundenmaterial kaum Hinweise als Datenbasis für die Beurteilung finden ließen. Nach Absprache mit den Forschungsleitern wurde eine Wertung von 4 im Sinne von *weder noch* vorgenommen, wenn die Items nicht beurteilt werden konnten, da keine relevanten Informationen vorlagen. Auf einer Skala von eins (*not at all*) bis sieben (*very much so*) repräsentiert die Zahl vier normalerweise laut dem Manual eine Wertung von *moderately*. Die PC Subskala wurde in den Auswertungen zwar berücksichtigt, allerdings analog zu der WSC Subskala nicht zur Beurteilung der therapeutischen Dyade herangezogen. Für die Bewertung der therapeutischen Zusammenarbeit wurden als Patientenvariable die PWC Subskala und als Therapeutenvariable die TUI Subskala verwendet, um den jeweiligen Beitrag

¹⁵ ICC [2,2]: PWC = .94; PC = .94; WSC = .89; TUI = .97

¹⁶ ICC [2,2]: PWC = .86; PC = .69; WSC = .82; TUI = .88

¹⁷ Eine gute Übereinstimmung wird definiert als ICC > .70.

der am Prozessgeschehen beteiligten Personen zu untersuchen. Je nach untersuchter Subgruppe und verwendetem Messinstrument divergiert der Stichprobenumfang.¹⁸

3.4 Untersuchungsplan und formulierten Hypothesen

Die Verzahnung der Konstrukte Bindung, Mentalisierung und therapeutische Allianz (2.5.2, S.32) bilden den theoretischen Hintergrund für die Auswertung der vorliegenden Daten, die unter der Prämisse erfolgt, dass der Patient die therapeutische Beziehung wie eine Bindungsbeziehung erlebt. Lag das Ziel jeder psychoanalytischen Behandlung zunächst in der Befähigung des Patienten, sich nach Abschluss der Therapie selbst analysieren zu können, rückt angesichts der vielen symbolisierungs- und mentalisierungsschwachen Patienten in der Gegenwart zunehmend die Arbeit an der Affektregulation in den Vordergrund. Dadurch, dass der Therapeut zunächst das Affektcontainment übernimmt, lernt der Patient nach und nach, selbstregulierend und affektsymbolisierend mit sich selbst umzugehen. Durch die Identifikation mit dem als hilfreich erlebten Therapeuten wird der Patient in die Lage versetzt, sich sukzessive der eigenen inneren Welt zuzuwenden. Durch die gestärkte Selbstregulierung kann er zukünftigen Anforderungen des alltäglichen Lebens gelassener begegnen und innere Konflikte sowie äußere Belastungen besser tolerieren, auch ohne die Realpräsenz des Therapeuten. Dieser sogenannte postanalytische Effekt gilt als Effektivitätsnachweis einer durchgeführten Therapie, den Bollas (2012) mit folgenden Worten beschreibt: „Durch die Arbeit mit dem Analytiker und infolge der Identifizierung mit ihm verinnerlicht der Analysand die Rezeptionsfähigkeit des Analytikers und übernimmt sie in seine Beziehung zu sich selbst als einem Objekt“ (S. 248).

Um einen Beitrag zur Beantwortung der Hauptfragestellungen (2.6, S.37) zu leisten, werden die strukturellen Veränderungen durch die Auswertung der vorliegenden Daten nach Subgruppen getrennt ermittelt. Durch die zusätzliche separate Auswertung der Patienten- sowie der Therapeutenvariable können zudem die Beiträge der am Prozess Beteiligten isoliert betrachtet werden. Die Struktur der Datenauswertung wird durch die Übersicht in Tabelle 4 verdeutlicht.

Das Differenzierungskriterium der Gruppen besteht in der Bindungsschulung (Experimentalgruppe) bzw. in der Traumsensibilisierung (Kontrollgruppe) der Therapeuten. Dabei wurde in der Schulung für die Therapeuten in der Experimentalgruppe der Blick v. a. auf die Trennungstraumata und auf die daraus möglicherweise resultierende Bindungseigentümlichkeiten gelenkt.

¹⁸ Stichprobenumfang für das AAI und die RF Skala N = 17, EG n = 8, KG n = 9, U n = 7; Stichprobenumfang für CALPAS (PWC, TUI) N = 15, EG n = 7, KG n = 8, U n = 6;

Tabelle 4

Ziele und Forschungsbeiträge in den Untersuchungsgebieten

Untersuchungs- gebiet	Ziel der Untersuchung	Forschungsbeitrag
Vorabanalyse	Statistisch signifikante Gruppenunterschiede	Sicherstellung der Vergleichbarkeit erzielter Ergebnisse
Gesamtstichprobe	Überprüfung der Replizierbarkeit bedeutsamer Forschungsergebnisse	Quantitative Ergebnisforschung
Experimentalgruppe	Ausmaß an strukturellen Veränderungen aufgrund von Bindungssensibilisierung	Quantitative Ergebnisforschung
Kontrollgruppe	Ausmaß an strukturellen Veränderungen mit Traumsensibilisierung	Quantitative Ergebnisforschung
U-Kodierung	Strukturelle Veränderung bei Desorganisation	Quantitative Ergebnisforschung
Zusammenhang	Bestimmung wichtiger Prädiktoren	Therapieplanung
Langzeitverläufe	Zusammenwirken von Patienten- und Therapeutenvariable	Qualitative Prozessforschung

Um die spätere Vergleichbarkeit der Gruppen zu gewährleisten, wird die Stichprobe in einer Vorabanalyse (3.4.1) zum ersten Messzeitpunkt auf statistisch signifikante Gruppenunterschiede hin untersucht.

Mit der Überprüfung des Ausmaßes an strukturellen Veränderungen in der Gesamtstichprobe (3.4.2) wird evaluiert, ob sich die in der Fachliteratur berichteten Therapieergebnisse durch eine psychoanalytische Langzeittherapie replizieren lassen.

Der Vergleich der Ergebnisse der Experimental- (3.4.3) vs. Kontrollgruppe (3.4.4) leistet einen Beitrag zur Beantwortung der Frage, ob sich Unterschiede in der Entwicklung der strukturellen Fähigkeiten im Patienten abbilden lassen, die auf die Bindungssensibilisierung des Therapeuten zurückgeführt werden können.

Die separate Evaluation der Veränderungsprozesse für Patienten mit einer U-Kodierung zu Therapiebeginn (3.4.5) ermöglicht die Überprüfung der theoretischen Annahme, dass es diesen Patienten besonders schwerfällt, sich vertrauensvoll auf die therapeutische Beziehung einzulassen. Mit dem Nachweis bedeutsamer struktureller Veränderungen auch für diese Patientengruppe wird empirisch untersucht, ob Patienten mit einer desorganisierten Bindung von einer psychoanalytischen Langzeittherapie profitieren können.

Um wichtige Variablen für die Prognose eines zu erwartenden Therapieerfolges zu identifizieren, werden die Zusammenhänge (3.4.6) zwischen dem Bindungsmuster, der Arbeitsfähigkeit des Patienten sowie der therapeutischen Fähigkeiten zu Therapiebeginn und

der Variable *Strukturelle Verbesserung* untersucht. Das Outcome-Maß Strukturelle Verbesserung wird in Anlehnung an Strauß et al. (2006) als Residual Gain Score (RGS) definiert, d.h. es wird die durchschnittliche Mentalisierungsfähigkeit zu Therapiebeginn als Regressor und die durchschnittliche Mentalisierungsfähigkeit zu Therapieende als Kriterium berücksichtigt.

Durch die exemplarische Analyse von zwei Langzeitverläufen (3.4.7) auf Basis transkribierter Stundenprotokolle wird untersucht wodurch genau die therapeutische Veränderung zustande kommt. Damit werden die für den therapeutischen Prozess als hilfreich identifizierten Interventionen bestimmt. Diese qualitative Untersuchung trägt zur Beantwortung der Frage nach dem *Wie* von Veränderungsprozessen bei.

Das naturalistische Studiendesign des MBWP ist aufgebaut als eine longitudinale Betrachtung des Therapieprozesses, bei dem sich die jeweiligen Therapieverläufe in ihrer Behandlungsdauer zwangsläufig unterscheiden. Deshalb werden Durchschnittswerte für die Auswertung des AAI und der RF Skala herangezogen. Zu Therapiebeginn liegen die vollständigen Daten für alle Patienten vor. Der vierte Messzeitpunkt beinhaltet die Bewertung von 14 Patienten, während für drei Patienten die Werte der ersten Beobachtung nach der Last-Observation-Carried-Forward-Methode (LOCF)¹⁹ berücksichtigt wurden, da die Werte zum vierten Messzeitpunkt nicht erhoben werden konnten. Für die Auswertung zum fünften Messzeitpunkt wurde eine Katamneseerhebung von 15 Patienten berücksichtigt, während für einen Patienten die nach 240 Therapiestunden erhobenen Daten und für einen weiteren Patienten die nach ungefähr 300 Therapiestunden erhobenen Daten entsprechend der LOCF-Methode einfließen. Der Untersuchungsplan wird in Abbildung 2 verdeutlicht.

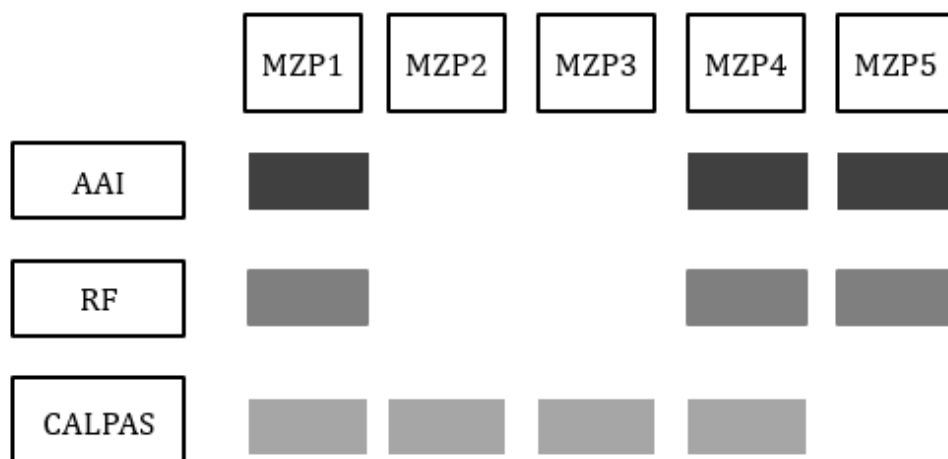


Abbildung 2. Datenerhebungen – nach Messinstrumenten und Messzeitpunkten.

¹⁹ Mit der LOCF-Methode werden fehlende Daten in Longitudinalstudien durch den letzten beobachteten Wert des Patienten als Schätzer für alle unbekanntene Werte bis zum Beobachtungsende verwendet. Kritisiert wird, dass es möglicherweise zu einer verzerrten Schätzung des Mittelwertes bzw. der Varianz der Daten kommt. Aufgrund ihrer konservativen Eigenschaft wird diese Methode dennoch oftmals in der Praxis verwendet.

3.4.1 Vorabanalyse

In den Voranalysen werden zur Überprüfung der Gruppenvergleichbarkeit folgende Hypothesen statistisch untersucht.

Ha: Die Anzahl an sicher gebundenen Patienten ist zum MZP1 in den Gruppen nicht signifikant unterschiedlich.

Hb: Die Anzahl der Patienten mit einer U-Kodierung ist zum MZP1 in den Gruppen nicht signifikant unterschiedlich.

Hc: Die Patienten unterscheiden sich in ihrer Mentalisierungsfähigkeit zu MZP1 nicht signifikant voneinander.

Hd: Die Patienten unterscheiden sich in ihrer Arbeitsfähigkeit zu MZP1 nicht signifikant voneinander.

He: Die Therapeuten unterscheiden sich in ihren Fähigkeiten zu MZP1 nicht signifikant voneinander.

3.4.2 Gesamtstichprobe

Die Gesamtstichprobe wird hinsichtlich der Bindung, der Mentalisierung, der therapeutischen Allianz sowie der Patienten- und Therapeutenvariable statistisch untersucht. Es wird erwartet, dass es durch die internalisierte therapeutische Beziehungsqualität auch im Katamnesezeitraum zu weiteren strukturellen Verbesserungen kommt.

Die Bindung. Es wird postuliert, dass Patienten mit unsicherem Bindungsstil (unsicher-distanziert, unsicher-präokkupiert) zu Therapiebeginn im Verlauf der Behandlung durch die als zuverlässig erlebte vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Therapeuten einen sicheren Bindungsstil erwerben können.

H1a: Die Anzahl sicher gebundener Patienten nimmt von MZP1 zu MZP4 signifikant zu.

H1b: Die Anzahl sicher gebundener Patienten nimmt von MZP4 zu MZP5 signifikant zu.

Die Mentalisierung. Die Mentalisierungsfähigkeit entwickelt sich als eine wichtige psychische Kompetenz in Abhängigkeit von der Qualität der frühen Beziehungserfahrungen. Es wird postuliert, dass die Mentalisierungsfähigkeit im Verlauf einer psychoanalytischen Langzeittherapie zunimmt, da die therapeutische Beziehung wie eine Bindungsbeziehung erlebt werden kann.

H1c: Die Patienten der Gesamtstichprobe weisen eine signifikante Zunahme der durchschnittlichen Reflektionsfähigkeit von MZP1 zu MZP4 auf.

H1d: Die Patienten der Gesamtstichprobe weisen eine signifikante Zunahme der durchschnittlichen Reflektionsfähigkeit von MZP4 zu MZP5 auf.

Die therapeutische Allianz. Im Verlauf einer Langzeittherapie kommt es durch das Gefühl des Verstanden- und Angenommen-Werdens auf Seiten des Patienten zu einer vertrauensvollen Beziehung zum Therapeuten, welche die Bewältigung erforderlicher Aufgaben unterstützt. Es wird postuliert, dass die therapeutische Allianz durch das von beiden am Prozess Beteiligten beeinflusste Aushandeln der Dyade zunehmend positiver bewertet wird.

H1e: Die mittlere therapeutische Allianz weist in der Gesamtstichprobe eine signifikante Zunahme von MZP1 zu MZP4 auf.

Die Arbeitsfähigkeit des Patienten. Die Arbeitsfähigkeit des Patienten als Beitrag zur therapeutischen Zusammenarbeit wird in dieser Arbeit als zusätzliches Maß für die strukturelle Veränderung herangezogen. In Anlehnung an das Mentalisierungskonzept wird postuliert, dass die Arbeitsfähigkeit im Kontext einer vertrauensvollen Bindungsbeziehung jeweils innerhalb von 80 Behandlungsstunden zunimmt. Zusätzlich wird das Ausmaß der erreichten Veränderungen durch einen Prä-Post-Vergleich evaluiert.

H1f: Die mittlere Arbeitsfähigkeit nimmt für alle Patienten von MZP1 zu MZP2 signifikant zu.

H1g: Die mittlere Arbeitsfähigkeit nimmt für alle Patienten von MZP2 zu MZP3 signifikant zu.

H1h: Die mittlere Arbeitsfähigkeit nimmt für alle Patienten von MZP3 zu MZP4 signifikant zu.

H1i: Die mittlere Arbeitsfähigkeit nimmt für alle Patienten von MZP1 zu MZP4 signifikant zu.

Die therapeutischen Fähigkeiten. Bisher wird die Rolle des Therapeuten in der Forschung zu wenig fokussiert. Deshalb wird mit der Auswertung der TUI Subskala eine Therapeutenvariable zur Verfügung gestellt. Es wird postuliert, dass sich die Therapeuten zwar hinsichtlich ihrer individuellen Fähigkeiten unterscheiden, dass diese Fähigkeiten aber im Verlauf einer Langzeittherapie nur geringfügigen Schwankungen unterliegen.

H1j: Die mittleren therapeutischen Fähigkeiten bleiben von MZP1 zu MZP2 stabil.

H1k: Die mittleren therapeutischen Fähigkeiten bleiben von MZP2 zu MZP3 stabil.

H1l: Die mittleren therapeutischen Fähigkeiten bleiben von MZP3 zu MZP4 stabil.

H1m: Die mittleren therapeutischen Fähigkeiten bleiben von MZP1 zu MZP4 stabil.

3.4.3 Experimentalgruppe

Es wird generell davon ausgegangen, dass die Patienten der Experimentalgruppe einen günstigeren Verlauf in all ihren Werten, die sich auf die Bindungssensibilisierung des Therapeuten zurückführen lassen, zeigen. Zudem wird erwartet, dass es auch im Katamnesezeitraum zu weiteren strukturellen Verbesserungen durch die Verinnerlichung der Rezeptionsfähigkeit des bindungssensibilisierten Analytikers auf Seiten des Patienten kommt.

Die Bindung. Für die Patienten der Experimentalgruppe wird erwartet, dass sie einen zu Therapiebeginn unsicheren Bindungsstil im Verlauf einer Langzeittherapie überwinden werden, da sich der bindungsgeschulte Therapeut explizit auf ihr Beziehungsangebot einstellt.

H2a: Die Anzahl sicher gebundener Patienten in der Experimentalgruppe nimmt von MZP1 zu MZP4 signifikant zu.

H2b: Die Anzahl sicher gebundener Patienten in der Experimentalgruppe nimmt von MZP4 zu MZP5 signifikant zu.

Die Mentalisierung. Der bindungsgeschulte Therapeut fokussiert sich ausdrücklich auf die im Rahmen maladaptiver Beziehungserfahrungen entstandenen Mentalisierungsdefizite des Patienten. Deshalb wird postuliert, dass es im Verlauf einer psychoanalytischen Langzeittherapie zu einer signifikanten Zunahme der durchschnittlichen Mentalisierungsfähigkeit für die Patienten der Experimentalgruppe kommt, die sich im Katamnesezeitraum fortsetzen wird.

H2c: Die Patienten der Experimentalgruppe weisen eine signifikante Zunahme der durchschnittlichen Mentalisierungsfähigkeit von MZP1 zu MZP4 auf.

H2d: Die Patienten der Experimentalgruppe weisen eine signifikante Zunahme der durchschnittlichen Mentalisierungsfähigkeit von MZP4 zu MZP5 auf.

Die therapeutische Allianz. Analog zu den Überlegungen für die Gesamtstichprobe wird auch für die Experimentalgruppe angenommen, dass die positive Bewertung der therapeutischen Dyade im Verlauf einer Langzeittherapie zunimmt, da sich der Patient verstanden fühlt.

H2e: Die mittlere therapeutische Allianz weist in der Experimentalgruppe eine signifikante Zunahme von MZP1 zu MZP4 auf.

Die Arbeitsfähigkeit des Patienten. Für die Arbeitsfähigkeit des Patienten wird in Anlehnung an das Mentalisierungskonzept postuliert, dass sich diese strukturelle Fähigkeit im Kontext einer vertrauensvollen Bindungsbeziehung signifikant verbessert. Die Zunahme wird jeweils nach 80 Behandlungsstunden überprüft und das Ausmaß der erreichten Veränderungen wird zusätzlich durch einen Prä-Post-Vergleich evaluiert.

H2f: Die mittlere Arbeitsfähigkeit nimmt für die Patienten der Experimentalgruppe von MZP1 zu MZP2 signifikant zu.

H2g: Die mittlere Arbeitsfähigkeit nimmt für die Patienten der Experimentalgruppe von MZP2 zu MZP3 signifikant zu.

H2h: Die mittlere Arbeitsfähigkeit nimmt für die Patienten der Experimentalgruppe von MZP3 zu MZP4 signifikant zu.

H2i: Die mittlere Arbeitsfähigkeit nimmt für die Patienten der Experimentalgruppe von MZP1 zu MZP4 signifikant zu.

Die therapeutischen Fähigkeiten. Es wird erwartet, dass sich die Bindungssensibilisierung zwar insofern auf die therapeutischen Fähigkeiten auswirkt, als dass die Therapeuten in der Experimentalgruppe im Vergleich zu den Therapeuten in der Kontrollgruppe sensitiver auf ihre Patienten reagieren werden. Allerdings werden die therapeutischen Fähigkeiten im Verlauf der Therapie nur geringfügige Schwankungen aufweisen und die erhöhte Sensitivität wird sich eher durch die Veränderungen auf Patientenseite ausdrücken, da diese profitieren.

H2j: Die mittleren therapeutischen Fähigkeiten bleiben für die Therapeuten der Experimentalgruppe von MZP1 zu MZP2 stabil.

H2k: Die mittleren therapeutischen Fähigkeiten bleiben für die Therapeuten der Experimentalgruppe von MZP2 zu MZP3 stabil.

H2l: Die mittleren therapeutischen Fähigkeiten bleiben für die Therapeuten der Experimentalgruppe von MZP3 zu MZP4 stabil.

H2m: Die mittleren therapeutischen Fähigkeiten bleiben für die Therapeuten der Experimentalgruppe von MZP1 zu MZP4 stabil.

3.4.4 Kontrollgruppe

Die Therapeuten der Kontrollgruppe haben zu Therapiebeginn eine Traumsensibilisierung erhalten und sich intensiv mit dem Initialtraum des Patienten auseinandergesetzt, allerdings an keiner Bindungsschulung teilgenommen. Deshalb wird erwartet, dass der Therapeut im Vergleich zum bindungsgeschulten Kollegen für das Thema Bindungstraumatisierung weniger sensibilisiert ist und sich nicht explizit auf die Bindungsbeziehung zum Patienten fokussiert. Möglicherweise kommt es dadurch auf Seiten des Patienten eher zu Irritationen im therapeutischen Kontakt, durch die die therapeutische Zusammenarbeit belastet wird. In Folge dessen werden weniger günstige Ergebnisse bzgl. der strukturellen Veränderungen für die Patienten der Kontrollgruppe im Vergleich zur Experimentalgruppe antizipiert. Auch der Verinnerlichungsprozess der Rezeptionsfähigkeit des Analytikers unterscheidet sich im Vergleich zu dem jener Patienten in der Experimentalgruppe, die sich mit einem bindungssensibilisierten im Gegensatz zu einem traumsensibilisierten Therapeuten identifizieren können. Deshalb wird erwartet, dass die zuvor erreichten Verbesserungen für die Patienten der Kontrollgruppe zwar stabil bleiben, es aber zu keinen weiteren Verbesserungen im Katamnesezeitraum kommt.

Die Bindung. Auch die Patienten der Kontrollgruppe können einen zu Therapiebeginn unsicheren Bindungsstil durch die Nutzung der therapeutischen Beziehung überwinden, jedoch in geringerem Umfang als die Patienten der Experimentalgruppe.

H3a: Die Anzahl sicher gebundener Patienten der Kontrollgruppe nimmt von MZP1 zu MZP4 signifikant zu.

H3b: Die Anzahl sicher gebundener Patienten in der Kontrollgruppe bleibt von MZP4 zu MZP5 stabil.

H3c: Die Anzahl sicher gebundener Patienten in der Kontrollgruppe ist zu MZP5 signifikant geringer als in der Experimentalgruppe.

Die Mentalisierung. Stellt sich der Therapeut nicht explizit auf die Mentalisierungsdefizite des Patienten ein, wird angenommen, dass es zwar zu einem Zugewinn an Mentalisierungsfähigkeit kommt, der jedoch im Vergleich zur Experimentalgruppe geringer ausfällt. Durch die Identifizierung mit einem nicht bindungssensibilisierten Therapeuten erweisen sich die erzielten Veränderungen der Mentalisierungsfähigkeit im Katamnesezeitraum als stabil, es kommt aber zu keiner weiteren Verbesserung.

H3d: Die Patienten der Kontrollgruppe weisen eine signifikante Zunahme der durchschnittlichen Mentalisierungsfähigkeit von MZP1 zu MZP4 auf.

H3e: Die durchschnittliche Mentalisierungsfähigkeit bleibt von MZP4 zu MZP5 für die Patienten der Kontrollgruppe stabil.

H3f: Die Patienten der Kontrollgruppe weisen zu MZP5 eine signifikant niedrigere durchschnittliche Mentalisierungsfähigkeit auf als die Patienten der Experimentalgruppe.

Die therapeutische Allianz. Analog zu den Überlegungen für die Experimentalstichprobe wird auch für die Kontrollgruppe angenommen, dass die positive Bewertung der therapeutischen Dyade im Verlauf einer Langzeittherapie zunimmt. Bedingt durch die zu erwartenden Schwierigkeiten der Bewältigung von Gegenübertragungsgefühlen auf Seiten des Therapeuten, die sich auf die fehlende Bindungssensibilisierung zurückführen lässt, wird aber eine geringere positive Bewertung im Vergleich zur Experimentalgruppe erwartet.

H3g: Die mittlere therapeutische Allianz weist in der Kontrollgruppe eine signifikante Zunahme von MZP1 zu MZP4 auf.

H3h: Die mittlere therapeutische Allianz fällt zu MZP4 in der Kontrollgruppe signifikant niedriger aus als in der Experimentalgruppe.

Die Arbeitsfähigkeit des Patienten. Es wird postuliert, dass es zwar zur Zunahme der Arbeitsfähigkeit im Verlauf einer Langzeittherapie kommt, die jedoch im Vergleich zur Experimentalgruppe, bedingt durch die fehlende Bindungssensibilisierung des Therapeuten, geringer ausfällt.

H3i: Die mittlere Arbeitsfähigkeit nimmt für die Patienten der Kontrollgruppe von MZP1 zu MZP2 signifikant zu.

H3j: Die mittlere Arbeitsfähigkeit nimmt für die Patienten der Kontrollgruppe von MZP2 zu MZP3 signifikant zu.

H3k: Die mittlere Arbeitsfähigkeit nimmt für die Patienten der Kontrollgruppe von MZP3 zu MZP4 signifikant zu.

H3l: Die mittlere Arbeitsfähigkeit nimmt für die Patienten der Kontrollgruppe von MZP1 zu MZP4 signifikant zu.

H3m: Die mittlere Arbeitsfähigkeit der Patienten in der Kontrollgruppe fällt im Vergleich zu den Patienten in der Experimentalgruppe zum MZP4 signifikant niedriger aus.

Die therapeutischen Fähigkeiten. Es wird erwartet, dass die Therapeuten der Kontrollgruppe sich aufgrund der Traumsensibilisierung intensiver der Traumarbeit widmen. Indes werden die therapeutischen Fähigkeiten auf vergleichbarem Niveau wie das der Therapeuten in der Experimentalgruppe eingeschätzt. Im Verlauf des therapeutischen Prozesses bleiben die therapeutischen Fähigkeiten relativ stabil und unterliegen nur geringfügigen Schwankungen.

H3n: Die mittlere therapeutische Fähigkeit bleibt für die Therapeuten der Kontrollgruppe von MZP1 zu MZP2 stabil.

H3o: Die mittlere therapeutische Fähigkeit bleibt für die Therapeuten der Kontrollgruppe von MZP2 zu MZP3 stabil.

H3p: Die mittlere therapeutische Fähigkeit bleibt für die Therapeuten der Kontrollgruppe von MZP3 zu MZP4 stabil.

H3q: Die mittlere therapeutische Fähigkeit bleibt für die Therapeuten der Kontrollgruppe von MZP1 zu MZP4 stabil.

H3r: Die mittlere therapeutische Fähigkeit fällt für die Therapeuten der Kontrollgruppe zu MZP4 signifikant niedriger aus als für die Therapeuten der Experimentalgruppe.

3.4.5 Patienten mit einer U-Kodierung zu Therapiebeginn

Patienten mit einer Desorganisation zu Therapiebeginn oszillieren zwischen einem deaktivierenden und einem hyperaktivierenden Modus, da sie im Umgang mit Anderen keine zielführende Strategie entwickeln konnten. Es wird angenommen, dass sie im Kontakt eher misstrauisch bleiben und deshalb weniger von der Therapie profitieren oder mehr Zeit zum Aufbau einer als hilfreich erlebten therapeutischen Beziehung benötigen. Wenn sie sich aber auf die therapeutische Beziehung einlassen können, so kommt es auch für diese Patientengruppe zu strukturellen Veränderungen im Verlauf einer Langzeittherapie. Da sie aber zur eigenen Stabilisierung auf die Realpräsenz des Therapeuten angewiesen sind, wird erwartet, dass zuvor erreichte Veränderungen im Katamnesezeitraum stabil bleiben, es aber in dieser Zeit zu keiner weiteren Verbesserung kommt.

Die Bindung. Eine positive Veränderung äußert sich für diese Patientengruppe in einer Abnahme der U-Klassifizierungen, da sie im Verlauf einer psychoanalytischen Langzeittherapie ihre Beziehungsschwierigkeiten überwinden und einen organisierten Bindungsstil erwerben können.

H4a: Die Anzahl von Patienten mit einer U-Klassifikation (desorganisiert) nimmt von MZP1 zu MZP4 signifikant ab.

H4b: Die Anzahl von Patienten mit einer U-Klassifikation (desorganisiert) bleibt von MZP4 zu MZP5 stabil.

Die Mentalisierung. Für Kinder mit einer desorganisierten Bindung kann es zur Wahrung eines Minimums an Kontakt von Vorteil sein das Reflektionsvermögen zu hemmen, um im Kontext maladaptiver Bindungen erlebte traumatische Erfahrungen ausblenden zu können. Überprüft werden soll, ob sich Patienten mit einer U-Kodierung zu Therapiebeginn auf eine therapeutische Beziehung einlassen und im Verlauf der Therapie ihre Mentalisierungsfähigkeit steigern können.

H4c: Die Patienten mit einer U-Klassifikation zu Therapiebeginn weisen eine signifikante Zunahme der durchschnittlichen Reflektionsfähigkeit von MZP1 zu MZP4 auf.

H4d: Die Reflektionsfähigkeit von Patienten mit einer U-Klassifikation zu Therapiebeginn bleibt von MZP4 zu MZP5 stabil.

Die therapeutische Allianz. Es wird postuliert, dass sich Patienten mit einer U-Kodierung zu Therapiebeginn zunächst nur bedingt der angstfreien Exploration der eigenen Innenwelt zuwenden, da sie sich grundsätzlich in Beziehungen misstrauisch verhalten. Durch die geschulte Empathiefähigkeit gelingt es dem Therapeuten, maladaptive Beziehungserwartungen des Patienten unbeantwortet zu lassen. Die neue Beziehungsgestaltung ermöglicht eine sukzessive vertrauensvolle Zusammenarbeit, die sich durch eine zunehmend positivere Bewertung der therapeutischen Allianz ausdrückt.

H4e: Die mittlere therapeutische Allianz weist für die Patienten mit einer U-Kodierung zu Therapiebeginn eine signifikante Zunahme von MZP1 zu MZP4 auf.

Die Arbeitsfähigkeit des Patienten. Es wird postuliert, dass es auch für Patienten mit einer U-Kodierung zu Therapiebeginn zu einer Zunahme der Arbeitsfähigkeit im Verlauf einer Langzeittherapie kommt, da sie lernen sich auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit einzulassen. Das Ausmaß der erreichten Veränderung wird durch einen Prä-Post-Vergleich ermittelt.

H4f: Die mittlere Arbeitsfähigkeit nimmt für Patienten mit einer U-Klassifizierung von MZP1 zu MZP2 signifikant zu.

H4g: Die mittlere Arbeitsfähigkeit nimmt für Patienten mit einer U-Klassifizierung von MZP2 zu MZP3 signifikant zu.

H4h: Die mittlere Arbeitsfähigkeit nimmt für Patienten mit einer U-Klassifizierung von MZP3 zu MZP4 signifikant zu.

H4i: Die mittlere Arbeitsfähigkeit nimmt für Patienten mit einer U-Klassifizierung von MZP1 zu MZP4 signifikant zu.

Die therapeutischen Fähigkeiten. Therapeuten müssen bei der Behandlung von desorganisierten Patienten besonders wachsam sein, da sich das Interaktionsmuster dieser Patientengruppe von dem der Patienten mit organisiertem Bindungsstil deutlich unterscheidet. Die verinnerlichte prozedurale Erwartung, die sich aus zuvor erlebten unzuverlässigen Erfahrungen mit den betreuenden Bindungspersonen geformt haben, werden auf den Therapeuten übertragen und erschweren den therapeutischen Prozess. Es wird erwartet, dass es im Verlauf der Therapie zu irritierenden Gegenübertragungsgefühlen auf Seiten des Therapeuten kommt, die dieser jedoch bewältigen wird und deshalb resultierend seine therapeutischen Fähigkeiten keinen Schwankungen unterliegt.

H4j: Die mittleren therapeutischen Fähigkeiten bleiben von MZP1 zu MZP2 stabil.

H4k: Die mittleren therapeutischen Fähigkeiten bleiben von MZP2 zu MZP3 stabil.

H4l: Die mittleren therapeutischen Fähigkeiten bleiben von MZP3 zu MZP4 stabil.

H4m: Die mittleren therapeutischen Fähigkeiten bleiben von MZP1 zu MZP4 stabil.

3.4.6 Zusammenhangshypothese

Um wichtige Marker für eine erfolgversprechende Therapieplanung identifiziert zu können, werden die Zusammenhänge zwischen der unabhängigen Variablen a) Bindungsstil des Patienten sowie b) Qualität der therapeutischen Zusammenarbeit und der abhängigen Variable Strukturelle Verbesserung überprüft. Die Variable Strukturelle Verbesserung wird definiert als durchschnittliche Mentalisierungsfähigkeit zum vierten Messzeitpunkt relativ zum Ausgangsniveau. Die Strukturelle Verbesserung korreliert signifikant positiv mit

H5a: einer sicheren Bindung zu MZP1

H5b: einer organisierten Bindung zu MZP1

H5c: mit der Arbeitsfähigkeit des Patienten zu MZP1

H5d: mit der therapeutischen Fähigkeit zu MZP1

Die Tabelle 5 gibt einen Überblick über die für die Auswertung abgeleiteten Hypothesen.

Tabelle 5

Überblick der Hypothesen – nach Messinstrumenten und Stichproben

Instrument	Vorab-analyse	GSP	EG	KG	U-Kodierung	Therapie-erfolg
AAI	Ha, Hb	H1a, H1b	H2a, H2b	H3a, H3b, H3c	H4a, H4b	H5a, H5b
RF	Hc	H1c, H1d	H2c, H2d	H3d, H3e, H3f	H4c, H4d	
CALPAS						
- TA		H1e	H2e	H3g, H3h	H4e	
- PWC	Hd	H1f-H1h (T) H1i (P-P)	H2f-H2h (T) H2i (P-P)	H3i-H3k (T) H3l (P-P) H3m	H4f-H4h (T) H4i (P-P)	H5c
- TUI	He	H1j-H1l (T) H1m (P-P)	H2j-H2l (T) H2m (P-P)	H3n-H3p (T) H3q (P-P) H3r	H4j-H4l (T) H4m (P-P)	H5d

Anmerkung. GSP = Gesamtstichprobe; EG = Experimentalgruppe; KG = Kontrollgruppe; T = Timeline-Analyse; P-P = Prä-Post-Vergleich.

3.4.7 Qualitative Auswertung von zwei Langzeitverläufen

Für die qualitative Auswertung werden zwei Langzeitverläufe von Patienten mit einer initialen U-Kodierung aus der Experimentalgruppe herangezogen. Zur Identifizierung problematischer Konfliktfelder und Beziehungsthemen wird in der vorliegenden Arbeit auf Itemebene geforscht. Durch einen Cut-Off-Wert, der zuvor für jedes Instrument definiert wurde, werden kritische Items für die Überprüfung des Stundenmaterials bestimmt.

Es werden insbesondere jene Werte, die auf den verwendeten Instrumenten im auffälligen Bereich liegen, einer detaillierten Betrachtung unterzogen. Da die desorganisierte Bindung als Risikofaktor für die psychische Gesundheit gilt, ist die Frage, ob sich hilfreiche Interventionen wie z. B. affektmarkierendes Spiegeln, die Vermittlung des Gefühls des Verstanden-Werdens, die Unterstützung der Mentalisierung oder supportive Elemente für den Erfolg einer Therapie bestimmen lassen, von zentraler Bedeutung.

Zur Ermittlung der Bindungsklassifikation werden im AAI Manual für alle Items niedrige, durchschnittliche und hohe Bewertungen als Hilfestellung für die Auswertung beschrieben. Die Beurteilung der Items erfolgt auf einer neunstufigen Ratingskala, wobei die Pole der Skalen nicht einheitlich definiert sind. So steht beispielsweise eine hohe Wertung auf der Skala Liebe für eine positive Bewertung, während eine hohe Wertung auf der Skala Rollenumkehr eine

negative Bewertung repräsentiert. In der vorliegenden Arbeit werden jene Items genauer analysiert, die auf der jeweiligen Skala eine unterdurchschnittliche Beurteilung erhielten. Dies kann sich folglich sowohl in einem hohen als auch in einem niedrigen Skalenwert ausdrücken.

Für die Beurteilung der Mentalisierungsfähigkeit werden Demand-Fragen auf einer elfstufigen Ratingskala der RF Skala bewertet. Eine durchschnittliche Mentalisierungsfähigkeit wird hierbei mit einem Wert von Fünf ausgedrückt und entspricht einer deutlich erkennbaren Reflexiven Kompetenz, die sich z. B. in der Beschreibung der Eigenschaften innerer Befindlichkeiten widerspiegelt. Im Gegensatz dazu wirkt eine geringe Mentalisierungsfähigkeit, die numerisch dem Wert Drei gleichkommt, oft banal, oberflächlich und es fehlt der Beleg, dass der Patient die Implikationen seiner Aussage wirklich versteht. In dieser Arbeit werden alle Demand-Fragen unterhalb eines Cut-Off-Wertes von Fünf herangezogen.

Die Bewertung der CALPAS Items erfolgt auf einer siebenstufigen Ratingskala (1 = *not at all*, 7 = *very much so*). Höhere Werte stehen generell für eine bessere Bewertung, niedrige Werte generell für eine schlechtere Bewertung. Für die Beurteilung der therapeutischen Dyade werden die Subskalen PWC und TUI berücksichtigt. Alle Items, die unterhalb eines Cut-Off-Wertes von Vier liegen, werden genauer betrachtet. In Tabelle 6 sind die Stunden, die in die qualitative Auswertung einfließen, aufgelistet.

Tabelle 6

Dokumentierte Stunden für Studienteilnehmende 1 und 2

Patient	Messzeitpunkt					
	1	2	3	4	5	6
1	E2	89	165	244	*	400
2	E1	80	162	240	320	399

Anmerkung. * = für den fünften Messzeitpunkt liegt kein Stundenmaterial vor.

Nach zunächst separater Auswertung der Therapieverläufe erfolgt ein Vergleich auf deskriptiver Ebene, um relevante Marker für eine erfolgreiche therapeutische Zusammenarbeit, die die strukturellen Veränderungen des Patienten beeinflussen, identifizieren zu können.

4 Ergebnisse

Zunächst wird das statistische Vorgehen beschrieben (4.1, S.65). Anschließend werden die Ergebnisse einer Vorabanalyse präsentiert (4.2, S.66). Es folgen die Ergebnisse der Gesamtstichprobe (4.3, S.67), der Experimental- (4.4, S.68) bzw. der Kontrollgruppe (4.5, S.70) sowie für die Gruppe von Patienten mit zusätzlicher U-Kodierung (4.6, S.71). In Kapitel 4.7 (S.73) werden die Resultate der Experimentalgruppe jenen der Kontrollgruppe zum letzten Messzeit-

punkt gegenübergestellt. Im Kapitel 4.8 (S.76) werden die postulierten Zusammenhänge betrachtet und abschließend erfolgt die Auswertung der Einzelfallanalysen (4.9, S.76).

4.1 Statistische Vorgehen

Die statistischen Datenanalysen wurde mit der Software *IMB SPSS Statistics 24.0* durchgeführt. Ob sich die zentralen Tendenzen zweier unabhängiger Stichproben unterscheiden, wurde mithilfe des Exakten Tests nach Fisher und dem Mann-Whitney-Test überprüft. Der erste Test bildet eine exakte Wahrscheinlichkeitsverteilung ab und fand statt des Chi-Quadrat-Tests Verwendung, da letzterer für jede Zelle der Vierfeldertafel eine erwartete Häufigkeit von mehr als fünf fordert. Der Mann-Whitney-Test gilt als Alternative zum T-Test für unabhängige Stichproben bei mindestens ordinalskalierten Variablen und wurde eingesetzt, weil der Stichprobenumfang weit unterhalb der empfohlenen 30 Datenpunkte liegt und sich daher eine parameterfreie Vorgehensweise empfiehlt.

Bei zentralen Tendenzen von zwei abhängigen Stichproben wurden der McNemar-Test sowie der Wilcoxon-Rangsummen-Test herangezogen. Der McNemar-Test wird für gleich kodierte, dichotome Variablen bei kleinen Stichproben eingesetzt, besonders bei Testwiederholungen. Der Wilcoxon-Rangsummen-Test erwies sich aufgrund des Skalenniveaus und des geringen Stichprobenumfangs als Alternative zum T-Test für abhängige Stichproben bei mindestens ordinalskalierten Variablen als geeignet.

Die Ergebnisse für kategoriale Daten sind durch absolute Häufigkeiten angegeben, und ggf. durch die Angabe von Prozentsätzen ergänzt, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse, insbesondere mit der vielzitierten Studie von Levy et al. (2006) herauszuarbeiten. Für die Auswertung von kontinuierlichen Variablen dienen der Mittelwert (M) und die Standardabweichung (SD), für rangskalierte Daten wird der Median (Mdn) herangezogen. Zusammenhänge werden durch Korrelationen nach Pearson überprüft. Die Resultate für gerichtete Hypothesen werden mithilfe von einseitigen Signifikanztests ermittelt. Zusätzlich wird die Effektstärke (r) nach Cohen (1992)²⁰ zur Einordnung der Aussagekraft der Ergebnisse angegeben. Die verwendeten Daten für die statistische Analyse können den Anhängen C.1 bis C.3 entnommen werden.

Zur Bestimmung des Therapieerfolges werden die Zusammenhänge zwischen der Outcomevariablen Strukturelle Verbesserung und den Variablen a) Bindungsklassifikation, b) Arbeitsfähigkeit sowie c) die therapeutischen Fähigkeiten zu Therapiebeginn untersucht. In einem ersten Schritt wurden deshalb die mittleren Rohwerte der Mentalisierungsfähigkeit zu

²⁰ Es wird nach kleinem ($r = .20$), mittlerem ($r = .50$) und starkem Effekt ($r = .80$) unterschieden.

Therapiebeginn (zRF_{MZP1}) und zum vierten Messzeitpunkt (zRF_{MZP4}) z-transformiert und anschließend nach der Formel

$$RGS = zRF_{MZP4} - (zRF_{MZP1} * r_{1,2})$$

berechnet, wobei für die Korrelation $r_{1,2}$ die nicht-standardisierten Rohwerte der Mentalisierungsfähigkeit zu MZP1 und MZP4 Verwendung fanden. Auf diese Weise ist in der Formel 1 sowohl die individuelle Veränderung als auch die Gruppenkonstante (durch die unstandardisierte Korrelation) enthalten. In einem weiteren Schritt wurde der Zusammenhang zwischen der Outcomevariablen und den genannten Variablen durch bivariate Korrelationen examiniert.

Für die Auswertung der qualitativen Einzelfälle auf Itemebene wurden die Rohdaten herangezogen. Teilweise werden die Ergebnisse durch die Angabe von Prozentwerten komplettiert um den Vergleich der erzielten Veränderungen mit anderen wichtigen Studien zu unterstützen.

4.2 Vorabanalyse

Um die Vergleichbarkeit der erzielten Veränderungen zwischen den Gruppen sicherzustellen wurden die Experimental- und die Kontrollgruppe vorab auf statistisch signifikante Gruppenunterschiede hin überprüft. Die Gleichverteilung des Bindungsstatus sicher vs. unsicher wurde bestätigt ($p = .888$), denn zum ersten Messzeitpunkt wurden in der Experimentalgruppe zwei Patienten als sicher (25%) und sechs Patienten als unsicher (75%) eingestuft, während in der Kontrollgruppe zwei Patienten sicher (22.2%) und sieben Patienten unsicher (77.8%) gebunden waren.

Die zusätzliche Überprüfung des desorganisierten Bindungsmusters zeigte, dass fünf Patienten der Experimentalgruppe (62.5%) und zwei Patienten der Kontrollgruppe (22.2%) zum ersten Messzeitpunkt als desorganisiert eingestuft waren, wobei dieser Gruppenunterschied nicht signifikant ($p = .153$) ausfiel. Mit diesem Ergebnis liegt kein Hinweis für die Gültigkeit der Alternativhypothese vor und die Hypothesen H_a und H_b gelten weiterhin.

Die durchschnittliche Mentalisierungsfähigkeit fiel für die Patienten der Experimentalgruppe ($Mdn = 5.50$, range: 3.00-7.00) im Vergleich zu den Patienten in der Kontrollgruppe ($Mdn = 3.00$, range: 3.00-5.00) signifikant höher aus ($U = 14.00$, $p = .027$, einseitig, $r = 0.54$). Da sich die Subgruppen zu Therapiebeginn unterscheiden, wird die Hypothese H_c nicht beibehalten.

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit wiesen die Patienten der Experimentalgruppe ($Mdn = 3.50$, range: 2.83-5.33) zu Therapiebeginn signifikant niedrigere Werte auf als die Patienten der Kontrollgruppe ($Mdn = 4.50$, range: 3.67-6.00; $U = 10.00$, $p = .037$, $r = 0.51$), weshalb die Hypothese H_d abgelehnt wird.

Die Hypothese H_e kann dagegen beibehalten werden, da sich die durchschnittlichen therapeutischen Fähigkeiten in der jeweiligen Subgruppe zum ersten Messzeitpunkt nicht signifikant voneinander unterschieden (Experimentalgruppe: $Mdn = 4.50$, range: 2.50-6.33; Kontrollgruppe: $Mdn = 5.25$, range: 2.83-6.17; $U = 20.00$, $p = .353$, $r = 0.23$).

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse des zu Therapiebeginn durchgeführten Gruppenvergleichs, dass sich die Experimental- sowie die Kontrollgruppe in den untersuchten Bindungsklassifikationen (sicher vs. unsicher, desorganisiert) und den therapeutischen Fähigkeiten nicht signifikant voneinander unterschieden, während signifikante Unterschiede in der durchschnittlichen Mentalisierungsfähigkeit und in der Arbeitsfähigkeit vorlagen. Über einen erneuten Gruppenvergleich zum letzten Messzeitpunkt wird in Kapitel 4.7 (S.73) berichtet.

4.3 Ergebnisse für die Gesamtstichprobe

Die Untersuchung bezüglich der Veränderung der Bindungsklassifikation erfolgte anhand der Unterscheidung von sicher vs. unsicher gebundener Patienten. Die Ergebnisse für die Veränderung der desorganisierten Bindungsklassifikation werden in Kapitel 4.6 (S.71) berichtet.

Während zu Therapiebeginn vier Patienten als sicher (23.5%) und 13 Patienten als unsicher (76.5%) eingestuft wurden, waren zum vierten Messzeitpunkt sechs Patienten als sicher (35.3%) und 11 Patienten als unsicher (64.7%) klassifiziert, McNemar-Test $\chi^2(1, N = 17)$, $p = .344$, einseitig. Die Hypothese H_{1a} kann nicht beibehalten werden, obwohl zwei Patienten einen sicheren Bindungsstil erwarben.

Zum fünften Messzeitpunkt waren acht Patienten (47.1%) sicher und neun Patienten unsicher (52.9%) gebunden. Damit haben zwei weitere Patienten einen sicheren Bindungsstatus während des Katamnesezeitraums erworben, McNemar-Test $\chi^2(1, N = 17)$, $p = .344$, einseitig. Doch ist die Zunahme statistisch nicht signifikant, weshalb die Hypothese H_{1b} verworfen wird.

Der Median zur Beschreibung der durchschnittlichen Mentalisierungsfähigkeit aller Patienten in der Gesamtstichprobe veränderte sich zum vierten Messzeitpunkt ($Mdn = 4.00$, range: 1.00-7.00) im Vergleich zum Beginn der Therapie nicht ($Mdn = 4.00$, range: 3.00-7.00; $Z = -.616$, $p = .300$, einseitig, $r = 0.15$). Zum fünften Messzeitpunkt stieg der Mentalisierungswert ($Mdn = 5.00$, range: 2.00-7.00) im Vergleich zum vierten Messzeitpunkt signifikant an und lag über dem Ausgangsniveau ($Z = -.199$, $p = .028$, einseitig, $r = 0.48$). Während die Hypothese H_{1c} nicht bestätigt wird, kann die Hypothese H_{1d} mit diesem Ergebnis beibehalten werden.

Für die Beurteilung der Qualität der therapeutischen Allianz wurde der durchschnittliche CALPAS Gesamtscore berücksichtigt. Dieser wurde zum vierten Messzeitpunkt ($Mdn = 4.75$, range: 3.00-6.00) nur marginal signifikant höher eingeschätzt als zu Therapiebeginn ($Mdn = 4.25$, range: 3.00-6.00, $Z = -1.649$, $p = .052$, einseitig, $r = 0.43$), weshalb die Hypothese H_{1e} abgelehnt werden muss.

Die durchschnittliche Arbeitsfähigkeit für die Patienten in der Gesamtstichprobe wurde durch die Berücksichtigung von vier aufeinanderfolgenden Messzeitpunkten bewertet. Sie lag zu Therapiebeginn bei $Mdn = 4.17$ (range: 2.83-6.00), nahm zum zweiten Messzeitpunkt signifikant zu ($Mdn = 4.67$, range: 2.00-6.00, $Z = -1.668$, $p = .049$, einseitig, $r = 0.43$), zum dritten im Vergleich zum vorherigen Messzeitpunkt signifikant ab ($Mdn = 3.50$, range: 2.33-5.50, $Z = -2.453$, $p = .005$, einseitig, $r = 0.63$) und lag zum vierten Messzeitpunkt signifikant über den Werten zum dritten Messzeitpunkt ($Mdn = 4.50$, range: 2.00-6.00, $Z = -2.331$, $p = .009$, einseitig, $r = 0.60$). Wurden die initialen Werte mit jenen Werten zum vierten Messzeitpunkt verglichen ($Z = -1.395$, $p = .088$, einseitig, $r = 0.36$), so zeigte sich keine signifikante Zunahme der durchschnittlichen Arbeitsfähigkeit in Verlauf der Therapie. Zusammenfassend ergibt sich folgender Sachverhalt: Die statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen erstem und zweiten sowie drittem und vierten Messzeitpunkt führen zur Annahme der Hypothesen H1f und H1h. Die Hypothese H1g muss dagegen abgelehnt werden, denn die signifikanten Veränderungen zwischen dem zweiten und dritten Messzeitpunkt weisen in die zur Erwartung entgegengesetzte Richtung. Zudem wird die Hypothese H1i verworfen, da die Überprüfung des Betrachtungszeitraums über vier Messzeitpunkte hinweg keine signifikanten Veränderungen ergab.

Für die Auswertung der TUI Subskala wurde erwartet, dass sich der Beitrag des Therapeuten im Verlauf der Therapie nicht verändert. Diese Annahme wird durch die nachfolgenden Ergebnisse gestützt, denn die durchschnittliche therapeutische Fähigkeit wurde zum zweiten Messzeitpunkt ($Mdn = 5.50$, range: 1.50-6.33) nicht signifikant höher bewertet als zu Therapiebeginn ($Mdn = 4.00$, range: 2.00-5.67, $Z = -1.365$, $p = .186$, $r = 0.35$). Auch die Vergleiche des zweiten mit dem dritten Messzeitpunkt ($Mdn = 4.67$, range: 1.50-6.67, $Z = -.541$, $p = .609$, $r = 0.14$) sowie dem dritten mit dem vierten Messzeitpunkt ($Mdn = 5.17$, range: 2.00-6.67, $Z = -1.251$, $p = .223$, $r = 0.32$) belegten keine signifikanten Veränderungen. Der Prä-Post-Vergleich zeigte einen leichten, jedoch nicht signifikanten Anstieg der Werte im Verlauf der Therapie ($Z = -1.138$, $p = .271$, $r = 0.29$). Damit konnte die Stabilität der therapeutischen Fähigkeiten durch die statistischen Auswertungen belegt werden, weshalb die Hypothesen H1j, H1k, H1l sowie H1m beibehalten werden.

4.4 Ergebnisse für die Experimentalgruppe

Zu Therapiebeginn wurden in der Experimentalgruppe zwei Patienten als sicher (25%) und sechs Patienten als unsicher (75%) eingestuft. Zum vierten Messzeitpunkt waren vier Patienten sicher (50%) und vier Patienten unsicher (50%) gebunden, McNemar-Test χ^2 (1, $n = 8$), $p = .250$, einseitig. Zum fünften Messzeitpunkt wurde ein weiterer Patient und damit 62.5% der Experimentalgruppe dem sicheren Bindungsstil zugeordnet, während drei Patienten (37.5%) unsicher gebunden blieben, McNemar-Test χ^2 (1, $n = 8$), $p = .500$, einseitig. Demnach

kam es in der Experimentalgruppe weder im Therapieverlauf (MZP1-MZP4) noch im Katamnesezeitraum (MZP4-MZP5) zu einer statistisch signifikanten Veränderung der Anzahl an sicher kategorisierten Patienten und die Hypothesen H2a und H2b werden nicht beibehalten.

Die Patienten der Experimentalgruppe verfügten zu Therapiebeginn über eine durchschnittliche Mentalisierungsfähigkeit, die sich im Verlauf von durchschnittlich 240 Stunden nicht signifikant veränderte (MZP1: $Mdn = 5.50$, range: 3.00-7.00, MZP4: $Mdn = 5.00$, range: 4.00-7.00, $Z = -.108$, $p = .500$, einseitig, $r = 0.04$). Der Vergleich des fünften ($Mdn = 5.00$, range: 4.00-7.00) mit dem vorherigen Messzeitpunkt ergab, dass die Mentalisierungsfähigkeit auf unverändertem Niveau blieb ($Z = -0.857$, $p = .258$, einseitig, $r = 0.30$). Damit kam es weder im Verlauf des ersten Zeitraums (MZP1 bis MZP4) noch im Verlauf des Katamnesezeitraums (MZP4-MZP5) zu einer signifikanten Zunahme, weshalb die Hypothesen H2c und H2d abgelehnt werden.

Die therapeutische Allianz wurde zum vierten Messzeitpunkt ($Mdn = 4.75$, range: 3.00-5.00) signifikant höher bewertet als zu Therapiebeginn ($Mdn = 4.13$, range: 3.00-4.00, $Z = -2.03$, $p = .023$, einseitig, $r = 0.77$), wodurch die Hypothese H2e bestätigt wird.

Die durchschnittliche Arbeitsfähigkeit wurde durch die Berücksichtigung von vier aufeinanderfolgenden Messzeitpunkten bewertet. Dabei lagen die Fähigkeiten der Patienten zu Therapiebeginn bei einem Durchschnittswert von $Mdn = 3.50$ (range: 2.83-5.33), diese stiegen zum zweiten Messzeitpunkt signifikant an ($Mdn = 4.00$, range: 2.67-6.00, $Z = -1.997$, $p = .031$, einseitig, $r = 0.76$), nahmen zum dritten ($Mdn = 3.50$, range: 2.33-4.83) im Vergleich zum zweiten Messzeitpunkt signifikant ab ($Z = -1.997$, $p = .031$, einseitig, $r = 0.76$) und stiegen zum vierten Messzeitpunkt ($Mdn = 4.50$, range: 2.00-5.00) signifikant über die Werte des dritten Messzeitpunkts ($Z = -1.859$, $p = .039$, einseitig, $r = 0.70$). Im direkten Vergleich vom ersten und vierten Messzeitpunkt blieb die durchschnittliche Arbeitsfähigkeit ungeachtet der signifikanten Schwankungen im Therapieverlauf unverändert ($Z = -1.450$, $p = .102$, einseitig, $r = 0.55$), weshalb die Hypothese H2i abgelehnt wird. Die Hypothesen H2f und H2h werden durch die signifikanten Ergebnisse bestätigt. Die Hypothese H2g wird ebenfalls abgelehnt, weil die signifikanten Veränderungen der Arbeitsfähigkeit zwischen dem zweiten und dritten Messzeitpunkt in die zur Erwartung entgegengesetzte Richtung weisen.

Die Stabilität der therapeutischen Fähigkeiten wurde zu allen Messzeitpunkten bestätigt und die Hypothesen H2j, H2k, H2l und H2m werden beibehalten. Die durchschnittliche Bewertung der therapeutischen Fähigkeiten zu Therapiebeginn lag bei $Mdn = 4.50$, (range: 2.50-6.33), unterschied sich zum zweiten Messzeitpunkt ($Mdn = 4.67$, range: 1.50-6.33) nicht signifikant vom ersten Messzeitpunkt ($Z = -.315$, $p = .813$, $r = 0.12$) und veränderte sich sowohl zum dritten Messzeitpunkt im Vergleich zum zweiten ($Mdn = 4.50$, range: 1.50-6.50, $Z = -.424$, $p = .734$, $r = 0.16$) als auch zum vierten Messzeitpunkt nicht signifikant ($Mdn = 5.38$, range: 2.00-6.50, $Z = -1.439$, $p = .172$, $r = 0.54$). Die Bewertung der therapeutischen Fähigkeiten lag zum vierten Messzeitpunkt nicht signifikant über dem Ausgangsniveau ($Z = -1.524$, $p = .141$, $r = 0.58$).

4.5 Ergebnisse für die Kontrollgruppe

Die Patienten in der Kontrollgruppe änderten ihren Bindungsstatus im Verlauf der Therapie nicht. Sowohl zu Therapiebeginn als auch zum vierten Messzeitpunkt wurden zwei Patienten als sicher (22.2%) und sieben Patienten als unsicher (77.8%) eingestuft, McNemar-Test χ^2 (1, $n = 9$), $p = .688$, einseitig. Zum fünften Messzeitpunkt hat ein weiterer Patient seinen Bindungsstatus verändert. Somit wurden drei Patienten als sicher (33.3%) und sechs Patienten als unsicher (66.7%) bewertet, McNemar-Test χ^2 (1, $n = 9$), $p = 1.000$. Die nicht signifikanten Ergebnisse führen zur Ablehnung der Hypothese H3a und H3b.

Die Annahme, dass es für die Patienten in der Kontrollgruppe zu einer signifikanten Zunahme der durchschnittlichen Mentalisierungsfähigkeit kommt, konnte statistisch nicht bestätigt werden ($Z = -.722$, $p = .309$, einseitig, $r = 0.24$), da sie sowohl zu Therapiebeginn ($Mdn = 3.00$, range: 3.00-5.00) als auch zum vierten Messzeitpunkt ($Mdn = 3.00$, range: 1.00-5.00) unverändert blieb. Die Hypothese H3d wird deshalb abgelehnt. Für den Zeitraum zwischen dem vierten und fünften Messzeitpunkt wurde die Stabilität der zuvor erreichten Veränderungen vorhergesagt und durch die vorliegenden Ergebnisse bestätigt. Denn obwohl die Bewertung zum fünften Messzeitpunkt ($Mdn = 4.00$, range: 2.00-6.00) höher ausfiel als zum vierten Messzeitpunkt ($Mdn = 3.00$, range: 1.00-5.00), handelte es sich dabei um einen statistisch nicht signifikanten Unterschied ($Z = -2.041$, $p = .063$, $r = 0.68$) und die Hypothese H3e wird beibehalten.

Die therapeutische Allianz wurde in der Kontrollgruppe zum vierten Messzeitpunkt ($Mdn = 4.81$, range: 4.00-6.00) im Vergleich zu Therapiebeginn ($Mdn = 4.65$, range: 4.00-6.00) auf vergleichbarem Niveau eingestuft. Da die therapeutische Allianz erwartungskonform stabil blieb ($Z = -.280$, $p = .406$, einseitig, $r = 0.09$), konnte die Hypothese H3g nicht bestätigt werden.

Die Veränderung der durchschnittlichen Arbeitsfähigkeit wurde durch vier aufeinanderfolgende Messzeitpunkte überprüft. Zu Therapiebeginn ($Mdn = 4.50$, range: 3.67-6.00), zum zweiten ($Mdn = 4.92$, range: 2.00-5.67) und zum vierten Messzeitpunkt ($Mdn = 5.08$, range: 3.00-6.00) lag die Bewertung auf vergleichbarem Niveau, während die Bewertung zum dritten Messzeitpunkt ($Mdn = 4.00$, range: 2.67-5.50) am niedrigsten ausfiel. Insgesamt veränderte sich die durchschnittliche Arbeitsfähigkeit für die Patienten in der Kontrollgruppe weder im Verlauf der Therapie (MZP1–MZP4: $Z = -.421$, $p = .363$, einseitig, $r = 0.15$) noch im Vergleich von einem zum nächsten Messzeitpunkt signifikant (MZP1–MZP2: $Z = -.421$, $p = .355$, einseitig, $r = 0.15$; MZP2–MZP3: $Z = -1.402$, $p = .090$, $r = 0.50$, einseitig,; MZP3–MZP4: $Z = -1.612$, $p = .059$, einseitig, $r = 0.57$), weshalb die Hypothesen H3i, H3j, H3k und H3l nicht beibehalten werden können.

Wie bereits zuvor für die Therapeuten der Experimentalgruppe wurde auch für die Therapeuten der Kontrollgruppe postuliert, dass ihre therapeutischen Fähigkeiten im Verlauf der Therapie stabil bleiben. Es zeigte sich, dass die Bewertung zwar zum zweiten Messzeitpunkt

(*Mdn* = 6.00, range: 4.83-6.33) im Vergleich zu Therapiebeginn (*Mdn* = 5.25, range: 2.83-6.17) höher ausfiel, dass dieser Unterschied allerdings, erwartungskonform, nicht signifikant war ($Z = -1.778$, $p = .094$, $r = 0.63$). Auch im weiteren Verlauf wurden keine signifikanten Veränderungen erreicht, denn die durchschnittliche Bewertung der therapeutischen Fähigkeiten nahm zwar zum dritten (*Mdn* = 5.42, range: 2.50-6.67) und ebenso zum vierten Messzeitpunkt ab (*Mdn* = 5.08, range: 3.50-6.67), allerdings waren die Unterschiede nicht signifikant (MZP2–MZP3: $Z = -1.123$, $p = .305$, $r = 0.40$; MZP3–MZP4: $Z = -.350$, $p = .766$, $r = 0.13$). Die Stabilität der therapeutischen Fähigkeiten wurde zudem durch einen nicht signifikanten Prä-Post-Vergleich bestätigt ($Z = -.070$, $p = .977$, $r = 0.03$), weshalb die Hypothesen H3n, H3o, H3p und H3q beibehalten werden.

4.6 Ergebnisse für Patienten mit einer U-Kodierung zu Therapiebeginn

Sieben Patienten (41.2%) der Gesamtstichprobe erhielten zu Therapiebeginn zusätzlich zur primären Bindungsklassifikation eine U-Kodierung und wurden damit als desorganisiert gebunden eingestuft, während zehn Patienten (58.8%) einen organisierten Bindungsstil aufwiesen. Zum vierten Messzeitpunkt waren es dagegen noch drei Patienten (17.6%), d. h. vier Patienten (23.5%) überwandern im Verlauf von durchschnittlich 240 Behandlungsstunden ihre U-Kodierung und somit wurden 14 Patienten (82.4%) als organisiert eingestuft. Zum fünften Messzeitpunkt verloren zwei weitere Patienten ihren desorganisierten Bindungsstatus, d.h. dass nach dem Katamnesezeitraum 16 Patienten (94.1%) ohne U-Klassifikation kategorisiert wurden, während ein Patient (5.9%) die Zusatzcodierung behielt. Der Unterschied in der Anzahl desorganisierter Patienten zwischen erstem und vierten (McNemar-Test $\chi^2(1, n = 17)$, $p = .063$, einseitig) sowie viertem und fünften Messzeitpunkt war statistisch nicht signifikant, McNemar-Test $\chi^2(1, n = 17)$, $p = .063$, einseitig. Die Hypothesen H4a und H4b werden abgelehnt, obwohl dieser Trend als marginal signifikant interpretiert werden kann.

Jene Patienten in der Gesamtstichprobe, die zu Therapiebeginn eine zusätzliche U-Kodierung erhielten (41.2% entspricht einem n von sieben), verfügten über eine als überdurchschnittlich einzustufende Mentalisierungsfähigkeit (*Mdn* = 6.00, range: 4.00-7.00), die zum vierten Messzeitpunkt abnahm, sich aber nicht signifikant von der Mentalisierungsfähigkeit zu Therapiebeginn (*Mdn* = 5.00, range: 3.00-7.00, $Z = -0.962$, $p = .250$, einseitig, $r = 0.35$) unterschied. Zum fünften (*Mdn* = 6.00, range: 5.00-7.00) im Vergleich zum vierten Messzeitpunkt stieg sie wieder auf das Ausgangsniveau an. Dieser Unterschied wurde nicht signifikant ($Z = -1.452$, $p = .102$, einseitig, $r = 0.55$), sodass die Hypothesen H4c und H4d nicht bestätigt werden. Die durchschnittliche Ausprägung der Mentalisierungsfähigkeit wird in Abbildung 3 gezeigt.

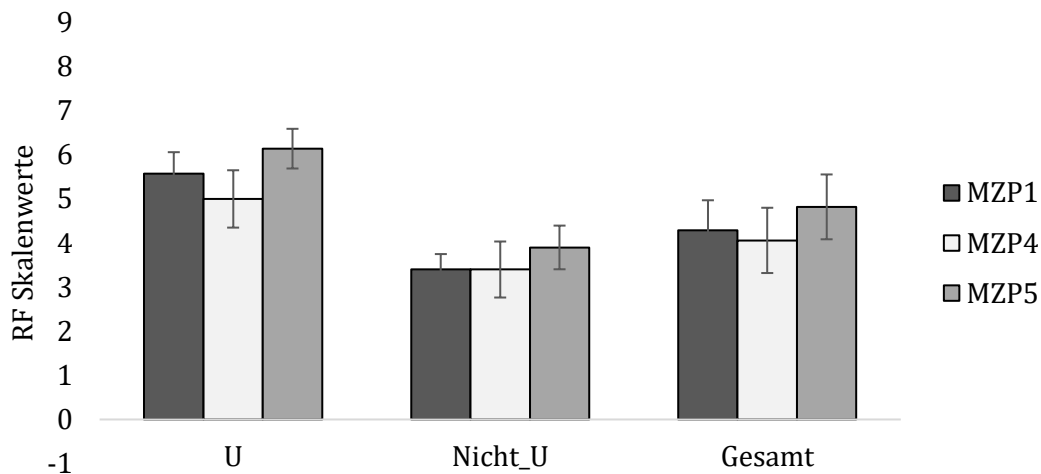


Abbildung 3. Mittlere Reflektionsfähigkeit und Standardabweichungen – nach U-Diagnosen und Messzeitpunkten.

Die therapeutische Allianz in der Gruppe von Patienten mit zusätzlicher U-Kodierung wurde zum vierten Messzeitpunkt ($Mdn = 4.83$, range: 3.00-6.00) höher als zu Therapiebeginn ($Mdn = 4.06$, range: 3.00-4.00) eingeschätzt ($Z = -1.577$, $p = .063$, einseitig, $r = 0.64$). Dennoch wird die Hypothese H4e abgelehnt, denn der Bewertungsunterschied für die therapeutische Allianz zwischen den Messzeitpunkten fällt nur marginal signifikant aus.

Der Beitrag von Patienten mit zusätzlicher U-Kodierung zur therapeutischen Zusammenarbeit gestaltete sich folgendermaßen: ihre Arbeitsfähigkeit unterlag geringfügigen Schwankungen (MZP1: $Mdn = 3.92$, range: 2.83-5.33; MZP2: $Mdn = 4.25$, range: 2.00-6.00; MZP3: $Mdn = 3.42$, range: 2.67-4.83; MZP4: $Mdn = 4.50$, range: 2.00-5.00). Im Vergleich eines Messzeitpunktes mit dem vorherigen Messzeitpunkt ergaben sich keine signifikanten Veränderungen (MZP1-MZP2: $Z = -.734$, $p = .281$, einseitig, $r = 0.30$; MZP2-MZP3: $Z = -1.511$, $p = .094$, einseitig, $r = 0.62$; MZP3-MZP4: $Z = -1.577$, $p = .063$, einseitig, $r = 0.64$). Da es auch im Verlauf von durchschnittlich 240 Behandlungsstunden (MZP1-MZP4) zu keiner signifikanten Veränderung in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kam ($Z = -.530$, $p = .359$, einseitig, $r = 0.22$), werden die Hypothesen H4f, H4g, H4h und H4i nicht beibehalten.

Der Beitrag zur therapeutischen Zusammenarbeit von Therapeuten, die Patienten mit einer U-Kodierung behandelten, schwankte im Verlauf der Therapie (MZP1: $Mdn = 4.00$, range: 2.83-5.33; MZP2: $Mdn = 5.17$, range: 2.17-6.33; MZP3: $Mdn = 4.25$, range: 1.83-6.17; MZP4: $Mdn = 5.42$, range: 2.00-6.50). Zwischen dem ersten und zweiten ($Z = -1.355$, $p = .250$, $r = 0.55$) sowie dem zweiten und dritten ($Z = -1.156$, $p = .313$, $r = 0.47$) Messzeitpunkt waren die Unterschiede nicht signifikant. Die therapeutischen Fähigkeiten wurden jedoch zwischen drittem und vierten Messzeitpunkt ($Z = -2.201$, $p = .031$, $r = 0.90$) signifikant höher bewertet. Der Prä-Post-Vergleich zeigte wiederum, dass sich die therapeutischen Fähigkeiten zwischen erstem und vierten Messzeitpunkt nicht signifikant voneinander unterschieden ($Z = -1.153$, $p = .313$, $r = 0.47$).

Während die Hypothesen H4j, H4k, und H4m beibehalten werden, wird die Hypothese H4l nicht bestätigt.

4.7 Vergleich der Experimental- und Kontrollgruppe zum letzten Messzeitpunkt

Beide Gruppen (Abbildung 4) unterschieden sich in der Anzahl an sicher gebundenen Patienten zum fünften Messzeitpunkt nicht signifikant voneinander ($p = .238$, einseitig).

Die Überprüfung, ob sich die Experimental- bzw. Kontrollgruppe zum letzten Messzeitpunkt hinsichtlich der U-Kodierung unterschieden, entfällt aufgrund des zu geringen Stichprobenumfangs.

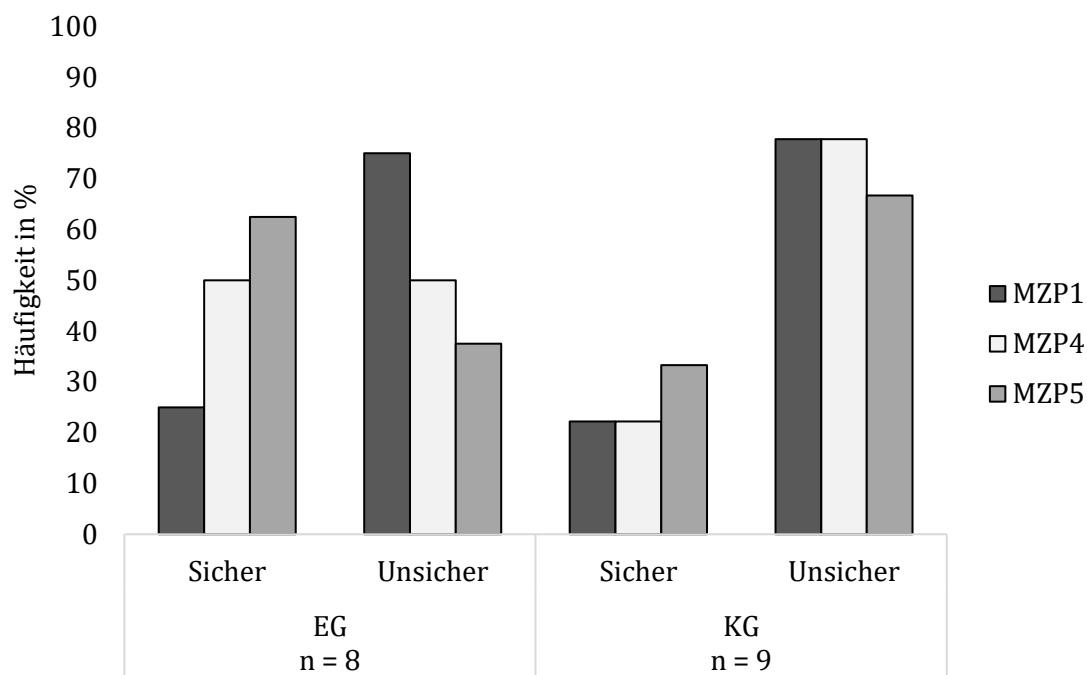


Abbildung 4. Prozentuale Häufigkeiten der sicher vs. unsicher Gebundenen – nach Gruppen und Messzeitpunkten.

Wie bereits zum ersten wurde auch zum fünften Messzeitpunkt die durchschnittliche Mentalisierungsfähigkeit für die Patienten in der Experimentalgruppe ($Mdn = 5.00$, range: 4.00-7.00) höher eingeschätzt als für die Patienten der Kontrollgruppe ($Mdn = 4.00$, range: 2.00-6.00; $U = 19.000$, $p = .052$, einseitig). Dieser Unterschied ist jedoch nur marginal signifikant, weshalb die Hypothese H3f abgelehnt wird. Die mittlere Mentalisierungsfähigkeit für die Experimental- und Kontrollgruppe wird in Abbildung 5 und zusätzlich für alle untersuchten Subgruppen in Abbildung 6 auf der nächsten Seite gezeigt.

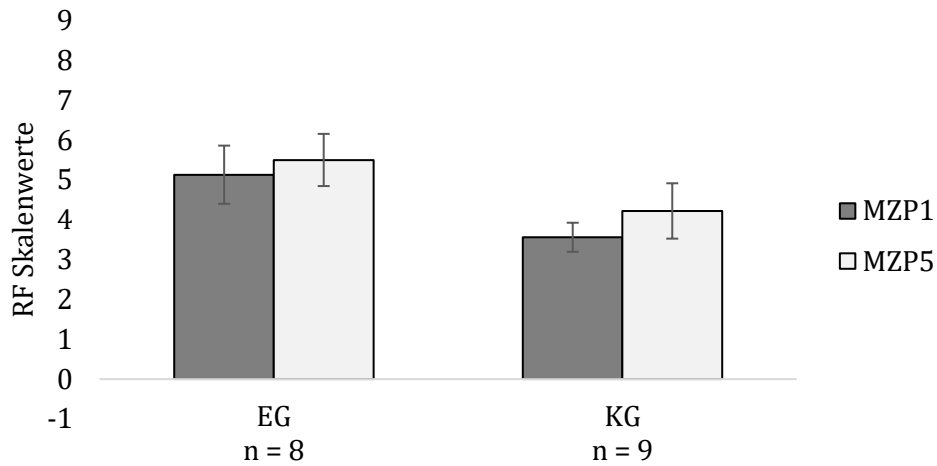


Abbildung 5. Mittlere Reflektionsfähigkeit und Standardabweichungen – nach Gruppen, vor und nach der Therapie.

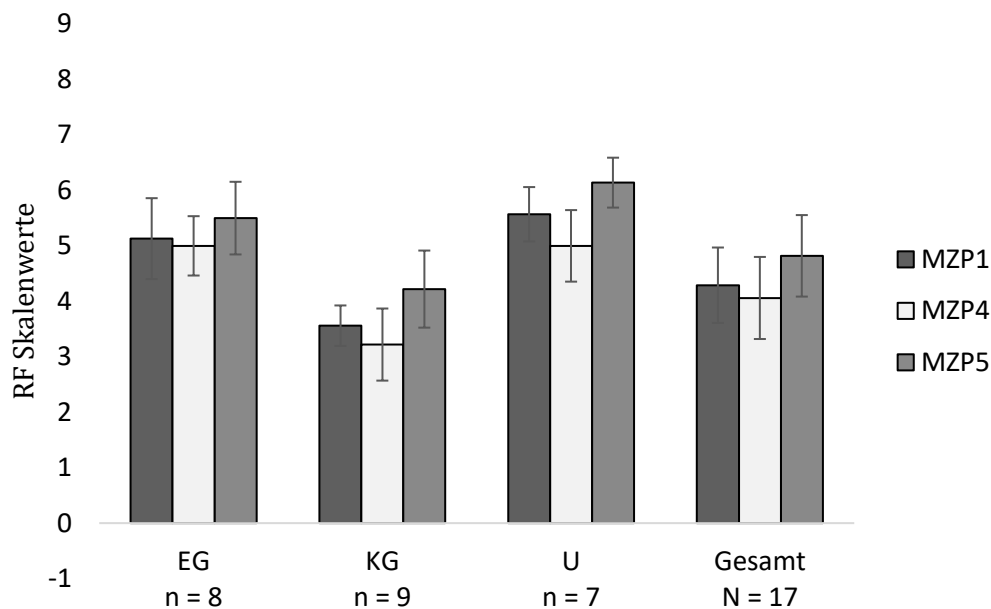


Abbildung 6. Mittlere Reflektionsfähigkeit und Standardabweichungen – nach Gruppen und Messzeitpunkten.

Die therapeutische Allianz wurde zum vierten Messzeitpunkt sowohl für die Experimental- ($Mdn = 4.75$, range: 3.00-5.00) als auch für die Kontrollgruppe ($Mdn = 4.81$, range: 4.00-6.00) auf vergleichbarem Niveau eingeschätzt, d.h. sie unterschied sich in den beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ($U = 23.000$, $p = .306$, einseitig, $r = 0.15$) und die Hypothese H3h wird deshalb abgelehnt.

Bisher wurden die statistischen Berechnungen für die Erfassung der Mentalisierungsfähigkeit auf Basis des Medians berichtet. Um die Vergleichbarkeit mit anderen wichtigen Studien zu erleichtern werden zusätzlich in Tabelle 7 die Mittelwerte und Standardabweichungen aller erhobenen Maße berichtet.

Tabelle 7

Mittelwerte und Standardabweichungen – nach Gruppen und Messzeitpunkten

Konstrukt	Gruppe	MZP1		MZP2		MZP3		MZP4		MZP5	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Mentalisierungsfähigkeit	Gesamt	4.29	1.36	-	-	-	-	4.06	1.48	4.82	1.47
	EG	5.13	1.46	-	-	-	-	5.00	1.07	5.50	1.31
	KG	3.56	0.73	-	-	-	-	3.22	1.30	4.22	1.39
	U	5.57	0.98	-	-	-	-	5.00	1.29	6.14	0.90
Arbeitsfähigkeit	Gesamt	4.17	0.98	4.52	1.24	3.77	1.02	4.49	0.99	-	-
	EG	3.64	0.94	4.36	1.41	3.50	0.88	4.21	1.00	-	-
	KG	4.63	0.81	4.67	1.15	4.00	1.12	4.73	0.98	-	-
	U	4.00	0.87	4.11	1.56	3.56	0.88	4.14	1.13	-	-
Therapeutenfähigkeiten	Gesamt	4.64	1.25	5.09	1.50	4.76	1.76	5.06	1.32	-	-
	EG	4.29	1.35	4.21	1.81	4.38	2.05	5.02	1.66	-	-
	KG	4.96	1.15	5.85	0.52	5.08	1.52	5.08	1.07	-	-
	U	3.94	0.99	4.69	1.49	3.92	1.55	4.86	1.80	-	-
Therapeutische Allianz	Gesamt	4.25	0.84	-	-	-	-	4.64	0.86	-	-
	EG	3.72	0.70	-	-	-	-	4.46	0.92	-	-
	KG	4.72	0.69	-	-	-	-	4.80	0.83	-	-
	U	3.90	0.48	-	-	-	-	4.42	1.10	-	-

Anmerkung. EG = Experimentalgruppe; KG = Kontrollgruppe; U = U-Kodierung; - = zu dem jeweiligen Messzeitpunkt keine Daten vorliegen.

4.8 Ergebnisse postulierter Zusammenhänge

Die Überprüfung der postulierten Zusammenhänge zur Identifizierung wichtiger Einflussfaktoren für den Therapieerfolg zeigte folgendes Ergebnis: Die Outcomevariable Strukturelle Verbesserung, hing weder mit der Bindungsklassifikation sicher vs. unsicher ($r = 0.05$, $p = .848$), noch mit dem Vorhandensein einer organisierten vs. einer desorganisierten Bindung ($r = .175$, $p = .501$), der Ausprägung der Arbeitsfähigkeit des Patienten ($r = .092$, $p = .745$) oder den therapeutischen Fähigkeiten ($r = .123$, $p = .662$) zu Therapiebeginn zusammen. Die nicht signifikanten Ergebnisse führen zur Ablehnung der Hypothesen H5a, H5b, H5c und H5d.

4.9 Qualitative Auswertung von zwei Langzeitverläufen

Für die qualitativen Auswertungen der zwei Langzeitverläufe wurden transkribierte Stundenprotokolle inklusive zahlreicher Zitate zu allen Messzeitpunkten herangezogen. Um im Rahmen des Datenschutzes die Anonymität und die Rechte der Studienteilnehmenden sicherzustellen, wurden die qualitativen Falldarstellungen in dieser Version der Dissertation entfernt.

5 Diskussion

In der vorliegenden Dissertation wurden zwei Hauptfragen bearbeitet: 1. Welches Ausmaß an strukturellen Veränderungen kann in einer psychoanalytischen Langzeittherapie erreicht werden? Dies wird durch die Betrachtung der Veränderungen in der Gesamtstichprobe und der Gruppe mit U-Kodierung (5.1) beantwortet. Und 2. Welche Rolle nimmt die Bindungs-sensibilisierung des Therapeuten für die strukturelle Veränderung der Patienten ein, was durch die Gegenüberstellung der Ergebnisse für die Experimental- und Kontrollgruppe (5.2, S. 86) reflektiert wird. Auf die Frage nach dem *Wie* der Veränderungsprozesse wird durch Rückgriff auf die Ergebnisse der qualitativen Auswertung sowie der Berücksichtigung einer Patienten- und Therapeutenvariable (5.3, S. 92) eingegangen. Im Anschluss erfolgt eine Evaluierung der eingesetzten Messinstrumente (5.4, S. 97). Die Implikationen (5.5, S. 99), die Resümierende Betrachtung (5.6, S. 104) und die Schlussfolgerungen (5.7, S. 105) runden das Kapitel ab.

Die wiederholte Darstellung der Tabelle 8 aus dem Methodenteil (Kapitel 3.4.6, S. 62) festigt den zusammenfassenden Überblick durch zusätzliche Markierung jener Hypothesen, die durch ein statistisch signifikantes Ergebnis abgesichert werden konnten.

Tabelle 8

Überblick der Hypothesen – nach Messinstrumenten und Stichproben

Instrument	Vorab-analyse	GSP	EG	KG	U-Kodierung	Therapie-erfolg
AAI	Ha, Hb	H1a, H1b	H2a, H2b	H3a, H3b, H3c	H4a*, H4b*	H5a, H5b
RF	Hc	H1c, H1d	H2c, H2d	H3d, H3e*, H3f*	H4c, H4d	
CALPAS						
- TA		H1e*	H2e	H3g, H3h	H4e*	
- PWC	Hd	H1f, g, h (T) H1i (P-P)	H2f, g, h (T) H2i (P-P)	H3i-H3k* (T) H3l (P-P) H3m	H4f-H4h* (T) H4i (P-P)	H5c
- TUI	He	H1j, k, l (T) H1m (P-P)	H2j, k, l (T) H2m (P-P)	H3n, o, p (T) H3q (P-P) H3r	H4j, k, l (T) H4m (P-P)	H5d

Anmerkung. GSP = Gesamtstichprobe; EG = Experimentalgruppe; KG = Kontrollgruppe; T = Timeline - Analyse; P-P = Prä-Post-Vergleich; Fettdruck = Bestätigung der Hypothese durch ein signifikantes Ergebnis; * = marginal signifikantes Ergebnis.

5.1 Ausmaß an strukturellen Veränderungen im MBWP

Neben der Bindung (5.1.1) und der Mentalisierung (5.1.2) wurde als dritte Variable die therapeutische Allianz (5.1.3) als Veränderungsmaß herangezogen. Die Ergebnisse werden getrennt nach Therapie- und Katamnesezeitraum betrachtet.

5.1.1 Bindung

Für die Einordnung der MBWP Ergebnisse werden in Bezug auf die Bindung vorrangig Studien berücksichtigt, die auf einem Interviewverfahren anstatt einer Selbstauskunft basieren, denn die Instrumente zur Erfassung des Bindungsstatus im Erwachsenenalter (Fragebögen vs. Interviewverfahren) beruhen auf unterschiedlichen theoretischen Vorüberlegungen und führen zu empirisch verschiedenen Ergebnissen (Fischer-Kern, Nolte, Kadi, & Naderer, 2014; Reiner, Fremmer-Bombik, Beutel, Steele, & Steele, 2013; Roisman et al., 2007; Strauß et al., 2006). Während mittels Fragebögen das bewusstseinsnahe Verhalten und Erleben in Beziehungen erfragt wird, werden die durch das AAI eruierten Narrative wie ein Fenster zum inneren Arbeitsmodell des Patienten eingestuft.

Um das Veränderungspotential einer psychoanalytischen Psychotherapie zu evaluieren, wurde die Zunahme an Bindungssicherheit in der Gesamtstichprobe des MBWP herausgearbeitet. Um zu überprüfen, ob desorganisiert Gebundene in ähnlichem Umfang wie unsicher Gebundene von einer psychoanalytischen Psychotherapie profitieren, wurde die Gesamtstichprobe zusätzlich im Hinblick auf die Abnahme von Patienten mit initialer U-Kodierung ausgewertet. Zunächst werden die Veränderungen im Rahmen der Bindungssicherheit und im Anschluss daran die Veränderungen der Desorganisation dargelegt.

Bindungssicherheit. Es zeigte sich, dass die Bindungssicherheit im Verlauf der Therapie entgegen der hypothetischen Annahme nicht signifikant zunahm, obwohl klinisch relevante Veränderungen beobachtet wurden. Dieses Resultat stimmt mit den Studienergebnissen von Korfmacher, Adam, Ogawa und Egeland (1997) sowie Strauß, Mestel und Kirchmann (2011) überein, wobei die Erhebung des Bindungsstatus in der letztgenannten Studie auf dem Interpersonal Relations Assessment beruht, das dem AAI ähnelt, zusätzlich aber Fragen zu gegenwärtigen Beziehungserfahrungen berücksichtigt. Obwohl die Ergebnisse der genannten Studien mit den Ergebnissen der MBWP Studie übereinstimmen, unterscheiden sie sich bezüglich der Behandlungsmethode sowie in der initialen Beeinträchtigung der Patienten. Während die Patienten mit gemischtem Störungsbild im MBWP eine psychoanalytische Psychotherapie bis zum vierten Messzeitpunkt im Umfang von durchschnittlich 240 Stunden absolvierten, erhielten die Mütter in der Studie von Korfmacher, Adam, Ogawa und Egeland (1997) ein einjähriges Elterntaining im Gruppensetting. In dieser Studie wurde der Bindungsstatus zu Therapiebeginn nicht erhoben, wodurch ein direkter Vergleich erschwert ist. In der Studie von Strauß, Mestel und Kirchmann (2011) wurde mit der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zum MBWP ebenfalls eine Patientengruppe mit höher einzustufender initialer Belastung therapiert, doch durch den erheblichen Unterschied in der Behandlungsdauer wird ein möglicher Vergleich der Ergebnisse eingeschränkt.

Im Gegensatz zu diesen Befunden konnten Levy et al. (2006) in ihrer Studie eine signifikante Zunahme an Bindungssicherheit durch eine einjährige Transference Focused Psychotherapy-(TFP)-Behandlung belegen. Die divergierenden Ergebnisse dieser Studie im Vergleich zu den Resultaten in der Gesamtstichprobe des MBWP lassen sich auf die unterschiedlichen Behandlungstechniken sowie die abweichenden Patientengruppen und auf den Unterschied der Stichprobengröße zurückführen. Bei der TFP handelt es sich um eine modifizierte psychodynamische Psychotherapie, die in manualisierter Form speziell zur Behandlung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt wurde. Der Fokus liegt auf der konsequenten Bearbeitung und Auflösung internalisierter, dysfunktionaler Beziehungserfahrungen durch die Berücksichtigung negativer Übertragungen im Hier und Jetzt, um so eine Modifikation und Integration von Selbst- und Objektrepräsentanzen zu unterstützen. Dabei nimmt der Therapeut explizit eine aktive Haltung ein. Es ist wahrscheinlich, dass dieser Veränderungsprozess eher auf der kognitiven (expliziten) Ebene bewältigt wird. Im Vergleich zur TFP-Behandlung nimmt die Beteiligung des Analytikers in der psychoanalytischen Psychotherapie einen anderen Stellenwert ein. In diesem Therapiesetting kommt es zur Vermittlung „[...] einer neuen Beziehungserfahrung, die vom Patienten mit allen Sinnen aufgenommen wird [und in der Folge zu einer] gefühlsmäßig korrigierenden, neuen Erfahrung im Patienten [führt]“ (Mertens, 1994, S. 31). Die psychoanalytische Psychotherapie bewirkt durch die Berücksichtigung und Bearbeitung unbewusster Konflikte, deren individuelle Entwicklung in der

Behandlung rekonstruiert wird, eher Veränderungen auf der impliziten Beziehungsebene. Durch den Unterschied der zugrundeliegenden Veränderungsprozesse (explizit/implizit) erscheinen die abweichenden Ergebnisse plausibel, denn die im Rahmen einer TFP-Behandlung erzielten Veränderungen lassen sich bereits nach einem Jahr nachweisen, während Veränderungsprozesse im Rahmen der psychoanalytischen Psychotherapie mehr Zeit in Anspruch nehmen, sich aber auf der impliziten Ebene verfestigen. Aufgrund dieser Annahmen ist davon auszugehen, dass die Veränderungen, die durch eine psychoanalytische Psychotherapie erzielt wurden, von nachhaltiger Natur sind. Daher wurde im MBWP erstmalig im Kontext der Zunahme an Bindungssicherheit explorativ untersucht, wie sich die Patienten nach Therapieabschluss weiterentwickelten.

Die mögliche weitere Zunahme an Bindungssicherheit nach Abschluss der Therapie wurde deshalb zusätzlich auch für den Katamnesezeitraum überprüft. Die Auswertung ergab, dass die Anzahl an sicher gebundenen Patienten in der Gesamtstichprobe weiter zunahm, obwohl der Unterschied zum vorherigen Messzeitpunkt nicht signifikant wurde.

Mit einer Post-hoc-Analyse wurde die Vermutung einer signifikanten Zunahme von Bindungssicherheit für den gesamten Beobachtungszeitraum bis zur Katamnese überprüft, die sich jedoch nicht bestätigte. Da sich aber sowohl für den Therapiezeitraum als auch für den Katamnesezeitraum eine Zunahme an Bindungssicherheit beobachten ließ, soll die Einordnung erzielter Veränderungen im MBWP mit wichtigen Forschungsstudien erfolgen. Die Anzahl an bindungssicheren Patienten hat sich im Verlauf der einjährigen TFP-Behandlung in der Studie von Levy et al. (2006) verdreifacht. In der Studie von Buchheim et al. (2017), durch welche die Ergebnisse von Levy et al. (2006) repliziert wurden, betrug die Anzahl an sicher gebundenen Patienten nach Abschluss der einjährigen TFP das Siebenfache im Vergleich zu Therapiebeginn. Ob das unterschiedliche Ergebnis dieser beiden Studien auf den initialen Schweregrad der Patienten mit Borderline-Störung zurückgeführt werden kann, bedarf weiterer Untersuchungen. Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Levy et al. (2006) sowie Buchheim et al. (2017) konnte die Anzahl an sicher gebundenen Patienten in der Gesamtstichprobe im MBWP verdoppelt werden. Wie bereits zuvor für die Überprüfung des Therapiezeitraums lassen sich die divergierenden Ergebnisse durch die unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkte in der TFP (explizit) im Vergleich zur psychoanalytischen Psychotherapie (implizit) erklären.

Bindung im Kontext von Desorganisation. Analog zu den bereits berichteten Ergebnissen in der Bindungssicherheit zeigte sich lediglich eine marginal signifikante Reduzierung an Desorganisation im Therapieverlauf. Dieses Resultat steht im Einklang mit jenen in der zuvor erwähnten Studie von Levy et al. (2006), die ebenfalls für die einjährige TFP-Behandlung keine signifikante Abnahme an Desorganisation beobachteten. Im Gegensatz zu Levy et al. (2006) berichten Buchheim et al. (2017) erstmals über eine signifikante Abnahme an desorganisiert eingestuften Patienten nach einjähriger TFP-Behandlung. Warum die Ergebnisse der beiden

Studien unterschiedlich ausfallen, bedarf weiterer Evaluierung, denn die Behandlungsmethode, -dauer und behandelte Patientengruppe sind vergleichbar. Juen, Arnold, Meissner, Nolte und Buchheim (2013) kommen in ihrer Untersuchung zu dem Schluss, dass die Auswirkungen einer Desorganisation in Abhängigkeit der Diagnose (u. a. PTSD, BPD, Depression) variieren. Besonders bedrohliche Erinnerungen und damit verbundene Gefühle, wie zum Beispiel das Gefühl des Alleinseins nach zuvor erlebtem Verlust einer wichtigen Bindungsperson, werden abgeblockt und in sogenannten segregated systems gespeichert, um sie vom Bewusstsein fernzuhalten und die Regulationsfähigkeiten des Patienten nicht zu überfordern. Dieser Zusammenhang könnte zum Verständnis beitragen, weshalb sich Patienten in der benötigten Zeit zur Überwindung einer Desorganisation unterscheiden.

Für den Katamnesezeitraum wurde die Stabilität zuvor erreichter Veränderungen postuliert, denn es wurde angenommen, dass die Gruppe mit U-Kodierung für eine weitere Verbesserung aufgrund der zugrundeliegenden Traumatisierung auf die unterstützende Beruhigung durch die Realpräsenz des Therapeuten angewiesen ist, die nach Beendigung der Behandlung nicht mehr gegeben ist. Doch stattdessen wurde abermals unerwartet eine marginal signifikante Abnahme an Desorganisation beobachtet. Dieser Befund lässt sich auf die Nachwirkung der Internalisierung einer langfristigen und zuverlässigen Bindungsbeziehung zum Therapeuten zurückführen. Im Rahmen einer vertrauensvollen therapeutischen Zusammenarbeit wurde nach und nach die Integration zuvor abgeblockter Emotionen unterstützt. Infolgedessen konnte auch für desorganisierte Patienten das IAM sukzessive modifiziert und schlussendlich revidiert werden.

Aufgrund der marginal signifikanten Ergebnisse sowohl für den Therapiezeitraum als auch für den Katamnesezeitraum wurde mittels Post-hoc Analyse zusätzlich der gesamte Betrachtungszeitraum empirisch überprüft. Mit dem Resultat wurde bestätigt, dass die Anzahl an desorganisiert gebundenen Patienten zwischen erstem und fünftem Messzeitpunkt signifikant abnahm. Das Ergebnis steht im Einklang mit den Studien von Stovall-McClough und Cloitre (2003) sowie Buchheim et al. (2017). In der Studie von Stovall-McClough und Cloitre (2003) wird zwar über einen hohen Prozentsatz an Patienten berichtet, die nach 16 Behandlungsstunden als organisiert eingestuft werden konnten, doch wird das Ergebnis aufgrund von Studienmängeln kritisiert und sollte mit Vorsicht interpretiert werden (vgl. Taylor, Rietzschel, Danquah, & Berry, 2015). Durch die erzielten signifikanten Veränderungen im MBWP werden die Ergebnisse von Buchheim et al. (2017) repliziert.

Zusammenfassende Überlegungen. In Bezug auf die Veränderungen der Bindungssicherheit und der Desorganisation zeigt sich, dass die aktuelle Studienlage nach wie vor heterogen ist. Für die TFP wurde das Veränderungspotential sowohl für die Zunahme an Bindungssicherheit als auch für die Abnahme der Desorganisation durch eine einjährige Behandlungsdauer von

Patienten mit Borderline-Störung empirisch belegt. Der Nachweis der Stabilität nach Beendigung einer TFP-Behandlung durch eine Katamneseerhebung steht derzeit aber noch aus.

Durch die im Therapie- sowie Katamnesezeitraum erzielten Resultate der MBWP Gesamtstichprobe wurde eine nicht signifikante Zunahme an Bindungssicherheit nachgewiesen. Durch den beachtenswerten Befund der signifikanten Abnahme an Desorganisation konnten die erwähnten Studienergebnisse von Buchheim et al. (2017) durch die psychoanalytische Langzeittherapie im MBWP repliziert werden. Allerdings haben die erzielten Veränderungen im MBWP mehr Zeit in Anspruch genommen, was u. a. durch die verschiedenen Behandlungsformen (TFP vs. Psychoanalytische Psychotherapie) und die unterschiedlichen Patientengruppen (BPD vs. gemischtes Störungsbild im MBWP) erklärt wird. Zudem sollte reflektiert werden, dass die Vergabe einer U-Kodierung immer zusätzlich zum primären Bindungsstatus vergeben wird. In der MBWP Stichprobe wurde der primäre Bindungsstatus dieser Patienten allerdings in der Auswertung nicht berücksichtigt. In zukünftigen Untersuchungen sollte deshalb der primäre Bindungsstil zusätzlich einbezogen werden, denn es ist theoretisch denkbar, dass sich durch die differenzierte Betrachtung einer primär unsicher-distanzierten vs. einer unsicher-verstrickten Bindung mit zusätzlicher U-Kodierung unterschiedliche therapeutische Entwicklungspfade identifizieren lassen und damit noch offene Forschungsfragen zu klären wären.

5.1.2 *Mentalisierung*

Die Relevanz des Mentalisierungskonzepts für die Erforschung psychotherapeutischer Veränderungsprozesse ist mittlerweile unbestritten. Um auch das Veränderungspotential einer psychoanalytischen Langzeittherapie zu evaluieren, wurde zunächst die Gesamtstichprobe des MBWP ausgewertet. Um zudem die Veränderungsprozesse für desorganisiert Gebundene zu identifizieren, wurde die Gruppe mit U-Kodierung observiert. In Anlehnung an die Überlegungen zur Einordnung der Ergebnisse in Bezug auf Bindungsveränderungen, wird auch für die Bedeutsamkeit der Ergebnisse bezüglich der Reflexiven Funktion vorrangig auf Studien zurückgegriffen, deren RF-Werte anhand der RF Skala auf Basis des AAI ermittelt wurden.

Fast ausnahmslos wurden die Mentalisierungshypothesen aufgrund der quantitativen Auswertungen abgelehnt, indes sich beachtenswerte und klinisch relevante Veränderungen abbilden lassen. Mittlerweile wurde wiederholt empirisch belegt, dass die initiale Mentalisierungsfähigkeit des Patienten als wichtige Voraussetzung therapeutischer Interventionen einzustufen ist (Hörz-Sagstetter, Mertens, Isphording, Buchheim, & Taubner, 2015; Taubner, Schulze, Kessler, Buchheim, Kächele, & Staun, 2015). Das ist deshalb von zentraler Bedeutung, da der Zusammenhang zwischen einer fraglichen Mentalisierungsfähigkeit (RF ~ 3) und einer ausgeprägten psychischen Belastung durch zahlreiche Studien bestätigt wurde (Ekeblad, Falkenström, & Holmqvist, 2016; Fischer-Kern et al., 2010; Fischer-Kern et al., 2015; Fischer-

Kern et al., 2013; Fischer-Kern et al., 2008; Fonagy et al., 1996; Gullestad, Johansen, Høglend, Karterud, & Wilberg, 2013; Hörz-Sagstetter, Mertens, Isphording, Buchheim, & Taubner, 2015; Kuipers, van Loenhout, van der Ark, & Bekker, 2018; Levy et al., 2006; Taubner et al., 2013; Taubner, Kessler, Buchheim, Kächele, & Staun, 2011; Taubner, Schulze, Kessler, Buchheim, Kächele, & Staun, 2015; Taubner, White, Zimmermann, Fonagy, & Nolte, 2013). In der MBWP Studie fällt auf, dass die Mentalisierungswerte in den verschiedenen Gruppen bereits zu Therapiebeginn voneinander abweichen. Auf diese Beobachtung wird im Rahmen der Betrachtung der jeweiligen Gruppe eingegangen.

Mentalisierung in der Gesamtstichprobe. Zu Therapiebeginn lag die Mentalisierungsfähigkeit in der Gesamtstichprobe geringfügig unterhalb einer durchschnittlichen Kapazität (RF ~ 5), was erstaunlich ist, weil es sich um eine Patientengruppe mit gemischtem Störungsbild handelt, weshalb eine stärkere Beeinträchtigung dieser Fähigkeiten erwartet wurde.

Im Verlauf der Therapie zeigte sich entgegen der hypothetischen Annahme keine signifikante Zunahme der Reflexiven Fähigkeiten, stattdessen nahm die Mentalisierungsfähigkeit geringfügig ab. Ebenfalls konnte in der Studie von Kuipers, van Loenhout, van der Ark und Bekker (2018) für die Behandlung essgestörter Patienten keine Veränderung der Mentalisierungsfähigkeit nach sechsmonatigem klinischen Gruppensetting mit anschließender individueller Fortführung einer ambulanten Therapie nachgewiesen werden (RF Skala auf Basis des AAI zu Beginn und nach einem Jahr). Im Gegensatz dazu wurde die Zunahme der Reflexiven Fähigkeiten für die einjährige TFP-Behandlung von Borderline-Störungen bestätigt (Doering et al., 2010; Fischer-Kern et al., 2015; Levy et al., 2006).

Bei der Überprüfung des Katamnesezeitraums konnte hypothesenkonform eine signifikante Zunahme der Mentalisierungsfähigkeit erst nach Therapieende für die Patienten in der Gesamtstichprobe beobachtet werden. Dies steht im Einklang mit den erstmals für eine psychoanalytische Psychotherapie bestätigte, signifikante Zunahme der Mentalisierungsfähigkeit (Taubner, Schulze, Kessler, Buchheim, Kächele, & Staun, 2015). Im Gegensatz zur genannten Studie wurden die Resultate im MBWP durch die Behandlung einer gemischten Patientenpopulation erzielt.

Mittlerweile wurde belegt, dass die Mentalisierungsfähigkeit im Gegensatz zu einer globalen Einschränkung auch störungsspezifisch eingeschränkt sein kann. So zeigten sich in der Untersuchung von Fischer-Kern et al. (2008) und Fischer-Kern et al. (2013) globale Mentalisierungsdefizite bei stationär behandelten chronisch depressiven Patientinnen. In der Studie von Staun, Kessler, Buchheim, Kächele und Taubner (2010) wurde an ambulant versorgten chronisch depressiven Patienten auf depressionsspezifische Themen begrenzte Einschränkungen der Mentalisierungsfähigkeit aufmerksam gemacht. Der Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Mentalisierungsfähigkeit und einer Persönlichkeitsstörung wurde ebenfalls nachgewiesen. Dependente und damit mehr objektsuchende Persönlichkeitsmerkmale

gehen mit einer besseren Mentalisierungsfähigkeit einher, während schizoide und damit mehr objektvermeidende Persönlichkeitsmerkmale innerhalb des Spektrums depressiver Störungen signifikant mit schlechterer Mentalisierungsfähigkeit korrelieren. In Anlehnung an die Beobachtungen in diesen Studien ist es sehr wahrscheinlich, dass es sich bei Taubner, Schulze, Kessler, Buchheim, Kächele und Staun (2015) um eine Patientengruppe (chronisch Depressive) mit störungsspezifisch eingeschränkter und in der MBWP Studie um eine Patientengruppe mit global eingeschränkter Mentalisierungsfähigkeit handelt, weshalb es naheliegt, dass die Patienten in der MBWP Studie für eine Mentalisierungssteigerung ausreichend Zeit benötigten.

Mentalisierung im Kontext von Desorganisation. Die initiale Mentalisierungsfähigkeit wurde in der Gruppe mit U-Kodierung zu Therapiebeginn auffallend hoch bewertet und lag im überdurchschnittlichen Bereich. Taubner (2015) schreibt: „Ein Sonderfall niedriger Mentalisierung ist die Hypermentalisierung, bei der Interviewte ungewöhnlich ausführlich, aber wenig überzeugend psychologisieren“ (S. 34). Zudem wird von der Autorin erwähnt, dass es bei desorganisierten Gebundenen durch die ständige Beschäftigung und Besorgtheit bezüglich der psychischen Befindlichkeit anderer zur Hypermentalisierung kommt, die Mentalisierung jedoch nicht das Selbst organisiert. Auf die Überlegungen, ob sich die unerwartet hohen RF-Werte auf mögliche Schwächen des Erhebungsinstruments zurückführen lassen, wird in der Evaluation über die in dieser Arbeit eingesetzten RF Skala (5.4, S. 155) nochmals ausführlich eingegangen. Vorstellbar ist, dass mit der RF Skala die Mentalisierungsfähigkeit in Bezug auf den Anderen erfasst wird und deshalb das Konzept der Hypermentalisierung auch mit einer zwar einseitigen, aber ausgeprägten Mentalisierungsfähigkeit im Zusammenhang stehen könnte.

Anstelle der erwarteten signifikanten Mentalisierungssteigerung wurde eine Abnahme dieser Fähigkeiten im Therapieverlauf beobachtet. In der vorliegenden Auswertung wird der Rückgang der Mentalisierungsfähigkeit für desorganisierte Patienten als Bestätigung des stressabhängigen Schaltmodells von Fonagy und Luyten (2009) interpretiert (2.3.6, S. 26). Denn während Personen mit organisiertem Bindungsstil in schwierigen Phasen auf eine verlässliche Strategie zur Bewältigung von Stress zurückgreifen können, brechen die Bewältigungsressourcen für Personen mit desorganisiertem Bindungsstil zusammen. Die im Bindungskontext durch die Nähe zum Therapeuten ausgelösten physiologischen Stressreaktionen überfordern die Regulierungsfähigkeiten des desorganisierten Patienten. Resultierend wird von einer zuvor kontrollierten (explizit) auf eine automatische (implizit) Verarbeitung umgeschaltet mit dem Rückgriff auf prämentalierende Modi. Dieser Prozess bedingt den Rückgang der zu Therapiebeginn vergleichsweise hohen Mentalisierungsfähigkeit im Verlauf der Behandlung.

Um diese Annahme zu validieren, wurde mittels Post-hoc-Analyse überprüft, ob sich der Veränderungsprozess der Mentalisierungsfähigkeit von Patienten mit organisiertem Bindungsstil von jenen mit desorganisiertem Bindungsstil unterscheidet. Durch die Ergebnisse wurde der vermutet zugrundeliegende, stressabhängige Veränderungsprozess in der Patientengruppe mit

initial desorganisiertem Bindungsstil bestätigt. Denn erwartungskonform zeigte sich für die Gruppe mit initial organisiertem Bindungsstil kein Rückgang der Mentalisierungsfähigkeit im Verlauf der Therapie. Stattdessen blieben die Werte über den betrachteten Zeitraum stabil.

Die Überprüfung des Katamnesezeitraums ergab, dass die Mentalisierungsfähigkeit der desorganisierten Patienten nach vorangegangener Abnahme wieder auf das Ausgangsniveau anstieg. Die Ergebnisse stimmen mit jenen von Vermote et al. (2010) überein, für die sich ebenfalls keine Veränderung der Mentalisierungsfähigkeit durch die Follow-up-Untersuchungen drei und zwölf Monate nach Beendigung der einjährigen psychodynamisch orientierten Intervention im klinischen Setting belegen ließ. Allerdings erfolgte die Auswertung der RF-Werte auf Basis des Object Relations Inventory, anstatt des AAI, weshalb die Replizierung der Ergebnisse von Vermote et al. (2010) fraglich bleibt.

Der erst zu einem späteren Zeitpunkt vermutete Zusammenhang zwischen einem primären desorganisierten Bindungsmuster und der Veränderung von Mentalisierungsfähigkeit kann durch diese Beobachtung bestätigt werden.

Zusammenfassende Überlegungen. Durch die unter zwei verschiedenen Gesichtspunkten durchgeführte Auswertung der Gesamtstichprobe lassen sich klinisch relevante Gemeinsamkeiten und Unterschiede für jene Patienten mit organisierter (unsicher vs. sicher) im Vergleich zu jenen Patienten mit desorganisierter Bindung (Nicht-U vs. U) identifizieren.

Zunächst fallen die stark voneinander abweichenden initialen Mentalisierungswerte in den Gruppen auf. Vor allem Patienten mit einer U-Kodierung haben früh gelernt, sich gut in das Gegenüber einzufühlen. Taubner (2015) schreibt: „Das desorganisierte Kind ist im Sinne einer hypervigilanten Vermeidung von missbräuchlichen Situationen überaus wachsam für intentionale Zustände der Betreuungsperson, die Mentalisierung organisiert jedoch nicht das Selbst, d. h., es hat kaum Klarheit über seine eigenen innerpsychischen Befindlichkeiten“ (S. 31). Durch die Art der Demand-Fragen der RF Skala, die zwingend zur Bewertung der Mentalisierungsfähigkeit berücksichtigt werden müssen, werden Informationen über den Anderen explizit abgefragt.

Die Mentalisierungsfähigkeit der desorganisiert eingestuften Patienten wird zu Therapiebeginn hoch bewertet und nimmt im Verlauf der Therapie ab. Im Gegensatz dazu wird die initiale Mentalisierungsfähigkeit für Patienten mit organisiertem Bindungsmuster deutlich niedriger bewertet, bleibt im Verlauf aber auf unverändertem Niveau. Deshalb sollte in zukünftigen Untersuchungen überprüft werden, ob die initiale Mentalisierungsfähigkeit als Moderatorvariable für den Therapieerfolg fungiert.

Mit der Katamneseerhebung wurde beiden Patientengruppen ein Zugewinn an Mentalisierungsfähigkeit bescheinigt, allerdings fiel dieser in der Gruppe mit U-Kodierung im Vergleich zur Gesamtstichprobe doppelt so hoch aus. Über die betrachtete Gesamtzeit ist das Ausmaß an Zugewinn aber in beiden Gruppen vergleichbar. Damit verdeutlicht die Auswertung,

dass die Mentalisierungsfähigkeit von desorganisiert gebundenen Patienten deutlichen Schwankungen unterliegt, während die organisierten Patienten diese Schwankungen nicht durchlaufen und die Verbesserung der Reflexiven Funktion überhaupt erst im Katamnesezeitraum erreichen. Möglicherweise lassen sich diese unterschiedlichen Prozesse mit dem von Fonagy und Mitarbeitern eingeführten Konzept des epistemischen Vertrauens, welches den Therapieprozess beeinflusst, erklären (Kapitel 2.2, S. 9). Denn Patienten mit organisiertem Bindungsstil können darauf vertrauen, dass sie ihre, wenn auch suboptimalen, Bindungsstrategien für eigene Beziehungswünsche zielführend einsetzen können. Eine solche Strategie steht desorganisiert Gebundenen nicht zur Verfügung, denn sie vermögen nicht darauf vertrauen, dass ihre eigenen Bindungswünsche durch eine verlässliche Reaktion beantwortet werden.

5.1.3 *Therapeutische Allianz*

Die therapeutische Allianz in der Gesamtstichprobe. Die anfängliche Einschätzung der therapeutischen Allianz lag im mittleren Bereich. Diese Einstufung lässt sich mit der etwas höheren, aus Patientensicht beurteilten, globalen Bewertung in der Studie von Strauss et al. (2006) die ebenfalls auf Basis des Gesamtscores des Instruments Calpas vorgenommen wurde, vergleichen.

Im Verlauf der Therapie wurde die therapeutische Zusammenarbeit in der Gesamtstichprobe marginal signifikant höher bewertet. Dieses Ergebnis verweist darauf, dass es zum einen den Therapeuten gelungen ist, unabhängig von der Belastung auf Patientenseite eine tragfähige therapeutische Beziehung herzustellen und dass sich zum anderen die Patienten, unabhängig von der Schulung des Therapeuten, auf die Beziehung eingelassen haben.

Die therapeutische Allianz im Kontext einer Desorganisation. Im Vergleich zum Therapiebeginn wurde die therapeutische Allianz nach 240 Behandlungsstunden marginal signifikant höher bewertet. Da die Patienten mit zusätzlicher U-Kodierung normalerweise eher nicht darauf vertrauen, dass ihnen jemand hilfreich zur Seite stehen wird, ist dieses Ergebnis bedeutsam. Es zeigt auch, dass diese Patienten für eine positive therapeutische Zusammenarbeit mehr Zeit benötigen und ein solcher Befund nur im Rahmen einer Langzeittherapie erhoben werden kann, denn bei einer kürzeren Therapiedauer bildet sich dieser Effekt nicht ab. Durch die Überrepräsentation an Patienten mit U-Kodierung in der Experimentalgruppe könnte dieses Ergebnis deshalb teilweise auf die Bindungsschulung des Therapeuten zurückgeführt und abermals dahingehend interpretiert werden, dass eine hilfreiche therapeutische Allianz durch die Nichtbeantwortung maladaptiver Beziehungserwartungen mit der desorganisierten Patientengruppe aufgebaut werden konnte.

Zusammenfassende Überlegungen. Durch die Aufnahme einer Therapie werden die Bindungserwartungen des Patienten, die sich wie eine Schablone auf die therapeutische

Beziehung legen, aktiviert. Deshalb wurde postuliert, dass sich die therapeutische Zusammenarbeit in Abhängigkeit des primären Bindungsmusters des Patienten unterscheidet. Durch die separate Betrachtung der Entwicklung der therapeutischen Zusammenarbeit im Rahmen einer unsicheren im Vergleich zu einer desorganisierten Bindung wurde diese Annahme in der vorliegenden Arbeit widerlegt. Die initiale Bewertung der therapeutischen Allianz wurde in der Gruppe mit U-Kodierung zu Beginn geringfügig niedriger eingeschätzt. Dieser Befund steht im Einklang mit dem empirischen Nachweis von Eames und Roth (2000), dass im Falle einer ängstlichen Bindung die negative Erwartungshaltung des Patienten meist Einfluss auf die Qualität der therapeutischen Allianz nimmt, noch bevor es zu einer Etablierung der therapeutischen Zusammenarbeit kommt. Diener und Monroe (2011) haben den Zusammenhang zwischen dem primären Bindungsmuster und der davon abhängigen Wahrnehmung der therapeutischen Allianz für sicher gebundene Patienten metaanalytisch bestätigt. Zudem wurde dieser Zusammenhang im Rahmen einer Langzeittherapie für Patienten, die als cold/detached (diese Einstufung könnte Parallelen zum distanzierten Bindungsstil aufweisen) eingestuft wurden, empirisch belegt (Hersoug, Høglend, Havik, von der Lippe, & Monsen, 2009a). Nach 240 Behandlungsstunden konnte in den in dieser Arbeit betrachteten Gruppen ein vergleichbarer Anstieg der therapeutischen Allianz beobachtet werden. Ob sich die unerwartet vergleichbare Entwicklung anstatt durch die Patientenvariable (primäres Bindungsmuster) durch die Therapeutenvariable (Bindungssensibilisierung) erklären lässt, ist einerseits wahrscheinlich, bedarf andererseits zur Absicherung aber weiterer Untersuchungen.

5.2 Die Rolle der Bindungssensibilisierung

Für die Überprüfung, ob sich die Bindungssensibilisierung des Therapeuten vorteilhaft auf die Veränderung des Bindungsstatus auswirkt, wurden die Experimental- sowie die Kontrollgruppe allein hinsichtlich der Veränderungen von Bindungssicherheit überprüft. Auf die zusätzliche Unterscheidung der Gruppen in Bezug auf die Veränderungen eines desorganisierten Bindungsstils wurde aufgrund eines dann zu geringen Stichprobenumfangs verzichtet. Die Ergebnisse sind mit Vorsicht zu interpretieren, denn bereits zu Therapiebeginn waren die Patienten mit U-Kodierung in der Experimentalgruppe und die Patienten mit distanzierendem Bindungsstil in der Kontrollgruppe überrepräsentiert. Zunächst wird auf die Veränderungen in der Experimentalgruppe und anschließend auf die Kontrollgruppe eingegangen.

5.2.1 Bindung

Die Experimentalgruppe. Im Verlauf der Therapie nahm die Bindungssicherheit in der Experimentalgruppe nicht signifikant zu, obwohl sich die Anzahl an sicher gebundenen Patienten verdoppelte. Die klinisch relevanten Veränderungen werden durch die Bindungs-

sensibilisierung des Therapeuten erklärt. Im Vergleich zum traumsensibilisierten Therapeuten wird der bindungsgeschulte Therapeut explizit darauf achten, die unbewussten Beziehungserwartungen des Patienten nicht vorschnell zu beantworten, um dem Patienten stattdessen durch eine seiner Erwartungen entgegengesetzten Haltung eine korrigierend emotionale Erfahrung zu ermöglichen.

Während des Katamnesezeitraums, für den eine signifikante Zunahme postuliert wurde, konnte ein weiterer Patient in der Experimentalgruppe als sicher eingestuft werden. Dieses Ergebnis war ebenfalls statistisch nicht signifikant. Die Beobachtung legt nahe, dass klinisch bedeutende Effekte in größeren Stichproben als dem MBWP sehr wahrscheinlich zu erwarten sind, was zukünftig überprüft werden sollte.

Die Kontrollgruppe. In der Kontrollgruppe konnten während des Therapieprozesses keine signifikanten Veränderungen an Bindungssicherheit beobachtet werden. Die Veränderungsresistenz der Kontrollgruppe lässt sich möglicherweise durch beide am Prozessgeschehen Beteiligten erklären. Durch die vorangegangene Traumsensibilisierung ist es vorstellbar, dass der Therapeut sein Augenmerk eher auf die Analyse von Traumsequenzen richtete und so nur auf indirektem Wege die implizite Beziehungsebene ansprach. Deshalb erfolgte eine Modifikation des IAM vielleicht nur zeitverzögert und somit ließ sich im Verlauf von 240 Therapiestunden noch keine Veränderung nachweisen. Auf Patientenseite könnte der initiale Bindungsstil (Überrepräsentation von distanziert Gebundenen in der Kontrollgruppe) für die Veränderungsresistenz verantwortlich gewesen sein. Denn meistens geben distanziert gebundene Patienten vor, nicht auf Andere angewiesen zu sein und kämpfen mit Schwierigkeiten, sich auf die als bedrohlich erlebte Nähe zum Therapeuten einzulassen. Um von der therapeutischen Zusammenarbeit zu profitieren, benötigen sie zunächst mehr Zeit für die Etablierung einer therapeutischen Allianz. Mit den Worten von Mertens (1995) ausgedrückt: „Jeder Patient kommt mit dem bewußten Wunsch, sich verändern zu wollen, in die Therapie, aber nicht minder groß als der Veränderungswunsch ist auch das unbewußte Beharrungsvermögen, alles so zu lassen wie es ist“ (S. 407).

Für die Überprüfung des Katamnesezeitraums wurde postuliert, dass die zuvor erreichten Veränderungen in der Kontrollgruppe stabil bleiben und es zu keinen weiteren Verbesserungen kommt. Dennoch zeigte sich, dass ein Patient in der Kontrollgruppe in diesem Zeitraum als sicher gebunden eingestuft werden konnte. Das ist ein überraschendes Resultat, denn die Therapeuten in der Kontrollgruppe hatten sich nicht explizit auf die Bindungstraumatisierungen der Patienten eingestellt. Allerdings liegt es nahe, dass die an der Studie teilnehmenden Therapeuten sehr erfahren und mit den Konzepten der Objektbeziehungstheorie sowie der Selbstpsychologie vertraut waren und deshalb ebenfalls gute Therapieerfolge erzielen. Alternativ ist aber auch denkbar, dass sich die beobachteten Resultate auf die zunehmende Beziehungsqualität, durch die sich der Patient nach anfänglicher Distanzierung zu diesem

späteren Zeitpunkt vertrauensvoller auf den Kontakt einlassen und emotional gefärbte Themen bearbeiten kann, zurückführen lassen. Diese Überlegungen werden durch das überraschende Ergebnis, dass in der Kontrollgruppe Veränderungen der Bindungssicherheit überhaupt erst zu diesem späten Zeitpunkt zu beobachten waren, untermauert.

Zusammenfassende Überlegungen. Eine, allerdings nicht signifikante, Zunahme an Bindungssicherheit im Therapiezeitraum konnte ausschließlich für die Experimentalgruppe beobachtet werden, während sich für die Kontrollgruppe keine Veränderungen abzeichneten. Dieser Trend setzte sich für die Experimentalgruppe im Katamnesezeitraum fort. Veränderungsprozesse für die Patienten der Kontrollgruppe konnten dagegen erst für diesen späten Zeitraum konstatiert werden. Durch die abschließende Betrachtung des Gesamtzeitraums wurde deutlich, dass die Veränderungsrate in der Experimentalgruppe mehr als das Dreifache gegenüber der Kontrollgruppe betrug. Durch diese Resultate wird das ansehnliche Abschneiden jener Patienten, die sich bei einem bindungsgeschulten Therapeuten in Behandlung befanden, unterstrichen. Dieses Ergebnis wird durch einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen zum fünften Messzeitpunkt bestätigt. Zusätzlich zum besseren Abschneiden sprechen auch die kontinuierlichen Veränderungsprozesse in der Experimentalgruppe für die Annahme, dass sich die Bindungssensibilisierung des Therapeuten positiv auf die Veränderungen des Bindungsstils des Patienten auswirkte. Wie bereits für die Veränderung der Bindungssicherheit in der Gesamtstichprobe erfolgt die Einordnung der erzielten Veränderungen im MBWP vorrangig durch den Vergleich mit den Ergebnissen von Levy et al. (2006) sowie Buchheim et al. (2017). Der Vergleich auf prozentualer Ebene verdeutlicht, dass sich die Veränderungen in der Experimentalgruppe (+25%) auf vergleichbarem Niveau wie die Veränderungen in den Studien von Levy et al. (2006) (+27%), und Buchheim et al. (2017) (+32%), einordnen lassen, während unter der Kontrollbedingung keine Veränderungen erzielt wurden. Die Überprüfung des Katamnesezeitraums verdeutlicht, dass durch die alleinige Betrachtung des Therapiezeitraums, wie bereits für die Gesamtstichprobe festgestellt, wichtige Veränderungsprozesse nicht erfasst werden können. Denn die Katamnesedaten des MBWP belegten nicht nur die Stabilität zuvor erreichter Veränderungen, sondern auch einen weiteren Zuwachs an Bindungssicherheit in beiden Patientengruppen.

5.2.2 *Mentalisierung*

Die Ergebnisse im Rahmen der Mentalisierung sind mit Vorsicht zu interpretieren, da sich die Gruppen bereits zu Therapiebeginn signifikant voneinander unterschieden. Zudem zeigte sich eine Überrepräsentation von Patienten mit desorganisiertem Bindungsstil in der Experimentalgruppe und von Patienten mit distanzierendem Bindungsstil in der Kontrollgruppe.

Die Experimentalgruppe. Die initialen RF-Werte für die Experimentalgruppe lagen knapp oberhalb einer durchschnittlichen Reflexiven Funktion (RF ~ 5), die typischerweise bei einer nicht klinischen Population zu beobachten ist. Über vergleichbar hohe Ausgangswerte berichten beispielsweise Falkenström, Solbakken, Möller, Lech, Sandell und Holmqvist (2014), in deren Studie die Mentalisierungsfähigkeit von Psychologiestudenten gemessen wurde und deshalb die Aussagekraft des Ergebnisses nicht generalisierbar ist. Auch Karlsson und Kermott (2006) berichten über einen vergleichbar hohen Ausgangswert, allerdings basieren diese RF-Auswertungen für eine depressive Patientengruppe auf Studententranskripten anstatt auf Bindungsinterviews.

Entgegen der Annahme konnte die Mentalisierungsfähigkeit in der Experimentalgruppe weder im Verlauf der Therapie noch im Katamnesezeitraum signifikant gesteigert werden. Dieses Ergebnis ist deshalb überraschend, weil davon ausgegangen wurde, dass die Mentalisierungsfähigkeit als Teilaspekt der Persönlichkeitsstruktur einzustufen ist und durch therapeutische Interventionen beeinflusst werden kann, bevor es resultierend zur Veränderung des Bindungsstatus kommt. Zudem wurde erwartet, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit Patienten, die von einem bindungssensibilisierten Therapeuten behandelt werden, ein im Vergleich zu den Patienten in der Kontrollgruppe besseres Ergebnis erzielen. Da es zu Therapiebeginn zu einer zufälligen Überrepräsentation von Personen mit U-Kodierung in der Experimentalgruppe kam, sind die Ergebnisse der Experimentalgruppe sehr wahrscheinlich durch die im Therapieverlauf abnehmende Mentalisierungsfähigkeit der desorganisierten Patienten konfundiert.

Die Kontrollgruppe. Die niedrigsten Ausgangswerte, die dennoch oberhalb einer als fraglich definierten Mentalisierungsfähigkeit (RF ~ 3) liegen, wurden den Patienten in der Kontrollgruppe zugeschrieben. Katznelson (2014) merkt in ihrem Übersichtsartikel an, dass ein Therapieerfolg nicht generell durch die initialen Mentalisierungsfähigkeiten vorhergesagt werden kann. Allerdings wird die Art und Weise in welcher der Patient, besonders zu Beginn der Behandlung, die Therapie für sich nutzen kann, von der initialen Mentalisierungsfähigkeit beeinflusst.

Entgegen der Annahme, dass es zu einer signifikanten Zunahme kommen würde, blieb die Mentalisierungsfähigkeit im Verlauf der Therapie auf unverändertem Niveau. Bei der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen einem primär unsicheren Bindungsstil (vermeidend, ambivalent, gemischt unsicher) und dem Therapieerfolg zeigte sich in der Studie von Sachse und Strauß (2002), dass diejenigen Patienten den günstigsten Behandlungserfolg in Bezug auf die symptombezogenen Outcomekriterien erzielten, die zuvor als ambivalent eingestuft wurden. Deshalb erscheint es wahrscheinlich, dass die Überrepräsentation an distanziert (vermeidend) Gebundenen in der Kontrollgruppe mit der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit und den nicht beobachteten Veränderungen während der Therapie zusammenhängt. Die Therapeuten in

der Kontrollgruppe erhielten eine Traumsensibilisierung und behandelten zu einem hohen Prozentsatz Patienten, die eher Hilfe zurückweisen, sich pflegeleicht und genügsam geben und emotionalen Themen vorzugsweise aus dem Weg gehen. Ob sich die Mentalisierungsfähigkeit der Patienten durch die Behandlung eines bindungssensibilisierten Therapeuten günstiger entwickelt hätte, bleibt spekulativ. Vorstellbar ist aber, dass sich eine bindungssensibilisierende Schulung auf die Fähigkeit, zügig einen vertrauensvollen Kontakt herzustellen, in dessen Rahmen die Patienten eher von der Therapie profitieren, auswirkt.

Durch die Katamneseauswertung zeigte sich ein zur Erwartung entgegengesetzter Zusammenhang. Denn während davon ausgegangen wurde, dass die im Therapiezeitraum erreichten Veränderungen im Katamnesezeitraum stabil bleiben würden, konnte eine marginal signifikante Zunahme zu diesem späten Messzeitpunkt nach vorheriger Stabilität der Mentalisierungsfähigkeit im Therapiezeitraum observiert werden. Damit wird die Annahme von Katznelson (2014) unterstützt, die davon ausgeht, dass sich das initial niedrige Mentalisierungsniveau zwar auf die frühe Therapiephase auswirkt, sich dieser Effekt aber im Verlauf der Behandlung nivelliert. Zusätzlich zum niedrigen Ausgangswert lässt sich dieser späte Zugewinn an Mentalisierung abermals durch die Überrepräsentation distanzierter gebundener Patienten erklären. Die positiven Veränderungen lassen sich erst deshalb zu einem späten Zeitpunkt in der Therapie messen, weil sich diese Patientengruppe eher nur langsam auf die therapeutische Beziehung einlässt.

Zusammenfassende Überlegungen. Bisher empirisch ungenügend abgesichert ist die wiederholt zu lesende Einschätzung, dass Patienten mit initial niedriger Mentalisierungsfähigkeit im Rahmen einer Therapie diese in einem größeren Ausmaß steigern können, als jene Patienten mit einer bereits zu Therapiebeginn durchschnittlichen Mentalisierungsfähigkeit. Diese Überlegungen werden durch die vorgelegten Ergebnisse für die Experimental- und die Kontrollgruppe nicht bekräftigt. Denn obwohl die Kontrollgruppe mit den niedrigsten Mentalisierungsfähigkeiten startete, haben alle untersuchten Gruppen im MBWP ihre Mentalisierung in vergleichbarem Umfang steigern können.

Die divergierenden Entwicklungen in der Experimental- und der Kontrollgruppe sowie das bessere Abschneiden der Kontrollgruppe im Katamnesezeitraum sind überraschend, denn dieses Ergebnis verweist sehr wahrscheinlich auf unterschiedliche Veränderungsprozesse in Abhängigkeit vom primären Bindungsmuster. Die Kenntnis über diese unterschiedlichen Entwicklungsverläufe der Mentalisierungsfähigkeit in Abhängigkeit vom primären Bindungsmuster ist deshalb von zentraler Bedeutung, weil sie sich auf die therapeutische Zusammenarbeit auswirkt. Ekeblad, Falkenström und Holmqvist (2016) schreiben: "Thus, it seems as if therapists who meet patients with higher mentalization capacity gradually, over time, feel stimulated and engaged and perceive the therapeutic collaboration as better than when meeting patients with lower capacity for mentalization" (S. 75). Dieser Zusammenhang wird durch die

Beobachtungen von Rizq und Target (2010b) bestätigt. In ihrer Untersuchung zeigte sich, dass psychologische Ausbildungskandidaten mit einer sicheren Bindung über höhere Mentalisierungsfähigkeiten zu Beginn der Lehrtherapie verfügten und dass Kandidaten mit einem unsicheren Bindungsmuster besonders argwöhnisch und misstrauisch im Kontakt zum Lehrtherapeuten blieben.

5.2.3 *Therapeutische Allianz*

Die Experimentalgruppe. Erwartungskonform wurde die therapeutische Allianz im Verlauf von 240 Behandlungsstunden signifikant höher bewertet. Dieses Ergebnis ist insofern bemerkenswert, da ein Großteil der Patienten zu Therapiebeginn ein desorganisiertes Bindungsmuster aufwies.

Die Kontrollgruppe. Hersoug, Høglend, Havik, von der Lippe und Monsen (2009b) berichten, dass sich jene Patienten, die anfänglich als cold/detached kategorisiert wurden, nach und nach auf den therapeutischen Kontakt einließen und infolgedessen über die Zeit eine positivere therapeutische Allianz etablieren konnten. Im Gegensatz dazu wurde die kollaborative Zusammenarbeit in der Kontrollgruppe der vorliegenden Arbeit nach 240 Behandlungsstunden im Vergleich zu Beginn der Therapie nahezu identisch eingeschätzt. Diese in der zuvor genannten Studie beobachtete Bereitschaft der Patienten, sich allmählich auf die therapeutische Allianz einzulassen, konnte für die Patienten in der Kontrollgruppe aus der Raterperspektive nicht beobachtet werden. Die vorgelegten Ergebnisse lassen sich eher mit ähnlichen Beobachtungen von Strauß, Mestel und Kirchmann (2011) in Einklang bringen. Die Autoren konnten nachweisen, dass Personen mit vermeidender Bindung mit Abstand die feindseligsten Reaktionen, schlechte Befindlichkeiten und negative Gegenübertragungsimpulse provozieren. Zusätzlich zum primären Bindungsmuster auf Patientenseite könnte die Veränderungsresistenz der therapeutischen Allianz deshalb durch die fehlende Bindungs-sensibilisierung verstärkt worden sein. Vermutlich haben die Therapeuten in der Kontrollgruppe die Beeinflussung der therapeutischen Zusammenarbeit durch das primäre Bindungsmuster der Patienten unterschätzt und in diesem Zuge nicht im wünschenswerten Maße ihre negativen Gegenübertragungsreaktionen reflektiert.

Zusammenfassende Überlegungen. Die Beobachtungen in der Kontrollgruppe sind überraschend und stehen nicht im Einklang mit den Ergebnissen von Hersoug, Høglend, Havik, von der Lippe und Monsen (2009b). Obwohl sich die Experimental- und die Kontrollgruppe in der Bewertung zu Therapiebeginn unterschieden, wurde die therapeutische Allianz nach 240 Behandlungsstunden auf vergleichbarem Niveau eingeschätzt. Durch die Nivellierung des anfänglichen Unterschieds wird die positive Entwicklung in der Experimentalgruppe verdeutlicht. Insgesamt sollte in zukünftigen Langzeitstudien stärker auf den Zusammenhang zwischen dem primären Bindungsmuster des Patienten, hier speziell auf die Veränderungen im Rahmen

einer distanzierten Bindung und die Qualität der therapeutischen Zusammenarbeit fokussiert werden. Auch Gelso (2014) macht darauf aufmerksam, dass für abgesicherte Schlussfolgerungen über die Entwicklung der therapeutischen Allianz bisher weitere Langzeituntersuchungen fehlen.

Während bisher die Beurteilung der therapeutischen Zusammenarbeit auf dem globalen Wert von CALPAS beruhte, wird in der Diskussion zur qualitativen Auswertung auf die separaten Beiträge der am Prozess Beteiligten nochmals vertieft eingegangen.

5.3 Zustandekommen der Veränderungen - Prozessanalyse

Für den Beitrag zur Prozessforschung wurden zum einen die separate Betrachtung der Patienten- (PWC) und der Therapeutenvariable (TUI) und zum anderen die qualitative Auswertung von zwei Langzeitverläufen herangezogen.

5.3.1 *Patientenvariable*

Nach Gelso (2014) besteht die Beziehung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten aus drei Komponenten: Der realen Beziehung, der Arbeitsbeziehung sowie der Übertragungsbeziehung. Insbesondere die Etablierung einer ausreichend guten Arbeitsbeziehung zu Therapiebeginn ist für den Therapieerfolg, über unterschiedliche Therapieformen hinweg, von zentraler Bedeutung (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011).

Die Arbeitsfähigkeit in der Gesamtstichprobe. Die initiale Bewertung für die Patienten in der Gesamtstichprobe lag geringfügig oberhalb einer moderat zu bewertenden Arbeitsfähigkeit. Im Prä-Post-Vergleich nahm die Arbeitsfähigkeit zwar zu, aber entgegen der Erwartung war der Unterschied nicht signifikant. Wenn allerdings die unterschiedlichen Therapiephasen miteinander verglichen werden, zeigt sich ein auffälliger Veränderungsprozess. In den ersten 80 Stunden nahm die Arbeitsfähigkeit signifikant zu, in den darauffolgenden 80 Stunden signifikant ab und zwischen der 160. und 240. Stunde abermals signifikant zu. Analog zu dieser Art von Diskontinuität beobachteten Stiles et al. (2004) ein V-Muster in Bezug auf die aus der Patientenperspektive mit dem Gesamtscore des CALPAS beurteilte therapeutische Allianz. Die Autoren gehen davon aus, dass eine vorübergehende Verschlechterung (*rupture*) dem Patienten die Gelegenheit bietet, seine Beziehungsschwierigkeiten zu bearbeiten (*repair*). Dieser auch als *high-low-high* oder *rupture-repair* beschriebene Veränderungsprozess gilt als wichtiger Indikator für den Therapieerfolg, wenn die Bewältigung der vorübergehenden Verschlechterung der therapeutischen Zusammenarbeit gelingt (Gelso, 2014; McLaughlin, Keller, Feeny, Youngstrom, & Zoellner, 2014; Strauss et al., 2006). Durch die Berücksichtigung von vier Messzeitpunkten im MBWP im Gegensatz zu drei Messzeitpunkten bei Stiles et al. (2004) kann die Erkenntnis über den Therapieprozess erweitert werden. Die signifikante Zunahme der

Arbeitsfähigkeit in der ersten Therapiephase kann als notwendige Idealisierung des Therapeuten und als Vorbedingung des Patienten, sich auf die intensive therapeutische Zusammenarbeit einzulassen, interpretiert werden. Damit wird aus dem zuvor beschriebenen V-Muster ein Veränderungsprozess, der als N beschrieben werden kann.

Die Arbeitsfähigkeit im Kontext der Desorganisation. Die initiale Bewertung der Arbeitsfähigkeit desorganisierter Patienten lag im moderaten Bereich. Bei der Überprüfung der Therapiephasen sowie im Prä-Post-Vergleich konnten keine signifikanten Veränderungen der Arbeitsfähigkeit beobachtet werden. Gelso (2014) hält Therapien, die das zuvor für die Gesamtstichprobe beschriebene high-low-high Muster nicht aufweisen, für weniger erfolgreich. Für Gumz, Brähler, Geyer und Ericcs (2012) werden in Phasen einer therapeutischen Verschlechterung dysfunktionale interpersonelle Schemata im Hier und Jetzt aktiviert. Die nicht signifikanten Ergebnisse in der Gruppe mit U-Kodierung werden deshalb dahin gehend interpretiert, dass sich die Patienten vor der Nähe zum Therapeuten und der resultierenden physiologischen Stressreaktion dadurch schützten, dass sie überfordernde Emotionen vom Bewusstsein fernhielten, um die eigenen Regulierungsfähigkeiten nicht zu überfordern. Dass diese Patienten für bedeutsame Veränderungsprozesse mehr Zeit benötigen, konnte ebenfalls bei der Untersuchung der Bindung und der Mentalisierung belegt werden, denn für beide Konstrukte ließen sich wichtige Entwicklungen erst im Katamnesezeitraum beobachten.

Die Arbeitsfähigkeit in der Experimentalgruppe. Die initiale Arbeitsfähigkeit fiel in der Experimentalgruppe geringer aus als in der Kontrollgruppe. Im Prä-Post-Vergleich kam es zu keiner signifikanten Zunahme, obwohl das absolute Ausmaß an Zugewinn der Arbeitsfähigkeit in dieser Gruppe am höchsten ausfiel. Das im Rahmen der therapeutischen Allianz identifizierte V-Muster (Stiles et al., 2004) wurde durch die Auswertungen der Arbeitsfähigkeit in der Experimentalgruppe repliziert und beschreibt möglicherweise bedeutsame Entwicklungen auf Seiten des Patienten, die auch von Horvath und Luborsky (1993) im Zusammenhang mit der therapeutischen Allianz beobachtet wurden: „... fluctuations in the alliance, particularly in the middle phase, appear to reflect the reemergence of the client's dysfunctional relationship patterns and the therapist's skill in recognizing and resolving these issues“ (S. 569).

Dieses Ergebnis spricht für die Etablierung einer tragfähigen, therapeutischen Allianz. Sehr wahrscheinlich wurde die Durcharbeitung dysfunktionaler Beziehungsschemata durch die auf die Bindungssensibilisierung zurückzuführende, hilfreiche Reflexion über das Beziehungsgeschehen im Hier und Jetzt des bindungsgeschulten Therapeuten ermöglicht und unterstützt.

Die Arbeitsfähigkeit in der Kontrollgruppe. Die initiale Bewertung der Arbeitsfähigkeit lag deutlich über einem als moderat einzuschätzenden Wert und fiel damit im Vergleich zur Experimentalgruppe höher aus. Die Prä-Post-Analyse verdeutlichte allerdings, dass die Patienten ihre Arbeitsfähigkeit nicht weiter steigern konnten. Der vergleichsweise homogene Verlauf ohne nennenswerte Schwankungen wird auf die Überrepräsentation von Patienten mit

distanziertem Bindungsmuster in der Kontrollgruppe zurückgeführt und dahin gehend interpretiert, dass sich die Patienten nicht so leicht auf die therapeutische Zusammenarbeit einstellen konnten. Vorstellbar ist, dass es auf Therapeutenseite durch die fehlende Bindungssensibilisierung zu einer negativen Gegenübertragungsreaktion und zu einer ungenügenden Reflektion über das Beziehungsangebot der Patienten kam. Anhaltspunkte für diese Überlegung lieferte die Untersuchung von Strauß, Mestel und Kirchmann (2011), die einen Zusammenhang zwischen dem ausgelösten Gegenübertragungsgefühl in Abhängigkeit des Bindungsmusters des Patienten nachwiesen. So reagierten Therapeuten auf das Hören von Tonbandsequenzen vermeidend gebundener Patienten sowohl in ihrer kognitiven (Zuschreibung von Freundlichkeit) als auch in ihrer motivationalen Gegenübertragung (Bereitschaft zur Kontaktaufnahme) deutlich negativer. Auf diese Weise ist es möglich, dass die fehlende Bindungssensibilisierung der Therapeuten in der Kontrollgruppe in einer unzureichenden Reflektion über ausgelöste Gegenübertragungsgefühle mündete und die zunehmend positivere therapeutische Zusammenarbeit behinderte. Durch letztere hätte jedoch die Arbeitsfähigkeit der Patienten gefördert werden können.

Zusammenfassende Überlegungen. In Anlehnung an Gumz (2012), die eine vorübergehende Verschlechterung der therapeutischen Allianz für den Therapieerfolg für bedeutsam halten, wird die beobachtete Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit ebenfalls als wichtig eingestuft. Denn der Patient kann nach Durcharbeitung seiner maladaptiven, interpersonellen Schwierigkeiten, unterstützt durch die einfühlsame Responsivität des Therapeuten, eine korrektive emotionale Erfahrung machen und infolgedessen seine Arbeitsfähigkeit steigern. Allerdings wiesen die Veränderungsprozesse in der Gruppe mit U-Kodierung und in der Kontrollgruppe dieses als vorteilhaft eingestufte Muster nicht auf. Die in beiden Gruppen beobachteten geringfügigen Schwankungen im Therapieverlauf werden auf das initiale Bindungsmuster der Patienten zurückgeführt, denn insbesondere distanzierte und desorganisiert gebundene Patienten ließen sich zunächst nur bedingt auf die therapeutische Zusammenarbeit ein. Diese Vermutung wird durch das marginal signifikante Ergebnis im letzten Therapieabschnitt in beiden Gruppen unterstützt und zeigt, dass Patienten mit dem zuvor genannten Bindungsmuster für bedeutsame Veränderungsprozesse mehr Zeit benötigten.

Da die Arbeitsfähigkeit in keiner Gruppe signifikant gesteigert wurde, könnte irrtümlich gefolgert werden, dass diese sich im Sinne einer trait-Variable durch Therapie kaum verändern lässt. In Anlehnung an die Überlegungen von Hörz-Sagstetter, Mertens, Isphording, Buchheim und Taubner (2015), die durch eine Untersuchung von Studententranskripten belegen konnten, dass die Mentalisierungsfähigkeit im Verlauf einer Behandlungsstunde fluktuiert, wird die Arbeitsfähigkeit als eine state-Variable betrachtet, die in Abhängigkeit des therapeutischen Kontexts variiert, da sich Patient und Therapeut gegenseitig beeinflussen.

5.3.2 *Therapeutenvariable*

Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds und Wampold (2012) bestätigen die Bedeutsamkeit des Therapeutenbeitrags für ein besseres Therapieergebnis metaanalytisch. Zur Überprüfung des Stellenwerts wurde in dieser Arbeit der therapeutische Beitrag zur Arbeitsbeziehung mit der TUI Subskala aus der Raterperspektive untersucht.

Der Therapeutenbeitrag. Im Gegensatz zu den postulierten Veränderungen auf Patientenseite wurde für die Therapeutenvariable in allen untersuchten Gruppen und für alle Therapieabschnitte eine Stabilität der therapeutischen Fähigkeiten vorhergesagt und bestätigt. Durch die Evaluierung der therapeutischen Fähigkeiten zu mehreren Messzeitpunkten war es möglich wichtige, therapeutische Anpassungsleistungen zu identifizieren. So konnten die Therapeuten in der Experimentalgruppe ihre therapeutischen Fähigkeiten während der Behandlung eines hohen Prozentsatzes an desorganisierten Patienten steigern, wenn auch nicht signifikant. In der qualitativen Untersuchung von Moltu, Binder und Nielsen (2010) schätzten erfahrene Therapeuten retrospektiv die Kategorien *schwierige Gefühle des Therapeuten im Hier und Jetzt* sowie *die Hoffnung verlieren* als herausfordernd für die hilfreiche therapeutische Arbeit ein. Sehr wahrscheinlich konnten die Therapeuten in der Experimentalgruppe das auf der Bindungssensibilisierung basierende Gefühl der Sicherheit im Umgang mit ihren Patienten für den therapeutischen Prozess entwicklungsfördernd nutzen. Wird das Ausmaß der erzielten Veränderungen verglichen, so zeigt sich, dass der Zugewinn in der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe höher ausfiel, wodurch die Sinnhaftigkeit einer Bindungssensibilisierung zusätzlich unterstrichen wird.

Im Gegensatz dazu konnten die Therapeuten in der Kontrollgruppe während der Behandlung vornehmlich distanziert gebundener Patienten ihre therapeutischen Fähigkeiten nicht steigern. Moltu, Binder und Nielsen (2010) zeigten auf, dass vor allem durch das Gefühl, dass der Patient sich nicht auf die Zusammenarbeit einlässt, eigene Insuffizienzgefühle und Zweifel an der eingesetzten Methode im Therapeuten evoziert werden. Es ist gut vorstellbar, dass der traumsensibilisierte Therapeut diese unangenehmen Gegenübertragungsgefühle nicht in vergleichbarem Maße wie der bindungssensibilisierte Therapeut auf das primäre Bindungsmuster des Patienten attributierte, sondern sich stattdessen zur eigenen Entlastung unbewusst von der therapeutischen Zusammenarbeit distanzierte und so einen zunehmend vertrauensvolleren Umgang mit dem Patienten blockierte.

Zudem spricht die unerwartet signifikante Zunahme der therapeutischen Fähigkeiten zwischen dem dritten und vierten Messzeitpunkt in der Gruppe mit U-Kodierung für die Anpassungsleistung des Therapeuten, die bei der Behandlung einer derart herausfordernden Patientengruppe erst im Verlauf einer psychoanalytischen Langzeittherapie beobachtet werden kann. Vermutlich wird durch das Engagement des Therapeuten das Zutrauen in den

therapeutischen Prozess auf Patientenseite gefördert und wirkt sich dahingehend aus, dass der Patient seine lang gehegten Ängste nach und nach überwindet. Dieser Zusammenhang wird durch die erzielten Ergebnisse dieser Patientengruppe, die sich jeweils erst relativ spät abbildeten, untermauert.

Zusammenfassende Überlegungen zur therapeutischen Zusammenarbeit. Durch die separate Betrachtung sowohl der Patienten- als auch der Therapeutenvariable konnte das Verständnis für die Dynamik der therapeutischen Zusammenarbeit erweitert werden. Die Relevanz des Therapeutenbeitrags (Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds, & Wampold, 2012) äußert sich u. a. in der beschriebenen Anpassungsleistung des Therapeuten. Auf Seite der Patienten sind die identifizierten Fluktuationen in Abhängigkeit des primären Bindungsstils beachtenswert. Diese Schwankungen, die nach Gumz (2012) als vorübergehende Verschlechterungen und als wichtig für den Therapieerfolg eingestuft werden, standen im MBWP nicht zwingend im Zusammenhang mit der Steigerung der Arbeitsfähigkeit. Besonders durch die Reflektion über schwierige interaktive Momente, die auf starke Abwehrprozesse, Probleme sich mitzuteilen, negative Bewertungen anderer Personen oder einem ausgeprägten Misstrauen aufseiten des Patienten hindeuten, kann der Therapeut unangenehme Gegenübertragungsgefühle bewältigen und so seine Zuversicht in eigene Kompetenzen stärken. Allerdings wird die in dieser Arbeit vorgenommene strikte Trennung der Patienten- sowie Therapeutenbeiträge zur Arbeitsbeziehung durch den Nachweis der hohen Interkorrelation der Subskalen von CALPAS eingeschränkt. Crits-Christoph et al. (2006) konnten in ihrer Untersuchung die positive Auswirkung eines Therapeutentrainings zur Verbesserung der therapeutischen Allianz belegen. Sie formulieren das Ergebnis vorsichtig dahingehend, dass sich im Prä-Post-Vergleich einer 16 Stunden umfassenden *alliance-fostering-therapy* zwar die Qualität der therapeutischen Zusammenarbeit im klinisch relevanten Bereich steigern ließ, dass sich die Therapeuten jedoch in ihren Fähigkeiten unterschieden. Das gewonnene Verständnis im MBWP über die Beeinflussungen der therapeutischen Zusammenarbeit auf Patienten- und Therapeutenseite in unterschiedlichen Therapiephasen kann zukünftig dazu verwendet werden, die therapeutische Allianz zu stärken und lässt eine Bindungsschulung der Therapeuten vor Therapiebeginn sinnvoll erscheinen.

5.3.3 Qualitative Auswertung von zwei Langzeitverläufen

Nach wie vor lässt die Akzeptanz qualitativer Forschungsergebnisse zu wünschen übrig. Doch durch die reduktionistische Vorgehensweise in RCT Studien sind soziale Interaktionsprozesse und mikroanalytische, therapeutische Kommunikationsmuster nicht zu untersuchen. Das subjektive Leid, das zudem durch präverbale Faktoren beeinflusst ist, lässt sich nicht in Kategorien pressen. Nur durch das psychoanalytische Verständnis kann die Komplexität der therapeutischen Veränderungsprozesse, die zudem durch den biografischen Hintergrund beider

am Prozess beteiligten Personen gefärbt ist, erfasst werden. Allein durch die Betrachtung schwieriger, therapeutischer Momente lassen sich die Aushandlungsprozesse erforschen. Wie bereits ausgeführt (Kapitel in dieser Version nicht enthalten) erzielten die in dieser Arbeit betrachteten Patienten gute Therapiefortschritte, obwohl sich die Veränderungsprozesse und die Beziehungsqualität deutlich voneinander unterschieden. Spezifische Marker, die zu einem Therapieerfolg beitragen können, lassen sich aus den qualitativen Untersuchungen ableiten, müssen aber nicht zwingend wirksam sein. Gesichert ist dagegen die Erkenntnis, dass erfolgreiche Therapien durch unterschiedliche Entwicklungsprozesse zustande kommen und die therapeutische Zusammenarbeit derart individuell ausgehandelt wird, dass sie immer einzigartig und nicht wiederholbar verläuft. Für diesen Prozess wird die Bindungssensibilisierung des Therapeuten als sinnvoll und unterstützend eingestuft.

5.4 Evaluierung der eingesetzten Messinstrumente

Das Adult Attachment Interview. Die initiale Erfassung des Bindungsmusters sowie die durch wiederholte Anwendung mögliche Veränderungsmessung im MBWP beruhen auf der Auswertung des AAI. Das Instrument wird für seine Einengung auf das alleinige Thema Bindung kritisiert, da Bereiche wie Scham, Über-Ich-Konflikte oder ödipale Probleme, Sexualität u. v. m. durch das Interview nicht berührt werden. Für Steele, Steele und Murphy (2009) ist das AAI ein wichtiges Forschungsinstrument, durch das der Zusammenhang zwischen dem initialen Bindungsmuster und positiven therapeutischen Veränderungen für diverse Patientengruppen und Therapieformen dokumentiert wird. Im Gegensatz dazu merken Bakermans-Kranenburg und van IJzendoorn (2009) an, dass das AAI bisher zwar als Goldstandard gilt, die Patienten aber durch die kategoriale Erfassung von Bindung möglicherweise in ein Prokrustesbett gezwungen werden. Deshalb plädieren die Autoren für eine dimensionale anstatt einer kategorialen Erfassung von zugrunde liegenden Bindungsmerkmalen. Zudem werden durch die notwendige Schulung und den hohen Zeitaufwand bei der Auswertung erhebliche Kosten verursacht.

Die Reflektive Funktionsskala. Die RF Skala wird als Instrument zur kontinuierlichen statt zur kategorialen Messung von Bindung herangezogen und trägt so wesentlich zur Erweiterung des im AAI verwendeten Auswertungssystems bei. Die bisherigen Forschungsergebnisse im Bezug auf die Mentalisierung basieren fast ausschließlich auf Auswertungen, die mit der RF Skala vorgenommen wurden, allerdings animieren die Fragen, die für die Bewertung herangezogen werden, nicht zum Reflektieren (Hörz-Sagstetter, Mertens, Isphording, Buchheim, & Taubner, 2015). Zudem ist fraglich, ob mit den Demand-Fragen die Mentalisierungsfähigkeit in Bezug auf Andere abgefragt wird, während die Reflexive Funktion in Bezug auf das Selbst zu kurz kommt. Durch die Auswertung der RF Skala im MBWP konnten stark voneinander abweichende, initiale Mentalisierungswerte und unterschiedliche Entwicklungsverläufe in Abhängigkeit des primären Bindungsmusters identifiziert werden. Für Brockmann und Kirsch

(2015) ist die Mentalisierungsfähigkeit eine generelle Kapazität, die mit der RF Skala nur in Ausschnitten erfasst wird. Wie bereits beschrieben (Kapitel 2.3, S. 17) wird das Mentalisierungsvermögen in Abhängigkeit der Qualität der frühen Bindungsbeziehung erworben und steht deshalb in engem Zusammenhang zum primären Bindungsmuster. Bevor es zur Veränderung des ursprünglichen Bindungsmusters kommt, so die theoretische Annahme, müsste sich die Mentalisierungsfähigkeit verändern. Diese Prämisse wurde von Fonagy et al. (1996) erstmals empirisch überprüft. Durch ihre Studie konnten sie den vermuteten Zusammenhang bestätigen, denn die Mentalisierungsfähigkeit veränderte sich bevor es zu einer veränderten Zuweisung der Bindungsklassifikation kam. Anhand der für diese Arbeit ausgewerteten Langzeitverläufe wurde dieser Zusammenhang überprüft. Der Wegfall der zusätzlichen U-Kodierung konnte parallel zu einer relativ späten Zunahme der Mentalisierungsfähigkeit im Therapieverlauf beobachtet werden. Ob die Zunahme der Mentalisierungsfähigkeit die Veränderung des Bindungsmusters bewirkte oder ob umgekehrt durch den Wegfall der U-Kodierung die Mentalisierungsfähigkeit zunahm, lässt sich aufgrund der zeitgleichen Erhebung des AAI und der RF Skala nicht beantworten. Dieser Fragestellung sollte in zukünftigen Studien durch eine engmaschigere, zeitversetzte Erhebung der Messinstrumente nachgegangen werden.

Die California Psychotherapy Alliance Scale. Das Instrument CALPAS hat sich in dieser Arbeit als vielfältig anwendbar erwiesen und wird als eines der vier wichtigsten Instrumente zur Bewertung der therapeutischen Allianz eingestuft (Martin, Garske, & Davis, 2000). Im Vergleich zu anderen Instrumenten, wird mit CALPAS die therapeutische Allianz als breiteres Konstrukt erfasst. Dadurch wird die Vergleichbarkeit der Ergebnisse, die auf Basis anderer Instrumente zur Erfassung der therapeutischen Allianz beruhen, in Frage gestellt (vgl. Barber et al., 2014). Für die generelle Beurteilung der therapeutischen Allianz auf der Makroebene wurde auf den Gesamtscore zurückgegriffen. Durch die kontinuierliche Messung der Patienten- und Therapeutenvariable auf Basis von zwei der insgesamt vier Subskalen über 240 Behandlungsstunden hinweg konnten wichtige Veränderungsphasen in der therapeutischen Zusammenarbeit identifiziert werden. Die mikroanalytische Betrachtung des Beitrags von Patienten- und Therapeutenseite auf Itemebene wurde durch die Untersuchung von zwei Langzeitverläufen möglich und hat das Verständnis für die Veränderungsprozesse wiederum deutlich vertieft. Die Forschungsfrage danach, ob sich mit der PWC Subskala strukturelle Verbesserungen beobachten lassen, bevor es zu einer Zunahme der Mentalisierungsfähigkeit kommt, kann durch die unterschiedlichen Beobachtungen in den Langzeitverläufen nicht eindeutig beantwortet werden. Fenton, Cecero, Nich, Frankforter und Carroll (2001) weisen darauf hin, dass die CALPAS Werte aus der Raterperspektive eine wichtige Prädiktorvariable für den Therapieerfolg darstellen und erfahrungsgemäß im Vergleich zur Patienten- oder Therapeutenperspektive am niedrigsten ausfallen. Damit basieren die Ergebnisse im MBWP auf einer konservativen Einschätzung. Auf theoretischer Ebene sind die einzelnen Subskalen von CALPAS relativ unabhängig voneinander

konzeptualisiert, doch aus empirischer Sicht korrelieren die Skalen miteinander (zwischen $r = .33$ und $r = .83$; vgl. Barber, Zilcha-Mano, Gallop, Barrett, McCarthy, & Dinger, 2014; Delsignore et al., 2014; Gaston, 1991). Insgesamt wird die Interpretation der vorgelegten Ergebnisse durch die Interkorrelation der Subskalen, die alleinige Beurteilung aus der Raterperspektive und durch die auf der Theorie basierende Annahme, dass sich die Patienten- sowie Therapeutenvariable als isolierte Beiträge zur therapeutischen Allianz einstufen lassen, eingeschränkt.

5.5 Implikationen

Bindung. Die Suche nach weniger aufwendigen Alternativen zum AAI verdeutlichte, dass andere Instrumente nur Teilbereiche gut zu detektieren vermögen. So gelang die Klassifikation einer sicheren, vermeidenden und ambivalenten Bindung mit dem Adult Attachment Prototype Rating (AAPR; Strauß, Lobo-Drost, & Pilkonis, 1999) problemlos, während das Instrument ungeeignet erschien, Indikatoren einer desorganisierten Bindung zu diskriminieren (Strauß et al., 2006). Eine differenziertere und genauere Bindungskategorisierung könnte sich bei der Erfassung der inneren Bindungsrepräsentation anhand der kontinuierlichen Subskalen entlang der Dimensionen Sicherheit-Unsicherheit²¹ und Vermeidung-Verstrickung²² durch die größere Feinauflösung von Bindung als vorteilhaft erweisen (vgl. Fischer-Kern, Nolte, Kadi, & Naderer, 2014). Ebenso wie das AAI eignet sich das Adult Attachment Projective Picture System (AAP; George & West, 2001) unbewusste Aspekte von Bindung zu erfassen, ist aber gleichzeitig deutlich ökonomischer in der Anwendung. Dabei sind die Bindungsklassifikationen mit denen des AAI gut vergleichbar. Zudem weist die befriedigende, konvergente Validität mit dem AAI das AAP als verlässliche Alternative aus (vgl. Buchheim & George, 2012). In diesem Falle wäre es sinnvoll, zukünftig das AAP dem AAI aus den genannten Gründen in der Forschung vorzuziehen.

Das primäre Bindungsmuster des Patienten hat eine ähnlich prädikative Vorhersagekraft für den Therapieerfolg wie die Qualität der therapeutischen Allianz und sollte für die Therapieplanung zukünftig stärker berücksichtigt werden. Kirchmann, Thomas, Brüderle und Strauß (2011) schreiben:

Psychotherapeuten sollten sich bewusst sein, dass unterschiedliche Gegenübertragungsreaktionen auf so subtilen Bahnen wie der Erzählung der Patienten über ihre Beziehung zu den Eltern ausgelöst werden können. Die Kenntnis des Bindungsmusters ihrer

²¹ Für die Dimension Sicherheit-Unsicherheit wurden folgende AAI Subskalen herangezogen: Kohärenz des Transkripts, Idealisierung der Mutter, Idealisierung des Vaters, Ärger in Bezug auf die Mutter und Abwertung von Bindung.

²² Die Dimension Vermeidung-Verstrickung berücksichtigt folgende AAI Subskalen: Idealisierung Mutter und Vater, Abwertung von Bindung gegenüber Mutter und Vater, Passivität sowie Ärger in Bezug auf Mutter, Ärger in Bezug auf Vater.

Patienten kann für Psychotherapeuten hilfreich sein bei der Entwicklung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. (S. 123)

Durch eine zukünftige Bestätigung des Zusammenhangs zwischen primären Bindungsstil des Patienten und der therapeutischen Allianz wären Therapeuten durch die Berücksichtigung des Einflusses des Bindungsmusters in der Lage auf effektivere Interventionen zurückzugreifen.

Ebenso wichtig wie die Kenntnis über den Bindungsstil des Patienten ist die Auseinandersetzung des Therapeuten mit seinem eigenen Bindungsmuster. Bindungssichere Therapeuten sind weniger anfällig für negative Gegenübertragungsreaktionen, die durch das unsichere Bindungsmuster ihrer Patienten ausgelöst werden und laufen weniger Gefahr, das dysfunktionale Beziehungsangebot des Patienten zu beantworten. Im Gegensatz dazu wird im distanziert gebundenen Therapeuten eher der Wunsch nach Vermeidung von Nähe ausgelöst, während der verstrickt gebundene Therapeut durch das Infrage stellen der eigenen therapeutischen Kompetenzen mit Schuldgefühlen zu kämpfen hat (Schauenburg et al., 2010). Aufschlussreich ist die Perspektive der Patienten, denn diese beurteilten die therapeutische Allianz positiver, wenn sie bei Therapeuten, die über eine stabile mütterliche Zuwendung verfügten, in Behandlung waren (Hersoug, Høglend, Havik, von der Lippe, & Monsen, 2009a).

Im Rahmen der MBWP Studie konnte das Bindungsmuster des Therapeuten nicht erhoben werden. Dies kann jedoch ein wichtiger Faktor für zukünftige Forschungsdesigns sein, um zusätzlich den therapeutischen Beitrag zum Beziehungsgeschehen auf differenziertere Weise zu berücksichtigen, bisherige Forschungsergebnisse zu komplettieren und gute Therapieergebnisse zu erzielen.

Mentalisierung. In zukünftigen Untersuchungen sollte das Mentalisierungsvermögen mithilfe eines zum AAI distinkten Interviewverfahrens gemessen werden. Auch die Frage, ob es sich bei der Mentalisierungsfähigkeit sowohl um eine stabile trait-Variable als auch um eine kontextabhängige state-Variable handelt, ist bislang nicht ausreichend erforscht. Dass es sich bei der Mentalisierungsfähigkeit sowohl um eine globale als auch um eine flexible Fähigkeit handeln könnte, erscheint durch die Beobachtungen eines bidirektionalen Prozesses, in dem sich der Therapeut und der Patient gegenseitig in ihren Fähigkeiten beeinflussen, wahrscheinlich (Katznelson, 2014). Entsprechende Indizien für diese Annahme wurden in der vorliegenden Arbeit beobachtet und erwähnt. Zur weiteren Überprüfung des vermuteten Zusammenhangs wäre in zukünftigen Untersuchungen die Berücksichtigung des Mentalisierungsniveaus des Therapeuten wünschenswert. Die nach Validierung der RF Skala geäußerten Vermutungen von Taubner, Hörz, Fischer-Kern, Doreing, A. und Zimmermann (2013), dass möglicherweise der Sinn der Demand-Fragen angezweifelt werden kann, lässt die zusätzliche Einbeziehung von Permit-Fragen zur Beurteilung der globalen Mentalisierungsfähigkeit nützlich erscheinen.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die zu globale Erfassung der Mentalisierungsfähigkeit mittels der RF Skala, wodurch dezidierte Facetten nicht angemessen abgebildet werden können. So konnten im MBWP zu Therapiebeginn beispielsweise hohe Mentalisierungswerte für desorganisierte Patienten beobachtet werden. Dieser Befund widerspricht dem ansonsten in der Literatur beschriebenen Zusammenhang zwischen geringen Mentalisierungsfähigkeiten und dem Vorliegen einer desorganisierten Bindung. Für die Überprüfung, ob sich dieses unerwartete Ergebnis auf die Unterscheidung der Reflexion über eigene oder über Motive und Beweggründe anderer Personen zurückführen lässt, erscheint die Berücksichtigung der von Fonagy und Mitarbeitern (Kapitel 2.3.5, S. 24) eingeführten Dimensionen zur Beurteilung eines Mentalisierungsprofils sinnvoll. Durch die Beurteilung eines solchen Mentalisierungsprofils könnten spezifische Mentalisierungsdefizite erfasst werden, die auf der Grundlage eines globalen RF-Wertes nicht zu erkennen sind. Besonders die dritte Dimension mit der Differenzierung zwischen dem Selbst und dem Anderen kann möglicherweise zum Verständnis der hohen RF-Werte für die desorganisierten Patienten beitragen. Die Fähigkeit zwischen den beiden Polen zu unterscheiden unterliegt einer Entwicklungsleistung mit gleichzeitigem Zugriff auf weitgehend identische neuronale Netzwerke. Ob es sich bei der Einschränkung auf der dritten Dimension (Selbst vs. Andere) des Mentalisierungsprofils um ein entwicklungsbedingtes Defizit oder um einen durch die Bindungsaktivierung stressinduzierten Abwehrmechanismus handelt, in dessen Verlauf es zu einem Umschalten von einem zuvor kontrollierten zu einem automatischen Mentalisierungsmodus kommt, bedarf weiterer Forschung. Diese wird umso dringender benötigt, als die Funktionseinschränkung entlang dieser Dimension als ätiopathogenetischer Faktor für die Entwicklung psychischer Störungen angesehen wird (Taubner, Wiswede, Nolte, & Roth, 2010).

Holmes (2015) gibt zu bedenken, dass der intersubjektive Austausch über intrapsychische Befindlichkeiten zunächst eine Distanzierung von Emotionen und die Übersetzung in entsprechende Worte voraussetzt, weshalb es sich beim Mentalisieren eher um einen kognitiven Prozess handelt, in dem das Affektive per se eher in den Hintergrund tritt. Falkenström, Solbakken, Möller, Lech, Sandell und Holmqvist (2014) sind ebenfalls der Meinung, dass obwohl die RF Skala inhaltlich breit angelegt ist, sich in der Praxis eher eine Tendenz zur kognitiven Dimension beobachten lässt, während die Berücksichtigung von affektiven Zuständen zu kurz kommt. Die in dieser Arbeit durch eine qualitative Auswertung von zwei Langzeitverläufen identifizierten Probleme im Umgang mit Affekten, obwohl auf Seiten der Studienteilnehmenden überdurchschnittliche Mentalisierungsfähigkeiten vorlagen, decken sich mit den zuvor beschriebenen Einwänden der zitierten Autoren und werfen Fragen im Zusammenhang mit der RF Skala auf.

Deshalb werden die Überlegungen von Solbakken, Hansen und Monsen (2011), die einen wichtigen Beitrag zur konzeptuellen Klärung der Konstrukte Affektbewusstsein (Affect

Consciousness, AC) und Mentalisierung im Rahmen therapeutischer Veränderungsprozesse leisteten, ausführlich dargestellt. Das AC-Modell, welches auf der Emotionsforschung Tomkins beruht, umreißt die übergreifende Struktur der prototypischen, individualisierten Verarbeitung von Affekten, die sich in einem komplexen Zusammenwirken von motorischen, sensorischen und kognitiven Prozessen durch die Aktivierung von Basisaffekten herausgebildet hat. Im Gegensatz dazu wird das Mentalisieren eher als ein kognitiver Prozess beschrieben, der auf der Zuschreibung und der Interpretation eigener und Verhaltensweisen anderer basiert. Lediglich im Rahmen der mentalisierten Affektivität werden Affektregulationskapazitäten Erwachsener durch die Identifikation, die Verarbeitung und die Kommunikation entsprechenden Affekte konzeptualisiert, bisher aber durch die RF Skala nicht ausreichend operationalisiert. Die Autoren betonen, dass das Individuum selbst keinen bewussten Zugang zu den organisierenden Strukturen hat, die dem Affektprozess zugrunde liegen. Hier zeigen sich Parallelen zum inneren Arbeitsmodell von Bindung, das nach Bowlby in Abhängigkeit der frühen Beziehungserfahrungen auf der impliziten Ebene variiert. Beiden Konzepten ist gemeinsam, dass sie die Bedeutsamkeit der Affekte für die Wahrnehmung, das Containment und die Reflexion über diese anerkennen. Und in beiden Konzepten wird betont, dass die Wahrnehmung und die Interpretation von Affekten sowie das Verhalten implizit durch die zugrunde liegenden affektiven Strukturen beeinflusst werden. Die Konzepte unterscheiden sich jedoch in ihren Schwerpunkten. Im Vergleich zum AC-Modell, in dem primär über eigene Affekte und deren Bedeutung für das Verständnis Anderer reflektiert wird, liegt der explizite Fokus im Rahmen des Mentalisierungskonzepts nach Meinung der Autoren eher auf der Reflexion über die mentalen Zustände anderer Personen. Daraus ergeben sich unterschiedliche Erklärungsansätze für therapeutische Veränderungsprozesse, denn während im Mentalisierungskonzept eine Vielzahl an Attributionen erfasst werden, bewertet die validierte Affect Consciousness Scale (ACS) durch eine äußerst genaue Erfassung im Rahmen des AC-Modells die Rolle und Funktion der Affekte, des Affektsystems und der Affektintegration. Durch die Berücksichtigung unterschiedlicher Affektintegrationsniveaus könnte das Verständnis für die Reflexive Funktion stark erweitert werden.

Diese theoretischen Implikationen wurden in der Pilotstudie von Falkenström, Solbakken, Möller, Lech, Sandell und Holmqvist (2014) aufgegriffen und eine mögliche Überschneidung der Konzepte Mentalisierung und Affektbewusstsein wurde empirisch untersucht. Durch die Unterscheidung des Affektbewusstseins in AC-self und AC-others konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der RF Skala und AC-others, nicht aber mit AC-self nachgewiesen werden. Dieses Ergebnis unterstreicht die Notwendigkeit der konzeptuellen Weiterentwicklung der RF Skala. Durch die zeitgleiche Anwendung der ACS als auch der RF Skala zur Erfassung der therapeutischen Veränderungsprozesse könnte geklärt werden, ob sich unterschiedliche Ergebnisse abbilden lassen und ob die RF Skala um die Affekte erweitert werden sollte.

Bisher wurden weitere Forschungsbemühungen im Rahmen der Mentalisierung durch die sehr aufwendige und teure Anwendung der RF Skala limitiert. Aufgrund der klinischen Bedeutsamkeit des Mentalisierungskonzepts werden deshalb weniger kostenintensive Messinstrumente zur Reduzierung des Forschungsaufwands und zur Untersuchung auch größerer Stichproben benötigt. Für die Beurteilung aus der Raterperspektive wählten Falkenström, Solbakken, Möller, Lech, Sandell und Holmqvist (2014) einen innovativen Ansatz. Ihre Untersuchungen basieren auf einer gekürzten Form des AAI, die aus der Hälfte der ersten Fragen besteht. In dieser Version sind vier Demand-Fragen zur Beurteilung der RF enthalten, doch soweit bekannt, liegen bisher keine Forschungspublikationen vor und es bleibt abzuwarten, ob sich die gekürzte Version bezüglich ihrer psychometrischen Gütekriterien bewähren wird. Für die Beurteilung aus der Patientenperspektive entwickelten Fonagy et al. (2016) einen weniger aufwändigen Selbstauskunft-Fragebogen (Reflective Functioning Questionnaire). Damit können die Erkenntnisse, die bisher vornehmlich auf der Bewertung aus der Raterperspektive beruhten, ergänzt werden.

Die therapeutische Allianz. Bei der Handhabung des Instruments CALPAS fielen Schwierigkeiten in der Bewertung der PWC Subskala durch die zu breite Definition einzelner Items auf. Beispielsweise wird in dem ersten Item („Patient self-discloses thoughts, feelings, salient events, etc.“) u. a. nach Gedanken und Gefühlen gefragt. In den Stundentranskripten ließ sich beobachten, dass Patienten ihre Gedanken mitteilen, entsprechende Gefühle aber nicht thematisiert werden. Dennoch wird das Item relativ hoch bewertet, da nicht nach Gedanken und Gefühlen differenziert wird. Durch eine klarere, gegeneinander abgegrenzte Konzeptualisierung von bisher zu breit formulierten Items könnten zugrundeliegende Unsicherheiten in der Beurteilung zukünftig vermieden werden. Würde zum Beispiel eine separate Einschätzung zu Gedanken und damit im Zusammenhang stehenden Affekten ermöglicht, könnten die den Therapieprozess beeinflussenden Schwierigkeiten im Umgang mit Affekten auf Seiten des Patienten rechtzeitig erkannt und entsprechend gegengesteuert werden. Zudem wäre eine weitere Überprüfung von Items, die wenig aussagekräftig sind, sinnvoll. Bei dem Item 12 („Patient is committed to go through process to completion“) fiel den Ratern auf, dass im Datenmaterial so gut wie keine Aussagen vorkamen, die zur Beurteilung des Items herangezogen werden hätten können.

Im CALPAS Manual (Gaston & Marmar, 1993) wird betont, dass sich bei der Bewertung auf eine prototypische gute oder schlechte therapeutische Allianz bezogen werden sollte. Bei der Beurteilung einzelner Items wird aber eher textnah geratet und deshalb besteht die Gefahr, dass die Fähigkeiten des Patienten eher überschätzt werden. Außerdem fiel auf, dass die Bewertung in Abhängigkeit des verwendeten Mediums divergierte. Während beispielsweise Rater 1 die Auswertung einer bestimmten Therapiestunde auf Basis eines Stundentranskripts vornahm, zog Rater 2 versehentlich ein Tonband zur Auswertung heran und wurde durch die *emphatische und*

sympathische Stimme des Therapeuten beeinflusst. Eine ähnliche Konfundierung beobachteten Crits-Christoph und Connolly (1999). Die Autoren machen darauf aufmerksam, dass die Bewertung der TUI Subskala durch therapeutische Techniken wie z. B. empathische Kommentare beeinflusst wird.

Bei der Bewertung aus der Raterperspektive wurden Gegenübertragungsgefühle in Abhängigkeit des Geschlechts des behandelnden Therapeuten registriert. Um die Variable Geschlecht und eine potentielle Konfundierung mit dem Konstrukt der therapeutischen Allianz kontrollieren zu können, sollten die transkribierten Behandlungen sowohl von männlichen als auch weiblichen Ratern beurteilt und kontrastiert werden. Zusätzlich sollte eine mögliche Beeinflussung bei der Bewertung der therapeutischen Allianz durch unreflektierte Gegenübertragungsgefühle mittels einer Schulung über die theoretischen Konzepte Übertragung und Gegenübertragung vor Anwendung des Instruments auf ein mögliches Minimum reduziert werden. Generell wird eine Schulung zur Etablierung einer vorteilhaften therapeutischen Allianz als sinnvoll erachtet, um die Sicherheit des Therapeuten im Umgang mit unterschiedlichen Patienten zu festigen, ähnlich wie im MBWP durch die Bindungssensibilisierung bereits umgesetzt. Zudem könnte der Vergleich von Therapieergebnissen von Patienten mit unterschiedlichen Bindungsmustern, die aber von nur einem Therapeuten behandelt wurden, Aufschluss über die spezifischen Anforderungen an die notwendige Flexibilität des Therapeuten für die Etablierung der therapeutischen Allianz geben.

Als eine der ganz wenigen Studien haben Crits-Christoph, Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Narducci, Schamberger und Gallop (2006) untersucht, ob sich die Qualität der therapeutischen Allianz durch ein Therapeutentraining verbessern lässt. Dazu wurden die therapeutischen Fähigkeiten auf der TUI Subskala aus Patientensicht zu drei Messzeitpunkten eingeschätzt. Bedingt durch eine relativ kleine Stichprobe und eine kurze Behandlungsdauer von 16 Stunden zeigten sich keine signifikanten Effekte, allerdings eine geringe Steigerung der therapeutischen Allianz. Im Vergleich zu diesen Ergebnissen fiel die Zunahme der therapeutischen Fähigkeiten im MBWP, ebenfalls mit der TUI Subskala erfasst, allerdings aus der Raterperspektive beurteilt, höher aus. Hersoug, Høglend, Havik, von der Lippe und Monsen (2009b) haben in ihrer Untersuchung zur Qualität der therapeutischen Zusammenarbeit in Langzeittherapien das vorherrschende Bindungsmuster des Therapeuten als bedeutsamsten Einflussfaktor identifiziert. Der Erkenntnisgewinn über therapeutische Veränderungsprozesse sollte durch die zusätzliche Evaluation der Therapeuten- sowie der Patientenperspektive erhöht werden.

5.6 Resümierende Betrachtung

Das durchdachte Studiendesign des MBWP hat wesentlich zur Qualität der Resultate beitragen können. Durch die Verwendung von Audiodateien und anschließender Trans-

kribierung der Therapiestunden basiert die Beurteilung der therapeutischen Zusammenarbeit mithilfe des Instruments CALPAS-R auf verlässlichen Daten, denn eine mögliche Verfälschung durch retrospektive Notizen oder durch verdrängtes Material wurde dadurch ausgeschlossen. Der Einfluss eines Erwartungseffektes auf die Beurteilung der therapeutischen Allianz wurde dadurch entgegengewirkt, dass beide Rater doppelverblindet waren und somit weder Informationen zur therapeutischen Dyade noch zum Messzeitpunkt vorlagen. Einer Überschätzung der erzielten Therapieeffekte, die sich leicht durch die alleinige Berücksichtigung von sogenannten *completers* ergibt, wurde durch die Anwendung der LOCF-Methode vorgebeugt.

Durch das naturalistische Studiendesign stoßen die Erhebungsmethoden auch an ihre Grenzen. So sind die Katamnesedaten mit Vorsicht zu interpretieren, denn bedingt durch die unterschiedlich langen Therapien konnte keine klar definierte Abgrenzung zwischen Therapieende und Katamnesezeitraum für alle Patienten bestimmt werden. Deshalb wurde zur Beurteilung der strukturellen Veränderungen nach Beendigung einer Therapie eine durchschnittliche Katamnesedauer von 1.7 Jahren herangezogen. Allerdings wird die Sinnhaftigkeit einer Katamneseerhebung durch die teilweise weitere positive Entwicklung, aber auch dadurch, dass sich strukturelle Veränderungen überhaupt erst zu diesem späten Messzeitpunkt nachweisen ließen, unterstrichen.

Die Frage, ob sich das Bindungsmuster durch die Zunahme der Mentalisierungsfähigkeit verändert oder ob eine umgekehrte Reihenfolge eher wahrscheinlich ist, wurde anhand der zwei Einzelauswertungen untersucht, kann aber nicht eindeutig beantwortet werden. Eine Einschränkung liegt möglicherweise darin, dass sowohl die Mentalisierungsfähigkeit als auch die Bindungsklassifizierung alleinig auf Basis des AAI beurteilt wurde. Die Klärung dieser noch offenen Frage sollte daher durch die Anwendung von zwei unterschiedlichen Messinstrumenten zur Beurteilung der Mentalisierungsfähigkeit und zur Einstufung des vorherrschenden Bindungsmusters vorgenommen werden.

Insgesamt zeichnet sich ab, dass die im MBWP verwendeten Instrumente zu wenig sensitiv auf die Veränderungsmessungen im Rahmen der Bindung, der Mentalisierung und der therapeutischen Allianz reagierten. Für alle untersuchten Konstrukte wäre deshalb der Einsatz von Instrumenten mit einer höheren Feinauflösung wünschenswert. Die Überprüfung der Hypothesen sollte erneut an einer größeren Stichprobe erfolgen, denn sie werden für die Forschung als relevant eingestuft.

5.7 Schlussfolgerung

Bei der Erforschung psychoanalytischer Langzeittherapien spielen eine Vielzahl an interagierenden Variablen eine Rolle und die Möglichkeit, dass diese Komplexität erforscht werden kann, wird in Frage gestellt. Das MBWP hat sich diesen Herausforderungen mithilfe eines naturalistischen, quasi-experimentellen Designs und der mixed-methods-research

Methode gestellt. Die Forschungsfrage *Welches Ausmaß an strukturellen Veränderungen wird durch eine psychoanalytische Langzeittherapie erreicht?* ist zweifellos nicht leicht zu beantworten. Auf der deskriptiven Ebene bildeten sich unerwartete Ergebnisse und tendenzielle Entwicklungen ab, die unabhängig von quantitativen Messungen und signifikanten Resultaten klinische Bedeutsamkeit implizieren. Aufgezeigt werden konnte, dass sich die Veränderungsprozesse für die Bindung und die Mentalisierung in Abhängigkeit des primären Bindungsmusters der Patienten unterscheiden, während diese Beobachtung im Rahmen der therapeutischen Allianz nicht gemacht wurde.

Der Forschungsfrage *Welche Rolle spielt die Bindungssensibilisierung des Therapeuten bei der strukturellen Veränderung der Patienten im Rahmen einer psychoanalytischen Langzeittherapie?* wird durch die getrennte Erfassung der strukturellen Veränderungen in der Experimental- und Kontrollgruppe begegnet. Im Rahmen der Bindung schnitt die Experimentalgruppe besser ab. Die Ergebnisse im Rahmen der Mentalisierungsfähigkeit sind dagegen nicht derart klar einzuordnen, denn überraschenderweise zeigte sich ein günstigeres Abschneiden in der Kontrollgruppe. Ob die Kontrollgruppe aufgrund niedrigerer Ausgangswerte eine deutlichere Entwicklung erfuhr als die Experimentalgruppe bedarf weiterer Forschung und sollte vorerst nicht überinterpretiert werden. Die signifikant positivere Bewertung der therapeutischen Allianz in der Experimentalgruppe, die sich im Verlauf der Therapie für die Kontrollgruppe nicht abzeichnete, spricht wiederum dafür, dass eine therapeutische Bindungssensibilisierung einen vorteilhaften Einfluss auf die strukturellen Veränderungen des Patienten hat. Definitiv positiv beantworten lässt sich die Forschungsfrage bisher aber nicht.

Die korrelativen Überprüfungen zwischen den zu Therapiebeginn vorliegenden Patientenvariablen und der Outcome-Variable Strukturelle Verbesserung zeigte keine Zusammenhänge. Dieses Ergebnis steht nicht im Einklang mit zahlreichen Forschungsbefunden, weshalb die Operationalisierung der Variable Strukturelle Verbesserung zu hinterfragen ist und/oder zukünftig an größeren Stichproben wiederholt werden sollte.

Durch die Prozessanalyse konnten wichtige Unterschiede in den Patienten- und Therapeutenbeiträgen zur therapeutischen Zusammenarbeit beobachtet werden, die anhand eines alleinigen Prä-Post-Vergleichs verborgen geblieben wären.

Wichtige Marker zur Diskriminierung eines günstigen vs. ungünstigen Therapieverlaufs wurden durch die qualitative Auswertung mit der Überprüfung der Übertragungs-Gegenübertragungskonstellation in zwei Langzeitverläufen bestimmt. Das Potential erfolgreicher Behandlungen ließe sich mit diesem Wissen zukünftig optimieren. Die zugrunde liegenden Schwierigkeiten im adäquaten Umgang mit Affekten sowohl auf Patienten- als auch auf Therapeutenseite ließen sich mit den in MBWP eingesetzten Forschungsinstrumenten nicht ausreichend abbilden. Zusammenfassend kann ein wichtiger Beitrag zur Klärung der Frage nach dem *Wie* von Veränderungsprozessen geleistet werden:

- die Stabilität der therapeutischen Fähigkeiten wirkt sich günstig auf die therapeutische Zusammenarbeit aus
- die Veränderung der Arbeitsfähigkeit des Patienten verläuft nicht linear
- durch die Untersuchung der Übertragungs-Gegenübertragungskonstellation auf Itemebene kann eine förderliche von einer hinderlichen therapeutischen Zusammenarbeit unterschieden werden

Insgesamt wurden wesentliche Wirkfaktoren für die Voraussetzung struktureller Veränderungsprozesse durch die mikroprozessuale und interaktionelle Prozessforschung identifiziert.

Die Überzeugung Freuds (1942, S. 16) „Ich darf behaupten, die analytische Methode der Psychotherapie ist diejenige, welche am eindringlichsten wirkt, am weitesten trägt, durch welche man die ausgiebigste Veränderung des Kranken erzielt“ wird durch die vorgelegten Resultaten der MBWP Studie über die nachhaltige strukturelle Veränderung durch eine psychotherapeutische Langzeittherapie bekräftigt. Insbesondere die erzielten Entwicklungen für desorganisierte Patienten unterstreichen diese Aussage, da sie als besonders herausfordernde Patientengruppe gelten. Einer der Einwände von Praktikern gegen Forschungsbemühungen lautet, dass die Persönlichkeit des Therapeuten bzw. die therapeutische Beziehung der zentrale Wirkfaktor in der Psychotherapie ist und hierzu die Forschung nichts Wesentliches beizutragen hat. Durch die im Rahmen des MBWP gewonnenen Erkenntnisse wurde die Bindungs-sensibilisierung als eine effektive Therapeutenvariable identifiziert, die an weniger effektiv arbeitende Therapeuten vermittelt werden sollte. Mit der PWC Subskala zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kann dem Therapeuten ein Werkzeug an die Hand gegeben werden, mit dem er die vorübergehenden Verschlechterungen in der therapeutischen Zusammenarbeit identifizieren und anschließende Therapiefortschritte seines Patienten evaluieren kann. Die Annahme des Dosis-Wirkung-Modells, dass höhere Veränderungen in den frühen Sitzungen erreicht werden und danach die Veränderungskurve abflacht, kann stark angezweifelt werden. Denn im MBWP ließ sich eine ansteigende Veränderungskurve mitunter erst zu einem späteren Zeitpunkt in der Therapie beobachten. Daraus wird abgeleitet, dass für die Behandlung von Patienten mit einer schwereren Beeinträchtigung eine ausreichende Therapiedosis notwendig ist. Mittlerweile ist unbestritten, dass es sich bei der psychoanalytischen Langzeittherapie um eine ökonomische Behandlungsform handelt. Ein ausreichender Therapieumfang hilft Folgekosten einer möglichen Chronifizierung psychischer Erkrankungen zu vermeiden und damit Versorgungskosten einzusparen. Aus diesen Gründen sollte die psychoanalytische Psychotherapie in der Richtlinien-Psychotherapie und damit in der ambulanten Versorgung erhalten bleiben.

Insgesamt konnte durch die MBWP Studie die Wirksamkeit psychoanalytischer Psychotherapien unter üblichen Praxisbedingungen nachgewiesen werden. Zudem wurde durch

die Berücksichtigung einer Patientengruppe mit gemischtem Störungsbild die externe Validität erhöht, weshalb sich die Studienergebnisse gut in der Alltagspraxis umsetzen lassen. Allerdings ist die Generalisierbarkeit der vorgelegten Resultate aufgrund der Überrepräsentationen unterschiedlicher Bindungsmuster sowie der bereits zu Therapiebeginn signifikant unterschiedlichen Mentalisierungswerte in der Experimental- und der Kontrollgruppe nicht gegeben. Die uneinheitlichen Befunde sollten zudem an einer größeren Stichprobe überprüft werden.

6 Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development, 41*(1), 49-67. doi:10.2307/1127388
- Altmann, U., Thielemann, D., & Strauß, B. (2016). Ambulante Psychotherapie unter Routinebedingungen: Forschungsbefunde aus dem deutschsprachigen Raum. *Psychiatrische Praxis, 43*(7), 360-366. doi:10.1055/s-0042-115616
- Altmann, U., Zimmermann, A., Kirchmann, H. A., Kramer, D., Fembacher, A., Bruckmayer, E., et al. (2016). Outpatient psychotherapy reduces health-care-costs: A study of 22.294 insurants over 5 years. *Frontiers in Psychiatry, 7*(98), 1-8. doi:10.3389/fpsyt.2016.00098
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10.000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development, 11*(3), 223-263. doi:10.1080/14616730902814762
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 842-852. doi:10.1037/0022-006X.75.6.842
- Bänninger-Huber, E. (2001). Von der Erfolgsforschung zur Prozessforschung - und wieder zurück? Zum aktuellen Stand der Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum. *Psychotherapeut, 46*(5), 348-352. doi:10.1007/s002780100182
- Barber, J. P., Zilcha-Mano, S., Gallop, R., Barrett, M., McCarthy, K. S., & Dinger, U. (2014). The associations among improvement and alliance expectations, alliance during treatment, and treatment outcome for major depressive disorder. *Psychotherapy Research, 24*(3), 257-268. doi:10.1080/10503307.2013.871080
- Beebe, B., & Steele, M. (2013). How does microanalysis of mother-infant communication inform maternal sensitivity and infant attachment? *Attachment & Human Development, 15*(5/6), 583-602. doi:10.1080/14616734.2013.841050
- Bohus, M. (2015). Elfenbeintürme im Treibsand oder: Was macht es so schwierig, Erkenntnisse aus der Forschung in der therapeutischen Praxis umzusetzen? *Verhaltenstherapie, 25*, 145-155. doi:10.1159/000381154
- Bollas, C. (2012). *Der Schatten des Objekts: Das ungedachte Bekannte. Zur Psychoanalyse der frühen Entwicklung* (3 Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bolm, T. (2010). Mentalisierungsförderung: Wie viel Bindungserleben hilft welchem Patienten weiter? *Psychotherapeut, 55*(4), 335-338. doi:10.1007/s00278-010-0756-5
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy Theory: Research, Practice, Training, 16*(3), 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Bowlby, J. (2006). *Trennung: Angst und Zorn*. München: Reinhardt.
- Brandl, Y., Bruns, G., Gerlach, A., Hau, S., Janssen, P. L., Kächele, H., et al. (2004). Psychoanalytische Therapie. Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse, 20*(1), 13-125. doi:10.1007/s00451-004-0187-4
- Brockmann, J., & Kirsch, H. (2015). Mentalisierung in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal, 14*(1), 13-22. Verfügbar unter <https://mentalisierung.net/wp-content/uploads/Mentalisieren-JBHK-2015.pdf>
- Buchheim, A., & George, C. (2012). Das Adult Attachment Interview (AAI) und das Adult Attachment Projective Picture System (AAP). In S. Doering & S. Hörz (Hrsg.). *Handbuch der Strukturdiagnostik: Konzepte, Instrumente, Praxis* (S. 182-224). Stuttgart: Schattauer.
- Buchheim, A., Hörz-Sagstetter, S., Doering, S., Rentrop, M., Schuster, P., Buchheim, P., et al. (2017). Change of unresolved attachment in borderline personality disorder: RCT Study

- of transference-focused psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(5), 314-316. doi:10.1159/000460257
- Buchheim, A., & Kächele, H. (2002). Das Adult Attachment Interview und psychoanalytisches Verstehen: Ein klinischer Dialog. *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 56(09/10), 946-973.
- Buchheim, A., & Strauß, B. (2002). Interviewmethoden der klinischen Bindungsforschung. In B. Strauß, A. Buchheim, & H. Kächele (Hrsg.). *Klinische Bindungsforschung: Theorien, Methoden, Ergebnisse* (S. 27-53). Stuttgart: Schattauer.
- Buchheim, A., Viviani, R., Kessler, H., Kächele, H., Cierpka, M., Roth, G., et al. (2012). Neuronale Veränderungen bei chronisch-depressiven Patienten während psychoanalytischer Psychotherapie. Funktionelle-Magnetresonanztomographie-Studie mit einem Bindungsparadigma. *Psychotherapeut*, 57(3), 219-226. doi:10.1007/s00278-012-0909-9
- Cahill, J., Barkham, M., Hardy, G., Gilbody, S., Richards, D., Bower, P., et al. (2008). A review and critical appraisal of measures of therapist-patient interactions in mental health settings. *Health Technology Assessment*, 12(24), iii, ix-47. doi:10.3310/hta12240
- Catty, J. (2004). 'The vehicle of success': Theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77(2), 255-272. doi:10.1348/147608304323112528
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07081360
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Crits-Christoph, P., & Connolly Gibbons, M. B. (2003). Research developments on the therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(2), 332-349. doi:10.1080/07351692309349036
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, K., Narducci, J., Schamberger, M., & Gallop, R. (2006). Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16(3), 268-281. doi:10.1080/10503300500268557
- Crits-Christoph, P., & Connolly, M. B. (1999). Alliance and technique in short-term dynamic therapy. *Clinical Psychology Review*, 19(6), 687-704. doi:10.1016/S0272-7358(98)00079-8
- de Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(1), 1-23. doi:10.1080/10673220902742476
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642-649. doi:10.1016/j.cpr.2012.07.002
- Delsignore, A., Rufer, M., Moergeli, H., Emmerich, J., Schlesinger, J., Milos, G., et al. (2014). California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS): Psychometric properties of the German version for group and individual therapy patients. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 736-742. doi:10.1016/j.comppsy.2013.11.020
- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237-248. doi:10.1037/a0022425
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T., & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 277-290. doi:10.1037/a0016913
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., et al. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389-395. doi:10.1192/bjp.bp.109.070177

- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research, 10*(4), 421-434. doi:10.1093/ptr/10.4.421
- Einsle, F., & Härtling, S. (2015). Die Erforschung der Psychotherapie: Aktueller Stand und Themen für die Zukunft. *Psychotherapie Wissenschaft, 5*(1), 38-50. Verfügbar unter <https://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psywis/article/view/295/630>
- Ekeblad, A., Falkenström, F., & Holmqvist, R. (2016). Reflective functioning as predictor of working alliance and outcome in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(1), 67-78. doi:10.1037/ccp0000055
- Endres, M., & Hauser, S. (2002). Bindungstheorie und Entwicklungspsychologie: Einführende Anmerkungen. In M. Endres & H. S. (Hrsg.). *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (2. Aufl., S. 9-17). München: Ernst Reinhardt.
- Ermann, M. (2008). Gebenübertragung. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (3. Aufl., S. 233-239). Stuttgart: Kohlhammer.
- Eubanks-Carter, C., Gorman, B. S., & C., M. J. (2012). Quantitative naturalistic methods for detecting change points in psychotherapy research: An illustration with alliance ruptures. *Psychotherapy Research, 22*(6), 621-637. doi:10.1080/10503307.2012.693772
- Falkenström, F., Grant, J., Broberg, J., & Sandell, R. (2007). Self-analysis and post-termination improvement after psychoanalysis and long-term psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 55*(2), 629-674. doi:10.1177/00030651070550020401
- Falkenström, F., Solbakken, O. A., Möller, C., Lech, B., Sandell, R., & Holmqvist, R. (2014). Reflective functioning, affect consciousness, and mindfulness: Are these different functions? *Psychoanalytic Psychology, 31*(1), 26-40. doi:10.1037/a0034049
- Farber, B. A., Feldman, S., & Wright, A. J. (2014). Client disclosure and therapist response in psychotherapy with women with a history of childhood sexual abuse. *Psychotherapy Research, 24*(3), 316-326. doi:10.1080/10503307.2013.817695
- Fenton, L. R., Cecero, J. J., Nich, C., Frankforter, T. L., & Carroll, K. M. (2001). Perspective is everything: The predictive validity of six working alliance instruments. *The Journal of Psychotherapy Practice Research, 10*(4), 262-268. Verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330662/>
- Fischer-Kern, M., Buchheim, A., Hörz, S., Schuster, P., Doering, S., Kapusta, N. D., et al. (2010). The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology, 27*(4), 395-409. doi:10.1037/a0020862
- Fischer-Kern, M., Doering, S., Taubner, S., Hörz, S., Zimmermann, J., Rentrop, M., et al. (2015). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: Change in reflective function. *The British Journal of Psychiatry, 207*(2), 173-174. doi:10.1192/bjp.bp.113.143842
- Fischer-Kern, M., & Fonagy, P. (2012). Die reflective functioning scale. In S. Doering & S. Hörz (Hrsg.). *Handbuch der Strukturdiagnostik: Konzepte, Instrumente, Praxis* (S. 225-255). Stuttgart: Schattauer.
- Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N. D., Luyten, P., Boss, S., Naderer, A., et al. (2013). Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(3), 202-207. doi:10.1097/NMD.0b013e3182845c0a
- Fischer-Kern, M., Nolte, T., Kadi, B., & Naderer, A. (2014). Bindungsrepräsentation bei stationär behandelten chronisch-depressiven Patientinnen: Pilotstudie. *Psychotherapeut, 59*(6), 467-473. doi:10.1007/s00278-014-1079-8
- Fischer-Kern, M., Tmej, A., Kapusta, N. D., Naderer, A., Leithner-Dziubas, K., Löffler-Stastka, H., et al. (2008). Mentalisierungsfähigkeit bei depressiven Patientinnen: Eine Pilotstudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 54*(4), 368-380. doi:10.13109/zptm.2008.54.4.368
- Flückiger, C., Horvath, A. O., Del Re, A. C., Symonds, D., & Holzer, C. (2015). Bedeutung der Arbeitsallianz in der Psychotherapie: Übersicht aktueller Metaanalysen. *Psychotherapeut, 60*(2), 187-192. doi:10.1007/s00278-015-0020-0

- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51*(3), 372-380. doi:10.1037/a0036505
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology, 62*(4), 411-430. doi:10.1002/jclp.20241
- Fonagy, P., & Campbell, C. (2017). Böses Blut - Ein Rückblick: Bindung und Psychoanalyse 2015. *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 71*(4), 275-305. doi:10.21706/ps-71-4-275
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 21*(4), 1355-1381. doi:10.1017/S0954579409990198
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., et al. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS One, 11*(7), e0158678. doi:10.1371/journal.pone.0158678
- Fonagy, P., T., L., 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. doi:10.1037/0022-006X.64.1.22
- Fonagy, P., & Target, M. (2004). Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentanzen für die Betreuung und das Wachstum des Kindes. In P. Fonagy & M. Target (Hrsg.). *Frühe Bindung und psychische Entwicklung: Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung* (S. 49-69). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective functioning manual*. [Unpublished Manuscript]. (Version 5). London, UK.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1985). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 14*(3), 387-421. doi:10.1016/S0002-7138(09)61442-4
- Freud, S. (1912). Zur Dynamik der Übertragung. In S. Freud (Hrsg.). *Gesammelte Werke, Band VIII: Werke aus den Jahren 1909-1913* (S. 364-374). London, UK: S. Fischer.
- Freud, S. (1942). Über Psychotherapie. In S. Freud (Hrsg.). *Gesammelte Werke, Band V: Werke aus den Jahren 1904-1905* (S. 13-28). London, UK: S. Fischer.
- Frischenschlager, O. (2000). Die therapeutische Beziehung in der Psychoanalyse. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 21*(4), 341-358.
- Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the california psychotherapy alliance scales: Patient version. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*(1), 68-74. doi:10.1037/1040-3590.3.1.68
- Gaston, L., & Marmar, C. R. (1993). *Manual of the California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS)*. Unpublished Manuscript. McGill University, Montreal, CA.
- Gaston, L., Piper, W., Debbane, E., Bienvenu, J.-P., & Garant, J. (1994). Alliance and technique for predicting outcome in short- and long-term analytic psychotherapy. *Psychotherapy Research, 4*(2), 121-135. doi:10.1080/10503309412331333952
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research, 24*(2), 117-131. doi:10.1080/10503307.2013.845920
- George, C., & West, M. (2001). The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: The adult attachment projective. *Attachment & Human Development, 3*(1), 30-61. doi:10.1080/14616730010024771
- Gloger-Tippelt, G. (2001). Das Adult Attachment Interview: Durchführung und Auswertung. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.). *Bindung im Erwachsenenalter: Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (S. 102-120). Bern: Hans Huber.
- Gomille, B. (2001). Unsicher-präokkupierte mentale Bindungsmodelle. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.). *Bindung im Erwachsenenalter: Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (S. 201-225). Bern: Hans Huber.
- Goodman, G. (2010). Clinical Applications. In G. Goodman (Hrsg.). *Transforming the internal world and attachment* (Vol. 2). Plymouth: Jason Aronson.

- Grande, T. (2007). Wie inszenieren sich dysfunktionale Beziehungsmuster in der Therapeut-Patient-Interaktion? *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 57(1), 61-69. doi:10.1055/s-2006-951921
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34(2), 155-179. doi:10.1002/j.2167-4086.2008.tb00334.x
- Grice, H. P. (1975). Logic and conversation. In P. Cole & J. Morgan (Hrsg.). *Syntax and semantics: Speech acts* (Vol. 3, S. 41-58). New York, NY, US: Academic Press.
- Grienenberger, J., Kelly, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, 7(3), 299-311. doi:10.1080/14616730500245963
- Grossmann, K. E., & Grossmann, K. (2007). Die Entwicklung psychischer Sicherheit in Bindungen: Ergebnisse und Folgerungen für die Therapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53(1), 9-28. doi:10.13109/zptm.2007.53.1.9
- Gullestad, F. S., Johansen, M. S., Høglend, P., Karterud, S., & Wilberg, T. (2013). Mentalization as a moderator of treatment effects: Findings from a randomized clinical trial for personality disorders. *Psychotherapy Research*, 23(6), 674-689. doi:10.1080/10503307.2012.684103
- Gumz, A. (2012). Kritische Momente im Therapieprozess: Chance oder Sackgasse?. *Psychotherapeut*, 57(3), 256-262. doi:10.1007/s00278-012-0899-7
- Gumz, A., Brähler, E., Geyer, M., & Erices, R. (2012). Crisis-repair sequences: Considerations on the classification and assessment of breaches in the therapeutic relationship. *BMC Medical Research Methodology*, 12(10). doi:10.1186/1471-2288-12-10
- Harlow, H. (1958). The Nature of Love. *American Psychologist*, 13(12), 673-685.
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy Theory: Research, Practice, Training*, 43(3), 292-299. doi:10.1037/0033-3204.43.3.292
- Hau, S. (2008). *Unsichtbares sichtbar machen: Forschungsprobleme in der Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hau, S. (2012). Die Kluft zwischen kontrollierter Forschung und klinischer Praxis in der Psychotherapie: Ein Blick in den Abgrund. *Psychoanalyse: Texte zur Sozialforschung*, 30(3/4), 484-493. Verfügbar unter https://www.psychologie-aktuell.com/index.php?id=95&tx_news_pi1%5Bnews%5D=420&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=91a3747bebdd6a3a35c3d2c809860d95
- Henningsen, F. (2012). *Psychoanalysen mit traumatisierten Patienten: Trennung, Krankheit, Gewalt*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hentschel, U. (2005). Therapeutische Allianz. Teil 1: Die Entwicklungsgeschichte des Konzepts und moderne Forschungsansätze. *Psychotherapeut*, 50(5), 305-317. doi:10.1007/s00278-005-0440-3
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O. E., von der Lippe, A., & Monsen, J. T. (2009a). Pretreatment patient characteristics related to the level and development of working alliance in long-term psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(2), 172-180. doi:10.1080/10503300802657374
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O. E., von der Lippe, A., & Monsen, J. T. (2009b). Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(2), 100-110. doi:10.1002/cpp.605
- Hesse, E. (2008). The adult attachment interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Hrsg.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2 Aufl., S. 552-598). New York, NY, US: Guilford Press.
- Hirsch, M. (2002). *Schuld und Schuldgefühl* (3 Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hofmann, V. (2001). Psychometrische Qualitäten des Adult Attachment Interviews. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.). *Bindung im Erwachsenenalter* (S. 121-153). Bern: Hans Huber.

- Holmes, J. (2015). Attachment theory in clinical practice: A personal account. *British Journal of Psychotherapy*, 31(2), 208-228. doi:10.1111/bjp.12151
- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. *Psychotherapy Research*, 15(1/2), 3-7. doi:10.1080/10503300512331339143
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi:10.1037/a0022186
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York, NY, US: Wiley.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. doi:10.1037/0022-006X.61.4.561
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. doi:10.1037/0022-0167.38.2.139
- Hörz-Sagstetter, S., Mertens, W., Isphording, S., Buchheim, A., & Taubner, S. (2015). Changes in reflective functioning during psychoanalytic psychotherapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 63(3), 481-509. doi:10.1177/0003065115591977
- Huber, D., Zimmermann, J., Henrich, G., & Klug, G. (2012). Comparison of cognitive-behaviour therapy with psychoanalytic and psychodynamic therapy for depressed patients: A three-year follow-up study. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 58(3), 299-316. doi:10.13109/zptm.2012.58.3.299
- Juen, F., Arnold, L., Meissner, D., Nolte, T., & Buchheim, A. (2013). Attachment disorganization in different clinical groups: What underpins unresolved attachment? *PSIHOLOGIJA*, 46(2), 127-141. doi:10.2298/PSI1302127J
- Karlsson, R., & Kermott, A. (2006). Reflective-Functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(1), 65-84. doi:10.1037/0033-3204.43.1.65
- Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 107-117. doi:10.1016/j.cpr.2013.12.003
- Kerz-Rühling, I. (2008). Deckerinnerung. In W. Mertens, Waldvogel, B. (Hrsg.). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (3 Aufl., S. 123-126). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kirchmann, H., Thomas, A., Brüderle, E., & Strauß, B. (2011). Zum Einfluss von Bindungsmerkmalen auf Gegenübertragungsreaktionen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59(2), 123-132. doi:10.1024/1661-4747/a000062
- Korfmacher, J., Adam, E., Ogawa, J., & Egeland, B. (1997). Adult attachment: Implications for the therapeutic process in a home visitation intervention. *Applied Developmental Science*, 1(1), 43-52. doi:10.1207/s1532480xads0101_5
- Kuipers, G. S., van Loenhout, Z., van der Ark, L. A., & Bekker, M. H. J. (2018). Is reduction of symptoms in eating disorder patients after 1 year of treatment related to attachment security and mentalization? *Eating Disorders*, 26(3), 263-269. doi:10.1080/10640266.2017.1384916
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011). Double standards in psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(1), 48-51. doi:10.1159/000315365
- Leichsenring, F., & Rieger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50(2), 203-217. doi:10.13109/zptm.2004.50.2.203
- Leuzinger-Bohleber, M., Benecke, C., & Hau, S. (2015). Psychoanalytische Forschung: Methoden und Kontroversen in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität. In C. Benecke, L. Gast, M. Leuzinger-Bohleber, & W. Mertens (Hrsg.). *Psychoanalyse im 21. Jahrhundert: Klinische Erfahrung, Theorie, Forschung, Anwendung* (Vol. 8). Stuttgart: Kohlhammer.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040. doi:10.1037/0022-006X.74.6.1027

- Lorenz, K. (1935). Der Kumpan in der Umwelt des Vogels. *Journal für Ornithologie*, 83(3), 289-413. doi:10.1007/BF01905572
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Hrsg.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2. Aufl., S. 666-697). New York, NY, US: Guilford Press.
- Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Moran, G., Pederson, D. R., & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment & Human Development*, 8(2), 89-111. doi:10.1080/14616730600774458
- Main, M., & Goldwyn, R. (1998). *Adult Attachment Scoring and Classification System*. Unpublished Manuscript. University of California at Berkeley, CA, US.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Hrsg.). *The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (S. 121-160). Chicago, IL, US: University of Chicago Press.
- Mallinckrodt, B., Porter, M. J., & Kivlighan, D. M. J. (2005). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration, and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 85-100. doi:10.1037/0033-3204.42.1.85
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438
- Mayes, L. C. (2006). Arousal regulation, emotional flexibility, medial amygdala function, and the impact of early experience: comments on the paper of Lewis et al. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(4), 178-192. doi:10.1196/annals.1376.018
- McLaughlin, A. A., Keller, S. M., Feeny, N. C., Youngstrom, E. A., & Zoellner, L. A. (2014). Patterns of therapeutic alliance: rupture-repair episodes in prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 112-121. doi:10.1037/a0034696
- Mertens, M. (1998). *Psychoanalytische Grundbegriffe - Ein Kompendium* (2. überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.
- Mertens, M. (2016, December). *Die Psychoanalyse endet nicht bei Freud/Interviewer: D. Ärzteblatt*. (Vol Heft 5), Deutsches Ärzteblatt.
- Mertens, W. (1994). Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 40(4), 353-367. Verfügbar unter <https://www.jstor.org/stable/23997532>
- Mertens, W. (1995). Warum (manche) Psychoanalysen lange dauern (müssen). Gedanken zum angemessenen katamnestic Vorgehen. *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 49(5), 405-433. Verfügbar unter https://www.psyche.de/article/ps_1995_05_0405-0433_0405_01
- Mertens, W. (2012). *Psychoanalytische Schulen im Gespräch - Band 3: Psychoanalytische Bindungstheorie und moderne Kleinkindforschung*. Bern: Huber.
- Mertens, W. (2014). Psychoanalyse im 21. Jahrhundert: Eine Standortbestimmung. In C. Benecke, L. Gast, M. Leuzinger-Bohleber, & W. Mertens (Hrsg.). *Psychoanalyse im 21. Jahrhundert: Klinische Erfahrung, Theorie, Forschung, Anwendungen* (Vol. 4). Stuttgart: Kohlhammer.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2015). 'Boosting attachment security in adulthood: The 'broaden-and-build' effects of security-enhancing mental representations and interpersonal contexts. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Hrsg.). *Attachment Theory and Research - New Directions and Emerging Themes* (S. 124-144). New York, NY: Guilford Press.
- Minow, A. (2015). *Selbstwertkrisen, Scham und Umstrukturierung: Der Prozess von psychoanalytischen Langzeittherapien aus drei Perspektiven*. (Unveröffentlichte Dissertation), Ludwig-Maximilians-Universität München München.

- Möller, C., Falkenström, F., Holmqvist Larsson, M., & Holmqvist, R. (2014). Mentalizing in young offenders. *Psychoanalytic Psychology, 31*(3), 84-99. doi:10.1037/a0035555
- Moltu, C., Binder, P.-E., & Nielsen, G. H. (2010). Commitment under pressure: Experienced therapists' inner work during difficult therapeutic impasses. *Psychotherapy Research, 20*(3), 309-320. doi:10.1080/10503300903470610
- Moser, U. (1991). Vom Umgang mit Labyrinthen. Praxis und Forschung in der Psychoanalyse – eine Bilanz. *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 45*(4), 315-334. Verfügbar unter https://www.psyche.de/article/ps_1991_04_0315-0334_0315_01
- Moser, U., & Von Zeppelin, I. (1996). *Der geträumte Traum. Wie Träume entstehen und sich verändern*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Müller-Pozzi, H. (2012). Der Andere und das Objekt - Zur Metapsychologie der frühen Objektbeziehung. *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 66*(1), 61-84. Verfügbar unter https://www.psyche.de/article/ps_2012_01_0061-0084_0061_01
- Müller, C., Kaufhold, J., Overbeck, G., & Grabhorn, R. (2006). The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 79*(4), 485-494. doi:10.1348/147608305X68048
- Obegi, J. H. (2008). The development of the client-therapist bond through the lens of attachment theory. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 45*(4), 431-446. doi:10.1037/a0014330
- Parish, M., & Eagle, M. N. (2003). Attachment to the therapist. *Psychoanalytic Psychology, 20*(2), 271-286. doi:10.1037/0736-9735.20.2.271
- Poscheschnik, G. (2009). Empirische Forschung in der Psychoanalyse – Vorbehalte und Vorteile. *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 63*(4), 333-366. Verfügbar unter https://www.klett-cotta.de/ausgabe/PSYCHE_Heft_04_April_2009/16214?bereich_subnavi=zusammenfassung&artikel_id=16236
- Protz, J., Kächele, H., & Taubner, S. (2012). Die Ambivalenz mit der Therapieforschung - Beweggründe und Erfahrungen von Psychoanalytikern. *Forum Psychoanalyse, 28*(1), 67-88. doi:10.1007/s00451-011.0081-9
- Rabung, S., & Leichsenring, F. (2016). Evidenz für psychodynamische Langzeittherapie - Überblick über vorliegende Reviews. *Psychotherapeut, 61*(6), 441-446. doi:10.1007/s00278-016-0143-y
- Racker, H. (2002). *Übertragung und Gegenübertragung: Studien zur psychoanalytischen Technik* (6 Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Reiner, I. C., Fremmer-Bombik, E., Beutel, M. E., Steele, M., & Steele, H. (2013). Das Adult Attachment Interview: Grundlagen, Anwendung und Einsatzmöglichkeiten im klinischen Alltag. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 59*(3), 231-246. doi:10.13109/zptm.2013.59.3.231
- Rizq, R., & Target, M. (2010). 'If that's what I need, it could be what someone else needs.' Exploring the role of attachment and reflective function in counselling psychologists' accounts of how they use personal therapy in clinical practice: a mixed methods study. *British Journal of Guidance & Counselling, 38*(4), 459-481. doi:10.1080/03069885.2010.503699
- Rizq, R., & Target, M. (2010b). 'We had a constant battle'. The role of attachment status in counselling psychologists' experiences of personal therapy: Some results from a mixed-methods study. *Counselling Psychology Quarterly, 23*(4), 343-369. doi:10.1080/09515070.2010.534327
- Roisman, G. I., Holland, A., Fortuna, K., Fraley, R. C., Clausell, E., & Clarke, A. (2007). The Adult Attachment Interview and self-reports of attachment style: An empirical rapprochement. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*(4), 678-697. doi:10.1037/0022-3514.92.4.678
- Rudden, M., Milrod, B., Target, M., Ackerman, S., & Graf, E. (2006). Reflective functioning in panic disorder patients. A pilot study. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 54*(4), 1339-1343. doi:10.1177/00030651060540040109

- Rüger, U. (2008). Strukturelle Störung. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (3 Aufl., S. 716-721). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, J., & Strauß, B. (2002). Bindungscharakteristika und Behandlungserfolg nach stationärer psychodynamischer Gruppenpsychotherapie. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 52(3/4), 123-140. doi:10.1055/s-2002-24959
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286-291. doi:10.1037/0033-3204.43.3.286
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., & Schubert, J. (2001). Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojekts. *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 55(3), 277-310. Verfügbar unter https://www.psyche.de/article/ps_2001_03_0277-0310_0277_01
- Saß, H., Wittchen, H.-U., & Zaudig, M. (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F., et al. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapist' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20(2), 193-202. doi:10.1080/10503300903204043
- Schmücker, G., & Buchheim, A. (2002). Mutter-Kind-Interaktion und Bindung in den ersten Lebensjahren. In B. Strauß, Buchheim, A., Kächele, H. (Hrsg.). *Klinische Bindungsforschung: Theorien Methoden Ergebnisse* (S. 173-190). Stuttgart: Schattauer.
- Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7(3), 283-298. doi:10.1080/14616730500245880
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik, O. E., & Monsen, J. T. (2012). Affect integration as a predictor of change: Affect consciousness and treatment response in open-ended psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 22(6), 656-672. doi:10.1080/10503307.2012.700871
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., & Monsen, J. T. (2011). Affect integration and reflective function: Clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research*, 21(4), 482-496. doi:10.1080/10503307.2011.583696
- Spangler, G., & Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64(5), 1439-1450. doi:10.2307/1131544
- Staun, L., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., & Taubner, S. (2010). Mentalisierung und chronische Depression. *Psychotherapeut*, 55(4), 299-305. doi:10.1007/s00278-010-0752-9
- Steele, H., Steele, M., & Murphy, A. (2009). Use of the Adult Attachment Interview to measure process and change in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(6), 633-643. doi:10.1080/10503300802609698
- Steele, M. (2005). Bindung, reale Erfahrung und mentale Repräsentation. In V. Green (Hrsg.). *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften - Theoretische Konzepte und Behandlungspraxis* (S. 115-140). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Sterba, R. (1934). The Fate of the Ego in Analytic Therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126. Verfügbar unter <http://psycnet.apa.org/record/1934-05935-001>
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., et al. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 81-92. doi:10.1037/0022-0167.51.1.81
- Stovall-McClough, K. C., & Cloitre, M. (2003). Reorganization of unresolved childhood traumatic memories following exposure therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008(1), 297-299. doi:10.1196/annals.1301.036

- Strauß, B. (2001). Abschied vom Dodo-Vogel: Störungsspezifische versus allgemeine Therapie aus der Sicht der Psychotherapieforschung. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 51(11), 425-429. doi:10.1055/s-2001-18160
- Strauß, B. (2006). Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 51(1), 5-14. doi:10.1007/s00278-005-0461-y
- Strauß, B., Kirchmann, H., Eckert, J., Lobo-Drost, A., Marquet, A., Papenhausen, R., et al. (2006). Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: Results of a multisite study. *Psychotherapy Research*, 16(5), 579-594. doi:10.1080/10503300600608322
- Strauß, B., Lobo-Drost, A., & Pilkonis, P. A. (1999). Einschätzung von Bindungsstilen bei Erwachsenen - erste Erfahrungen mit der deutschen Version einer Prototypenbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47, 347-364. Verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/linkout/10.1055/s-2002-24958/id/60>
- Strauß, B., Mestel, R., & Kirchmann, H. A. (2011). Changes of attachment status among women with personality disorders undergoing inpatient treatment. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(4), 275-283. doi:10.1080/14733145.2010.548563
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., et al. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 337-345. doi:10.1037/0022-006X.74.2.337
- Streeck, U., & Leichsenring, F. (2011). *Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie: Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen* (2 Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Taubner, S. (2015). *Konzept Mentalisieren - Eine Einführung in Forschung und Praxis*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Taubner, S., Fritsch, S., Lück, M., Versterling, C., Böhmann, J., & Stumpe, A. (2014). Mentalisierung und Bindungstransmission [Mentalization and attachment transmission]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(9), 699-722. doi:10.13109/prkk.2014.63.9.699
- Taubner, S., Hörz, S., Fischer-Kern, M., Doreing, S., A., B., & Zimmermann, J. (2013). Internal Structure of the Reflective Functioning Scale. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 25(1), 127-135. doi:10.1037/a0029138
- Taubner, S., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., & Staun, L. (2011). The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression. *Psychiatry*, 74(1), 49-57. doi:10.1521/psyc.2011.74.1.49
- Taubner, S., Schulze, C. I., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., & Staun, L. (2015). Veränderungen der mentalisierten Affektivität nach 24 Monaten analytischer Psychotherapie bei Patienten mit chronischer Depression. *Psychotherapie Forum*, 20(1-2), 20-28. doi:10.1007/s00729-015-0032-9
- Taubner, S., & Sevecke, K. (2015). Kernmodell der Mentalisierungsbasierten Therapie. *Psychotherapeut*, 60(2), 169-184. doi:10.1007/s00278-015-0012-0
- Taubner, S., White, L. O., Zimmermann, J., Fonagy, P., & Nolte, T. (2013). Attachment-related mentalization moderates the relationship between psychopathic traits and proactive aggression in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(6), 929-938. doi:10.1007/s10802-013-9736-x
- Taubner, S., Wiswede, D., Nolte, T., & Roth, G. (2010). Mentalisierung und externalisierende Verhaltensstörungen in der Adoleszenz. *Psychotherapeut*, 55(4), 312-320. doi:10.1007/s00278-010-0753-8
- Taylor, P. I., Rietzschel, J., Danquah, A., & Berry, K. (2015). Changes in attachment representations during psychological therapy. *Psychotherapy Research*, 25(2), 222-238. doi:10.1080/10503307.2014.886791
- Tillman, J. G., Clemence, A. J., & Stevens, J. L. (2011). Mixed methods research design for pragmatic psychoanalytic studies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 59(5), 1023-1040. doi:10.1177/0003065111418650

- Tuckett, D. (2007). Wie können Fälle in der Psychoanalyse verglichen und diskutiert werden? Implikationen für künftige Standards der klinischen Arbeit. *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 61(9), 1042-1071. Verfügbar unter https://www.psyche.de/article/ps_2007_09_1042-1071_1042_01
- Vermote, R., Lowyck, B., Luyten, P., Vertommen, H., Corveleyn, J., Verhaest, Y., et al. (2010). Process and outcome in psychodynamic hospitalization-based treatment for patients with a personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(2), 110-115. doi:10.1097/NMD.0b013e3181cc0d59
- Watson, J. S. (1972). Smiling, cooing, and 'the game'. *Merrill-Palmer Quarterly*, 18(4), 323-339. Verfügbar unter <https://www.jstor.org/stable/23084026>
- Wimmer, H., & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13(1), 103-128. doi:10.1016/0010-0277(83)90004-5
- Wöller, W. (2015). Ressourcenbasierte psychodynamische Therapie bei traumaassoziierten Persönlichkeitsstörungen. *Psychologische Medizin*, 26(4), 20-27.
- Woodhouse, S., Ayers, S., & Field, A. P. (2015). The relationship between adult attachment style and post-traumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 35(1), 103-117. doi:10.1016/j.janxdis.2015.07.002
- Zegers, M. A. M., Schuengel, C., van IJzendoorn, M. H., & Janssens, J. M. A. M. (2006). Attachment representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: Predicting the development of therapeutic relationships. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 325-334. doi: 10.1037/0002-9432.76.3.325
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37(4-5), 369-375.
- Ziegenhain, U. (2001). Sichere mentale Bindungsmodelle. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.). *Bindung im Erwachsenenalter: Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (S. 151-168). Bern: Hans Huber.
- Zulauf-Logoz, M. (2014). Die Desorganisation der frühen Bindung und ihre Konsequenzen. In L. Ahnert (Hrsg.). *Frühe Bindung - Entstehung und Entwicklung* (2, aktualisierte Aufl., S. 297-312). München: Ernst Reinhardt.

7 Anhang

Anhang A

Interviewleitfaden des Adult Attachment Interviews

Das Interview, das ich mit Ihnen jetzt durchführen werde, wird ungefähr eine Stunde dauern, je nachdem was Sie mir alles zu erzählen haben. Es geht dabei hauptsächlich um Ihre Kindheit, doch wir werden auch auf spätere Jahre sowie auf Ihre heutige Lebenssituation zu sprechen kommen.

- 1) Geben Sie mir bitte zunächst einen kurzen Überblick über Ihre damalige Familiensituation. Erzählen Sie mir einfach, wo Sie geboren sind, wo Sie mit Ihren Eltern gelebt haben, ob Sie häufig umgezogen sind und was Ihre Eltern beruflich gemacht haben.
 - Haben Sie mit Ihren Großeltern als Kind viel Zeit verbracht? eventuell: Ihre Großmutter/Ihr Großvater väterlicherseits/mütterlicherseits starb, bevor Sie geboren wurden? Wie alt waren Ihre Mutter/Ihr Vater damals? Hat sie/er häufig von ihr/ihm erzählt?
 - Haben Sie Geschwister? Sind Sie zusammen mit Ihren Geschwistern bei Ihren Eltern aufgewachsen? Lebten außer Ihren Geschwistern und Ihren Eltern noch weitere Personen bei Ihnen zu Hause?
 - Hatten Sie eine(n) besten Freund(in)
 - Wer von den angesprochenen Personen war eine wichtige Bezugsperson?

- 2) Können Sie bitte versuchen, mir die Beziehung, die Sie als kleines Kind zu Ihrer Mutter und zu Ihrem Vater hatten, zu beschreiben? Am besten wäre es, wenn Sie mit den frühesten Erinnerungen beginnen würden.
 - *Falls es eine andere Bindungsfigur außer Mutter oder Vater gab, diese hier auch abfragen! (z. B. Oma)*
 - *Falls Patient Schwierigkeiten mit der Beantwortung dieser Frage hat, sollte mit konkreten Fragen weitergeholfen werden: Was haben Ihre Mutter/Ihr Vater denn so mit Ihnen gemacht? Haben Sie mit Ihnen gespielt? Wann waren Ihre Mutter/Ihr Vater daheim? Wie sahen die Wochenenden aus? Haben Sie etwas zusammen unternommen? Können Sie sich an ein bestimmtes Ereignis mit Ihrer Mutter/Ihrem Vater erinnern?*

- 3) Versuchen Sie nun fünf Eigenschaftswörter zu finden, welche die Beziehung zu Ihrer Mutter in Ihrer Kindheit (Kindheit bis Jugend) möglichst treffend beschreiben. Lassen Sie sich dafür ruhig Zeit und überlegen Sie erst Mal 1 Minute. Danach werde ich Sie fragen, welches konkrete Ereignis Sie damit verbinden, welche Episode Ihnen konkret dazu einfällt.

- *Adjektive sollten ruhig notiert werden!*
 - *Hier darauf achten, daß die Beziehung zwischen Mutter und Patient als Kind beschrieben wird; falls nicht, einmal Instruktion wiederholen*
 - *Nachdem Patient die Adjektive aufgezählt hat, diese einzeln nacheinander bzgl. Konkreter Episoden aus der Kindheit abfragen, z. B.: „Sie haben gesagt, die Beziehung zu Ihrer Mutter war freundlich, welches konkrete Ereignis verbinden Sie mit dieser Beschreibung?“*
 - *Die konkreten Erinnerungen sollten so früh wie möglich zurückreichen. Manchmal fangen Patienten in der späten Jugend an. Hier noch mal betonen, dass es um die Kindheit geht.*
- 4) Jetzt kommen wir auf Ihren Vater zu sprechen. Versuchen Sie nun fünf Eigenschaftswörter auszuwählen, welche die Beziehung zu Ihrem Vater in Ihrer Kindheit beschreiben. Lassen Sie sich wieder Zeit dafür. Ich werde Sie danach ebenfalls fragen, welches konkrete Ereignis Sie jeweils damit verbinden.
- *Nachfragen wie bei Frage 3*
- 5) Fühlten Sie sich Ihrem Vater oder Ihrer Mutter näher?
- *Woran lag das? Wenn Sie die Beziehung in Ihrer Kindheit einerseits zu Ihrer Mutter und andererseits die zu Ihrem Vater vergleichen, wie unterscheiden Sie sich voneinander?*
- 6) Wenn Sie sich als Kind nicht wohl gefühlt haben, was haben Sie dann gemacht?
- *Patient soll zu eigener Interpretation von "nicht wohl fühlen" angeregt werden, erst dann mit den weiteren Fragen fortfahren*
 - *Wenn Sie als Kind Kummer hatten oder traurig waren, was haben Sie dann gemacht? Fäll Ihnen dazu ein bestimmtes Ereignis ein?*
 - *Können Sie sich erinnern, was passiert ist, wenn Sie sich als Kind weh getan haben, wenn Sie sich verletzt hatten? Gibt es da eine bestimmte Situation, die Ihnen dazu einfällt?*
 - *Wie war das, wenn Sie als Kind krank waren? Sind damit bestimmte Erinnerungen verbunden? Wenn berichtet wird, dass man zu den Eltern gegangen ist, soll nach Details gefragt werden, die spontan dazu einfallen.*
 - *Danach direkt nachfragen, ob Patient als Kind von Eltern in den Arm genommen worden ist und ob er/sie sich körperlichen Kontakt gewünscht hat. Nimmt Patient in den Antworten nur auf einen Elternteil Bezug, soll nach dem anderen Elternteil gefragt werden.*
- 7) Können Sie sich erinnern, wann Sie als Kind zum ersten Mal von Ihren Eltern getrennt waren?
- *Wie kam es zu dieser Trennung? Wie alt waren Sie damals? Wie haben Sie diese Trennung erlebt? Wie haben Ihre Eltern auf diese Trennung reagiert?*
 - *Können Sie sich noch an andere Trennungserlebnisse erinnern?*

8) Haben Sie sich als kleines Kind jemals abgelehnt gefühlt?

- *Es ist hier wichtig, dass Sie diese Ablehnung als Kind so empfunden haben, auch wenn Sie dies vielleicht heute als Erwachsener ganz anders beurteilen würden. (Eventuell ein eigenes Beispiel geben oder ein Beispiel, das schon genannt wurde, jedoch genügend Zeit für eine eigene Interpretation lassen).*
- Wie alt waren Sie, als Sie sich zum ersten Mal so fühlten? Wie haben Sie darauf reagiert? Warum glauben Sie, haben sich Ihre Eltern so verhalten?
- Denken Sie, dass sich Ihre Eltern dieser zurückweisenden Haltung bewusst waren? **ACHTUNG!!** Vor dieser folgenden Frage darauf achten, dass traumatische Ereignisse nicht vom Interviewer eingebracht werden, falls Patient schon etwas erzählt hat. Die Frage „naiv“ stellen.

9) Haben Sie sich jemals von Ihren Eltern bedroht gefühlt, vielleicht auch dann, wenn Ihre Eltern Ihnen etwas aus Spaß oder aus disziplinarischen Gründen angedroht haben? Was genau ist passiert?

- Einige Personen, die wir befragt haben, berichten uns, dass Ihnen angedroht wurde, von Ihren Eltern verlassen zu werden oder von zu Hause weggeschickt zu werden. Haben Sie jemals erlebt, dass Ihre Eltern Ihnen das angedroht haben? Was genau ist passiert?
- Manche Personen haben uns erzählt, dass sie misshandelt (Schläge) oder missbraucht worden sind. Haben Sie so etwas Ähnliches auch erlebt? Gab es etwas Derartiges in Ihrer Familie? Wie alt waren Sie zu dieser Zeit? Ist es häufiger vorgekommen? Was genau ist passiert? Wie würden Sie das Ausmaß dieser Misshandlung beurteilen?
- Haben Sie sich früher einmal gefürchtet oder sich nicht sicher gefühlt? Was genau ist passiert?
- Haben Sie Angst, dass Ihnen heute so etwas noch mal widerfährt? Wann und in welchen Situationen genau tritt diese Angst wieder auf?
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen dieses Erlebnis / diese Erlebnisse heute als Erwachsener noch zu schaffen macht?
- Glauben Sie, dass es Auswirkungen auf Ihre Person gehabt hat? Hat es die Art und Weise, wie Sie mit Ihren Familienmitgliedern (Eltern) oder eigenen Kindern umgehen, beeinflusst?

10) In welcher Weise glauben Sie, haben die Erfahrungen mit Ihren Eltern Ihre Persönlichkeit als Erwachsener beeinflusst?

- Gibt es bestimmte Ereignisse (Aspekte), die Ihrer Meinung nach Ihre Entwicklung behindert haben?

11) Haben Sie eine Erklärung dafür, warum sich Ihre Eltern Ihnen als Kind gegenüber so verhalten haben, wie sie es getan haben?

12) Gab es neben Ihren Eltern noch weitere Erwachsene, die Ihnen sehr nahe standen, die Ihnen besonders wichtig waren? (Bedeutung bzw. Art der Beziehung)

ACHTUNG!! Vor dieser folgenden Frage darauf achten, dass Verlusterlebnisse nicht vom Interviewer eingebracht werden, falls Patient schon etwas erzählt hat. Die Frage „naiv“ stellen.

13) Haben Sie als kleines Kind den Tod irgendeines nahen Familienmitglieds erlebt?

- Könnten Sie mir die näheren Umstände beschreiben?
- Wie alt waren Sie damals?
- Wie haben Sie damals reagiert?
- Waren Sie auf den Tod vorbereitet oder kam er überraschend? Können Sie sich daran erinnern, wie Sie sich damals fühlten?
- Haben sich Ihre Gefühle in Bezug auf diesen Verlust im Verlauf der Zeit verändert?
- Durften Sie an der Beerdigung teilnehmen? Welche Bedeutung hatte dies für Sie?
- Glauben Sie, dass dieser Verlust Ihre Persönlichkeit beeinflusst hat?

- wenn Eltern oder Geschwister gestorben sind:
- Welche Auswirkungen hatte der Tod Ihrer Mutter/Ihres Vaters/Ihres Bruders/Ihrer Schwester auf die anderen Familienmitglieder und auf Ihr Zusammenleben (auf den anderen Elternteil, Haushalt, Lebensumstände)?
- Hat sich die Situation über die Jahre hinweg verändert?
- Wurde Ihre Beziehung zu Ihren Kindern dadurch beeinflusst?
- Sind weitere Personen, denen sie nahe standen, in letzter Zeit verstorben? (Nachfragen siehe oben)

14) Hat es in Ihrer Beziehung zu Ihren Eltern seit Ihrer Kindheit viele Veränderungen gegeben? Also über die ganze Kindheit hinweg bis heute? (Pubertät: Rebellion, Versöhnungen)

15) Wie sieht das Verhältnis, Ihre Beziehung zu Ihren Eltern heute aus?

- Wie viel Kontakt haben Sie; Ursache von Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit
- Inwiefern haben Sie die Erfahrungen mit ihren Eltern in Bezug auf Partnerbeziehungen beeinflusst?
- *Glauben Sie, dass diese früheren Erfahrungen einen Einfluss auf die Wahl ihres Partners haben?*

ACHTUNG: Vor Frage 16 erst fragen, ob Patient Kinder hat. Wenn nicht, Patient bitten, sich ein phantasiertes Kind vorzustellen.

16) Mit welchen Gefühlen reagieren Sie jetzt auf Trennungen von Ihrem Kind?

- Machen Sie sich jemals Sorgen um Ihr Kind? Hier darauf achten, ob sich Patient irrationale Sorgen macht. Diese genau abfragen.

-
- 17) Wenn Sie drei Wünsche für Ihre Tochter/Ihren Sohn frei hätten, wenn sie/er ungefähr 20 Jahre alt wäre, wie sähen die aus? Ich denke daran, was für eine Zukunft Sie Ihrem Kind wünschen. Lassen Sie sich ruhig eine Minute Zeit, um darüber nachzudenken.
- 18) Gibt es etwas Bestimmtes, von dem Sie annehmen, dass Sie es aus Ihren Kindheitserfahrungen gelernt haben? Was hoffen Sie, wird Ihre Tochter/Ihr Sohn einmal von Ihnen lernen?

Anhang B
Auswertungsbogen – Skala des Reflexiven Selbst

Demand-Fragen:

Rating:

1. Wie war Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter in Ihrer Kindheit? Fühlten Sie sich Ihrer Mutter nah?

.....

2. Warum hat sich Ihre Mutter in Ihrer Kindheit so verhalten?

.....

3. Wie war Ihre Beziehung zu Ihrem Vater in Ihrer Kindheit? Fühlten Sie sich Ihrem Vater nah?

.....

4. Warum hat sich Ihr Vater in Ihrer Kindheit so verhalten?

.....

5. Wem fühlten Sie sich näher, dem Vater oder der Mutter? Warum?

.....

6. Wem sind Sie ähnlicher, Vater oder Mutter? Warum?

.....

7. Wie würden Sie sich selbst beschreiben? Haben Ihre Kindheitserfahrungen Einfluß darauf gehabt, wie Sie heute sind?

.....

8. Fühlten Sie sich als Kind jemals zurückgewiesen oder unverstanden?

.....

9. Hat es seit Ihrer Kindheit in Ihrer Beziehung zu den Eltern irgendwelche Veränderungen gegeben?

-
10. Zum Umgang mit Verlusten/Trennungen/Traumatisierungen/Mißbrauch (jeweils einzeln zu bewerten

a) Wie haben Sie sich damals gefühlt, und wie haben sich die Gefühle über die Zeit hinweg verändert?

b) ...

-
11. Wie war/ist Ihre Beziehung zu Ihrem(n) Partner(n)? Erkennen Sie ein bestimmtes „Muster“ in Ihren Partnerschaften?

-
12. Jede andere Frage vom demand-Typ, die der Interviewer in einem jeweiligen Interview hinzugefügt (z.B. Und warum glauben Sie, hat sie/er sich so verhalten?).

.....
Hinweise auf negative Reflexivität: _____

Gesamtscore: _____ **Unterformen:** _____

Anhang C
Fragebogen CALPAS-R

VIDEOTAPE #: ____ AUDIOTAPE #: ____
SUBJECT ID: _____

RATER:
SESSION:

DATE:

CALIFORNIA PSYCHOTHERAPY ALLIANCE SCALES
RATER VERSION (CALPAS-R)

Instructions: While you review the therapy session, record your observations in the space provided for each item. After reviewing it, indicate for each item on the 7-point scale provided the degree to which it happened.

Patient Working Capacity

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Patient <u>self-discloses</u> thoughts, feelings, salient events, etc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Patient <u>self-observes</u> behaviors, thoughts, affects, etc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Patient explores <u>own contribution</u> to problems. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Patient <u>experiences</u> affects in a <u>modulated fashion</u> . | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Patient works <u>actively</u> with therapist's comments. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Patient <u>deepens</u> exploration of <u>salient</u> themes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

1 = not at all, 2 = A little bit, 3 = somewhat, 4 = Moderately, 5 = Quite a bit, 6 = Quite a lot,
7 = Very much so

Patient Commitment

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. Patient is confident that <u>efforts</u> will lead to change. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Patient is <u>willing</u> to make sacrifices, i.e., time and money. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Patient views therapy as <u>important</u> . | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Patient has <u>confidence</u> in therapy and therapist. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Patient <u>participates</u> in therapy <u>despite painful</u> moments. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Patient is <u>committed</u> to go through process to completion. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

1 = not at all, 2 = A little bit, 3 = somewhat, 4 = Moderately, 5 = Quite a bit, 6 = Quite a lot,
7 = Very much so

Working Strategy Consensus

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13. Therapy <u>proceeds in accord</u> with patient's ideas of helpful <u>change processes</u> . | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Patient and therapist <u>work together</u> in a joint struggle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Patient and therapist <u>agree</u> about the kind of <u>changes</u> to make. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Patient and therapist <u>share same sense</u> about how to proceed. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Patient and therapist <u>agree</u> on salient <u>themes</u> . | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Therapist <u>rigidly</u> applies technique.
(score to be reversed) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

1 = not at all, 2 = A little bit, 3 = somewhat, 4 = Moderately, 5 = Quite a bit, 6 = Quite a lot, 7 = Very much so

Therapist Understanding and Involvement

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19. Therapist is <u>understanding</u> of patient's <u>suffering</u> and <u>subjective world</u> . | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Therapist <u>demonstrates</u> non-judgmental <u>acceptance</u> and <u>positive regard</u> . | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Therapist <u>demonstrates commitment</u> to help and confidence in treatment. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. Therapist does <u>not misuse treatment</u> to serve own needs. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Therapist demonstrates <u>tact and timing</u> . | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. Therapist <u>facilitates work</u> on salient themes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

1 = not at all, 2 = A little bit, 3 = somewhat, 4 = Moderately, 5 = Quite a bit, 6 = Quite a lot, 7 = Very much so

Anhang D.1
Verwendetes Datenmaterial für das Instrument AAI

Vpn #	Gruppe	MZP1	MZP2	MZP3	MZP4	MZP5
1	EG	T1			T4	T6
2	EG	T1			T4	T6
3	EG	T1			T4	T6
4	EG	T1			T4	T6
5	EG	T1			T4	T6
6	EG	T1			T4	T6
7	EG	T1			T4	T6
11	EG	T1			T4	T6
12	KG	T1			T4	T6
13	KG	T1			TLOT	T6
14	KG	T1			T4	T6
15	KG	T1			TLOT	T6
16	KG	T1			TLOT	T6
17	KG	T1			T4	T6
18	KG	T1			T4	T6
19	KG	T1			T4	T5
20	KG	T1			T5	T6

Anhang D.2
Verwendetes Datenmaterial für das Instrument CALPAS

Vpn #	Gruppe	MZP1	MZP2	MZP3	MZP4	MZP5	MZP6
1	EG	T1	T2	T3	T4		
2	EG	T1	T2	T3	T4		
4	EG	T1	T2	T3	T4		400. Std.
5	EG	T1	T2	T3	T4		
6	EG	T1	T2	T3	T4	320. Std.	399. Std.
7	EG	T1	T2	T3	T4		
11	EG	T1	T2	T3	T4		
12	KG	T1	T2	T3	T4		
13	KG	T1	T2	T3	T4		
14	KG	T1	T2	T3	T4		
16	KG	T1	T2	T3	T4		
17	KG	T1	T2	T3	T4		
18	KG	T1	T2	T3	T4		
19	KG	T1	T2	T3	T4		
20	KG	T1	T2	T3	T4		

Anhang D.3

Verwendetes Datenmaterial für das Instrument RF

Vpn #	Gruppe	MZP1	MZP2	MZP3	MZP4	MZP5
1	EG	T1			T4	T6
2	EG	T1			T4	T6
3	EG	T1			T4	T6
4	EG	T1			T4	T6
5	EG	T1			T4	T6
6	EG	T1			T4	T6
7	EG	T1			T4	T6
11	EG	T1			T4	T6
12	KG	T1			T4	T6
13	KG	T1			TLOT	T6
14	KG	T1			T4	T6
15	KG	T1			TLOT	T6
16	KG	T1			TLOT	T6
17	KG	T1			T4	T6
18	KG	T1			T4	T6
19	KG	T1			T4	T5
20	KG	T1			T5	T6

Anhang E
OPD-Zertifizierung der Doktorandin

OPD

Arbeitskreis zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik e.V.

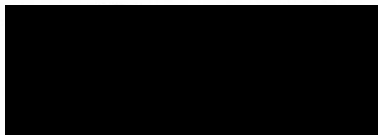
August 2014

Zertifikat

Frau **Dipl.-Psych. Julia Barten-Hohn** hat 2013/2014 eine Fortbildung in der „Operationalisierten psychodynamischen Diagnostik – OPD“ mit 60 Stunden absolviert (Grund- und Aufbaukurs).

Die Seminare wurden von durch die Arbeitsgruppe OPD autorisierten Trainern nach den Vorgaben des Ausbildungsausschusses der OPD durchgeführt.

Sie hat weiterhin einen Standardfall der Arbeitsgruppe bearbeitet und ihre Reliabilität als Beurteilerin nachgewiesen.



o.Univ.-Prof.Dr.G.Schüßler