

*Einleitung:*

**Empirische Ergebnisse: Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen Version des Relationship Scales Questionnaire (RSQ)**  
**Steffanowski et al**

Die Bindungstheorie stellt ein umfassendes Modell zum Verständnis menschlicher Bindungen und ihrer Bedeutung für das psychische Wohlbefinden zur Verfügung (Schmidt & Strauß, 1996). Sie wurde zunächst von Bowlby und Ainsworth konzipiert (vgl. Bowlby, 1975; Ainsworth et al., 1978) und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt (Spangler & Grossmann, 1995). Ein Aspekt ist dabei die Auswirkung von bestimmten Lernerfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen auf den individuellen Bindungsstil, der für das Erleben und Verhalten in nahen Beziehungen kennzeichnend ist. Innerhalb der klinischen Psychologie ist aus diesem Grund ein wachsendes Interesse an der Bindungstheorie festzustellen (Schmidt & Strauß, 1996). Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist eine möglichst klare und aussagekräftige Diagnostik des Bindungsstils. Die vorliegende Arbeit ist daher der Entwicklung von bindungsdiagnostischen Skalen gewidmet, die sich im klinischen Kontext zum Routinemonitoring, für Verlaufsuntersuchungen sowie zu Forschungszwecken einsetzen lassen. Der 30 Items umfassende und nachfolgend vorgestellte Fragebogen erlaubt darüber hinaus eine Klassifikation des Bindungsstils im Sinne des Vierkategorialen Modells nach Bartholomew und Horowitz (1991).

---

## **Empirische Ergebnisse**

### **Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen Version des Relationship Scales Questionnaire (RSQ)**

**Steffanowski, M. Oppl, J. Meyerberg, J. Schmidt,  
W.W. Wittmann, R. Nübling<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> erschienen in: Bassler, M. (2001) (Hrsg.): Störungsspezifische Therapieansätze - Konzepte und Ergebnisse. Gießen: Psychosozial.

## Einleitung

Die Bindungstheorie stellt ein umfassendes Modell zum Verständnis menschlicher Bindungen und ihrer Bedeutung für das psychische Wohlbefinden zur Verfügung (Schmidt & Strauß, 1996). Sie wurde zunächst von Bowlby und Ainsworth konzipiert (vgl. Bowlby, 1975; Ainsworth et al., 1978) und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt (Spangler & Grossmann, 1995). Ein Aspekt ist dabei die Auswirkung von bestimmten Lernerfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen auf den individuellen Bindungsstil, der für das Erleben und Verhalten in nahen Beziehungen kennzeichnend ist. Innerhalb der klinischen Psychologie ist aus diesem Grund ein wachsendes Interesse an der Bindungstheorie festzustellen (Schmidt & Strauß, 1996). Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist eine möglichst klare und aussagekräftige Diagnostik des Bindungsstils. Die vorliegende Arbeit ist daher der Entwicklung von bindungsdiagnostischen Skalen gewidmet, die sich im klinischen Kontext zum Routinemonitoring, für Verlaufsuntersuchungen sowie zu Forschungszwecken einsetzen lassen. Der 30 Items umfassende und nachfolgend vorgestellte Fragebogen erlaubt darüber hinaus eine Klassifikation des Bindungsstils im Sinne des Vierkategorialen Modells nach Bartholomew und Horowitz (1991).

## Das Vierkategoriale Modell der Bindungstheorie

Es hat sich gezeigt, dass eine Differenzierung in vier prototypische Bindungsmuster bei Erwachsenen eine sinnvolle Kategorisierung erlaubt (Collins & Read, 1990). Bowlby (1975) nahm an, dass Bindungserfahrungen in einem inneren Arbeitsmodell organisiert werden, welches zwei Dimensionen enthält: Das „Bild vom Selbst“ sowie das „Bild vom Anderen“. Kombiniert man niedrige und hohe Ausprägungsgrade dieser zwei Größen in einer Kreuztabelle, so resultieren vier mögliche Bindungsstile. Diese tragen die Bezeichnungen *sicher*, *anklammernd*, *abweisend* sowie *ängstlich-vermeidend* und lassen sich durch bestimmte Erwartungen bzw. Verhaltensweisen im zwischenmenschlichen Bereich charakterisieren (Bartholomew & Horowitz, 1991). Dieses Konzept hat auch als *Vierkategoriales Modell* Eingang in die Bindungsforschung gefunden (Tabelle 1). In verschiedenen Untersuchungen hat sich die Annahme bestätigt, dass sich die Bindungsstile des Vierkategorialen Modells auf zwei kontinuierliche Dimensionen zurückführen lassen, die nur gering miteinander korrelieren (Griffin & Bartholomew, 1994; Grau, 1998).

**Tabelle 1: Vierkategoriales Modell nach Bartholomew und Horowitz (1991)**

	<b>Positives Modell vom Selbst</b> Keine Angst vor Trennung	<b>Negatives Modell vom Selbst</b> Angst vor Trennung
<b>Positives Modell vom Anderen</b> Keine Angst vor Nähe	<b>Sicher</b> (secure)	<b>anklammernd</b> , abhängig (preoccupied)
<b>Negatives Modell vom Anderen</b> Angst vor Nähe	<b>abweisend</b> , distanziert (dismissing)	<b>ängstlich-vermeidend</b> (fearful)

Anmerkungen: Englischsprachige Originalbezeichnungen der Bindungsstile in Klammern.

Inhaltlich ergaben sich allerdings andere Bezeichnungen für die zwei zugrundeliegenden Dimensionen als diejenigen, welche Bowlby ursprünglich verwendete. So bezieht sich eine Dimension auf das Bindungsverhalten (Suche nach Nähe versus Vermeidung von Nähe), während die andere Dimension eher Ängstlichkeit in Beziehungen beschreibt (Selbstsicherheit versus Angst vor Trennung). Eine dritte von Collins und Read (1990) empirisch identifizierte Dimension mit der Bezeichnung *Vertrauen* korrelierte erheblich mit beiden Dimensionen *Angst vor Trennung* und *Nähe* und läßt sich als allgemeines Maß für die Bindungssicherheit interpretieren: Sicher gebundene Menschen vertrauen anderen, suchen menschliche Nähe und haben wenig Verlustängste.

### *Klinische Relevanz der Bindungstheorie*

Strauß und Schmidt (1997) gehen davon aus, daß beim vorliegenden Stand der Forschung von einer erhöhten Vulnerabilität für psychopathologische Entwicklungen ausgegangen werden kann, wenn ein unsicherer Bindungsstil vorliegt (eine Person also nicht in der Lage ist, ein Gefühl der Sicherheit in menschlichen Beziehungen zu erlangen). Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass ein unsicherer Bindungsstil mit einem erhöhten Streßniveau des Organismus einhergeht (z.B. Spangler & Grossmann, 1993). Ausgehend von diesen Befunden lassen sich auch Bezüge der Bindungstheorie zur Psychoneuroimmunologie und Psychosomatik herstellen. Es hat sich gezeigt, dass der Anteil an unsicher gebundenen Personen in klinischen Stichproben mit über 80 % mehr als doppelt so hoch liegt wie in gesunden Vergleichsstichproben (van Ijzendoorn, 1994).

Die Bindungstheorie könnte zur Differentialdiagnostik innerhalb umschriebener Diagnosegruppen einen Beitrag leisten, so etwa bei depressiven Störungen (Pilkonis, 1988). Beck (1983) unterscheidet zwischen sozial abhängigen und autonomen Depressionsformen. Abhängige Personen (anklammernder Bindungsstil) dekompensieren demnach beim Verlust anderer Menschen, da sie ihr Selbstwertgefühl an einer idealen Beziehung orientieren und zu wenig eigene Kompetenzen aufbauen. Autonome (abweisender Bindungsstil) hingegen suchen nach Beweisen für die eigene Stärke und entwickeln bei einer Mißerfolgsserie depressive Symptome, da sie kaum Unterstützung bei anderen Menschen suchen. Je nach Bindungsstil können somit bei äußerlich gleichem Störungsbild unterschiedliche Therapieziele verfolgt werden. Eine vielversprechende Eignung der Bindungstheorie im diagnostischen Bereich sehen Strauß und Schmidt (1997) auch bei der Differenzierung von Persönlichkeitsstörungen, welche besonders eng mit interpersonalen Schwierigkeiten assoziiert sind (Fiedler, 1995).

Ein wichtiges Ergebnis der Psychotherapieforschung besteht darin, daß die Qualität der therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Therapeut einen bedeutsamen Prädiktor für das Behandlungsergebnis darstellt (Orlinsky, Grawe

& Parks, 1994). Brisch (1999) schlägt einen bindungstherapeutischen Ansatz vor, der die Erfahrungen von Bowlby (1988) aufgreift. Dieser sollte seiner Ansicht nach darin bestehen, vorhandene innere Arbeitsmodelle auf ihre aktuelle Gültigkeit hin zu überprüfen und gegebenenfalls zu revidieren, was einen aktiven Bewußtmachungsprozess voraussetzt. Der Therapeut sollte sich dabei dem Patienten als verlässliche sichere Basis zur Exploration seiner Probleme zur Verfügung stellen.

Längsschnittuntersuchungen haben gezeigt, dass der einmal erworbene Bindungsstil zu großer Stabilität tendiert (Grossmann, 1995; Benoit & Parker, 1994). Die erfolgreiche Modifikation eines unsicheren Bindungsstils könnte daher als Indikator der Ergebnisqualität psychotherapeutischer Interventionen dienen, da sich die damit einhergehende Verbesserung der sozialen Kompetenz sowohl im Beruf als auch im Privatleben positiv auswirken dürfte. Die mit einer Steigerung der Bindungssicherheit verbundene Reduktion von Streß läßt eine Verbesserung der Gesundheit und des Allgemeinbefindens erwarten.

### *Diagnostik des Bindungsstils*

Ausgangspunkt der Bindungsdiagnostik war ein Verfahren zur Verhaltensbeobachtung bei Kleinkindern, das als *Fremde Situation* („strange situation“) in der Bindungsforschung bekannt ist und von Ainsworth et al. (1978) entwickelt wurde. Beobachtet wird dabei die Reaktion des Kindes auf eine wiederholte kurze Trennung von der Bezugsperson. Ainsworth fand zunächst drei häufige Bindungsmuster bei Kleinkindern, welche als *sicher*, *vermeidend* und *ängstlich-ambivalent* bezeichnet wurden. Mittlerweile wurden verschiedene Zugänge zur Erfassung des Bindungsstils auch bei Erwachsenen entwickelt.

Zu den Interviewverfahren gehört das *Adult Attachment Interview* (Main & Goldwyn, 1985), welches etwa eine Stunde lang dauert und Fragen zu wichtigen Bezugspersonen und Beziehungserfahrungen beinhaltet. Die Auswertung der Interviewergebnisse anhand sprachlicher Kriterien erlaubt eine umfassende Diagnostik des Bindungsstils bei Erwachsenen.

Hazan und Shaver (1987) haben mit der *Attachment Style Measure* ein einfaches Verfahren entwickelt, das Erwachsenen eine Selbstzuordnung zu einem der drei Bindungsstile nach Ainsworth erlaubt. Allerdings erlaubt diese kategoriale Zuordnung noch keine Aussage über den Ausprägungsgrad des Bindungsstils.

Innerhalb der aktuellen Bindungsforschung wird auch zunehmend die Fragebogenmethode verwendet, wobei sich die Generierung entsprechender Bindungsskalen an den gängigen Methoden der Testkonstruktion (Amelang & Zielinski, 1997; Lienert & Raatz, 1994) orientiert. So gelang es Collins und Read (1990) anhand faktorenanalytischer Methodik, aus den in Einzelitems zerlegten Selbstbeschreibungen von Hazan und Shaver (1987) drei reliable Bindungsskalen ( $\alpha = .69$  bis  $.75$ ) zu konstruieren, welche die Bezeichnungen *Angst*, *Nähe* und *Vertrauen* tragen. Das Verfahren trägt den Namen *Adult*

*Attachment Scale (AAS)*. Ein deutschsprachiges Verfahren zur Erfassung des Bindungsstils in Paarbeziehungen wurde von Grau (1998) entwickelt, das zwei Skalen mit den Bezeichnungen *Angst* ( $\alpha = .91$ ) und *Vermeidung* ( $\alpha = .86$ ) umfasst.

#### *Der Relationship Scales Questionnaire (RSQ)*

Der *Relationship Scales Questionnaire (RSQ)* wurde von Griffin und Bartholomew (1994) mit der Absicht konstruiert, den Ausprägungsgrad jedes der prototypischen Bindungsmuster des vierkategorialen Modells durch einen Skalenwert zu erfassen, der durch Addition von mehreren Einzelitems berechnet wird. Darüber hinaus enthält der RSQ die Items der *Adult Attachment Scale* (Collins & Read, 1990). Der gesamte Originalfragebogen umfaßt 30 Items, wobei durch Ankreuzen einer bestimmten Ziffer auf fünfstufigen Ratingskalen der Grad an Zustimmung zu jedem Item anzugeben ist (1 = nicht zutreffend bis 5 = sehr zutreffend). Griffin und Bartholomew (1994) führen aus, daß die Reliabilitäten der vier englischsprachigen Skalen im Bereich zwischen  $\alpha = .41$  für die Skala *sicher* und  $\alpha = .70$  für die Skala *abweisend* liegen. Die Übersetzung ins Deutsche wurde von Mestel (1994) vorgenommen. Abbildung 1 zeigt den kompletten Fragebogen.

## RSQ - Beziehungsfragebogen

Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen und beurteilen Sie, wie jede Ihre Gefühle in nahen Beziehungen beschreibt. Denken Sie dabei an alle Ihre vergangenen und jetzigen Beziehungen und antworten Sie so, wie Sie sich allgemein in diesen Beziehungen gefühlt haben bzw. fühlen.

	nicht zutref- fend	2	etwas zutref- fend	3	4	sehr zutref- fend	5
1. Ich finde es schwierig, von anderen abhängig zu sein	1	2	3	4	5		
2. Es ist mir sehr wichtig, mich unabhängig zu fühlen	1	2	3	4	5		
3. Mir fällt es leicht, anderen gefühlsmäßig nahe zu kommen	1	2	3	4	5		
4. Ich möchte vollkommen mit einem anderen Menschen verschmelzen	1	2	3	4	5		
5. Ich fürchte mich davor verletzt zu werden, wenn ich mir erlaube, anderen zu nahe zu kommen	1	2	3	4	5		
6. Ich fühle mich wohl, auch ohne enge gefühlsmäßige Beziehungen	1	2	3	4	5		
7. Ich bin mir nicht sicher, ob ich mich bei anderen immer darauf verlassen kann, daß sie da sind, wenn ich sie brauche	1	2	3	4	5		
8. Ich möchte anderen gefühlsmäßig sehr nahe sein	1	2	3	4	5		
9. Ich mache mir Sorgen über das allein sein	1	2	3	4	5		
10. Ich fühle mich wohl dabei, wenn ich mich auf andere verlassen kann	1	2	3	4	5		
11. Oft Sorge ich mich darum, ob mich meine Liebespartner/Innen wirklich lieben	1	2	3	4	5		
12. Ich finde es schwierig, anderen vollständig zu vertrauen	1	2	3	4	5		
13. Es macht mir Angst, wenn mir andere zu nahe kommen	1	2	3	4	5		
14. Ich möchte gefühlsmäßig enge Beziehungen	1	2	3	4	5		
15. Es geht mir gut damit, wenn andere von mir abhängig sind	1	2	3	4	5		
16. Ich mache mir Sorgen darüber, daß andere mich nicht so sehr schätzen, wie ich sie	1	2	3	4	5		
17. Menschen sind nie da, wenn man sie braucht	1	2	3	4	5		
18. Meine Sehnsucht nach „völliger Verschmelzung“ schreckt manchmal Leute von mir ab	1	2	3	4	5		
19. Es ist mir sehr wichtig, daß ich mich selbständig fühle	1	2	3	4	5		
20. Ich werde nervös, wenn mir irgendwer zu nahe kommt	1	2	3	4	5		
21. Häufig Sorge ich mich darum, daß meine Liebespartner/Innen nicht bei mir bleiben wollen	1	2	3	4	5		
22. Ich ziehe es vor, wenn andere Menschen nicht von mir abhängig sind	1	2	3	4	5		
23. Ich fürchte mich davor, verlassen zu werden	1	2	3	4	5		
24. Ich fühle mich unwohl dabei, anderen nahe zu sein	1	2	3	4	5		
25. Ich finde, daß sich andere gegen so viel Nähe sträuben, wie ich sie mir wünschen würde	1	2	3	4	5		
26. Ich ziehe es vor, nicht von anderen abhängig zu sein	1	2	3	4	5		
27. Ich weiß, daß andere da sind, wenn ich sie brauche	1	2	3	4	5		
28. Ich fürchte mich davor, daß andere mich nicht akzeptieren können	1	2	3	4	5		
29. Liebespartner/Innen wollen häufiger, daß ich ihnen näher bin, als mir lieb ist	1	2	3	4	5		
30. Mir fällt es recht leicht, anderen nahe zu kommen	1	2	3	4	5		

Abbildung 1: RSQ-Beziehungsfragebogen (dt. Übersetzung Mestel, 1994).

### *Methode*

#### *Aufbau der Gesamtstudie*

Nachfolgend sollen Reliabilität und Validität der deutschen Version des RSQ überprüft werden. Datenbasis ist eine umfassende Evaluationsstudie, die 1997 an der Fachklinik für Psychosomatische Medizin Bad Herrenalb in Zusammenarbeit mit dem Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen mbH (*eqs.*-Institut) in Karlsruhe durchgeführt wurde. Die Studie befaßt sich mit Verlauf und Ergebnis stationärer psychosomatischer Rehabilitationsbehandlungen in der Klinik Bad Herrenalb (Nübling et al., 2000) und umfaßt drei Messzeitpunkte (Aufnahme, Entlassung und 1-Jahres-Katamnese). Neben selbst entwickelten Patientenfragebögen und

Bögen zur Behandlungsdokumentation wurden standardisierte Instrumente verwendet wie der FPI-R (Fahrenberg, Hampel & Selg 1994), SCL-90-R (Franke, 1995) und IIP-64 (Horowitz, Strauß & Kordy, 1994). Auch der 30 Items umfassende RSQ wurde den Patienten im Rahmen dieser Datenerhebung zu allen drei Messzeitpunkten zum Ausfüllen vorgegeben.

### *Beschreibung der Stichprobe*

Insgesamt nahmen 317 Patienten an der Befragung teil, von denen 305 den RSQ ausfüllten. Der Frauenanteil lag bei 59,6%, das Alter betrug im Durchschnitt 39,9 Jahre (SD = 11,6 Jahre). 57,4% gaben an, zum Zeitpunkt der Erhebung einen Partner zu haben. 28,5% der Patienten hatten einen Hauptschulabschluß, 28,6% mittlere Reife und 37,0% Fachhochschulreife oder Abitur. 58,3% der Patienten waren in den 12 Monaten vor Aufnahme erwerbstätig, wobei die zahlenmäßig größte Gruppe die der Angestellten mit 32,7% war, gefolgt von den Beamten (15,9%) und Arbeitern/Facharbeitern (8,0%). Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer in der Klinik betrug 54,8 Tage (SD = 21,2 Tage). Die häufigste Hauptdiagnose nach ICD-9 umfaßte die Gruppe der depressiven Neurosen mit 41,6%, gefolgt von Abhängigkeit/Sucht/Mißbrauch von Medikamenten und Alkohol (16,4%), psychogenen Reaktionen (9,5%), funktionellen Störungen psychischen Ursprungs (8,8%) und Persönlichkeitsstörungen (8,5%). Kostenträger waren mit 54,8% die Rentenversicherungsträger bzw. 42,9% gesetzliche und private Krankenkassen. Weitere Ergebnisse der Gesamtstudie finden sich bei Nübling et al. (2000).

### *Ergebnisse*

#### *Konstruktion der Skalen*

Eine Reliabilitätsanalyse der vier von Griffin und Bartholomew (1994) verwendeten Skalen ergab mit Werten zwischen .05 und .59 für die deutsche Übersetzung keine befriedigenden Resultate, so daß eine Neufaktorisierung über alle 30 Items vorgenommen wurde. Eine Hauptkomponentenanalyse lieferte für die ersten sieben Faktoren (Eigenwert > 1) einen Verlauf von 20,8 %, 11,4 %, 8,2 %, 5,0 %, 4,1 %, 3,8 % und 3,5 % Varianzaufklärung. Nach Anwendung des Scree-Kriteriums wurden vier Faktoren mit dem Varimax-Verfahren rotiert. Diese ließen sich als *Angst vor Trennung*, *Angst vor Nähe*, *Fehlendes Vertrauen* und *Wunsch nach Unabhängigkeit* interpretieren und klärten insgesamt 45,4 % der Gesamtvarianz auf. Anhand itemanalytischer Verfahren (vgl. Lienert & Raatz, 1994) wurden vier Skalen gebildet, welche gleichlautende Bezeichnungen erhielten. Tabelle 2 zeigt die Itemzusammensetzungen und Reliabilitäten der Skalen, welche sich im Bereich von Cronbach's Alpha = .72 bis .81 bewegen.

#### **Tabelle 2: Aufbau und interne Konsistenzen der vier neu konstruierten RSQ-Skalen**

RSQ-Skala	Items	$\alpha$
<b>Angst vor Trennung</b> Beispielitem: „Ich fürchte mich davor, verlassen zu werden“	4, -6, 8, 9, 11, 14, 15, 18, 21, 23	.81
<b>Angst vor Nähe</b> Beispielitem: „Es macht mir Angst, wenn mir andere zu nahe kommen“	-3, 5, 13, 20, 24, 29, -30	.77
<b>Fehlendes Vertrauen</b> Beispielitem: „Menschen sind nie da, wenn man sie braucht“	7, 12, 16, 17, 25, -27, 28	.77
<b>Wunsch nach Unabhängigkeit</b> Beispielitem: „Es ist mir sehr wichtig, mich unabhängig zu fühlen“	1, 2, 19, 22, 26	.72

Anmerkung: Umgekehrt gepolte Items sind durch ein negatives Vorzeichen (-) markiert

Nach Summenbildung wurden die Skalenwerte durch die Anzahl der jeweils angekreuzten Items geteilt. Damit umfassen die vier Skalen wie bei den 30 Einzelitems einen Wertebereich von 1,00 (nicht zutreffend) bis 5,00 (sehr zutreffend). Die ersten zwei Skalen entsprechen inhaltlich den Dimensionen *Angst* und *Nähe* (vgl. Collins & Read, 1990; Grau, 1998), die dritte Skala entspricht der von Collins & Read gefundenen Dimension *Vertrauen*. Niedrige Werte auf diesen drei Skalen lassen sich als Indikator für Bindungssicherheit interpretieren. Die vierte Skala bildet offenbar anklammernde versus vermeidende Tendenzen ab, so dass hier mittlere Ausprägungen bei sicher gebundenen Personen zu erwarten sind.

#### *Skalenkennwerte der Studienstichprobe im Vergleich mit einer nichtklinischen Stichprobe*

Tabelle 3 gibt die Mittelwerte und Streuungen der Skalen wieder. Mestel (1999) legte den Bogen einer kleineren gesunden Vergleichsstichprobe (N=48) vor, um erste nichtklinische Bezugswerte zu erhalten. t-Tests für unabhängige Stichproben ergaben, dass auf den ersten drei Skalen bei der klinischen Stichprobe eine signifikant stärkere Bindungsunsicherheit vorliegt als bei der nichtklinischen Vergleichsstichprobe. Der Unterschied beträgt jeweils etwa eine halbe Standardabweichungseinheit. Für die vierte Skala *Wunsch nach Unabhängigkeit* zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Stichproben. Darüber hinaus ist diese Skala deutlich linksschief verteilt: Der Wunsch nach Unabhängigkeit wurde systematisch bejaht.



**Tabelle 3: RSQ-Skalen: Klinische und nichtklinische Stichprobe im Vergleich**

	Bad Herrenalb Messung bei Aufnahme (1996/97) N = 305		Nichtklinische Stichprobe  (Mestel, 1999) N = 48		t-Test	
	$M_A$	$SD_A$	$M_N$	$SD_N$	$t$	$p$
1. Angst vor Trennung	3,01	0,78	2,78	0,64	2,15	<.050
2. Angst vor Nähe	2,96	0,82	2,56	0,74	3,74	<.001
3. Fehlendes Vertrauen	2,94	0,81	2,41	0,72	5,10	<.001
4. Wunsch nach Unabh.	3,82	0,79	3,77	0,64	0,54	.739

#### *Zusammenhänge zwischen den Skalen*

Erwartungsgemäß korrelierten die Skalen *Angst vor Trennung* und *Angst vor Nähe* mit  $r = .22$  nicht sehr hoch miteinander, während die Vertrauensskala mit diesen beiden Skalen stärker korrelierte (Tabelle 4). Die vierte Skala *Wunsch nach Unabhängigkeit* wies zu keiner der drei übrigen Skalen besonders starke Zusammenhänge auf.

**Tabelle 4: Interkorrelationen der RSQ-Skalen**

	Angst vor Trennung	Angst vor Nähe	Fehlendes Vertrauen
Angst vor Nähe	.22		
Fehlendes Vertrauen	.57	.45	
Wunsch nach Unabhängigkeit	-.07	.11	.00

Anmerkung: N = 305 Patienten der Klinik Bad Herrenalb (Aufnahmemessung). Alle Zusammenhänge von  $r > |.20|$  sind auf dem 1%-Niveau signifikant.

#### *Zusammenhänge der RSQ-Skalen mit verschiedenen Merkmalen*

Tabelle 5 gibt die Korrelationsmatrix der RSQ-Skalen bei Aufnahme mit einer Reihe von soziodemographischen Merkmalen, Fragen zum Allgemeinbefinden und bekannten psychometrischen Skalen wieder. Es zeigte sich ein leichter Trend zu mehr Bindungssicherheit mit zunehmendem Alter. Zum Geschlecht, zum Bildungsniveau und zum Erwerbsstatus ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge, wenngleich Frauen einen etwas größeren Unabhängigkeitswunsch äußerten.

Zusammenhänge von mehr als .30 ergaben sich zur Partnerschaftszufriedenheit, zum seelischen Befinden sowie zur Problemlösefähigkeit. Auch zum Leidensdruck, dem Gesundheitszustand, dem körperlichen Befinden, der Leistungsfähigkeit und der Zufriedenheit mit der eigenen Arbeitssituation bestanden signifikante, wenn auch schwächere Korrelationen.

Erhebliche Zusammenhänge der ersten drei RSQ-Skalen zeigten sich zum *Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI-R* (Fahrenberg et al., 1994), der *Symptomcheckliste SCL-90-R* (Franke, 1995) sowie dem *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme IIP* (Horowitz et al., 1994).

**Tabelle 5: Zusammenhänge der RSQ-Skalen mit verschiedenen Merkmalen**

<i>Soziodemographische Variablen</i>	RSQ-1 Angst vor Trennung	RSQ-2 Angst vor Nähe	RSQ-3 Fehlendes Vertrauen	RSQ-4 Wunsch n. Unabh..
Geschlecht weiblich (ja/nein)	.08	.02	.05	.15 **
Alter	-.13 *	-.15 *	-.19 **	-.05
Schulbildung	.05	.08	-.08	.12
Erwerbstätigkeit (ja/nein)	.03	.10	-.01	.03
Partner vorhanden (ja/nein)	-.11	-.04	-.06	-.01
<i>Fragen zum Allgemeinbefinden</i>				
Zufriedenheit mit Partnerschaft	-.25 **	-.29 ***	-.32 ***	-.07
Zufriedenheit im Beruf	-.15 *	-.07	-.18 **	-.00
Leidensdruck	.26 ***	.22 ***	.19 **	.04
Körperliches Befinden	-.15 **	-.01	-.14 *	.12 *
Seelisches Befinden	-.35 ***	-.25 ***	-.35 ***	-.01
Gesundheitszustand	-.23 ***	-.01	-.20 **	.01
Leistungsfähigkeit	-.26 ***	-.05	-.17 **	-.05
Umgang mit Problemen	-.31 ***	-.18 **	-.26 ***	-.09
<i>Psychometrische Skalen</i>				
SCL Globalwert GSI	.50 ***	.39 ***	.55 ***	.01
FPI 1. Lebenszufriedenheit	-.42 ***	-.35 ***	-.46 ***	-.12 *
FPI 2. Soziale Orientierung	-.03	-.26 ***	-.17 **	.00
FPI 3. Leistungsorientierung	-.04	-.05	-.08	.08
FPI 4. Gehemtheit	.17 **	.46 ***	.28 ***	-.04
FPI 5. Erregbarkeit	.33 ***	.26 ***	.33 ***	.08
FPI 6. Aggressivität	.25 ***	.13	.23 ***	.01
FPI 7. Beanspruchung	.19 **	.08	.26 ***	-.03
FPI 8. Körperliche Beschwerden	.25 ***	.23 ***	.31 ***	.05
FPI 9. Gesundheitsorgen	.01	-.04	-.02	-.08
FPI 10. Offenheit	.32 ***	.19 **	.27 ***	.02
FPI E. Extraversion	-.01	-.33 ***	-.11	.04
FPI N. Emotionalität	.38 ***	.27 ***	.38 ***	-.01
IIP PA. autokratisch/dominant	-.04	-.22 ***	-.12 *	.06
IIP BC. streitsüchtig/konkurrier.	-.13 *	.10	-.01	-.06
IIP DE. abweisend/kalt	-.21 ***	.35***	-.03	.01
IIP FG. introvertiert/sozial verm.	-.03	.39***	.14*	-.06
IIP HI. selbstunsicher/unterw.	-.00	.02	.03	-.03
IIP JK. ausnutzbar/nachgiebig	.01	-.16**	-.06	-.04
IIP LM. zu fürsorglich/freundlich	.14*	-.16**	.03	.15**
IIP NO. expressiv/aufdringlich	.25***	-.31***	.02	-.01
IIP Gesamtwert	.44***	.47***	.57***	.04

Anmerkungen: Zweiseitige Signifikanztests. p \* < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001.

So korrelierte die Skala *Angst vor Trennung* vor allem mit einer hohen psychischen Belastung auf der Globalskala GSI des SCL-90-R, Problemen mit zu fürsorglich-freundlichem bis hin zu expressiv-aufdringlichem Verhalten im IIP, sowie einer geringen Lebenszufriedenheit und hohen Emotionalität im FPI.

Die RSQ-Skala *Angst vor Nähe* zeigte deutliche Zusammenhänge zur Skala Gehemmtheit im FPI und Problemen im IIP mit abweisendem Verhalten und sozialer Vermeidung. Darüber hinaus war auch diese Skala deutlich mit einer grundsätzlichen psychischen Symptombelastung im SCL-90-R assoziiert.

Skala 3 *Fehlendes Vertrauen* wies starke Zusammenhänge zu einer geringen Lebenszufriedenheit im FPI, einer hohen psychischen Symptombelastung im SCL-90-R sowie zu interpersonalen Problemen generell auf. Die Zusammenhänge mit den ipsatierten IIP-Subskalen (zur Berechnung siehe Horowitz et al., 1994) fielen geringer aus, da der IIP-Gesamtwert bei Skalenberechnung von den Rohwerten der Subskalen abgezogen wird.

Keine substantiellen Zusammenhänge ergaben sich für Skala 4 *Wunsch nach Unabhängigkeit*.

Was die verschiedenen Diagnosegruppen betrifft, so zeigte sich bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (N=25) im Vergleich mit den übrigen Diagnosegruppen (vorwiegend neurotische Störungen) eine Auffälligkeit. Patienten mit Persönlichkeitsstörung berichteten im RSQ signifikant mehr Angst vor Nähe (RSQ2: M=3,43; df=4/229; F=2,72; p=.031) und Misstrauen anderen Menschen gegenüber (RSQ3: M=3,27; df=4/229; F=2,42; p=.049).

#### *Ableitung des Bindungsstils aus dem Skalenprofil*

In Kapitel 0 wurde dargestellt, dass sich die prototypischen Bindungsstile des vierkategorialen Modells auf eine Kombination der zwei Dimensionen *Angst vor Trennung* und *Angst vor Nähe* zurückführen lassen (vgl. Tabelle 1). Damit läßt

$$c = \frac{s_N M_A + s_A M_N}{s_N + s_A}$$

sich der Bindungsstil anhand der ersten zwei RSQ-Skalen im Sinne des Vierkategorialen Modells klassifizieren. An dieser Stelle stellt sich die Frage nach einer Wahl der geeigneten Cut-off-Werte auf den beiden Skalen *Angst vor Trennung* und *Angst vor Nähe*, um eine zuverlässige Klassifikation des Bindungsstils vornehmen zu können. Das Cut-off-Kriterium c wurde nach Jacobson und Truax (1991) für die ersten zwei Skalen wie folgt berechnet:

$M_N$  und  $s_N$  entsprechen dabei den Skalenmittelwerten und -streuungen der vorläufigen nichtklinischen Vergleichsstichprobe, während für  $M_A$  und  $s_A$  die Kennwerte der Aufnahmemessung eingesetzt wurden. Überschreitet der individuelle Skalenwert den Cut-off-Wert c, so gehört die Person mit größerer Wahrscheinlichkeit der klinischen Stichprobe als der nichtklinischen Referenzstichprobe an (Tabelle 6).

**Tabelle 6: Cutoff-Werte für die ersten zwei RSQ-Skalen**

	Bad Herrenalb Messung bei Aufnahme (1996/97) N = 305		Nichtklinische Stichprobe (Mestel, 1999) N = 48		Cutoff- Wert
	$M_A$	$SD_A$	$M_N$	$SD_N$	
1. Angst vor Trennung	3,01	0,78	2,78	0,64	2,88
2. Angst vor Nähe	2,96	0,82	2,56	0,74	2,75

Wenig Angst vor Trennung ( $RSQ1 \leq 2,88$ ) in Verbindung mit wenig Angst vor Nähe ( $RSQ2 \leq 2,75$ ) entspricht dem *sicheren* Bindungsstil. Hohe Werte auf beiden Skalen ( $RSQ1 > 2,88$  und  $RSQ2 > 2,75$ ) entsprechen dem *ängstlich-vermeidenden* Muster. Angst vor Trennung ( $RSQ1 > 2,88$ ) in Verbindung mit wenig Angst vor Nähe ( $RSQ2 \leq 2,75$ ) entspricht dem *anklammernden*, wenig Angst vor Trennung ( $RSQ1 \leq 2,88$ ) in Verbindung mit Angst vor Nähe ( $RSQ2 > 2,75$ ) hingegen dem *abweisenden* Prototyp.

Abbildung 2 zeigt ein Skalenprofil für einen Patienten mit abweisendem Bindungsstil. Um die Interpretation verschiedener Profile zu erleichtern, wurden anhand der Mittelwerte und Streuungen der nichtklinischen Stichprobe versuchsweise Standard-T-Werte berechnet. Skala 1 *Angst vor Trennung* weist niedrige Werte, Skala 2 *Angst vor Nähe* hingegen erhöhte Werte auf, was dem *abweisenden* Prototyp entspricht. Skala 3 *Fehlendes Vertrauen* und Skala 4 *Wunsch nach Unabhängigkeit* liefern Zusatzinformationen, werden bei der eigentlichen Klassifikation des Bindungsstils jedoch nicht berücksichtigt. Für detaillierte Ausführungen zur Interpretation verschiedener Profiltypen sei an dieser Stelle auf die Originalarbeit verwiesen (Steffanowski, 1998).

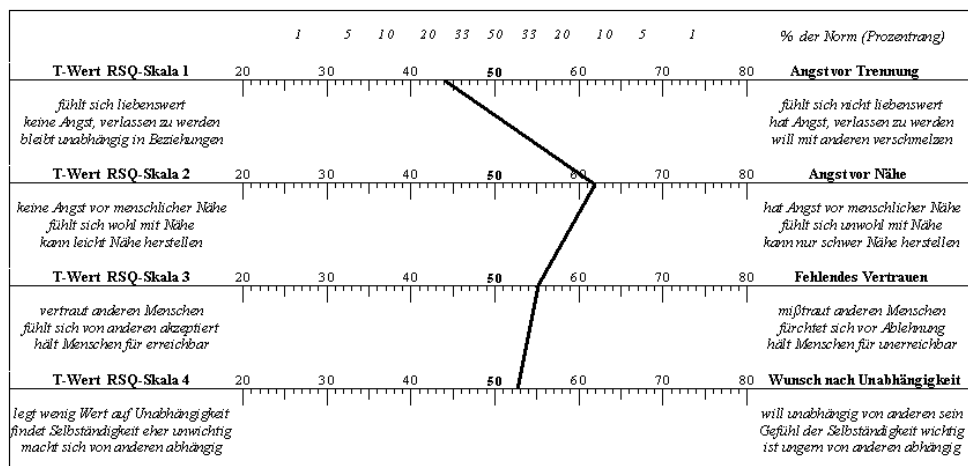


Abbildung 2: RSQ-Skalenprofil für den abweisenden Bindungsstil

### *Symptombelastung im SCL-90 in Abhängigkeit vom Bindungsstil*

Es wurde bereits ausgeführt, dass signifikante Zusammenhänge zwischen den RSQ-Skalen sowie verschiedenen psychometrischen Skalen bestehen. Auch in Abhängigkeit vom mittels RSQ klassifizierten Bindungsstil fanden sich signifikante Unterschiede auf mehreren Skalen bei der Aufnahmemessung. So zeigte sich bei der SCL-90-R-Skala GSI, dass die Gruppe der unsicher-vermeidenden Patienten ein extrem hohes Maß an grundsätzlicher psychischer bzw. psychosomatischer Symptombelastung aufwies (Abbildung 3). Der Mittelwert ( $T=73,8$ ) unterschied sich signifikant von dem der drei übrigen Gruppen (einfaktorielle Anova mit anschließendem Post-Hoc-Test:  $F=23,8$ ;  $df=3/301$ ;  $p<.001$ ). Die Gruppe der bei Aufnahme als sicher klassifizierten Patienten erreichte auf der GSI-Skala im Vergleich mit den drei unsicher gebundenen Gruppen hingegen einen signifikant niedrigeren, wenngleich aber immer noch klinisch auffälligen Wert ( $T=60,0$ ).

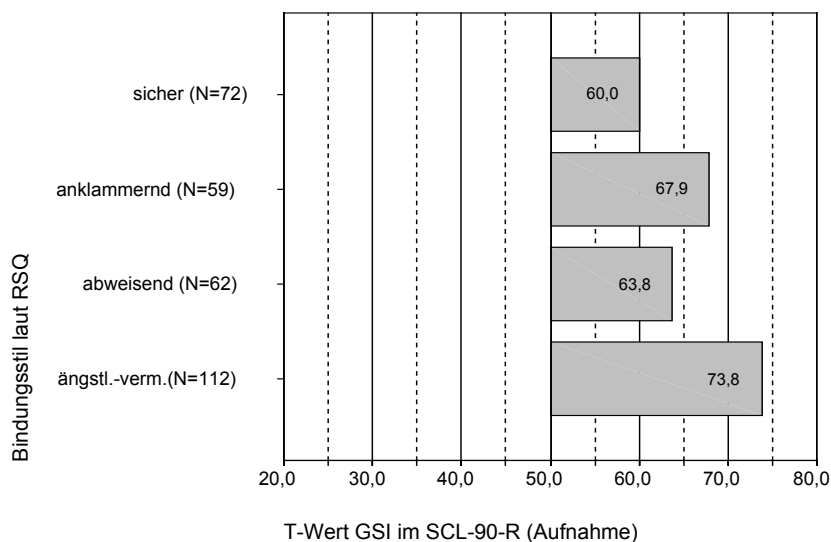


Abbildung 3: Symptombelastung im SCL-90-R in Abhängigkeit vom Bindungsstil

### *IIP-Skalen in Abhängigkeit vom Bindungsstil*

Im IIP-Profil (Abbildung 4) zeigten sich für die als *sicher* klassifizierten Patienten kaum Abweichungen von den Werten der Normierungsstichprobe. *Anklammernde* Patienten berichteten Probleme mit zu viel Freundlichkeit und Unsicherheit, aber auch mit aufdringlichem Verhalten. Beim *abweisenden* Prototyp zeigten sich hingegen die stärksten Probleme mit abweisendem Verhalten und sozialer Vermeidung. Die *ängstlich-vermeidende* Gruppe wies auf sämtlichen Rohwertskalen im IIP deutliche Abweichungen auf, was sich im Gesamtwert für interpersonale Probleme zeigt (aus dem Profil der Subskalen wird dieser Wert herausgerechnet, weshalb das Skalenprofil auf den ersten Blick wenig auffällig erscheint, zur Berechnung siehe Horowitz et al., 1994). Am deutlichsten zeigte diese Gruppe Probleme mit sozialer Vermeidung und Selbstunsicherheit.

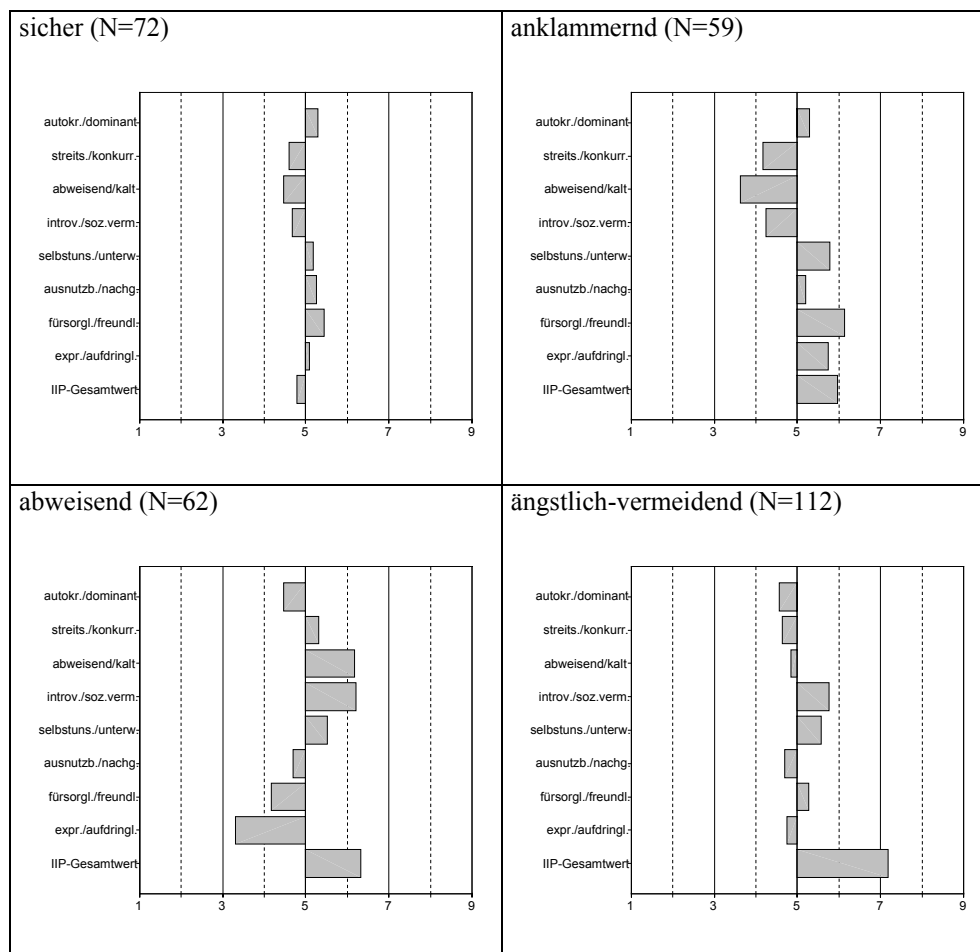


Abbildung 4: IIP-Aufnahmemessung (Stanine) in Abhängigkeit vom Bindungsstil.

### Prognostische Relevanz der RSQ-Aufnahmemessung

Um Hinweise zur prognostischen Validität der RSQ-Messung bei Aufnahme zu erhalten, wurden entsprechende Korrelationen mit ausgewählten Ergebniskriterien der 1-Jahres-Katamnese berechnet.

Tabelle 7 gibt die Ergebnisse wieder. Es zeigte sich, daß vor allem hohe Aufnahmewerte der RSQ-Skala *Angst vor Nähe* mit einer geringeren Veränderungseinstufung des Allgemeinbefindens auf der Skala EMEK-27 in Beziehung stehen. Auf dieser Dimension sind 27 Einzelkriterien zu einem Gesamtindex aggregiert, welcher Veränderungen der körperlichen und seelischen Gesundheit, der Bewältigungs- und Sozialkompetenz sowie monetärer Kriterien wie Arbeitsunfähigkeitszeiten und Häufigkeit von Arztbesuchen abbildet. (Nübling et al., 2000).

**Tabelle 7: Korrelationen der RSQ-Skalen (Aufnahme) mit ausgewählten Outcomekriterien**

Katamnesemessung ein Jahr nach der stationären rehabilitationsbehandlung	RSQ-Skalen bei Aufnahme			
	Skala 1 Angst vor Trennung	Skala 2 Angst vor Nähe	Skala 3 Fehlendes Vertrauen	Skala 4 Wunsch n. Unabh..
„Wie geht es Ihnen heute insgesamt?“	-.13	-.21**	-.18*	.13
Veränderung körperliche Verfassung	-.09	-.16*	-.12	.10
Veränderung seelische Verfassung	-.06	-.17*	-.06	.07
EMEK-27	.00	-.19*	-.04	.12

Anmerkung: N = 181.

### *Veränderungen auf den RSQ-Skalen über drei Messzeitpunkte*

Insgesamt stehen bei 156 Patienten über alle drei Messzeitpunkte Daten für die RSQ-Skalen zur Verfügung. Die übrigen Patienten wurden in die Verlaufsanalyse nicht einbezogen. Tabelle 8 zeigt, dass sich auf den ersten drei Skalen eine hochsignifikante Verbesserung in Richtung mehr Bindungssicherheit ergab. Ein Jahr nach der Behandlung weichen die Katamneseergebnisse kaum noch von den Werten der gesunden Vergleichsstichprobe (vgl. Tabelle 3) ab. Auf Skala 4 *Wunsch nah Unabhängigkeit* ergaben sich hingegen keine signifikanten Veränderungen.

**Tabelle 8: Veränderungen auf den RSQ-Skalen über drei Messzeitpunkte**

	Skalenkennwerte zu den drei Messzeitpunkten			Varianzanalyse für Messwiederholungen		Effektstärke
	M <sub>A</sub> (S <sub>A</sub> )	M <sub>E</sub> (S <sub>E</sub> )	M <sub>K</sub> (S <sub>K</sub> )	F (2/154)	p	ES <sub>A-K</sub>
1. Angst vor Trennung	3,03 (.78)	3,02 (.66)	2,73 (.70)	19,686	< .001	.38
2. Angst vor Nähe	3,04 (.79)	2,80 (.81)	2,59 (.79)	27,235	< .001	.57
3. Fehlendes Vertrauen	2,94 (.79)	2,78 (.71)	2,52 (.79)	17,308	< .001	.53
4. Wunsch n. Unabh.	3,88 (.76)	3,93 (.71)	3,84 (.75)	0,915	.403	.05

Anmerkungen: N = 156 Patienten. Die Effektstärke ES wurde wie folgt berechnet:  $ES = (M_A - M_K) / S_A$ . Zur Diskussion verschiedener Varianten der Effektstärkenberechnung vgl. Maier-Riehle und Zwingmann (2000). A-Aufnahme, E-Entlassung, K-Katamnese.

### *Veränderung der Verteilung der Bindungsstile über drei Messzeitpunkte hinweg*

Aus Abbildung 5 geht hervor, dass laut Klassifikation mit dem RSQ zum Zeitraum der Aufnahme lediglich 20,5 % der Patienten sicher gebunden waren. Während sich bis zum Entlasszeitpunkt zunächst geringe Änderungen in der Verteilung zeigten, hatte sich zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr später der Anteil der sicher gebundenen Patienten mit 39,7 % fast verdoppelt. Die Gruppengröße der ängstlich-vermeidenden Patienten hatte sich hingegen von 39,1 % bei Aufnahme auf 22,4 % bei Katamnese fast halbiert.

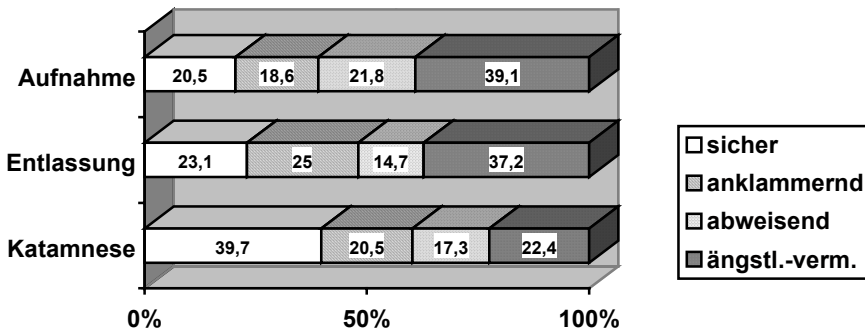


Abbildung 5: Verteilung der Bindungsstile über drei Messzeitpunkte (N=156 Patienten, für die bei allen drei Messzeitpunkten die RSQ-Daten vorliegen).

### Diskussion

Es wurde eine faktorenanalytische Untersuchung der 30 Items des RSQ in deutscher Übersetzung anhand einer klinischen Stichprobe (N=305) vorgenommen. Diese führte zu vier Skalen, die wie folgt bezeichnet werden können: 1. *Angst vor Trennung*, 2. *Angst vor Nähe*, 3. *Fehlendes Vertrauen* und 4. *Wunsch nach Unabhängigkeit*. Die ersten drei Skalen sind normalverteilt, weisen gute Reliabilitäten auf und zeigen eine starke inhaltliche Übereinstimmung mit der Adult Attachment Scale nach Collins und Read (1990). Die Skalen *Angst vor Trennung* und *Angst vor Nähe* entsprechen inhaltlich den zwei Bindungsdimensionen des Vierkategorialen Modells (vgl. Bartholomew & Horowitz, 1991; Grau, 1998). Die vierte Skala weist Verzerrungen des Antwortverhaltens im Sinne einer Bejahung des Wunsches nach Unabhängigkeit auf. Darüber hinaus fanden sich kaum Zusammenhänge mit den verwendeten Validierungskriterien, so daß der Aussagewert dieser Skala insgesamt fraglich ist.

Für die ersten drei RSQ-Skalen zeigten sich keine Zusammenhänge zu Geschlecht, Bildungsniveau und Erwerbsstatus. Allerdings ergab sich ein leichter Trend zu mehr Bindungssicherheit bei zunehmendem Alter (vgl. Mickelson et al., 1997). Substantielle Korrelationen fanden sich mit einer Vielzahl von Aspekten des Allgemeinbefindens und psychischen Symptombelastung, welche mit Einzelfragen und standardisierten Verfahren wie dem FPI-R bzw. SCL-90-R erfaßt wurden. Bereits Bowlby (1975) nahm eine Vulnerabilität für psychische Störungen bei unsicherem Bindungsstil an. Ein Vergleich der psychosomatischen Rehabilitanden mit einer kleineren gesunden Vergleichsstichprobe ergab signifikante Unterschiede in der Bindungssicherheit. Dieser Befund entspricht den Ergebnissen von Van Ijzendorp (1994) oder auch Murphy und Bates (1997), wonach in klinischen Stichproben ein erhöhter Anteil an unsicher gebundenen Personen zu erwarten ist.

Anhand der Vergleichsstichprobe wurden Cutoff-Werte für die ersten zwei RSQ-Skalen *Angst vor Trennung* und *Angst vor Nähe* berechnet und eine explorative Ableitung der vier Bindungsstile des Vierkategorialen Modells vorgenommen. Die auf diese Weise gewonnenen Bindungsmuster ließen sich inhaltlich gut durch die Skalenprofile des IIP charakterisieren. Die Ergebnisse entsprechen dabei in etwa den Befunden von Bartholomew und Horowitz (1991), welche den IIP bereits zur Validierung des vierkategorialen Modells



verwendeten. Dies lässt darauf schließen, daß die mit Hilfe des RSQ vorgenommene Zuordnung zu den vier Bindungsstilen zumindest für explorative Zwecke sinnvoll ist, auch wenn sie noch nicht auf einer repräsentativen Stichprobe basiert. Sowohl im IIP als auch im SCL-90-R zeigte die Gruppe der als *ängstlich-vermeidend* klassifizierten Patienten mit Abstand die höchste Belastung, was man bei der Therapieplanung berücksichtigen sollte.

Für die prognostische Validität der RSQ-Aufnahme-Messung ergaben sich erste Hinweise. So zeigte sich bei Misstrauen (RSQ-3) und Angst vor Nähe (RSQ-2) ein schlechteres Behandlungsergebnis in der 1-Jahres-Katamnese. Als Erklärung könnte man vermuten, dass Patienten mit einem distanzierten Bindungsstil das Therapiesangebot weniger intensiv nutzen, da sie ihre negative Erwartungshaltung anderen Menschen gegenüber auch auf das Behandlungssetting übertragen (vgl. Mallinckrodt et al., 1995).

Abschließend wurde die Veränderungssensitivität des RSQ untersucht. Auf den Skalen *Angst vor Trennung*, *Angst vor Nähe* und *Fehlendes Vertrauen* zeigte sich im Katamnesezeitraum eine signifikante Abnahme der Werte. Dies lässt darauf schließen, daß sich die Bindungssicherheit der Patienten deutlich verbessert hat. Es ist auffallend, dass zwischen Entlassung und Katamnesezeitraum eine weitere Zunahme der Bindungssicherheit erfolgt ist. Aus bindungstheoretischer Perspektive spricht dies für eine erfolgreiche Veränderung innerer Arbeitsmodelle durch die Therapie selbst sowie die Anwendung von neuen Bindungsstrategien im Jahr nach der Behandlung.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass sich mit der hier vorgestellten Fassung des RSQ wichtige bindungstheoretische Konzepte operationalisieren lassen. Dabei zeigte sich eine Vielzahl von Zusammenhängen zu reharelevanten Indikatoren des Allgemeinbefindens sowie interpersonalem Beziehungsmustern. Insbesondere zu Zwecken der Routine- und Differentialdiagnostik, aber auch zur Veränderungsmessung könnte der RSQ wertvolle Dienste leisten.

Die hier vorgenommene Klassifikation des Bindungsstils hat noch vorläufigen Charakter. Um exaktere Einschätzungen vornehmen zu können, sind weitere Untersuchungen und praktische Erfahrungen notwendig. Eine ausführliche externe Validierung könnte beispielsweise anhand des Adult Attachment Interviews unter Verwendung von cluster- und diskriminanzanalytischer Verfahren erfolgen. Um verlässliche Bezugswerte zu erhalten, wäre darüber hinaus eine Normierung des Instrumentes anhand einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe wünschenswert.

## Literatur

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters E., Wall S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. New York, Earlbbaum.
- Amelang, M., Zielinski, W. (1997). Psychologische Diagnostik und Intervention (2. Aufl.). Heidelberg, Springer.
- Bartholomew, K., Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Beck, A.T. (1983). Cognitive Therapy of depression: New perspectives. In: P.J. Clayton & J.E. Barrett (eds.): Treatment of depression: Old controversics and new approaches (265-290). New York, Earlbbaum.
- Benoit, D., Parker, K.C.H. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1456.
- Bowlby, J. (1975). Bindung. München: Kindler.
- Bowlby, J. (1988). A secure base. London, Basic books.
- Brisch, K.H. (1999). Bindungsstörungen - Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Collins, W.A., Read, S.J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Fahrenberg, J., Hampel, R., Selg, H. (1994). Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1. 6., ergänzte Auflage. Göttingen, Hogrefe.
- Fiedler, P. (1995). Persönlichkeitsstörungen (2. Aufl.). Weinheim, Psychologie Verlags Union.
- Franke, G. (1995). Die Symptomcheckliste von Derogatis – Deutsche Version. Weinheim, Beltz.
- Fremmer-Bombik, E. (1987). Beobachtungen zur Beziehungsqualität im zweiten Lebensjahr und ihre Bedeutung im Lichte mütterlicher Kindheitserinnerungen. Dissertation, Universität Regensburg.
- Grau, I. (1998). Skalen zur Erfassung von Bindungsstilen in Paarbeziehungen. *Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie* (im Druck).
- Griffin, D.W., Bartholomew, K. (1994). The Metaphysics of Measurement: The case of adult attachment. *Advances in Personal Relationships*, 5, 17-52.
- Grossmann, K. (1995). Kontinuität und Konsequenzen der frühen Bindungsqualität während des Vorschulalters. In: G. Spangler, P. Zimmermann, (Hrsg.). Die Bindungstheorie – Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart, Klett Cotta. (191-202).
- Hazan, C., Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Horowitz, L.M., Strauß, B., Kordy, H. (1994). Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme. Weinheim, Beltz.
- van Ijzendoorn, M.H. (1994). Adult attachment representation, parental responsiveness and infant attachment: A metaanalysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- Lienert, G.A., Raatz, U. (1994). Testaufbau und Testanalyse (5. Aufl.). Weinheim, Beltz.
- Maier-Riehle, B., Zwingmann, C. (2000). Effektstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. *Rehabilitation*, 39, 189-199.

- Main, M., Goldwyn, R. (1985). Adult Attachment Classification System. University of California, Berkeley.
- Mallinckrodt, B., Ganti D.L., Coble H.M. (1995). Attachment Patterns in the Psychotherapy Relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 307-317.
- Mestel, R. (1994). Deutsche Übersetzung des RSQ. Unveröffentlicht. Grönenbach: Klinik für Psychosomatische Medizin.
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality & Social Psychology*, 73, 1092-1106.
- Murphy, B., Bates, G.W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality and Individual Differences*, 22 (6), 835-844.
- Nübling, R., Bürgy, R., Meyerberg, J., Oppl, M., Kieser, J., Schmidt, J., Wittmann, W.W. (2000). Stationäre psychosomatische Rehabilitation in der Klinik Bad Herrenalb – Erste Ergebnisse einer Katamnesestudie. In: Bassler, M. (Hrsg.). Leitlinien zur stationären Psychotherapie. Gießen, Psychosozial.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and Outcome in psychotherapy - noch einmal. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed.). New York, Wiley. (270-378).
- Pilkonis, P.A. (1988). Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. *Journal of Personality Disorders*, 2, 144-152.
- Schmidt, S., Strauß, B. (1996). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 41, 139-150.
- Spangler, G., Grossmann, K. (1995). Zwanzig Jahre Bindungsforschung in Bielefeld und Regensburg. In: G. Spangler, P. Zimmermann, (Hrsg.). *Die Bindungstheorie – Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart, Klett Cotta. (50-63)
- Spangler, G., Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1439-1450.
- Spangler, P. Zimmermann, (1995). *Die Bindungstheorie – Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart, Klett Cotta.
- Steffanowski (1998). Konstruktion und Validierung von bindungsdiagnostischen Skalen. Unveröffentlicht. Heidelberg: Psychologisches Institut der Universität Heidelberg.
- Strauß B., Schmidt S. (1997). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie (2. Teil). *Psychotherapeut*, 42, 1-16.