

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/257301369>

The Adult Attachment Interview – Fundamentals, use, and applications in clinical work

Article in *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* · October 2013

Source: PubMed

CITATIONS

5

READS

586

5 authors, including:



Elisabeth Fremmer-Bombik
Universität Regensburg

17 PUBLICATIONS 1,017 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Miriam Steele
The New School

99 PUBLICATIONS 7,852 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Gender Sensitive Analyses of Mental Health (GESA) [View project](#)



Gutenberg Health Study [View project](#)

Das Adult Attachment Interview – Grundlagen, Anwendung und Einsatzmöglichkeiten im klinischen Alltag

Iris C. Reiner¹, Elisabeth Fremmer-Bombik², Manfred E. Beutel¹, Miriam Steele³, Howard Steele³

Summary

The Adult Attachment Interview – fundamentals, use, and applications in clinical work

The present paper looks at the potential of the Adult Attachment Interview (AAI) and its underlying basis in attachment theory for use in psychotherapeutic work. We summarize the basic tenets of attachment theory, detail the content and structure of the AAI, provide instructions for conducting the AAI, and introduce the Main et al. (2002) coding system. We then report on associations between AAI-Attachment groups and psychosomatic diseases and, finally, demonstrate applications of the AAI in clinical work and research.

Z Psychosom Med Psychother 59/2013, 231–246

Keywords

Adult Attachment Interview – AAI – Attachment Theory – Clinical Interview – Reflective Functioning

Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, das Potential des Adult Attachment Interviews (AAI, Bindungsinterview für Erwachsene) und den dahinterliegenden bindungstheoretischen Leitgedanken für die psychotherapeutische Arbeit vorzustellen. Wir fassen Grundlagen der Bindungstheorie zusammen, führen in Inhalt und Aufbau des AAI ein, geben Hinweise zu dessen Durchführung und stellen die Auswertemethode nach Main et al. (2002) in der Übersicht vor. Wir berichten über Zusammenhänge zwischen Bindungsstatus im AAI und psychosomatischen Erkrankungen und zeigen abschließend Möglichkeiten auf, das AAI in der klinischen Praxis und Forschung anzuwenden.

1. Einleitung und bindungstheoretischer Hintergrund

Das Adult Attachment Interview (AAI, Bindungsinterview für Erwachsene) ist ein halbstrukturiertes Interview über die aktuelle Bewertung früher Bindungserfah-

¹ Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

² Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Regensburg.

³ Center for Attachment Research, Department of Psychology, The New School for Social Research, New York.

rungen (George et al. 1985) und wurde im Rahmen entwicklungspsychologischer Längsschnittstudien entwickelt. In den vergangenen 25 Jahren ist das AAI in über 50 klinischen Studien zur Anwendung gekommen. Es ist sicherlich auch dem AAI zuzuschreiben, dass bindungstheoretische Überlegungen in jüngster Zeit in der Psychotherapie sehr breiten Anklang finden. Dies entspricht der ursprünglichen Intention John Bowlbys, der die Bindungstheorie zu „Diagnose- und Behandlungszwecken von emotional gestörten Patienten und Familien“ konzipiert hat (Bowlby 1988). Dabei geht es nicht um die Definition einer bestimmten Behandlungsform, vielmehr wird durch die Bindungstheorie das therapeutische Verständnis zum Wesen von Bindung und Beziehungsdynamik schulenübergreifend bereichert (Slade 2008).

Bowlby (1969/1982) ging von einem *angeborenen Bindungsverhaltenssystem* aus, das sich durch Suchen nach Nähe, Schutz und Fürsorge bei spezifischen Bezugspersonen im Verhalten äußert. Das Bindungsverhalten wird vor allem dann aktiviert, wenn sich das Kind bedroht oder in Gefahr fühlt. Dem Bindungsverhaltenssystem des Kindes steht antithetisch das *Explorationsverhaltenssystem* gegenüber, nach welchem das (Klein-)Kind durch angeborene Neugier in einem ständigen Lernprozess die Umwelt exploriert und erfährt (Bowlby 1988). Komplementär zum Bindungsverhalten des Kindes besteht auf Seiten der Bindungsperson das *Fürsorgeverhalten*, welches sich in der Fähigkeit äußert, die Bedürfnisse des Kindes nach Schutz und Nähe sensibel wahrzunehmen und darauf einzugehen. Dadurch stellt die Bindungsperson bei günstiger Entwicklung, welche vor allem durch deren *Feinfühligkeit* bedingt wird, eine so genannte *sichere Basis* („Secure base“; Bowlby 1988) dar, von der aus das Kind unter normalen Umständen die Umwelt explorieren, bei Gefahr oder Bedrohung hingegen Schutz und Nähe der Bindungsperson suchen kann (Grossmann u. Grossmann 2007). Angeregt aus den Erkenntnissen der Evolutionsbiologie, Ethologie und der Psychoanalyse entwickelte Bowlby das entwicklungspsychologische Konstrukt der „Internal working models“. Diese *inneren Arbeitsmodelle* spiegeln die internalisierten (Bindungs-) Erfahrungen und spezifische Interaktionsgeschichte zwischen Kind und Bindungsperson wider. Sie werden vom Kleinkind innerhalb der ersten zwölf Monate vor dem Hintergrund realer Erfahrungen und im Hinblick auf zukünftige Erwartungen und Verhaltensweisen in Bindungssituationen – ähnlich den Beziehungsschemata – konstruiert (Bowlby 1969/1982). Bowlby betont dabei die Dynamik innerer Arbeitsmodelle, die keine passiven Introjektionen vergangener Erfahrungen, sondern aktive, durchaus veränderbare Konstruktionen des Individuums sind. Innere Arbeitsmodelle beinhalten affektive und kognitive Komponenten und können als mentale Repräsentationen, vergleichbar mit Beziehungsschemata, beschrieben werden (Bretherton u. Munholland 2008).

Individuelle Unterschiede innerer Arbeitsmodelle und der Bindungsqualität werden im Kleinkindalter systematisch mit der „Fremden Situation“ (Ainsworth u. Wittig 1969) erfasst, einem standardisierten Verfahren, durch welches das Bindungsverhaltenssystem aktiviert wird. Die Situation besteht aus einer Sequenz von insgesamt acht Abschnitten, wo das Kind mit einer „Fremden“ konfrontiert wird,

und zudem zweimal von der Bindungsperson getrennt und mit ihr wiedervereint wird. Auf Basis des Explorationsverhaltens, des Verhaltens der fremden Person gegenüber und der Reaktion, die das Kleinkind in den Wiedervereinigungssituationen mit der Bindungsperson zeigt, wird die Beziehung zwischen Kind und Bindungsperson in eine von vier Bindungsmustern eingeteilt (Ainsworth et al. 1978): Sicher, Unsicher-Vermeidend, Unsicher-Ambivalent und schließlich Unsicher-Desorganisiert. Sicher gebundene Kinder zeigen Kummer während der Trennung von der Bindungsperson, beginnen aber nach Trost und Rückversicherung bei der Bindungsperson wieder, die Umgebung zu explorieren. Unsicher-vermeidend gebundene Kinder zeigen im sichtbaren Verhalten kaum emotionale Reaktionen auf die Trennung und Wiedervereinigung mit der Bindungsperson. Sie explorieren übermäßig viel, wenngleich auf physiologischer Ebene Stressreaktionen durch ansteigende Cortisolwerte deutlich werden (Spangler et al. 2000). Kinder mit einem unsicher-ambivalenten Bindungsmuster zeigen hingegen ein insgesamt eingeschränktes Explorationsverhalten. Bei der Trennung und den Wiedervereinigungssituationen äußern sie intensiv negative Gefühle. Während der Wiedervereinigung verhalten sie sich widersprüchlich, indem sie einerseits Nähe zur Bezugsperson suchen, andererseits Ärger und Kontaktwiderstand ausdrücken oder passiv und hilflos wirken. Das Verhalten von Kindern, die im Gegensatz zu den drei vorherigen Gruppen keine klare Bindungsstrategie zeigen oder eine Strategie durch ungewöhnliche Verhaltensmuster wie Verwirrung oder plötzliches Verharren unterbrechen, werden der ergänzenden Dimension des desorganisierten-desorientierten Bindungsmusters zugeordnet (Main u. Solomon 1986).

Die „Fremde Situation“ und jene vier Bindungsmuster sind die theoretische und empirische Basis des Adult Attachment Interviews (AAI). Die unterschiedlichen sprachlichen Äußerungen im AAI werden ähnlich dem Verhalten der Kinder in der „Fremden Situation“ vier Bindungsmustern zugeordnet. Das AAI wird erstmals umfassend in der einflussreichen Veröffentlichung „Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation“ von Main et al. (1985) beschrieben, welche eine Erfassung innerer Arbeitsmodelle auf verbaler, „repräsentationaler“ Ebene ermöglicht und somit der klinischen Arbeit mit Erwachsenen zugänglich macht.

Mittlerweile haben sich eine Reihe von weiteren Instrumenten zur Erfassung von Bindung im Erwachsenenalter etabliert, beispielsweise der Adult Attachment Projektive Test (AAP, George u. West 2001), oder Bindungsfragebögen, wie der „ECR – Experience in Close Relationships“ (Brennan et al. 1998), welche bereits erfolgreich in der psychosomatischen Forschung eingesetzt wurden (Subic-Wrana et al. 2011; Wulf et al. 2012). Die Unterschiede zwischen den Instrumenten zur Erfassung von Bindung im Erwachsenenalter werden in der Bindungsforschung diskutiert (Jacobvitz et al. 2002; Ravitz et al. 2010; Roisman et al. 2007), mit dem Ergebnis, dass Fragebögen und Interviewverfahren auf theoretisch unterschiedlichen Ansätzen beruhen und empirisch zu verschiedenen Ergebnissen führen.

2. Das Adult Attachment Interview: Aufbau, Durchführung und Auswertung

2.1. Inhalt und Aufbau

Der Leitfaden des AAI ist in der deutschen Fassung von Gloger-Tippelt (2012) veröffentlicht. Er besteht aus 18 Fragen, die zum Teil weiteres spezifisches Nachfragen erfordern. Das AAI lässt sich inhaltlich in acht verschiedene Abschnitte einteilen: Zunächst geht es um (1) *einen Überblick der Rahmenbedingungen in der Kindheit*, das heißt wo die interviewte Person geboren wurde, aufwuchs und wer die wichtigsten Bezugspersonen waren. Außerdem wird nach Geschwistern, Großeltern und Alltagserlebnissen gefragt. Daraufhin folgen wichtige „Schlüsselfragen“, in denen (2) *die Beziehung zu den beiden wichtigsten Bezugspersonen* (meist Mutter und Vater) in der Kindheit beschrieben wird und die für den Interviewten oft eine große Herausforderung darstellen. Dabei soll der Befragte zunächst fünf Adjektive nennen, welche die Beziehung in der Kindheit beschreiben und mit Beispielen oder erinnerten Situationen die gewählten Adjektive „belegen“. Die Fragen im AAI sind so konstruiert, dass sie „das Unbewusste überraschen“ und, wie hier, unterschiedliche Gedächtnissysteme ansprechen (semantisch und episodisch). Anschließend wird nach (3) *Verhaltens- und Emotionsregulationsstrategien in bindungsrelevanten Situationen* gefragt, das heißt Trennungssituationen oder Situationen, in welchen die Person als Kind krank, ängstlich oder traurig war. Es wird nach (4) *potentiellen körperlichen und sexuellen Missbrauchs- oder Misshandlungserfahrungen* gefragt. Main et al. (2002) definieren dabei genaue Kriterien, nach welchen ein Übergriff oder eine Handlung (von Bezugspersonen) als „Missbrauch“ oder „Misshandlung“ bezeichnet werden darf.

Des Weiteren wird im AAI spezifisch nach (5) *Reflektion über Kindheitserfahrungen*, nach möglichen Einflüssen auf die heutige Persönlichkeit und nach Erklärungen, warum sich Bezugspersonen so verhalten haben, wie sie es getan haben, gefragt. Es folgen Fragen zu (6) *Verlusterfahrungen in der Familie oder von anderen vertrauten Personen*, welche sich auch auf das Erwachsenenalter beziehen. Dabei wird unter anderem nach Gefühlen, Gedanken und möglichen Bewältigungsmechanismen gefragt, was für einige Interviewte sehr belastend sein kann. Für die Auswertung ist es von großer Bedeutung, in welcher Art und Weise eine Person sowohl über Missbrauchs- oder Misshandlungserfahrungen als auch Verluste wichtiger Personen spricht. Das Er- und Nachfragen traumatischer Erlebnisse und Verlusterfahrungen erfordert viel Feingefühl und Kenntnisse zur Auswertung. Unter anderem deshalb ist ein Training der AAI-Interviewer erforderlich. Zudem wird nach (7) *Veränderungen der Beziehungen zu den Bezugspersonen* im weiteren Lebenslauf, während des Jugendalters und bis zum aktuellen Zeitpunkt gefragt. Das AAI schließt mit Fragen zur (8) *Beziehung zum (potentiellen) eigenen Kind* ab, vor allem zu (potentiellen) Trennungserfahrungen vom eigenen Kind und was sich die oder der Befragte für sein eigenes Kind wünscht oder wünschen würde.

2.2. Hinweise zur Durchführung

Das AAI hinterlässt bei den meisten Interviewten einen starken und einschneidenden Eindruck. Eine korrekte Durchführung geschulter Interviewer ist jedoch nicht nur aus Gründen der klinisch-therapeutischen Verantwortung erforderlich, sondern auch, weil ein unsachgemäß durchgeführtes AAI unter Umständen nicht ausgewertet werden kann. Leider gibt es keine „festen Regeln“, die eine gelungene Durchführung des AAI garantieren, jedoch zentrale Hinweise, mit denen sich Fehler vermeiden lassen: Das beginnt mit der Organisation der äußeren Rahmenbedingungen: Ein AAI dauert im Durchschnitt etwa 50 Minuten – in Ausnahmefällen oder mit einem Nachgespräch möglicherweise aber bis zu 2,5 Stunden. Daher sollten sich Interviewer und Befragter auch diese Zeit freihalten. Vor Beginn des Interviews ist außerdem darauf zu achten, dass Unterbrechungen durch „Störquellen“ (z. B. Läuten eines Telefons oder der Hausglocke) vermieden werden. Da im AAI emotional belastende Themen besprochen werden und die Befragten häufig weinen, ist es zudem wichtig, Taschentücher bereit zu stellen.

Erfahrung in psychologischer Gesprächsführung, Kenntnisse der Bindungstheorie sowie eine akkurate Anleitung durch Personen, die mit dem AAI gearbeitet haben, sind Voraussetzung für eine fachgerechte Durchführung. Bevor das AAI mit einer echten Versuchsperson oder einem Patienten durchgeführt wird, sollte es mindestens einmal mit einer Person aus dem nicht-klinischen Umfeld geprobt werden. Dieses „Probe-AAI“ sollte mit einer Person besprochen werden, welche sowohl mit der Durchführung als auch Auswertung vertraut ist. Unserer Erfahrung nach hat es sich außerdem als hilfreich erwiesen, das AAI mit sich selbst durchführen zu lassen und zu erfahren, wie durch das AAI „das Unbewusste überrascht“ und das Bindungssystem aktiviert wird.

Für die Durchführung ist es wesentlich, den Leitfaden im Auge zu behalten und, wenn erforderlich, nachzufragen. Der Interviewer sollte durchgehend in der Position des *neutralen Zuhörers* bleiben. Dies ist nicht immer einfach, da in bestimmten Situationen (z. B. bei längeren Pausen oder wenn der Interviewte weint) verständlicherweise die Versuchung besteht, den Interviewten zu trösten oder „zu retten“. Ebenso ist es wichtig, das Gesagte nicht zu deuten, therapeutisch zu intervenieren (z. B. „ich frage mich gerade, was Ihnen in den Sinn kommt, wenn Sie mir davon erzählen“), Zusammenhänge herzustellen (z. B. „Das geht ja Hand in Hand mit dem, was Sie vorhin erwähnt haben“) oder inkohärente Elemente des Interviews zu verknüpfen. Wenn der Interviewer neutral bleibt, gestattet er dem Patienten, seine Bindungsgeschichte so zu erzählen, wie dieser es möchte und wie er sie bewusst und unbewusst wahrgenommen hat.

Zum Abschluss des AAI ist es wichtig, eine für den Interviewten angenehme Atmosphäre zu schaffen und ihn nicht in einem emotional aufgewühlten Zustand gehen zu lassen. Unter Umständen ist ein ausführliches Nachgespräch, das jenseits eines Leitfadens geführt werden kann, erforderlich.

2.3. Auswertung nach Main

Die hier beschriebene und nach wie vor am häufigsten angewandte Methode zur Bestimmung des Bindungsstatus im AAI ist die Auswertung nach Main et al. (2002). Die meisten Forschungsergebnisse beruhen auf diesem Auswerteschema, welches in

der Forschungsliteratur als „goldener Standard“ definiert ist (Ward et al. 2001). Die Methode ist allerdings von den Autoren geschützt und darf nur durch zertifizierte Auswerter angewandt werden. Diese müssen zunächst eine zweiwöchige Schulung an einem der wenigen, internationalen AAI-Trainingsinstitute absolvieren. Im Anschluss daran folgen im Abstand von sechs Monaten drei „Reliabilitätstests“, bei welchen die angehenden Auswerter je circa zehn Interview-Transkripte zugesendet bekommen, welche sie eigenständig auswerten und mit einer Klassifikation versehen sollen. Mit einer über 18 Monate konstanten Übereinstimmung von mindestens 80 Prozent ist der Zertifizierungsprozess abgeschlossen. Wer in einschlägigen, internationalen Fachzeitschriften Forschungsergebnisse mit dem AAI veröffentlichen möchte, sollte weiterhin mindestens 20 Prozent der AAIs jeder Stichprobe mit einem zweiten zertifizierten Auswerter „kreuzkodieren“, um eine kontinuierliche Übereinstimmungsreliabilität zu garantieren. Der Nachteil dieses Vorgehens ist sicherlich der hohe Aufwand an Kosten und Zeit. Es wird dadurch aber eine Art Qualitätssicherung gewährleistet und ein „Auswertpluralismus“ vermieden, welcher eine schlechte Vergleichbarkeit und Unübersichtlichkeit von Forschungsergebnissen zur Folge hätte. Nach Main et al. (2002) werden die AAIs anhand von Verbatim-Transkripten kodiert, das heißt es werden nicht nur die gesprochenen Worte, sondern jede Form der nicht-verbalen Kommunikation der Audioaufnahme transkribiert, zum Beispiel Gesprächspausen, Lachen oder Stottern.

Die Auswertung erfolgt in drei Schritten und unter Verwendung der so genannten „coloured markings“ im Transkript, das heißt Hinweise für die einzelnen Subskalen und schließlich Bindungskategorien werden mit festgelegten Farben markiert: Beispielsweise werden charakteristische Abschnitte, die auf der Skala „liebevoller Elternverhalten“ oder für die Kategorie „sichere Bindung“ geratet werden, in grüner Farbe gekennzeichnet. Die ersten beiden Schritte umfassen die „Bottom-up“-Analyse des Transkripts und beziehen sich auf die Auswertung der Erfahrungs- und Verarbeitungsskalen: Zuerst werden auf der linken Seite des Transkripts die so genannten „Erfahrungsskalen“ kodiert, anhand welcher das Verhalten der wichtigsten Bezugspersonen durch den Auswerter bewertet wird. Am bedeutsamsten ist sicherlich die Skala „liebevoller Verhalten“. Dazu zählen Verhaltensweisen wie emotionale Verfügbarkeit, wenn die Person als Kind krank, ängstlich, traurig war; angemessene körperliche Nähe, wie Umarmungen, oder auch das Unterstützen von Explorationsverhalten, zum Beispiel, wenn die Person als Kind auf Schulfreizeiten gefahren ist. Weitere Erfahrungsskalen, deren Werte „liebevoller Verhalten“ mindern, sind „Zurückweisung“, „Rollenumkehr“, „Leistungsdruck“ und „Vernachlässigung“. Nach Auswertung der Erfahrungsskalen erfolgt im „coloured marking“ auf der rechten Seite des Transkripts die Auswertung der Verarbeitungsskalen, die sogenannten „State-of-mind-Scales“, welche im Gegensatz zu den Erfahrungsskalen für die endgültige Bindungsklassifikation eine entscheidende Rolle spielen. Die wichtigste Verarbeitungsskala ist die Kohärenz, im weitesten Sinne die „Nachvollziehbarkeit“ der erzählten Bindungsgeschichte. In der Kohärenz-Auswertung wird auf die vier Grice'schen (Grice 1975) Diskursmaxime zurückgegriffen: Qualität („Sei aufrichtig und belege deine Aussage“), Quantität („Fasse dich kurz, sei aber vollständig“), Relevanz („Sei

relevant und bleibe beim Thema“) und Art und Weise („Sei klar und geordnet“). Kohärenz als wichtigste Verarbeitungsskala zeigt den „aktuellen Verarbeitungsstatus“ an und kann somit auch als die Skala verwendet werden, welche das Ausmaß an Bindungssicherheit widerspiegelt (Reiner u. Spangler 2010). Weitere Verarbeitungsskalen, deren hohe Ausprägung die Kohärenz mindern, sind „Idealisierung“, „Ärger“, „Abwertung“, „Passivität“ und „Verlustangst“. Der Hintergrund der Skalen wird ausführlich von Main, Hesse und Goldwyn (2008) beschrieben.

Im dritten Schritt, der „Top-Down“-Analyse, werden Textabschnitte, welche für die Bindungsgruppen charakteristisch sind, ebenfalls im „coloured marking“ auf der rechten Seite des Transkripts gekennzeichnet. Auf der Grundlage dieser drei Kodierungsschritte entscheidet sich der Auswerter für eine endgültige Bindungsklassifikation, die vier beziehungsweise fünf Hauptgruppen sind wie folgt beschrieben:

- *Sichere Bindungsrepräsentation:*

Diese Klassifikation wird vergeben, wenn die Person im AAI einen Zugang zu ihren Kindheitserfahrungen hat, unabhängig davon, ob diese positiv oder negativ waren. Entscheidend ist ein offener und reflektierter Umgang mit vielleicht auch negativen Erlebnissen, die anerkannt und integriert sind. Deshalb wird im Englischen die sichere *Bindungsrepräsentation* auch mit dem Buchstaben „F – Free to evaluate“, bezeichnet. Sicher gebundene Personen bringen während des Interviews ihre Wertschätzung von Bindungserfahrungen zum Ausdruck und können auch als Erwachsene offen über Bindung und ihre Bindungsbedürfnisse sprechen. Transkripte sicherer Personen sind kohärent und spiegeln Empathie, Autonomie und eine selbstbestimmte Identität wider.

- *Unsicher-distanzierte Bindungsrepräsentation:*

Ein wichtiger Aspekt bei dieser Klassifikation ist ein eingeschränkter Zugang zu konkreten Erfahrungen und Erinnerungen. Oft beschreiben unsicher-distanzierte Personen ihre Bezugspersonen auf einer allgemeinen und unspezifischen Ebene. Negative Erfahrungen werden berichtet, jedoch nicht negativ bewertet, oder sie werden geleugnet und die Bezugspersonen werden idealisiert. Nach Bowlby (1980) und Bretherton (2012) liegt solchen mentalen Prozessen oft ein „abwehrbezogener Ausschluss“ zugrunde: In der Kindheit wurde die für die Person schmerzliche Erfahrung gemacht, dass die Bezugspersonen nicht verfügbar, sondern zurückweisend waren, so dass das auf den tatsächlichen Erfahrungen beruhende innere Arbeitsmodell vom Bewusstsein „ausgeschlossen“ wurde und ein idealisiertes, vielleicht auch von den Bezugspersonen im- oder explizit „aufgedrängtes“ Bild positiver Kindheitserfahrungen im Bewusstsein aufgebaut wird, ohne durch konkrete, erlebnishafte Erinnerungen belegt zu sein. Im AAI spiegelt sich dies in abstrakten, gefühlsarmen Schilderungen wider: Das Selbst wird als „stark und unabhängig“ beschrieben und „Spaß“, materiellem Besitz oder Aktivitäten werden eine große Bedeutung zugeschrieben. Bindungstheoretisch konnten emotionale Bedürfnisse unsicher-distanzierter Personen in der Kindheit nicht adäquat erfüllt werden: Als „Lösung“ haben unsicher-distanzierte Personen emotionale und bindungsrelevante Bedürfnisse „heruntergefahren“ – in der Literatur wird dieser Prozess oft als Deaktivierung (Mikulincer et al. 2003) beschrieben –

und sich folglich von ihren Bezugspersonen emotional distanziert. Im Amerikanischen wird diese Kategorie deswegen auch mit „Ds – Dismissing“, also ablehnend und abweisend, bezeichnet.

- *Unsicher-verwickelte Bindungsrepräsentation:*
Personen dieser Kategorie berichten meist sehr ausführlich über positive wie negative Kindheitserinnerungen, allerdings sind die Formulierungen vage und unsicher, die Gedankengänge sprunghaft und widersprüchlich. In unsicher-verwickelten Transkripten ist die Bindungsunsicherheit in vielen Fällen „offensichtlich“, weil die Personen auch in der Gegenwart emotional mit ihren Bezugspersonen stark verstrickt sind – Main et al. (2002) kürzen diese Kategorie mit dem Buchstaben „E – Entangled“ ab. Unsicher-verwickelte Personen können negative Emotionen schlecht regulieren, machen vielfach den Bezugspersonen Schuldzuweisungen oder leiden selber unter starken Schuldgefühlen. Bindungstheoretisch sind verwickelte Erwachsene meist in einer (emotional) chaotischen und unbeständigen Familienatmosphäre aufgewachsen, in welcher die Bezugspersonen überfordert waren. Unsicher-verwickelte Personen reagieren auf die Nicht-Erfüllung ihrer Bindungsbedürfnisse mit einer „Maximierung“, einer Hyperaktivierung des Bindungsverhaltenssystems.
- *Bindungsdesorganisation: Ungelöster Bindungsstatus:*
Der ungelöst-desorganisierte Bindungsstatus („U – Unresolved“) wurde als Zusatzklassifikation konzipiert und gibt Aufschluss darüber, inwiefern Bindungstraumata nicht verarbeitet wurden. Main bezieht sich bei Bindungstraumata auf das Erleben sexuellen Missbrauchs, körperlicher Misshandlung und auf Verlusterfahrungen. Die Abfrage der Bindungstraumata, vor allem der Verluste vertrauter Personen, beschränkt sich nicht nur auf die frühe Kindheit, sondern die gesamte Biographie. Entscheidend ist dabei nicht das reine Vorkommen eines Traumas, sondern die „unvollständige“ und damit ungelöste Verarbeitung des traumatischen Ereignisses. Nach dem Main et al. Classification System (2002) zeigt sich ein ungelöster Bindungsstatus in Fehlleistungen und Unstimmigkeiten bei der Beurteilung oder beim Diskurs des traumatischen Ereignisses: Beispielsweise werden zeitliche Abfolgen und Orte bezüglich des Traumas durcheinandergebracht, lebende und tote Personen miteinander verwechselt oder Ereignisse ungewöhnlich detailliert beschrieben. Extremreaktionen (z. B. Selbstmordversuche) zeigen Desorganisation auf der Verhaltensebene und somit einen ungelösten Bindungsstatus. Main et al. (2002) geben „U-Kriterien“ vor, die anhand einer neunstufigen Skala bewertet werden und die bei einem Skalenwert über fünf zu einer Kategorisierung als ungelöster Bindungsstatus führen. Zu einem ungelösten Bindungsstatus wird immer eine „organisierte Kategorie“ (sicher, unsicher-distanziert, unsicher-verwickelt) vergeben, welche die „eigentliche“ Bindungsstrategie erklärt, wenn das Bindungstrauma „gelöst“ wäre.

Eine geringe Anzahl (ca. 2 %) von Interviews lässt sich keiner dieser Bindungsgruppen zuordnen, beispielsweise wenn in einem insgesamt inkohärenten Transkript

gleichzeitig deutliche Vermeidungs- und Verwicklungsinhalte erscheinen. Solche Interviews werden als separate Gruppe behandelt und „nicht klassifizierbar“ (CC – Cannot classify) bezeichnet (Hesse 1996), jedoch in Studien statistisch oft mit der „U-Kategorie“ zusammengefasst. Die Bedeutung der CC-Kategorie und ob es sich dabei um ein Moratorium in der Entwicklung zu einem unsicher-organisierten Bindungsstatus oder um eine eigene Kategorie handelt, wird in der klinischen Bindungsforschung diskutiert (Lyons-Ruth et al. 2005).

3. Verteilungen der Bindungsgruppen in klinischen und nicht-klinischen Populationen

Das Adult Attachment Interview wurde in den vergangenen 25 Jahren in zahlreichen Studien zur klinischen und entwicklungspsychologischen Bindungsforschung eingesetzt. Die beiden renommierten Bindungsforscher Bakermans-Kranenburg und Van Ijzendoorn (2009) fassten in einem ausführlichen Überblicksartikel Ergebnisse und Verteilungen „der ersten 10 000 Adult Attachment Interviews“ zusammen: Interessanterweise finden sich in Bezug auf Gruppenverteilungen keine nennenswerten Geschlechts- oder Kulturunterschiede. Die wichtigsten Verteilungen der vier Bindungsgruppen in international nicht-klinischen, international klinischen und Risikostichproben sowie spezifischen klinischen Sub-Stichproben sind in Tabelle 1 dargestellt.

In europäischen, nicht-klinischen Stichproben sind etwa 56 % sicher gebunden, 30 % unsicher-distanziert, 14 % unsicher-verwickelt. Wird der ungelöste Bindungsstatus mit berücksichtigt, leiden in europäischen nicht-klinischen Stichproben etwa 12 % unter einem ungelösten Bindungstrauma. Wie in Tabelle 1 dargestellt, sind in Risiko- und klinischen Stichproben Personen mit einer sicheren Bindung deutlich unterrepräsentiert (je nach klinischem Störungsbild oder Population zwischen 14 und 31 %). Der Prozentsatz von Personen mit ungelöstem Bindungsstatus liegt in klinischen Popula-

Tabelle 1: Verteilungen der vier AAI-Bindungsgruppen in Prozent in nicht-klinischen, klinischen Stichproben und diversen klinischen Substichproben, vergl. Bakermans-Kranenburg und Van Ijzendoorn (2009) Seite 241

	N	Bindungsstatus im AAI			
		Unsicher – distanziert (Ds)	Sicher (F)	Unsicher – verwickelt (E)	Ungelöst (U)
Nicht-klinisch	4454	24 %	50 %	9 %	16 %
Klinisch/Risiko	3222	27 %	25 %	10 %	38 %
Missbrauch/PTBS	263	11 %	14 %	7 %	68 %
Depression	205	26 %	31 %	21 %	22 %
Borderline/Suizidal	191	20 %	8 %	14 %	54 %
Antisozial/Straftäter	190	36 %	14 %	14 %	36 %

tionen ebenfalls über dem Normprozentsatz, bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung bis zu 68 %. Diese Zahlen verdeutlichen, wie das AAI und bindungstheoretische Überlegungen zur Ätiologie psychosomatischer Erkrankungen beitragen. Der ungelöste Bindungsstatus im AAI eignet sich zudem als Marker für eine (zumindest teilweise) zugrundeliegende Bindungsstörung bei dissoziativen Störungsbildern wie PTBS oder auch Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

Bindungsrepräsentationen sind relativ stabil (Sagi et al. 1994; Thompson 2008) und haben, vor allem in Bezug auf Elternverhalten, einen hohen prädiktiven Wert: Mütter mit einer pränatal sicheren Bindung verhalten sich signifikant häufiger feinfühlig gegenüber ihrem Nachwuchs als Mütter mit unsicherer Bindungsrepräsentation (Grossmann et al. 1988), die oft weniger adäquat auf die Bedürfnisse der Kinder eingehen können. Van IJzendoorn (1995) zeigte in einer vielzitierten Metaanalyse tatsächlich eine Konkordanzrate zwischen Eltern- und Kind-Bindung von 75 %, und schlug elterliche Feinfühligkeit als vermittelnde Variablen vor. Mit dem Wissen über Transmission von Bindung können daher bei Frühförder- und Interventionsprogrammen Mütter mit unsicherer Bindung spezifisch in ihrer Feinfühligkeit geschult werden, um den transgenerationalen Kreislauf unsicherer Bindungen zu durchbrechen (Van IJzendoorn et al. 1995).

4. Anwendung im klinischen Alltag

Das AAI lässt sich in verschiedenen therapeutischen Settings und im Rahmen unterschiedlicher Verfahren anwenden (kognitive Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Therapie, Eltern-Kind-Therapie und familientherapeutische Interventionen). Dabei betonen wir, dass das AAI nicht als eigenständige Behandlungsmethode, sondern als *Hilfsmittel* in der therapeutischen Arbeit und zu diagnostischen Zwecken eingesetzt werden kann. Das AAI ist in der klinischen Arbeit vor allem von Nutzen, wenn wir davon ausgehen, dass aktuelle Symptome mit Erlebnissen, Denk- und Beziehungsmustern in der Herkunftsfamilie zusammenhängen. Im Folgenden wird ein Auszug von Einsatz- und Anwendungsmöglichkeiten des AAIs im klinischen Alltag vorgestellt. Wir beschränken uns dabei auf einen Auszug von fünf besonders wichtigen Möglichkeiten. Eine ausführliche Beschreibung klinischer Einsatzmöglichkeiten finden sich im Aufsatz „Ten clinical uses of the Adult Attachment Interview“ von Steele und Steele (2008).

4.1. Förderung des psychotherapeutischen Prozesses

Das AAI lässt sich gut zu Beginn einer Therapie – wir empfehlen in der zweiten oder dritten Sitzung – durchführen und hilft, die Richtung für zukünftige therapeutische Themen vorzugeben. Das AAI beruht auf der bindungstheoretischen Grundannahme, dass das Erleben von angst- und trauerbesetzten Situationen sowie von Trennungen, Verlusten und Krankheiten nahezu jede Person im Kindesalter betrifft. Manche Patienten werden im AAI zum ersten Mal nach diesen einschneidenden Erfah-

rungen gefragt, und danach, wie sie *heute darüber denken und damit umgehen*. Die Auseinandersetzung damit führt in vielen Fällen dazu, dass Schwierigkeiten in der Kindheit und Familiengeschichte erstmals deutlich werden. Einige Patienten erkennen bereits bestimmte Zusammenhänge zwischen der eigenen frühen Biographie und aktuellen Schwierigkeiten. Diese sind oft erleichtert, dass ihr Therapeut sich mit ihrer Bindungsgeschichte auseinandersetzt und diese verstehen kann – vor allem wenn Patienten zuvor die Erfahrung gemacht haben, dass Kliniker ihre psychische Symptomatik überwiegend genetischen oder biologischen Prozessen zuschreiben. Das AAI trägt dazu bei, dass Patient und Therapeut gemeinsam gleich zu Therapiebeginn wichtige Themen in der frühen Familiengeschichte erkennen, die für die Formulierung von Therapiezielen und die folgenden therapeutischen Prozesse von großer Bedeutung sind.

4.2. Aufdeckung traumatischer Erfahrungen und einschneidender Verluste

Therapieerfolg und Fortschritte, die ein Patient in der Therapie macht, sind oft dadurch beeinträchtigt, dass bedeutsame Verlusterfahrungen oder Traumata nicht be- oder angesprochen werden. Im AAI werden wichtige traumatische Erfahrungen und Verluste der wichtigsten Bezugspersonen systematisch abgefragt. Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass durch Fragen im AAI bestimmte Gedanken und Gefühle zur Sprache kommen, die sowohl Interviewten als auch Interviewer überraschen können: Beispielsweise war eine Patientin im Zusammenhang mit einer Mutter-Kind-Behandlung über ihre eigene Antwort überrascht, als sie im AAI nach genauen Umständen des Verlustes ihres Vaters gefragt wurde, der ermordet wurde, als sie 13 Jahre alt war. Der Patientin wurde durch das Beschreiben der Verlusterfahrung erstmals deutlich, dass sie nie nach ihren Gefühlen gefragt wurde und dass die Reaktionen anderer Personen für die Familie wichtiger waren als die ihrigen. Ihrem Frust darüber und dass sie der Trauer keinen Ausdruck geben konnte, hatte auf die Patientin und die Beziehung zu ihrem eigenen Sohn einen großen Einfluss. Wäre das AAI nicht durchgeführt worden, wären vielleicht viele Therapiesitzungen vergangen, bis dieses zentrale Thema „spontan“ zur Sprache gekommen wäre. In Psychotherapien werden wichtige Verlusterfahrungen oft nicht angesprochen, so dass therapeutische Fortschritte durch „emotionale Altlasten“ behindert werden. Wenn ein Therapeut mit den Auswertekriterien vertraut ist, kann ihm die Art und Weise, wie Patienten über Verluste sprechen, wichtige Einblicke in den „Verarbeitungsstatus“ des Verlustes geben. Wenn der Therapeut nicht genau mit Auswertungsdetails zum ungelösten Bindungsstatus vertraut ist, gibt das AAI wertvolle Informationen zu den Umständen von Verlusterfahrungen und anderen einschneidenden bindungsbezogenen Traumata.

4.3. Verdeutlichung des Einflusses früher Beziehungen auf aktuelle Beziehungen

Innere Arbeitsmodelle von Bindung, die mit dem AAI erfasst werden können, beeinflussen Prozesse der Informationsverarbeitung und Emotionsregulation (Bretherton u. Munholland 2008; Zimmermann 1999). Sie steuern sowohl bewusst als auch un-

bewusst Gedanken, Gefühle und Handlungen der Person und wirken darauf ein, wie der einzelne sich und andere in Beziehungen bewertet. Das AAI ermöglicht Einblick in „Beziehungsschemata“, „innere Beziehungswelten“ oder „innere Objekte“, auch im Sinne der Selbstrepräsentation in der Beziehung zu wichtigen Bindungspersonen. Das AAI zeigt „Glaubenssysteme“ auf: Wie meinen die Patienten, dass Beziehungen funktionieren? Wie gehen sie mit negativen Affekten bei Beziehungsschwierigkeiten oder Konflikten um (vergl. Hyper- versus Deaktivierung von Bindung)? Durch das AAI wird deutlich, welche Bewältigungsmechanismen der Person bei negativen Gefühlen in der Kindheit zur Verfügung standen (Frage: „Was haben Sie gemacht, wenn Sie sich unwohl/krank/traurig/ängstlich fühlten?“). Diese Bindungsstrategien halten sich oft bis ins Erwachsenenalter aufrecht und zeigen uns, wie der Patient handelt, wenn er in Not ist. Unter Umständen ist es für einen „Vermeider“, bedingt durch frühe Erfahrungen mit zurückweisenden Eltern, selbstverständlich, sich auch in aktuellen Beziehungen bei negativen Gefühlen zurückzuziehen und „selbst damit zu recht zu kommen“. Das AAI kann Therapeut und Patient wertvolle Informationen darüber geben, warum viele Patienten Schwierigkeiten haben, sich mit Kummer, Trauer oder Angst an andere zu wenden. Es können „korrektive“ Handlungsmöglichkeiten besprochen werden, mit negativen Gefühlen und Beziehungskonflikten umzugehen. Dabei können vor bindungstheoretischem Hintergrund alternative „innere Arbeitsmodelle“ erarbeitet und im Handeln erprobt werden, so dass „vermeidend gebundene“ Patienten im Rahmen der Therapie positive Erfahrung damit machen, sich mit negativen Gefühle an andere zu wenden.

Bei verwickelt gebundenen Personen kann das AAI dazu dienen, die anhaltende und zum Teil kräftezehrende kognitiv-emotionale Beschäftigung mit der Elternbeziehung aufzuzeigen und Möglichkeiten zu erarbeiten, sich von negativen Gedanken und Gefühlen bezüglich Familienbeziehungen zu distanzieren. Schwierigkeiten in aktuellen Beziehungen werden nach dem AAI und mit dem Wissen „innerer Arbeitsmodelle“ oft besser verstanden, da es sich vielfach um eine Wiederholung vertrauter Bindungsmuster handelt, die in neuen Beziehungen leicht aktiviert werden. Mit Hilfe des AAI kann dem Therapeuten und Patienten die Kraft und Anziehung innerer Arbeitsmodelle bewusst und deutlich werden.

4.4. Zuverlässige Erfassung von „Reflective Functioning“ durch das AAI

Mit dem AAI kann – neben der Bindungsrepräsentation – mit einer zusätzlichen Skala auch „Reflective Functioning“ (RF) erfasst werden. Die Skala wurde im Rahmen von Londoner Eltern-Kind-Studien entwickelt und entstand aus der Beobachtung, dass Mütter mit negativen Kindheitserfahrungen, jedoch einer hohen Fähigkeit zur Metakognition, auffällig resilient waren (Fonagy et al. 1994). Nach und nach wurde die Skala „Reflective Functioning“ entwickelt, welche als Fähigkeit verstanden werden kann, Verhalten durch Zuschreibung mentaler Zustände zu interpretieren und zwischen innerer und äußerer Realität (Realitätsprüfung) unterscheiden zu können (Mentalisierung; Fonagy et al. 1998). Reflective Functioning wird beurteilt anhand von AAI-Transkripten, es ist ebenso ein Training bei einem zertifizierten

Trainer notwendig (Howard Steele gibt Auskunft). Reflective Functioning wird insbesondere in Bezug auf AAI-Fragen gerated, die Reflexion fordern, zum Beispiel „Warum glauben Sie, haben sich Ihre Eltern in Ihrer Kindheit verhalten wie sie es getan haben?“. Wenn sich ein Patient mit dieser Frage beschäftigt, findet er die Auseinandersetzung damit auch in der Psychotherapie wichtig. Er hat aber unter Umständen Schwierigkeiten, seine Gedanken und Gefühle im Hinblick darauf zu strukturieren (Hyperaktives RF) und benötigt hierbei Unterstützung durch den Therapeuten. Wenn ein Patient überhaupt keinen Zugang zu dieser Frage hat („Woher soll ich wissen, warum sich meine Eltern so verhalten haben – Da müssen Sie meine Eltern schon selber fragen!“), stellt dies eine Herausforderung für den Therapeuten dar, der diese „gehemmte Reflexion“ gemeinsam mit dem Patienten verbessern kann. Die mentalisierungsbasierte Psychotherapie von Fonagy und Kollegen (Fonagy et al. 2002) bietet hierfür Ansatzpunkte.

4.5. Einsatz des AAI in der Therapieforschung

Das AAI eignet sich auf mehrere Arten zum Einsatz in der Psychotherapieforschung (Steele et al. 2009), beispielsweise zur Beantwortung der Fragen, inwiefern die aktuelle Bindungsrepräsentation zu Therapiebeginn den weiteren Verlauf vorhersagt oder sich durch die Therapie verändert. Mehrere Outcome-Studien haben das AAI eingesetzt: Stovall-McClough und Cloitre (2006) konnten nachweisen, dass bei Posttraumatischer Belastungsstörung und gleichzeitigem ungelöstem Bindungsstatus nach einer Exposition-in-sensu neben einem Rückgang der PTBS-bedingten Vermeidungssymptomatik über die Hälfte der Patienten auch keinen ungelösten Bindungsstatus mehr hatte. Bei Borderline-Patienten, die in ihrer Fähigkeit zu mentalisieren stark eingeschränkt sind, hat sich die Transference-Focused Psychotherapy als hilfreichste Form erwiesen, Reflective Functioning zu erhöhen (Levy et al. 2006). In einer weiteren Studie zur Evaluation einer Eltern-Kind-Therapie für depressive Mütter mit Kleinkindern wurden drei Gruppen von je 60 Teilnehmerinnen miteinander verglichen: Depressive Mütter der Treatmentgruppe, depressive Kontrollmütter und eine Kontrollgruppe nicht depressiver Mütter. Nur Mütter aus der Therapie-Gruppe zeigten nach einem Jahr signifikant höhere RF-Werte im AAI mit davon unabhängigen verbesserten positiven Auswirkungen auf Mutter-Kind-Interaktionen. Interessanterweise beschrieben diese Mütter nach wie vor ihre Kindheit negativ, sie konnten jedoch entsprechend darüber reflektieren. Diese Befunde zeigen eindrucklich, dass negative Kindheitserfahrungen zwar bei Entstehung von Depressionen im Erwachsenenalter eine entscheidende Rolle spielen, gleichzeitig jedoch durch das AAI unterschieden werden kann, welche Personen (mit therapeutischer Hilfe) trotz dieser negativen Kindheitserfahrungen reflektiert sind und welche noch stark dadurch belastet sind. Ferner kann das AAI in der Therapieforschung eingesetzt werden, um den Einfluss des Bindungsstatus' der therapeutischen Bezugsperson auf den Therapieverlauf zu überprüfen: Zegers et al. (2006) haben festgestellt, dass verhaltensauffällige Jugendliche ihre unsicher gebundenen Betreuer im Verlauf als zunehmend weniger verfügbar wahrnahmen und am meisten vom

Kontakt mit sicher gebundenen Betreuern profitieren konnten. Dieses Forschungsgebiet ist relativ jung und verspricht spannende Einsichten in Einfluss- und Wirkfaktoren von Psychotherapie.

5. Ausblick

25 Jahre nach Einführung des AAIs in die Bindungsforschung konnte in über 200 Studien die hohe (prädiktive) Aussagekraft für diverse entwicklungs-, sozialpsychologische und klinische Fragestellungen nachgewiesen werden. Das AAI ist eine besondere Methode zur Erfassung von Bindung im Erwachsenenalter, weil es hinter das „Erzählte“ blickt, indem es erforscht, *wie* über Bindung und Beziehung gesprochen wird. Die Bindungstheorie gibt einen in vielen Studien validierten Rahmen zum Verständnis von Vulnerabilität und Resilienz sowie Beziehungsgestaltung und Symptomentwicklung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Daher ist es für psychologische und ärztliche Psychotherapeuten wichtig, zugrundeliegende Konzepte, Bindungs-Klassifikationen und Methoden zur Erfassung zu kennen. Trotz des zeitlichen und logistischen Aufwands liefert das AAI für Psychotherapie relevante Informationen sowie wertvolle Ansätze für künftige Studien.

Literatur

- Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth, M., Wittig, B. A. (1969): Attachment and exploratory behavior in one year-olds in a strange situation. In: Foss, B. M. (Hg.): Determinants of infant behavior, S. 111–136. London: Methuen.
- 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. *Attach Hum Dev* 11, 223–263.
- Bowlby, J. (1969/1982): Attachment and loss. Vol.1: Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980): Attachment and loss. Vol. 3: Loss, sadness and depression. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988): A secure base. Parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., Shaver, P. R. (1998): Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: Simpson, J. A., Rholes, W. S. (Hg.): Attachment theory and close relationships, S. 46–76. New York: Guilford.
- Bretherton, I. (2012): Zur Konzeption innerer Arbeitsmodelle in der Bindungstheorie. In: Gloger-Tippelt, G. (Hg.): Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis, S. 65–87. Bern: Huber.
- Bretherton, I., Munholland, K. A. (2008): Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. In: Cassidy, J., Shaver, P. (Hg.): Handbook of attachment theory and research, S. 102–131. New York: Guilford.

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2002): Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., Target, M. (1994): The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. *J Child Psychol Psychiatry* 35, 231–257.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., Steele, M. (1998): Reflective-Functioning Manual, version 5.0, for application to Adult Attachment Interviews. London: University College.
- George, C., Kaplan, N., Main, M. (1985): The Berkley Adult Attachment Interview. Unpublished protocol. Berkley: University of California at Berkeley.
- George, C., West, M. (2001): The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: The Adult Attachment Projective. *Attach Hum Dev* 3, 30–61.
- Gloger-Tippelt, G. (2012): Das Adult Attachment Interview: Durchführung und Auswertung. In: Gloger-Tippelt, G. (Hg.): Bindung im Erwachsenenalter: Ein Handbuch für Forschung und Praxis, S. 93–111. Bern: Huber.
- Grice, H. P. (1975): Logic and conversation. In: Cole, P., Morgan, J. (Hg.): Syntax and semantics. New York: Academic Press.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K. (2007): Die Entwicklung psychischer Sicherheit in Bindungen – Ergebnisse und Folgerungen für die Therapie. *Z Psychosom Med Psychother* 53, 9–28.
- Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E., Rudolph, J., Grossmann, K. E. (1988): Maternal attachment representations as related to patterns of infant-mother attachment and maternal care during the first year. In: Hinde, R. A., Stevenson-Hinde, J. (Hg.): Relations between relationships within families, S. 241–260. Oxford: Clarendon Press.
- Hesse, E. (1996): Discourse, memory, and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emerging cannot classify category. *Infant Mental Hlth* 17, 4–11.
- Jacobvitz, D., Curran, M., Moller, N. (2002): Measurement of adult attachment: The place of self-report and interview methodologies. *Attach Hum Dev* 4, 207–215.
- 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. *J Consult Clin Psychol* 74, 1027–1040.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., Atwood, G. (2005): Expanding the concept of unresolved mental states: hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Dev Psychopathol* 17, 1–23.
- Main, M., Goldwyn, R., Hesse, E. (2002): Adult Attachment Scoring and Classification Systems – Version 7.1. Unpublished Manuscript. Berkeley: University of California at Berkeley.
- Main, M., Hesse, E., Goldwyn, R. (2008): Studying differences in language usage in recounting attachment history: An introduction to the AAI. In: Steele, H., Steele, M. (Hg.): Clinical applications of the Adult Attachment Interview, S. 31–68. New York: Guilford.
- Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J. (1985): Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 50, 66–104.
- Main, M., Solomon, J. (1986): Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton, T. B., Yogman, M. (Hg.): Affective development in infancy, S. 95–124. Norwood: Ablex.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Pereg, D. (2003): Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion* 27, 77–102.
- Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., Lancee, W. (2010): Adult attachment measures: A 25-year review. *J Psychosom Res* 69, 419–432.

- Reiner, I., Spangler, G. (2010): Adult attachment and gene polymorphisms of the dopamine D4 receptor and serotonin transporter (5-HTT). *Attach Hum Dev* 12, 209–229.
- 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. *J Pers Soc Psychol* 92, 678–697.
- Sagi, A., Van Ijzendoorn, M. H., Scharf, M., Koren-Karie, N. (1994): Stability and discriminant validity of the Adult Attachment Interview: A psychometric study in young Israeli adults. *Dev Psychol* 30, 771–777.
- Slade, A. (2008): The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy: Research and clinical perspectives. In: Cassidy, J., Shaver, P. (Hg.): *The handbook of attachment theory and research*, S. 762–782. New York: Guilford.
- Spangler, G., Grossmann, K., Grossmann, K. E., Fremmer-Bombik, E. (2000): Individuelle und soziale Grundlagen von Bindungssicherheit und Bindungsdesorganisation. *PEU* 47, 203–220.
- Steele, H., Steele, M. (2008): Ten clinical uses of the Adult Attachment Interview. In: Steele, H., Steele, M. (Hg.): *Clinical applications of the Adult Attachment Interview*, S. 3–31. New York: Guilford.
- Steele, H., Steele, M., Murphy, A. (2009): Use of the Adult Attachment Interview to measure process and change in psychotherapy. *Psychother Res* 19, 633–643.
- Stovall-McClough, K. C., Cloitre, M. (2006): Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood abuse histories. *J Consult Clin Psychol* 74, 219–228.
- Subic-Wrana, C., Beetz, A., Wiltink, J., Beutel, M. E. (2011): Aktuelles Bindungstrauma und retrospektiv erinnerte Kindheitstraumatisierung bei Patienten in psychosomatischer Akutbehandlung. *Z Psychosom Med Psychother* 57, 325–342.
- Thompson, R. (2008): Early attachment and later development. In: Cassidy, J., Shaver, P. (Hg.): *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*, S. 348–366. New York: Guilford.
- Van IJzendoorn, M. H., Juffer, F., Duyvesteyn, M. G. (1995): Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: a review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *J Child Psychol Psychiatry* 36, 225–248.
- Van Ijzendoorn, M. H. (1995): Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychol Bull* 117, 387–403.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., Treasure, J. (2001): Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. *Br J Med Psychol* 74, 497–505.
- Wulf, M. A., Machado Apolinario, J., Tress, W. (2012): Zum Einfluss der Bindungsdimensionen „Angst“ und „Vermeidung“ auf den psychosomatischen Beschwerdedruck. *Z Psychosom Med Psychother* 58, 374–384.
- Zegers, M. A., Schuengel, C., van Ijzendoorn, M. H., Janssens, J. M. (2006): Attachment representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: predicting the development of therapeutic relationships. *Am J Orthopsychiatry* 76, 325–334.
- Zimmermann, P. (1999): Structure and functions of internal working models and their role for emotion regulation. *Attach Hum Dev* 1, 291–206.

Korrespondenzadresse: Dr. phil. Dipl.-Psych. Iris Reiner, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Johannes Gutenberg-Universität, Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz, E-Mail: iris.reiner@unimedizin-mainz.de