

**Abschlussbericht
Projekt 03005**

Der Einfluss von Bindung auf das Ergebnis stationärer psychosomatischer Rehabilitation

**R. Koechel
B. Damke**

Dezember 2008

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|------------------------------------|----|
| 1 | Abstract | 3 |
| 2 | Einleitung | 4 |
| 2.1 | Fragestellungen | 6 |
| 2.2 | Hypothesen..... | 6 |
| 2.2.1 | Forschungshypothese 1 | 6 |
| 2.2.2 | Forschungshypothese 2 | 6 |
| 2.2.3 | Forschungshypothese 3 | 6 |
| 2.2.4 | Forschungshypothese 4 | 7 |
| 2.2.5 | Forschungshypothese 5 | 7 |
| 2.3 | Operationalisierung | 7 |
| 2.4 | Instrumente..... | 8 |
| 3 | Methode..... | 9 |
| 3.1 | Auswahlverfahren | 9 |
| 3.2 | Daten und Erhebungszeitpunkte..... | 12 |
| 4 | Ergebnisse | 13 |
| 4.1 | Beschreibung der Stichprobe | 13 |
| 4.2 | Analyse..... | 21 |
| 4.2.1 | Forschungshypothese 1 | 21 |
| 4.2.2 | Forschungshypothese 2 | 24 |
| 4.2.3 | Forschungshypothese 3 | 28 |
| 4.2.4 | Forschungshypothese 4 | 28 |
| 4.2.5 | Forschungshypothese 5 | 31 |
| 5. | Interpretation | 32 |
| 6. | Ausblick und Umsetzung | 36 |
| | Literatur..... | 41 |
| | Abkürzungsverzeichnis | 44 |

1 Abstract

In der Studie wurden Zusammenhänge zwischen Bindungsstil und subjektiver psychischer/ physischer Symptomatik sowie deren Veränderung über ein stationäres psychosomatisches Rehabilitationsverfahren hinweg untersucht. Weiterhin wurde der Frage nachgegangen, welcher Zusammenhang zwischen spezifischen Bindungsstilen und der Therapiezufriedenheit seitens der Patienten besteht. Es wurde davon ausgegangen, dass ein vermeidender und ein ambivalenter Bindungsstil im Vergleich zu einem sicheren Bindungsstil mit einer geringeren Symptombesserung und einer geringeren Therapiezufriedenheit zum Ende der Rehabilitation und nach einem Jahr einhergehen.

Außerdem wurden Erkenntnisse über die Verteilungsmuster der Bindungsstile in einer Gruppe psychosomatisch Kranker erwartet. Dazu wurden bei zufällig ausgewählten Patienten (N=403), die eine stationäre psychosomatische Rehabilitation in der Eifelklinik in Manderscheid absolvierten, mittels des Bielefelder Fragebogens zur Klientenerwartung (BFKE, Höger, 1999) fünf Bindungsstilgruppen (sicher, bedingt sicher, ambivalent vermeidend, ambivalent anklammernd und vermeidend) erfasst. Diese Patienten bekamen zu Beginn, zum Ende der Rehabilitation und ein Jahr danach, den BSI (Belastung durch psychische Symptome; Franke 1999), die Beschwerdenliste (B-L, v. Zerssen, 1976; Belastung durch körperliche Symptome) vorgelegt. Zum Ende der Rehabilitation schätzten die Patienten mittels ZUF-8 (Zufriedenheitsfragebogen-8) ihre Therapiezufriedenheit ein. Zusätzlich wurden soziodemographische Daten erhoben. Zur Erfassung individueller Bindungserfahrungen wurde mit 29 Patienten das Adult Attachment Interview (AAI) geführt. Aus den Ergebnissen erhofften wir uns Hinweise darauf zu gewinnen, wie Patienten mit problematischem Bindungsverhalten effizienter in die Therapie eingebunden werden können.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Faktoren, die die Besserung von subjektiven Symptomen und die Patientenzufriedenheit determinieren, stellt einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung dar. Hier sollte die Patientenzufriedenheit und die Symptombesserung im Verlaufe einer stationären psychosomatischen Behandlung vor dem Hintergrund des Bindungsstils der Rehabilitanden untersucht werden.

Die Ergebnisse zeigten vergleichsweise hohe Anteile an vermeidend verschlossenen und traumatisierten Patienten. Patienten mit einem ambivalenten Bindungsstil hatten vergleichsweise die höchsten subjektiven Symptomausprägungen über alle drei Messzeitpunkte. Im Verlauf unterschieden sich die Bindungsstilgruppen nicht.

2 Einleitung

Das Bindungskonzept geht auf die Arbeiten von Bowlby (1958, 1969, 1973), Ainsworth (1968, 1973, 1984, 1985) und Ainsworth und Bell (1969, 1970) zurück. Nach Bowlby kommt der Mensch mit einem vorhandenen instinktiven Verhaltensrepertoire auf die Welt. Dieses Verhaltensrepertoire hat die Herstellung von Bindung zu einer schutzgebenden Bezugsperson zum Ziel. Geht die Bezugsperson adäquat auf das instinktive Verhalten des Säuglings ein, wird eine sichere Bindung hergestellt. Gelingt eine Bindung nicht oder nur unzulänglich, kann sich eine vermeidende (ängstliche), ambivalente oder unorganisierte Bindung entwickeln.

Welche Relevanz hat Bindung für die psychotherapeutische Praxis? Zentrale Aussage der Bindungstheorie hinsichtlich der Entstehung psychischer Probleme ist das "... Streben nach Sicherheit mittels interaktiver Strategien, die geprägt sind von unangemessenen, maladaptiven inneren Arbeitsmodellen" (Schauenburg und Strauß, 2002). Der Blick auf den Bindungsstil eines Patienten erlaubt eine Vorstellung davon, mit welchen Strategien er sich in der sozialen Interaktion Sicherheit zu verschaffen sucht. Er gibt Hinweise darauf, auf was der Therapeut sich in der Therapie einstellen muss und wie der Patient den Therapeuten wahrnimmt.

Beispielsweise steht ein desorganisierter Bindungsstil im Zusammenhang mit kontrollierenden Verhaltensweisen gegenüber Bezugspersonen und dissoziativen Symptomen im Kindes- und Jugendalter (Lyons Ruth & Jacobvitz, 1999). Slade (1999) fand, dass Patienten mit abweisendem (vermeidendem) Bindungsstil im therapeutischen Kontakt kühl, anscheinend problemlos und pflegeleicht wahrgenommen werden. Sie weisen Hilfe zurück und haben anscheinend geringen Leidensdruck. Verstrickte (ambivalente) Patienten wirken oft abhängig und fordernd. Patienten mit spezifischen Bindungsstilen erfordern unterschiedliches Vorgehen in der Therapie, um Bindungssicherheit herstellen zu können.

Eine Reihe von Autoren machten sich Gedanken darüber, wie dem einzelnen Patienten mit seinem spezifischen Bindungsstil Bindungssicherheit zu vermitteln ist. Van Ijzendoorn et al. (1995) gehen davon aus, dass vermeidende Patienten von Interventionen profitieren, die konkrete Hilfestellung in Problemsituationen und Interesse an der Person des Patienten vermitteln. Holmes (1996) vertritt die Auffassung, dass ambivalente Bindungsmuster Strategien benötigen, um mit ihren überwältigenden Gefühlen klar zu kommen.

Schauenburg und Strauß (2002) sehen als wesentlichen Forschungsschwerpunkt die Prädiktion von Therapieergebnissen und wie der Bindungsstil des Patienten das Behandlungsergebnis beeinflusst, an. Bei Fonagy et al. (1996) zeigten Patienten mit vermeidend

gebundenem Bindungsstil und mit Persönlichkeitsstörungen vergleichsweise günstigere Behandlungserfolge. Hingegen zeigten sich bei Horowitz et al. (1996) für Patienten mit diesem Bindungsstil bei Kurzzeitpsychotherapie geringere Erfolge. Strauß et al. (1999) und Mosheim et al. (2000) fanden positive Zusammenhänge zwischen der durch Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Rating erfassten Bindungssicherheit und Behandlungserfolg in stationären Psychotherapiesettings. Strauß und Burgmeier-Lohse (1994) zeigten, dass Patienten mit einem abhängigen Bindungsstil mehr von psychodynamischer Gruppentherapie profitieren. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Schauenburg und Reinhold (2000).

Der Bindungsstil hat für die psychosomatische Rehabilitation große Bedeutung (Krause et al., 2002). Der Kontakt mit einem Therapeuten aktiviert das Bindungssystem und beeinflusst therapierelevante Moderatoren wie Vertrauen, Offenheit und das Zustandekommen eines Behandlungsbündnisses. Somit müsste der Bindungsstil einen moderierenden Faktor für das Ergebnis einer stationären psychosomatischen Rehabilitation haben.

Die vorliegende Studie untersucht den Einfluss des Bindungsstils auf die subjektive psychophysische Symptomatik über drei Messzeitpunkte (Rehabilitationsbeginn, Rehabilitationsende, Ein-Jahres-Katamnese). Die unabhängige Variable stellt dabei der Bindungsstil dar. Die abhängigen Variablen sind subjektive Belastung durch psychische und physische Symptome, Besserung der psychophysischen Symptomatik, Therapiezufriedenheit gegen Ende der Rehabilitation, Arbeitsunfähigkeitszeiten und die subjektive Leistungsfähigkeit ein Jahr nach der Rehabilitation.

Das Bindungsverhalten lässt sich z.B. mit Hilfe des Bielefelder Fragebogens zur Klientenerwartung (BFKE; Höger, 1999) ermitteln. Es wird zwischen vermeidend verschlossenem, ambivalent verschlossenem, ambivalent anklammerndem, bedingt sicherem und sicherem Bindungsstil unterschieden. Aufgrund klinischer Erfahrung wird die Hypothese formuliert, dass Patienten mit vermeidenden und ambivalenten Bindungsstilen eine geringere Symptombesserung und Zufriedenheit aufweisen als Patienten mit sicherem Bindungsstil. Mit der Zuordnung des Bindungsstils zum Therapieverlauf lassen sich die Effekte therapeutischer Interventionen bei Patienten mit unterschiedlichem Bindungsverhalten differenzieren.

2.1 Fragestellungen

- I. Steht das Ergebnis eines stationären Rehabilitationsverfahrens (Symptombesserung, Therapiezufriedenheit, Arbeitsfähigkeit sowie Arbeitsunfähigkeitszeiten ein Jahr nach der Rehabilitation) in Zusammenhang mit dem Bindungsstil? (Hauptfragestellung)
- II. Welche realen Bindungserfahrungen generieren den Bindungsstil? (Nebenfragestellung)
- III. Welche Bedeutung haben Traumatisierungen für das Bindungsverhalten? (Nebenfragestellung)

2.2 Hypothesen

2.2.1 Forschungshypothese 1

In den Gruppen mit vermeidendem und ambivalentem Bindungsstil findet sich eine geringere subjektive psychische Symptombesserung als in der Gruppe der Patienten mit sicherem Bindungsstil. Diese Hypothese ist durch eine signifikante Messzeitpunkt x Gruppen-Interaktion bei vergleichsweise stärkerer Symptombesserung in der Gruppe mit sicherem Bindungsstil verifizierbar. Die psychische Symptombesserung ist durch den globalen Belastungsindex des GSI (Global Severity Index; GSI-Behandlungsbeginn minus GSI-Behandlungsende; Fragestellung I).

2.2.2 Forschungshypothese 2

In den Gruppen mit vermeidendem und ambivalentem Bindungsstil findet sich eine geringere subjektive körperliche Symptombesserung als in der Gruppe der Patienten mit sicherem Bindungsstil. Die körperliche Symptombesserung ist durch die Subtraktion des Beschwerdenlistengesamtwertes (B-L) zum Ende der Rehabilitation vom B-L Gesamtwert zum Beginn der Behandlung operationalisiert (Fragestellung I).

2.2.3 Forschungshypothese 3

Die Gruppen mit vermeidendem und ambivalentem Bindungsstil zeigen eine geringere Zufriedenheit mit der Behandlung als die Gruppe mit sicherem Bindungsstil.

Behandlungszufriedenheit ist durch die Ausprägung des Zufriedenheitsfragebogens (ZUF-8) operationalisiert (Fragestellung I).

2.2.4 Forschungshypothese 4

Die Gruppen mit vermeidendem und ambivalentem Bindungsstil zeigen einen stärkeren Anstieg psychischer und physischer Symptome (B-L und BSI), längere Arbeitsunfähigkeitszeiten (Katamnesefragebogen) ein Jahr nach der Behandlung als in der Gruppe mit sicherem Bindungsstil (Fragestellung I).

2.2.5 Forschungshypothese 5

Die Gruppe der Patienten mit vermeidendem Bindungsstil berichtet von mehr traumatischen Bindungserfahrungen im Adult Attachment Interview (AAI) als Patienten mit sicherem oder ambivalentem Bindungsstil. Diese Hypothese bezieht sich darauf, welche realen Erfahrungen den Bindungsstil generieren (Fragestellung II+III).

2.3 Operationalisierung

Unabhängige Variablen: Beschwerdestil (die Gruppen sind operationalisiert durch die Skalen des BFKE: sicher, ambivalent, vermeidend).

Abhängige Variablen:

Hauptzielkriterien:

- a) *subjektive Gesamtbelastung durch psychische Symptome* (operationalisiert durch GSI Anfang der Rehabilitation, Ende der Rehabilitation und Katamnese)
- b) *Veränderung subjektiver psychischer Symptome über die Rehabilitation hinweg* (operationalisiert durch GSI: Differenzwert 1 = GSI-Rehabeginn minus GSI-Rehaende)
- c) *Veränderung subjektiver psychischer Symptome nach der Rehabilitation* operationalisiert durch GSI: Differenzwert 2 = GSI Ende Rehabilitation minus GSI nach einem Jahr)
- d) *subjektive Gesamtbelastung durch körperliche Symptome* (operationalisiert durch B-L-Rehabeginn, Rehaende und Katamnese),
- e) *Veränderung subjektiver körperlicher Symptome über die Rehabilitation hinweg* (operationalisiert durch B-L Differenzwert 1 = B-L-Gesamtscore-Rehabeginn minus B-L-Gesamtscore-Rehaende)

- f) *Veränderung subjektiver körperlicher Symptome nach der Rehabilitation* operationalisiert durch B-L Differenzwert 2 = B-L–Rehaende minus B-L–Katamnese)
- g) *Therapiezufriedenheit* (operationalisiert durch ZUF-8)
- h) *Arbeitsunfähigkeitszeiten im Katamnesezeitraum* (operationalisiert durch die Frage im Katamnesebogen “Wieviele Wochen waren sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig?”)
- i) *Beruflicher Status zu Behandlungsbeginn und nach einem Jahr* (operationalisiert durch die Antwort im Aufnahmebogen der Psychologischen Basisdokumentation (PSYBADO) Katamnesefragebogen)

Nebenzielkriterien :

- j) *Diagnose* (operationalisiert durch die Diagnose im Entlassungsbericht)
- k) *Soziodemographische Daten* werden zur Kontrolle mit erhoben
- l) *Traumatische Bindunguserfahrungen sind durch Trennungen von den Hauptbezugspersonen (z.B. Scheidung, Adoption), Gewalterfahrungen durch Hauptbezugspersonen, Suchterkrankung der Hauptbezugspersonen operationalisiert*

2.4 Instrumente

Das Brief Symptom Inventory (BSI, Franke 1999) erfasst subjektive Psychopathologie. Der Global Severity Index (GSI) stellt einen Gesamtscore des BSI dar, der die subjektive Gesamtbelastung durch psychische Symptome erfasst.

Der Bielefelder Fragebogen zur Klientenerwartung (BFKE, Höger, 1999) ermittelt den Bindungsstil auch im Sinne von Erwartungen an die Therapie, steht jedoch repräsentativ für Bindungsstil.

Die Beschwerdenliste (B-L, v. Zerssen 1976) erfasst die aktuelle körperliche Symptomatik. Zusätzlich werden soziodemographische Daten wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildung, Beruf und Wohnsituation erhoben. Anhand des BFKE wird eine Zuordnung der Patienten zu den Bindungsstilgruppen vorgenommen.

Der Zufriedenheitsfragebogen (ZUF-8, Schmidt et al. 1989) erfasst die allgemeine Zufriedenheit des Patienten mit der Qualität der Behandlungen sowie deren subjektive Wirksamkeit.

In der Katamnese wurde in einem Fragebogen nach Arbeitsunfähigkeitszeiten und nach der Anzahl der Arztbesuche in den vergangenen 12 Monaten gefragt. Auf einer Skala von 0 (=keine Leistungsfähigkeit) bis 10 (=volle Leistungsfähigkeit) konnten die Patienten ihre allgemeine Leistungsfähigkeit einschätzen.

3 Methode

3.1 Auswahlverfahren

Während eines Zeitraums von 12 Monaten wurden 403 Patienten der Eifelklinik mit der Bitte um Studienteilnahme angesprochen. 56 lehnten eine Teilnahme ab. 46 Patienten absolvierten den zweiten Messzeitpunkt nicht. 163 Patienten schrieben zum Katamnesezeitpunkt zurück. 301 Patienten absolvierten den ersten und den zweiten Messzeitpunkt. Die Zufallsauswahl der Patienten wurde durch ein VisualBasic Programm basierend auf den fortlaufenden Patientennummern vorgenommen.

Im Aufnahmegespräch mit dem Bezugstherapeuten wurden alle Patienten darauf aufmerksam gemacht, dass zur Zeit eine wissenschaftliche Studie mit dem Thema Bindung und stationäre Psychotherapie geplant ist und dass einige Patienten zu einem Informationsgespräch gebeten werden. Drei Wochen vor Beginn der Datenerhebung wurde ein Rundschreiben an die Bezugstherapeuten verschickt, in dem auf die Studie hingewiesen wurde. Die Bezugstherapeuten wurden gebeten, ihre Patienten über die Studie und die Möglichkeit zur Teilnahme zu informieren. Diese Information für die Bezugstherapeuten wurde im Gesamtteam mündlich wiederholt. Die Patienten mit den entsprechenden Kodierungen wurden mittels Behandlungsplan zu einem Informationsgespräch gebeten. Das Gespräch fand in einem Gemeinschaftsraum der Klinik statt. In diesem Gespräch wurden mündlich folgende Inhalte vermittelt:

Der Patient wurde darüber informiert, dass er zufällig ausgewählt wurde, um an einer wissenschaftlichen Studie zum Thema Bindungsstil und stationäre Psychotherapie teilzunehmen und dass die Studie sich mit Zusammenhängen zwischen Einstellungen und Erwartungen gegenüber anderen Menschen – speziell in der Psychotherapie – beschäftigt. Er wurde darüber informiert, dass die Untersuchung drei Termine umfasst. Der Patient füllt zu Beginn drei und zum Ende der Rehabilitation zwei Fragebögen aus. Ein Jahr nach Ende der Rehabilitation wird dem Patienten eine Fragebogenbatterie mit frankiertem Rückumschlag zugeschickt. Die Dauer der jeweiligen Testung betrage etwa eine halbe Stunde. Die

Teilnahme sei freiwillig. Der Patient habe keine negativen Konsequenzen zu befürchten, wenn er nicht daran teilnehmen oder seine Einwilligung zurückziehen wolle. Der Patient wurde darauf hingewiesen, dass seine Daten ohne Namenszuordnung elektronisch gespeichert werden und die Fragebögen anonymisiert werden.

Es wurde ein fortlaufender Code auf den Fragebögen angebracht, um die Fragebögen der einzelnen Messzeitpunkte zuordnen zu können. Die Namenszuordnungen waren ausschließlich den Projektmitarbeitern zugänglich. Diese Informationen wurden dem Patienten schriftlich vorgelegt. Der Patient wurde schriftlich und mündlich darüber informiert, dass Daten aus seiner Krankenakte zur Auswertung hinzugezogen werden.

Die Patienten, die an der Studie teilnehmen konnten, mussten das 18. Lebensjahr vollendet haben. Ein Höchstalter wurde in Ermangelung an Patienten über 65 Jahre nicht festgelegt. Sie mussten ausreichende Deutschkenntnisse besitzen, um die Fragebögen und vor allem die Patientenaufklärung zu verstehen. Sie sollten auf psychischer Ebene orientiert sein und Einsichtsfähigkeit haben. Körperlich sollten sie in der Lage sein, eine halbe Stunde zu sitzen und Fragebögen auszufüllen. Sie mussten lesen und schreiben können. Freiwilligkeit war obligatorisch. Ausschlusskriterien waren mangelnde Deutschkenntnisse, fehlende Einsichtsfähigkeit, mangelnde Motivation, Analphabetismus und starke körperliche Gebrechen. War zu ersehen, dass die Testung für einzelne Patienten eine zu große Belastung sein würde, wurde die Testung durch den Versuchsleiter abgebrochen. Die Testung wurde auch dann vom Testleiter abgebrochen, wenn der Patient Panik bekam (psychophysische Erregungszustände, starkes Schwitzen, Herzstiche, psychomotorische Unruhe, Rötung des Gesichts), in einen katatonen Dämmerzustand verfiel, von psychotischen Erleben berichtete oder starke körperliche Probleme, z.B. Schmerzen, bekam. Der Patient gab seine Einwilligung durch eine Unterschrift, mit der er bestätigte, die Informationen verstanden zu haben und die Bedingungen zu akzeptieren.

Bei Einwilligung in die Studienteilnahme startete der erste Messzeitpunkt. Durch die Betonung der Freiwilligkeit der Testung war eine Verzerrung der Stichprobe gegenüber der Population nicht auszuschließen. Teilnehmende Patienten wiesen möglicherweise seltener einen vermeidenden Bindungsstil auf. Befürchtungen seitens der Patienten sollten thematisiert und entschärft werden. Es wurden die Vorteile für den einzelnen teilnehmenden Patienten und auch für nachfolgende Patienten betont (bessere Therapie, neue Erkenntnisse u.s.w.).

Aus den an der Studie teilnehmenden 301 Patienten wurden 29 Patienten wiederum zufällig (VisualBasic Programm) ausgewählt und gefragt, ob sie zusätzlich an einem

eineinhalbstündigen Interview teilnehmen möchten, in dem speziell nach biographischen Daten gefragt wird. Stimmt der Patient zu, wurde ein Termin mit der Interviewerin durch die Terminplanung vereinbart.

Zunächst erhielt der Patient einen Fragebogen, der die soziodemographischen Daten erfasste. Bei Rückfragen stand der/die Versuchsleiter/in zur Verfügung. Danach erhielt der Patient den Bielefelder Fragebogen zur Klientenerwartung (BFKE). Um Effekte durch die Erwartungshaltung des Bezugstherapeuten zu vermeiden, wurden die Ergebnisse des BFKE nicht rückgemeldet.

Die Informationen zum Ausfüllen des Fragebogens wurden dem Patienten vorgelesen. Daran schloss sich die gleiche Vorgehensweise mit dem BSI und dem B-L an. Die Fragebogen wurden anschließend durch die medizinische Dokumentationsassistentin in eine SPSS-Datenbank übertragen. Die Zuweisungen der Patienten in die Bindungsstilgruppen geschahen gemäß Handanweisung des BFKE.

Über die Terminplanung der Klinik wurde der Patient einen Arbeitstag vor Entlassung zum zweiten Messzeitpunkt eingeladen. Der Proband erhielt wieder den BSI und den B-L. Zusätzlich erhielt er den ZUF-8. Zum Ende wurde der Patient darüber informiert, dass er in einem Jahr mit frankiertem Rückumschlag Fragebögen zugesendet bekommen wird.

Ein Jahr nach der Rehabilitation erhielten die Patienten den BFKE, die B-L und einen soziodemographischen Fragebogen (s. Anhang), der den beruflichen Status, die Anzahl der Wochen der Arbeitsunfähigkeit sowie die Anzahl der Arztbesuche in den vergangenen 12 Monaten erfragt. Weiterhin wurde der Proband gebeten, auf einer Skala von 0 bis 10 seine allgemeine Leistungsfähigkeit einzuschätzen. Waren die Fragebögen drei Wochen nach Versendung noch nicht zurück, wurde der Patient telefonisch gebeten, die Fragebögen zurückzusenden. Die Daten der Patienten, die den Fragebogen nach mehrmaligen telefonischen Kontaktversuchen nicht zurücksandten, kamen in die Drop-Out-Analyse.

In der Eifelklinik gibt es keine speziellen Behandlungen bezüglich des Bindungsstils. Die „Standardbehandlung“ besteht aus zwei Einzelpsychotherapien, zwei eineinhalbstündigen Gruppenpsychotherapien, zwei einstündigen Sitzungen Entspannungsverfahren, drei Vorträgen und vier Sitzungen aktivierender Physiotherapie/Sporttherapie pro Woche. Nach der Datenerhebung wurde geprüft, ob die Gesamtbehandlungszeit (Psychotherapie/Physiotherapie) in den Bindungsstilgruppen gleich war. Die Behandlungszeit kann dem KTL

(Klassifikation Therapeutischer Leistungen) entnommen werden, der alle therapeutischen Leistungen während der Rehabilitation dokumentiert.

3.2 Daten und Erhebungszeitpunkte

Tabelle 1: Übersicht Datenerhebung

| Erhebungszeitpunkte | Erhebungsinstrumente |
|---|---|
| T1: Aufnahmetag | Soziodemographische Daten, BSI B-L, BFKE, Zielfragebogen, Arbeitsunfähigkeitszeiten ein Jahr vor der Rehabilitation, Medikation; bei 29 Patienten ein standardisiertes Interview |
| T2: Vortag der Entlassung | BSI, B-L, ZUF-8 |
| T3: Ein Jahr nach Entlassung (Katamnese) | BSI, B-L, ZUF-8, Erhebungsbogen zur Erfassung von Arbeitsunfähigkeitszeiten im vergangenen Jahr, Arztbesuche |

Zum Aufnahmetag erhielten die Patienten das BSI, die Beschwerdenliste und den BFKE. In der Aufnahme wurden die soziodemographischen Daten und die Medikation erhoben. 29 Patienten wurden während der Rehabilitation zu einem Adult Attachment Interview gebeten.

Am Tag vor der Entlassung aus der Rehabilitation wurde den Patienten eine Fragebogen-testbatterie mit den Fragebögen BSI, Zufriedenheitsfragebogen (ZUF-8) und der Gießener Beschwerdebogen gegeben. Die Datenerfassung erfolgte abermals in einem Gemeinschaftsraum unter Anleitung.

Ein Jahr nach Beendigung der Rehabilitation wurden den Patienten der BSI, der Zufriedenheitsfragebogen ZUF-8, Gießener Beschwerdebogen und ein Fragebogen mit den Inhalten "Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten" und "jetziger beruflicher Status" mit Rückumschlag zugesandt.

Um Bindungsstil nicht ausschließlich an der Erwartung an Therapie und Therapeuten, wie im BFKE erfasst, zu erheben, sollten 29 Patienten zufällig, wie oben beschrieben, ausgewählt und zu einem strukturierten Interview (Adult Attachment Interview; Fremmer-Bombik et al. 1992) zur Erfassung des Bindungsstils gebeten werden. Die ca. 90-minütigen Interviews

wurden von einer speziell ausgebildeten Psychoanalytikerin geführt. Neben der empirischen Beschreibung des Bindungsstils können so Psychogenese und Psychodynamik erfasst und dargestellt werden.

4 Ergebnisse

4.1 Beschreibung der Stichprobe

163 Patienten absolvierten alle drei Messzeitpunkte. 138 schrieben zum Katnamnesezeitpunkt nicht zurück. 46 Patienten kamen nicht zum zweiten Messzeitpunkt. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Teilnehmergruppe und der Dropoutgruppe. Fehlende Daten im BFKE und im BSI wurden durch entsprechende Reduzierung der Dividenden bei der Errechnung der Skalenwerte kompensiert. In der Beschwerdenliste wurden fehlende Items als „nicht vorhanden“ und somit mit 0 gewertet.

Der Träger der Klinik, die Deutsche Rentenversicherung Rheinland, ist zugleich Hauptbeleger. Deswegen sind die meisten Patienten aus den Regierungsbezirken Köln und Düsseldorf. Die untersuchte Patientengruppe ist durch einen hohen Anteil an Männern und Frauen mit Hauptschulabschluss charakterisiert (Abbildung 1).

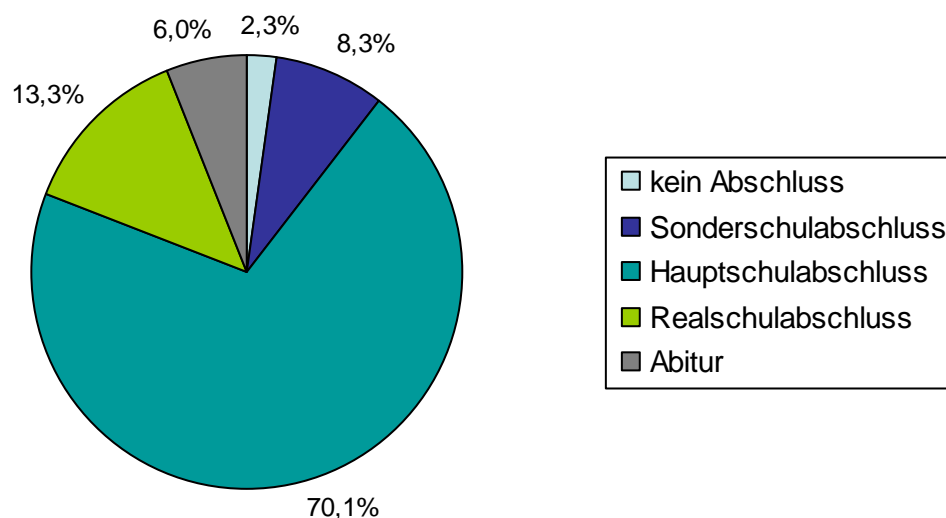


Abbildung 1: Schulabschluss in der Stichprobe (N=301).

71,8 Prozent der Studienteilnehmer haben eine Ausbildung absolviert. 25,2 Prozent haben keine Berufsausbildung und drei Prozent haben eine Meister- oder Technikerschule besucht. Der Anteil der zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Rehabilitation arbeitsfähigen Patienten betrug 56,1 Prozent, der Anteil arbeitsunfähiger Patienten 43,5 Prozent. Bei einem Patienten war die Arbeitsfähigkeit unklar (Tabelle 2).

In den 12 Monaten vor Rehabilitationsantritt waren rund 40 Prozent der Patienten über drei Monate arbeitsunfähig gewesen (Abbildung 2). Hauptindikation für die Rehabilitation ist die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit. Entsprechend hoch fiel der Anteil der Patienten aus, die im Vorjahr lange arbeitsunfähig gewesen waren bzw. noch arbeitsunfähig gewesen sind.

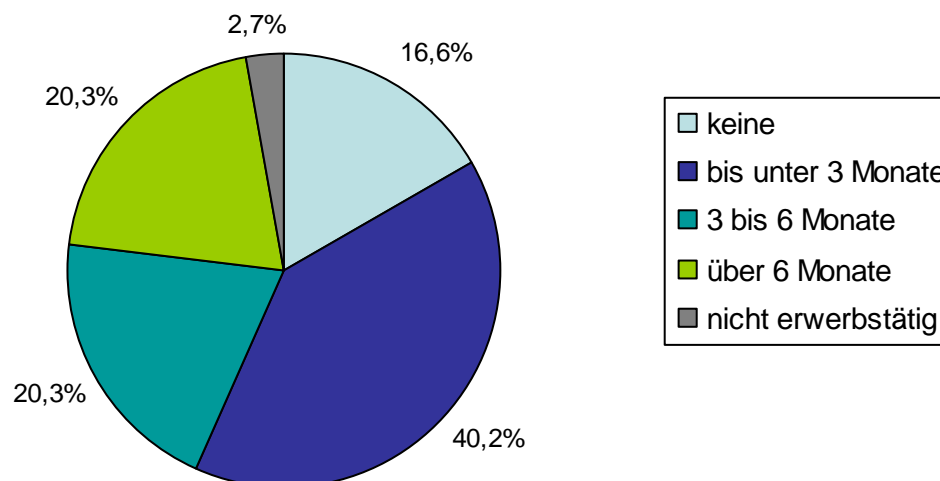


Abbildung 2: Arbeitsunfähigkeitszeiten 12 Monate vor der Rehabilitation (N=301)

Zur Erfassung des Zuweisungsmodus wurden die Angaben des Patienten herangezogen, die im Erstinterview dokumentiert waren (Abbildung 3). Der größte Anteil gab an, auf Anraten des behandelnden Arztes zur Rehabilitation gekommen zu sein. Rund 20 Prozent hatten aus eigener Initiative den Antrag auf Rehabilitation gestellt. Rund 12 Prozent waren auf Aufforderung der Krankenkasse zur Rehabilitation gekommen. Dieser Überweisungsmodus beruht auf einer Regelung des Sozialgesetzbuches V, wonach bei längerer Arbeitsunfähigkeit die Krankenkasse das Recht hat, den Patienten unter Androhung von Krankengeldkürzungen zu einer Rehabilitation zu bewegen (§51). Zwei Prozent der Patienten hatten nach eigenen Angaben einen Rentenantrag gestellt und waren von der Deutschen Rentenversicherung zu

einer Rehabilitation eingeladen worden („Reha vor Rente“). Unter „Sonstige“ befanden sich Versicherte, die eine zeitlich befristete EU-Rente bezogen und zur Nachsorge kamen.

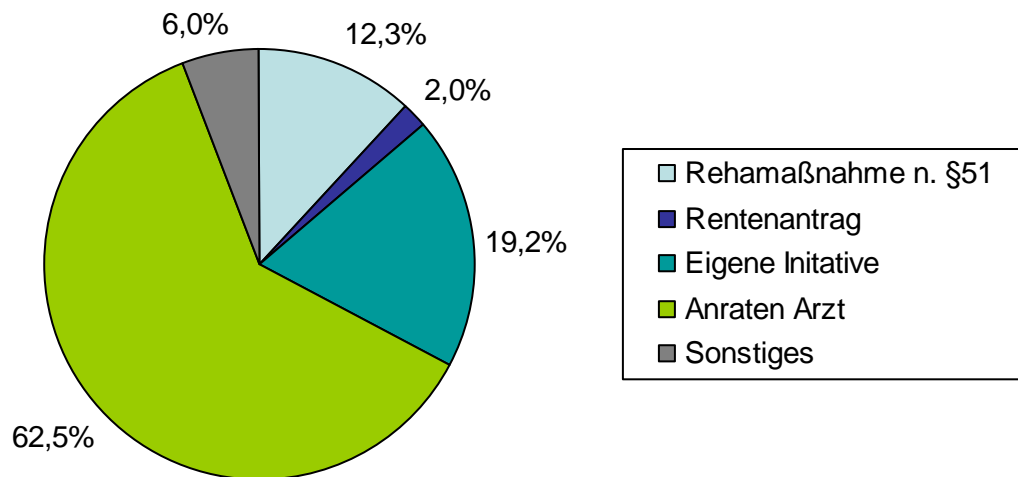


Abbildung 3: Verteilung des Zuweisungsmodus (Angabe des Pat.; N=301)

Entsprechend der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) war die häufigste Erstdiagnosegruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ wie Anpassungsstörungen und chronische Schmerzsyndrome (F4; n=220). Die zweithäufigste Diagnosekategorie war mit n=25 „Affektive Störungen“, wie depressive Episoden (F3). „Persönlichkeitsstörung“ (F6) wurde bei 23 Patienten diagnostiziert. Bei 10 Patienten wurden Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren“ wie Essstörungen (F5) diagnostiziert. Bei 9 Patienten stand die Diagnosegruppe „Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F1) im Vordergrund. Jeweils zwei Patienten wurden unter den Diagnosekategorien „Organische, einschließlich symptomatischer und psychischer Störung“ (F0) und „Schizophrenie, schizotype wahnhaftige Störungen“ (F2) eingruppiert (Abbildung 4).

Der hohe Anteil an Patienten mit neurotischen, belastungsabhängigen und somatoformen Störungen ist typisch für stationäre psychosomatische Rehabilitation. Akute Psychosen oder manifeste Sucht sind Kontraindikationen psychosomatischer Rehabilitation.

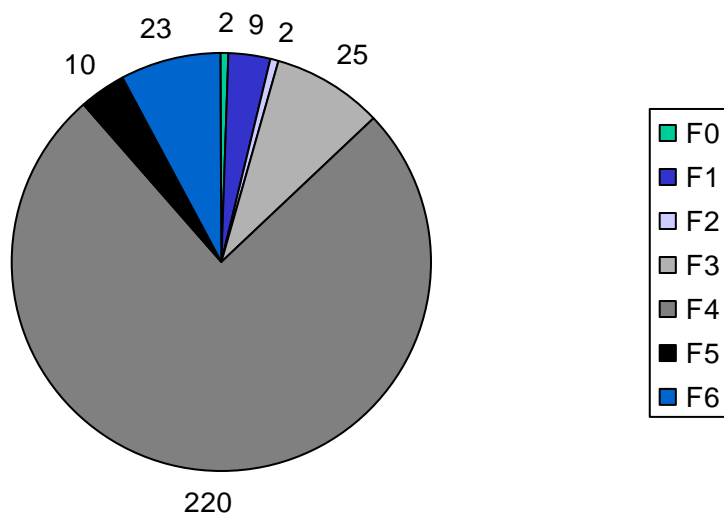


Abbildung 4: Verteilung der Diagnosegruppen (n=291) F0=organische Störung, F1=Störung durch psychotrope Substanzen, F2=Schizophrenie und wahnhafte Störungen, F3=affektive Störungen, F4=neurotische Störungen, F5=Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, F6= Persönlichkeitsstörungen

Der Anteil vermeidend verschlossener Patienten war in der Stichprobe mit 44,5 Prozent im Vergleich zur Normalbevölkerung mit 23,2 Prozent (van Ijzendoorn und Bakermans-Kranenburg, 1996) höher (Chi-Quadrat=61,71**, df=1). Der Anteil sicher gebundener Patienten signifikant geringer (Chi-Quadrat=179,75**, df=1) (Abbildung 5). Der Anteil sicher gebundener Patienten war mit 16,7 % geringer (Normalbevölkerung: 59,2%).

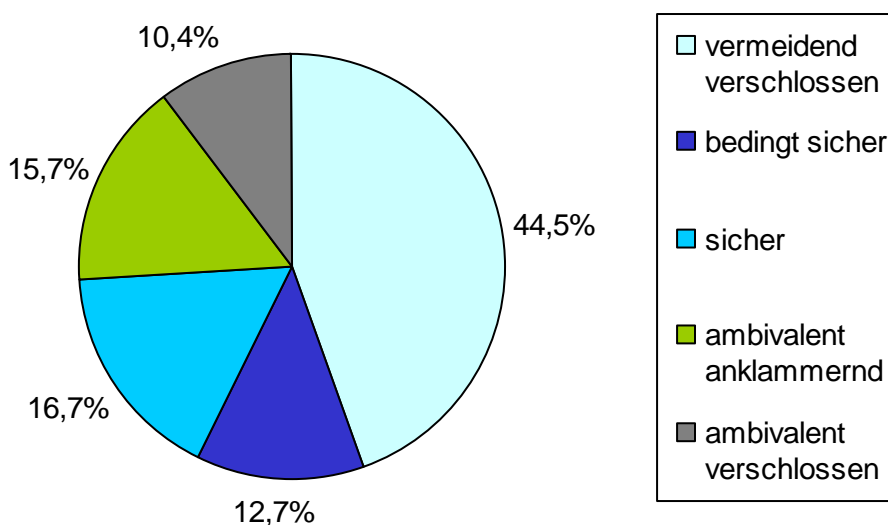


Abbildung 5: Verteilung der Bindungsstile erhoben mit dem BFKE (N=301)

An der Studie nahmen 301 Patienten zum ersten und zweiten Messzeitpunkt teil. Davon waren 153 männlich, 148 weiblich. Das Durchschnittsalter betrug 45,31 Jahre (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Beschreibung der untersuchten Gruppe

| N | Frauen n | Männer n | Durchschnittsalter | arbeitsfähig % | arbeitsunfähig % |
|-----|-------------|-------------|--------------------|----------------|------------------|
| 301 | 148 | 153 | 45,31 | 56,1 | 43,5 |

Die Skala „Akzeptanzprobleme“ beschreibt die Tendenz eines Menschen, die Meinungen und Ansichten anderer Individuen abzulehnen. Die Skala „Öffnungsbereitschaft“ bezeichnet die Offenheit eines Individuums, Probleme, Einstellungen und Gefühle einem anderen Menschen mitzuteilen. Die Skala „Zuwendungsbedürfnis“ beschreibt die Tendenz eines Individuums, soziale Zuwendung zu erhalten.

Entsprechend dem BFKE-Auswertungsschema ist die Gruppe der ambivalent anklammernden Patienten durch starke Akzeptanzprobleme, geringe Öffnungsbereitschaft und hohes Zuwendungsbedürfnis ausgezeichnet. Die Gruppe der ambivalent verschlossenen Patienten weist starke Akzeptanzprobleme, geringe Öffnungsbereitschaft und hohes Zuwendungsbedürfnis auf. Die Gruppe der vermeidend verschlossenen Patienten ist durch geringe Akzeptanzprobleme, geringe Öffnungsbereitschaft und geringes Zuwendungsbedürfnis charakterisiert (Tabellen 3 bis 5).

Sicher gebundene Patienten zeichneten sich durch geringe Akzeptanzprobleme, hohe Öffnungsbereitschaft und erhöhtes Zuwendungsbedürfnis aus. Die ANOVA der BFKE Skalen ergaben signifikante Haupteffekte (Akzeptanzprobleme: $F(4/296)=139,36^{**}$; Öffnungsbereitschaft: $F(4/296)=122,89^{**}$; Zuwendungsbedürfnis: $F(4/296)=117,87^{**}$; $p < 0.01$).

In den folgenden drei Grafiken ist die Ausprägung der drei Grundskalen des BFKE in den einzelnen Bindungsstilgruppen dargestellt (Abbildungen 6 bis 8), welches eine Charakterisierung der einzelnen Bindungsstilgruppen ermöglicht.

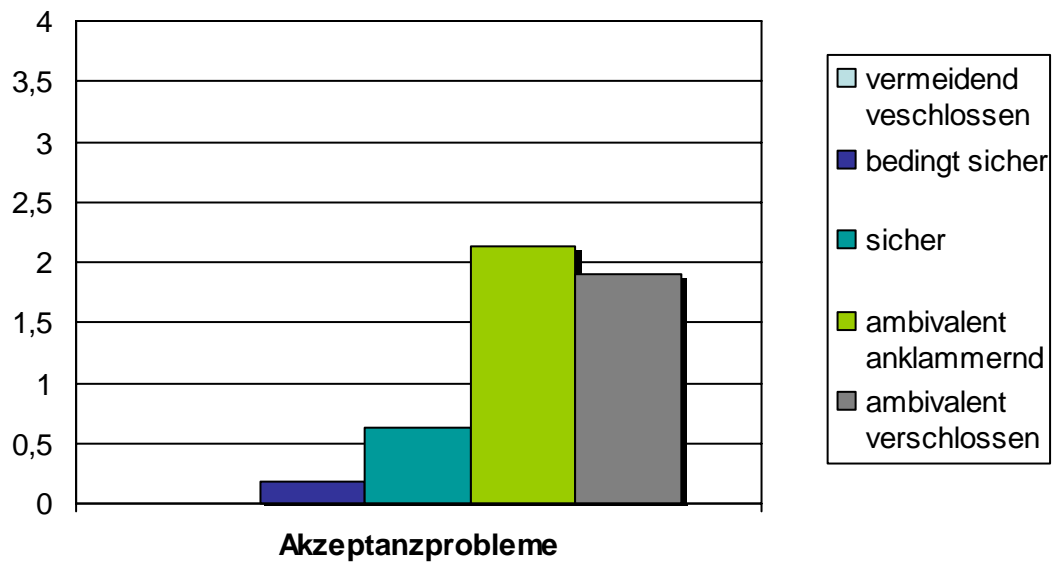


Abbildung 6: Durchschnittlicher Wert der BFKE Skala „Akzeptanzprobleme“ in einzelnen Bindungsstilen

Tabelle 3: Multipler Mittelwertvergleich BFKE Skala „Akzeptanzprobleme“ mittels Scheffé-Test

| | vermeidend verschlossen | bedingt sicher | sicher | ambivalent anklammernd | ambivalent verschlossen |
|-------------------------|-------------------------|----------------|---------|------------------------|-------------------------|
| vermeidend verschlossen | | ** + | n.s. | ** - | ** - |
| bedingt sicher | ** - | | ** - | ** - | ** - |
| sicher | n.s. | ** + | | ** - | ** - |
| ambivalent anklammernd | ** + | ** + | ** + | | n.s. |
| ambivalent verschlossen | ** + | ** + | ** + | n.s. | |

(* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; n.s. = nicht signifikant; + = Bindungsstil in Spalte signifikant mehr als Bindungsstil in Reihe; - = Bindungsstil in Spalte signifikant weniger als Bindungsstil in Reihe

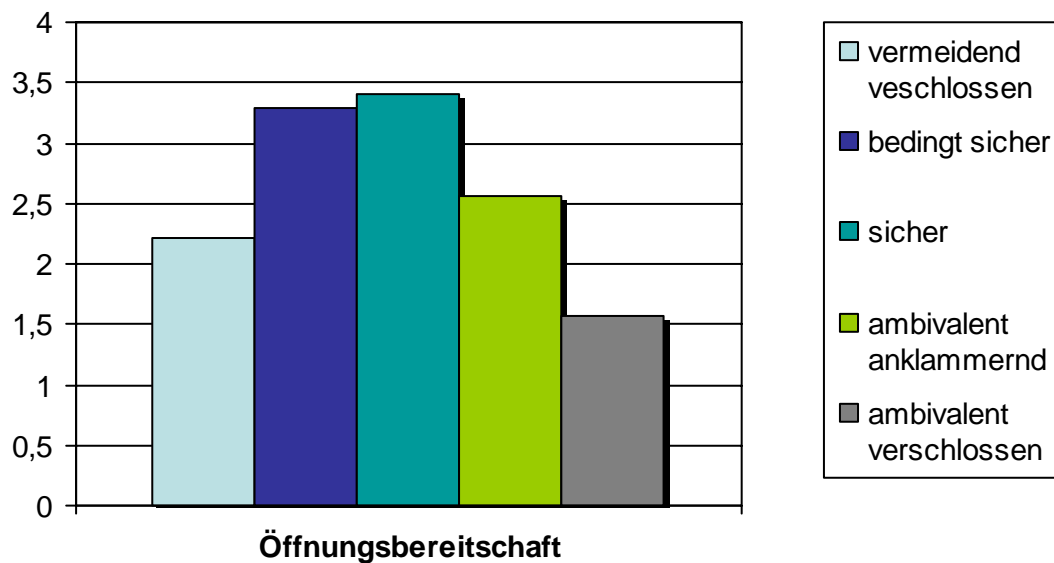


Abbildung 7: Durchschnittlicher Wert der BFKE Skala „Öffnungsbereitschaft“ in einzelnen Bindungsstilen

Tabelle 4: Multipler Mittelwertvergleich BFKE Skala „Öffnungsbereitschaft“ mittels Scheffé-Test

| | vermeidend verschlossen | bedingt sicher | sicher | ambivalent anklammernd | ambivalent verschlossen |
|-------------------------|-------------------------|----------------|---------|------------------------|-------------------------|
| vermeidend verschlossen | | ** - | ** - | ** - | ** + |
| bedingt sicher | ** + | | n.s. | ** + | ** + |
| sicher | ** + | n.s. | | ** + | ** + |
| ambivalent anklammernd | ** + | ** - | ** - | | ** + |
| ambivalent verschlossen | ** - | ** - | ** - | ** - | |

(* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; n.s. = nicht signifikant; + = Bindungsstil in Spalte signifikant mehr als Bindungsstil in Reihe; - = Bindungsstil in Spalte signifikant weniger als Bindungsstil in Reihe

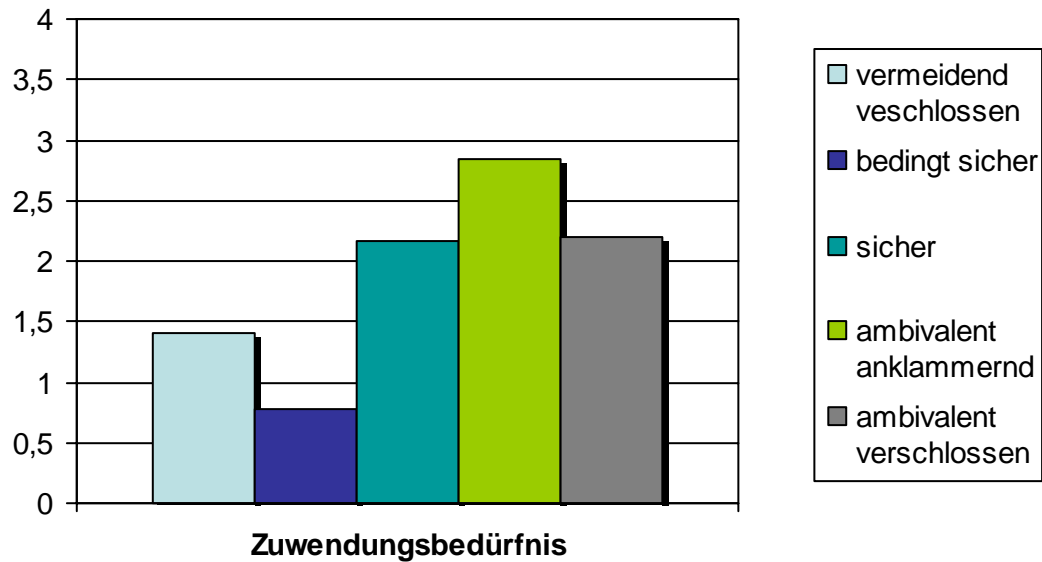


Abbildung 8: Durchschnittlicher Wert der BFKE Skala „Zuwendungsbedürfnis“ in einzelnen Bindungsstilen

Tabelle 5: Multipler Mittelwertvergleich BFKE Skala „Zuwendungsbedürfnis“ mittels Scheffé-Test

| | vermeidend verschlossen | bedingt sicher | sicher | ambivalent anklammernd | ambivalent verschlossen |
|-------------------------|-------------------------|----------------|---------|------------------------|-------------------------|
| vermeidend verschlossen | | ** + | ** - | ** - | ** - |
| bedingt sicher | ** - | | ** - | ** - | ** - |
| sicher | ** + | ** + | | ** - | n.s. |
| ambivalent anklammernd | ** + | ** + | ** + | | ** + |
| ambivalent verschlossen | ** + | ** + | n.s. | ** - | |

(* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; n.s. = nicht signifikant; + = Bindungsstil in Spalte signifikant mehr als Bindungsstil in Reihe; - = Bindungsstil in Spalte signifikant weniger als Bindungsstil in Reihe

4.2 Analyse

4.2.1 Forschungshypothese 1

Die erste Forschungshypothese, wonach sich in Gruppen mit vermeidend verschlossenem und ambivalent verschlossenem bzw. ambivalent anklammerndem Bindungsstil eine geringere psychische Symptombesserung zeigt als in der Gruppe mit sicherem Bindungsstil, konnte nicht verifiziert werden. Zwar ergab die ANOVA des GSI (Globalwert für subjektive Belastung durch psychische Symptome des BSI) über zwei Messzeitpunkte hinweg einen signifikanten Gruppenhaupteffekt ($F(4/296)=23.41$; $p<0.01$) und einen signifikanten Messzeitpunkteffekt ($F(4/296)=135.83$; $p<0.01$), der erwartete unterschiedliche Verlauf (signifikante Gruppe x Messzeitpunkt-Interaktion) blieb jedoch aus.

Sämtliche Gruppen zeigen über die Rehabilitation hinweg eine Besserung der psychischen Symptomatik. Zudem zeigte sich kein signifikanter Mittelwertsunterschied des GSI – Differenzwertes (GSI Beginn der Rehabilitation minus GSI Ende der Rehabilitation) zwischen den Gruppen. Die PostHoc Testung zeigt, dass die beiden ambivalenten Gruppen vergleichsweise die höchste Ausprägung subjektiver Symptombelastung aufweisen. Diese beiden Gruppen kommen bereits mit stärkerer Symptombelastung zur Rehabilitation und geben gegen Ende der Rehabilitation trotz Besserung vergleichsweise stärkere Symptome an (Tabellen 6 und 7)

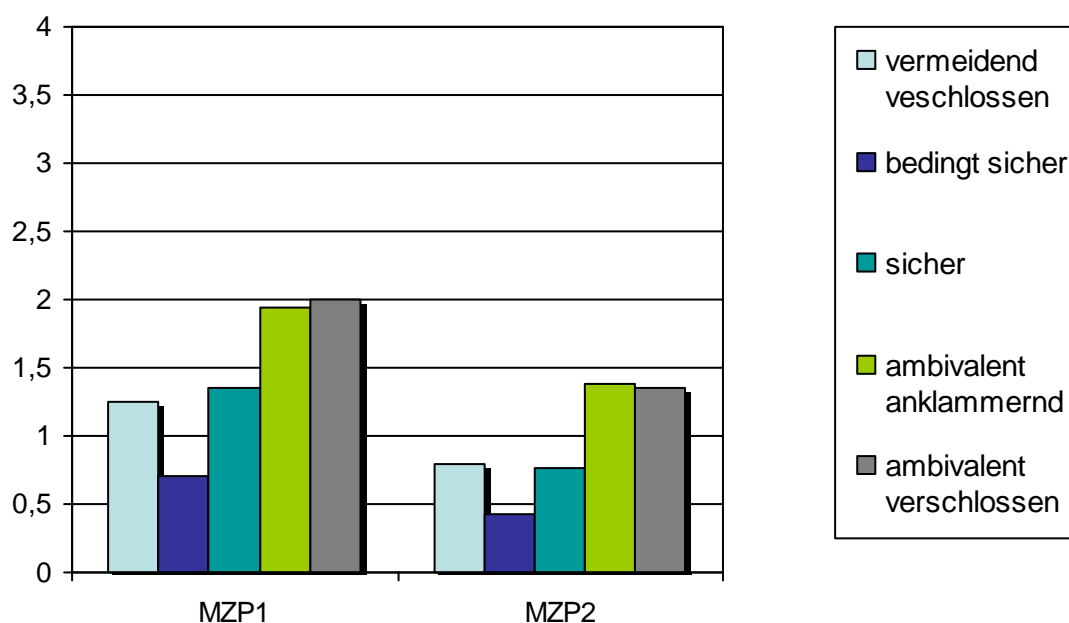


Abbildung 9: GSI Rehabilitationsbeginn (MZP1) und Rehabilitationsende (MZP2)

Tabelle 6: Multipler Mittelwertvergleich Global Severity Index 1. Messzeitpunkt mittels Scheffé-Test

| | vermeidend verschlossen | bedingt sicher | sicher | ambivalent anklammernd | ambivalent verschlossen |
|----------------------------|----------------------------|----------------|---------|---------------------------|----------------------------|
| vermeidend verschlossen | | ** + | n.s. | ** - | ** - |
| bedingt sicher | ** - | | ** - | ** - | ** - |
| sicher | n.s. | ** + | | ** - | ** - |
| ambivalent anklammernd | ** + | ** + | ** + | | n.s. |
| ambivalent verschlossen | ** + | ** + | ** + | n.s. | |

(* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; n.s.= nicht signifikant; + = Bindungsstil in Spalte signifikant mehr als Bindungsstil in Reihe; - = Bindungsstil in Spalte signifikant weniger als Bindungsstil in Reihe)

Tabelle 7: Multipler Mittelwertvergleich Global Severity Index 2. Messzeitpunkt mittels Scheffé-Test

| | vermeidend verschlossen | bedingt sicher | sicher | ambivalent anklammernd | ambivalent verschlossen |
|----------------------------|----------------------------|----------------|---------|---------------------------|----------------------------|
| vermeidend verschlossen | | n.s. | n.s. | ** - | ** - |
| bedingt sicher | n.s. | | n.s. | ** - | ** - |
| sicher | n.s. | n.s. | | ** - | * - |
| ambivalent anklammernd | ** + | ** + | ** + | | n.s. |
| ambivalent verschlossen | ** + | ** + | * + | n.s. | |

(* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; n.s.= nicht signifikant; + = Bindungsstil in Spalte signifikant mehr als Bindungsstil in Reihe; - = Bindungsstil in Spalte signifikant weniger als Bindungsstil in Reihe)

Die Analyse der Daten der Patienten, die an allen drei Messzeitpunkten teilgenommen haben, bestätigt die vorigen Ergebnisse: Der signifikante Messzeitpunkteffekt ist auf eine Symptombesserung nach der Rehabilitation und eine Symptomverschlechterung nach einem Jahr zurückzuführen. Der signifikante Gruppenhaupteffekt ist durch vergleichsweise höhere Ausprägungen psychischer Symptome in den beiden ambivalenten Gruppen erklärbar.

Die MANOVA des GSI über drei Messzeitpunkte ergab signifikante Haupteffekte für Gruppe ($F(4/152)=10,18$; $p<0.01$) und für Messzeitpunkt ($F(2/158)=46,71$; $p<0.01$). Der Gruppenhaupteffekt erklärt sich in erster Linie durch die höheren Belastungen durch psychische Symptome in den ambivalenten Gruppen. Der signifikante Messzeitpunkteffekt ist durch einen Abfall der psychischen Symptomatik vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt und durch einen Anstieg der Symptomatik vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt charakterisiert (Abbildung 10).

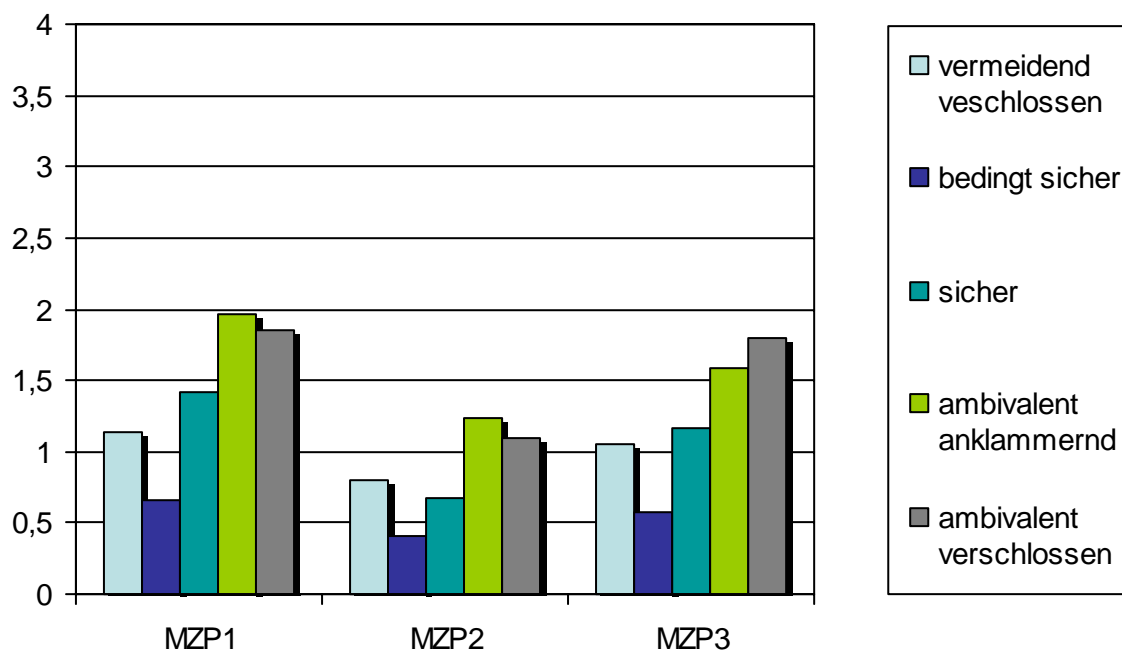


Abbildung 10: GSI über drei Messzeitpunkte (n=163)

4.2.2 Forschungshypothese 2

Die Analyse des Beschwerdelistengesamtwertes (Abbildung 11) über zwei Messzeitpunkte hinweg zeigte eine signifikante Besserung der Symptomatik in allen Gruppen ($F(1/296)=127,41$; $p < 0.01$ Haupteffekt Messzeitpunkt). Es zeigte sich ein signifikanter Gruppenhaupteffekt ($F(4/296)=10.58$; $p < 0.01$). Eine Gruppen x Messzeitpunkt-Interaktion blieb jedoch auch hier aus. Dementsprechend zeigten sich keine Unterschiede des B-L Differenzwertes (B-L-Gesamtwert-Rehabeginn minus B-L-Gesamtwert-Rehaende) zwischen den Gruppen. Die PostHoc Testung zeigt wie auch bei der Analyse der psychischen Symptombelastung eine vergleichsweise höhere Ausprägung körperlicher Symptome in den Gruppen ambivalenten Bindungsstils (Tabellen 8 und 9).

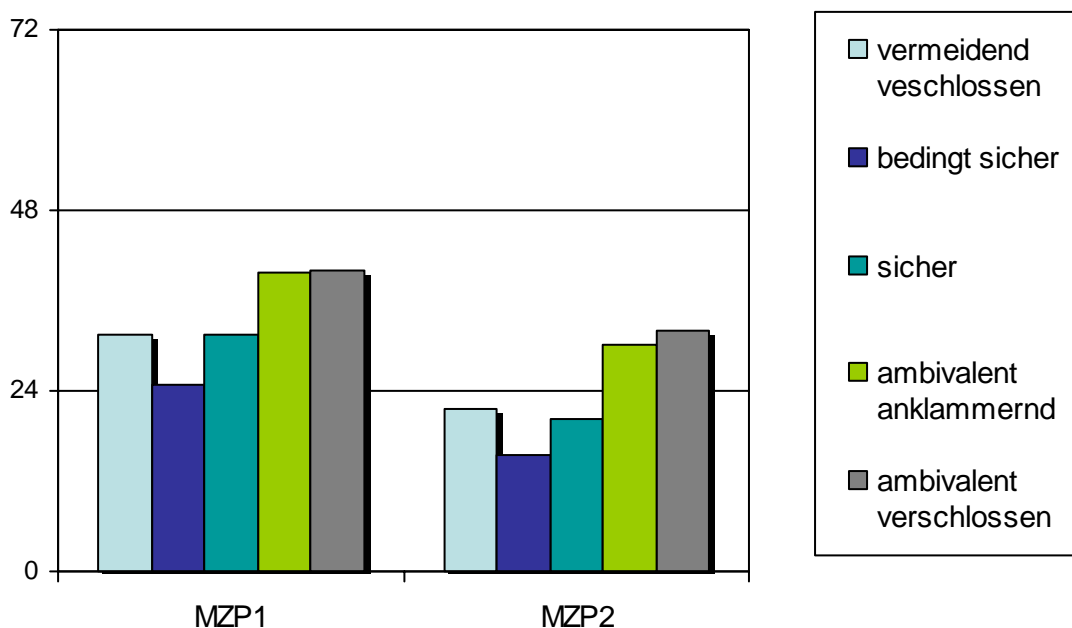


Abbildung 11: B-L Gesamtscore Rehabilitationsbeginn (MZP1) und Rehabilitationsende (MZP2)

Tabelle 8: Multipler Mittelwertvergleich B-L Gesamtwert Rehabilitationsbeginn mittels Scheffé-Test

| | vermeidend verschlossen | bedingt sicher | sicher | ambivalent anklammernd | ambivalent verschlossen |
|----------------------------|----------------------------|----------------|--------|---------------------------|----------------------------|
| vermeidend verschlossen | | n.s. | n.s. | ** - | * - |
| bedingt sicher | n.s. | | n.s. | ** - | ** - |
| sicher | n.s. | n.s. | | * - | n.s. |
| ambivalent anklammernd | ** + | ** + | * + | | n.s. |
| ambivalent verschlossen | * + | ** + | n.s. | n.s. | |

(* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; n.s.= nicht signifikant; + = Bindungsstil in Spalte

Tabelle 9: Multipler Mittelwertvergleich B-L Gesamtwert 2. Messzeitpunkt mittels Scheffé-Test

| | vermeidend verschlossen | bedingt sicher | sicher | ambivalent anklammernd | ambivalent verschlossen |
|----------------------------|----------------------------|----------------|---------|---------------------------|----------------------------|
| vermeidend verschlossen | | n.s. | n.s. | * - | * - |
| bedingt sicher | n.s. | | n.s. | ** - | ** - |
| sicher | n.s. | n.s. | | * - | ** - |
| ambivalent anklammernd | * + | ** + | * + | | n.s. |
| ambivalent verschlossen | ** + | ** + | ** + | n.s. | |

(* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; n.s.= nicht signifikant; + = Bindungsstil in Spalte signifikant mehr als Bindungsstil in Reihe; - = Bindungsstil in Spalte signifikant weniger als Bindungsstil in Reihe)

Die signifikanten Gruppeneffekte bei der Analyse des GSI und des Beschwerdenlistengesamtwertes sind auf höhere Ausprägungen subjektiver körperlicher und psychischer

Symptomatik in den beiden ambivalenten Gruppen zu Rehabilitationsbeginn und Rehabilitationsende zurückzuführen (siehe Tabellen 6 bis 9).

Patienten mit einem ambivalent verschlossenen und einem ambivalent anklammernden Bindungsstil haben bereits bei Rehabilitationsbeginn stärkere subjektive psychische (ANOVA des GSI zu Rehabilitationsbeginn: Gruppeneffekt $F(4/296)=24,36$; $p<0.01$) und physische (ANOVA B-L Gesamtscore Rehabilitationsbeginn: $F(4/296)=8.93$; $p<0.01$) Beschwerden. Zum Rehabilitationsende bleibt der Gruppeneffekt stabil (ANOVA des GSI zum Rehabilitationsende: $F(4/296)=13.51$; $p<0.01$, ANOVA des B-L Gesamtscores Rehabilitationsende $F(4/296)=8.15$; $p<0.01$). Der multiple Mittelwertvergleich mittels Scheffé-Test zeigt, dass die beiden ambivalenten Gruppen mehr psychische und körperliche Beschwerden angeben als die anderen Bindungsstilgruppen.

Die Gruppe mit einem bedingt sicheren Bindungsstil wies die geringste Belastung durch psychische Symptome auf. Unter der Voraussetzung eines stabilen Bindungsstils bei durchschnittlich 45-jährigen Patienten, scheint ein ambivalenter Bindungsstil ein Vulnerabilitätsfaktor für die subjektive Ausprägung psychischer und physischer Symptomatik zu sein.

Die Gruppe ambivalent anklammernder Patienten ist entsprechend dem BFKE durch starke Akzeptanzprobleme, mittlere Öffnungsbereitschaft und höchstes Zuwendungsbedürfnis ausgezeichnet. Die Gruppe der ambivalent verschlossenen Patienten ist durch starke Akzeptanzprobleme, geringe Öffnungsbereitschaft und hohes Zuwendungsbedürfnis charakterisiert. Wir nehmen an, dass Patienten mit diesem Bindungsstil, wenn sie versuchen Probleme und Schwierigkeiten zu bewältigen, stärker an das soziale Umfeld appellieren, ohne jedoch angebotene Hilfe annehmen zu können. Patienten dieses Typs haben in der Vergangenheit die Erfahrung gemacht, dass die Versuche der Bezugsperson auf das Bindungsverhalten einzugehen inadäquat waren. Daraus resultierten Akzeptanzprobleme, die in der psychosomatischen Behandlung wichtig werden können. Behandler und Behandlung werden wegen Akzeptanzproblemen in Frage gestellt.

Die Gruppen mit ambivalenten Bindungsstilen geben vergleichsweise die stärksten Belastungen durch körperliche und psychische Symptome an. Ein ambivalenter Bindungsstil stellt somit einen validen Prädiktor für die Stärke der erlebten Symptomatik dar. Zwar profitieren ambivalente Patienten in etwa gleichem Maße wie andere Bindungsstilgruppen von der Therapie, dennoch nähern sich die Symptomausprägungen zum Ende der Rehabilitation bei den vermeidend verschlossenen, bedingt sicheren und sicheren Bindungsstilen

mittleren Symptomausprägungen an, während die Werte bei den beiden ambivalenten Gruppen trotz Besserung deutlich erhöht bleiben.

Die Analyse des Beschwerdenlistengesamtscores über drei Messzeitpunkte (Abbildung 12) hinweg bestätigt die oben beschriebenen Ergebnisse. Der Messzeitpunkteffekt ($F(2/158)=51,34$; $p<0.01$) ergibt sich durch die Besserung der körperlichen Symptomatik vom Rehabilitationsbeginn zum Rehabilitationsende und den Anstieg der Symptomatik von Rehabilitationsende zur Einjahreskatamnese. Der Gruppenhaupteffekt ($F(4/152)=4,96$; $p<0.01$) ist auf höhere Ausprägung der körperlichen Symptome in den Gruppen ambivalenten Bindungsstils zurückzuführen.

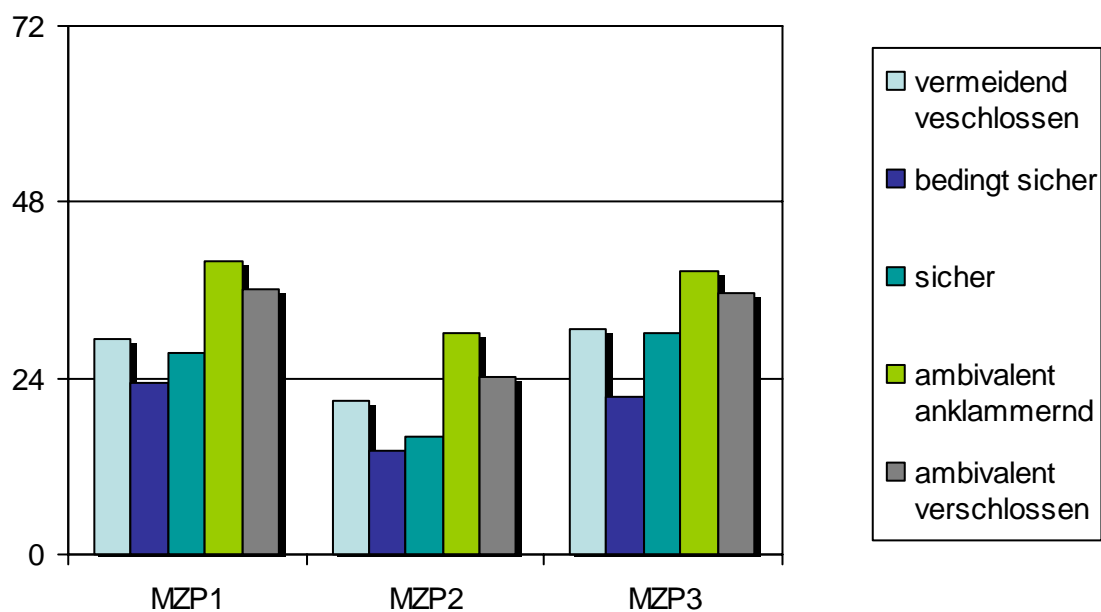


Abbildung 12: Verlauf des B-L Gesamtscores über drei Messzeitpunkte (n=163)

Zusammenfassend sind die Forschungshypothesen 1 und 2 zurückzuweisen. Dennoch haben ambivalente Patienten eine vergleichsweise schlechtere Prognose, wenn es darum geht, hinsichtlich der Symptomausprägung Normalwerte zu erreichen.

4.2.3 Forschungshypothese 3

Forschungshypothese 3, wonach Gruppen mit vermeidendem und ambivalentem Bindungsstil im Vergleich zur Gruppe sicher Gebundener eine geringere Zufriedenheit aufweisen, wurde ebenfalls nicht verifiziert. Der Mittelwert von 24 im Zufriedenheitsfragebogen 8 (ZUF-8) tendiert bei einem maximalen Skalenwert von 32 zur Zufriedenheit. Möglicherweise stellten sich die Klinik, der Arzt und die anderen Therapeuten auf den Bindungsstil des Patienten ein, so dass eine relative Zufriedenheit mit der Rehabilitation entsteht.

4.2.4 Forschungshypothese 4

Entsprechend der Forschungshypothese 4 sollten sich Unterschiede im Verlauf der Symptomatik vom Ende der Rehabilitation bis zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach der Rehabilitation zwischen den Gruppen zeigen. Wir nahmen an, dass Patienten mit einem sicheren Bindungsstil mehr von einer Rehabilitation profitieren und eher in der Lage sind, die Erfahrungen, die sie in der Therapie gemacht haben im Alltag umzusetzen als die Patienten mit vermeidend verschlossenem und ambivalentem Bindungsstil. Die aus der ANOVA zu erwartende Gruppen x Messzeitpunkt Interaktion blieb jedoch aus. Der Verlauf der Symptome vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt verläuft in den Gruppen zwar auf unterschiedlichem Ausprägungsniveau (Gruppeneffekt), jedoch parallel. Es gibt somit keine Bindungsstilgruppe, die eine erreichte Symptombesserung nach der Rehabilitation besser stabilisieren kann als andere Bindungsstilgruppen.

Die Auswertung des dritten Messzeitpunktes ergab jedoch einen signifikanten Gruppeneffekt ($F(4/158)=7,19; p<0.01$) für den GSI (Abb. 15 und Tabelle 10). Zum dritten Messzeitpunkt gab die Gruppe der ambivalent verschlossenen Patienten im Vergleich zu den Gruppen „bedingt sicher“ und „vermeidend verschlossen“ stärkere Belastungen durch psychische Symptome an. Die Belastung in der Gruppe der ambivalent anklammernden Patienten war lediglich im Vergleich zur Gruppe „bedingt sicher“ höher (s. PostHoc Testung Tab.10).

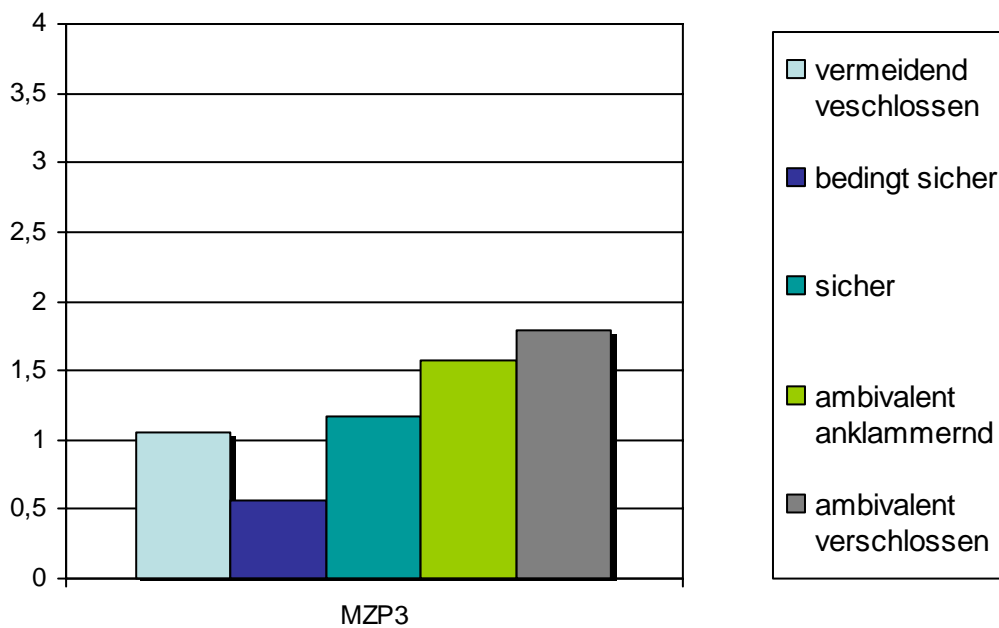


Abbildung 13: Belastung durch psychische Symptome 1 Jahr nach der Rehabilitation

Tabelle 10: Multipler Mittelwertvergleich Global Severity Index 3. Messzeitpunkt mittels Scheffé-Test

| | vermeidend verschlossen | bedingt sicher | sicher | ambivalent anklammernd | ambivalent verschlossen |
|-------------------------|-------------------------|----------------|--------|------------------------|-------------------------|
| vermeidend verschlossen | | n.s. | n.s. | n.s. | * - |
| bedingt sicher | n.s. | | n.s. | ** - | ** - |
| sicher | n.s. | n.s. | | n.s. | n.s. |
| ambivalent anklammernd | n.s. | ** + | n.s. | | n.s. |
| ambivalent verschlossen | * + | ** + | n.s. | n.s. | |

(* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; n.s. = nicht signifikant; + = Bindungsstil in Spalte signifikant mehr als Bindungsstil in Reihe; - = Bindungsstil in Spalte signifikant weniger als Bindungsstil in Reihe)

Ähnliches zeigt die Auswertung des Beschwerdelistengesamtscores: Die ANOVA ergab keine signifikante Gruppe x Messzeitpunkt-Interaktion, die auf einen unterschiedlichen Verlauf der körperlichen Symptomatik vom Rehabilitationsende bis zur Katamnese in den Gruppen hindeuten würde. Jedoch ergab die ANOVA des B-L-Gesamtscores zum dritten Messzeit-

punkt (Abbildung 14, Tabelle 11) einen auf 5% Niveau signifikanten Gruppenhaupteffekt ($F(4/152)=3,34; p<0.05$). Der multiple Mittelwertvergleich ergab lediglich eine signifikant höhere Belastung durch körperliche Symptome in der Gruppe der ambivalent Anklammernden im Vergleich zur Gruppe der bedingt Sicherem.

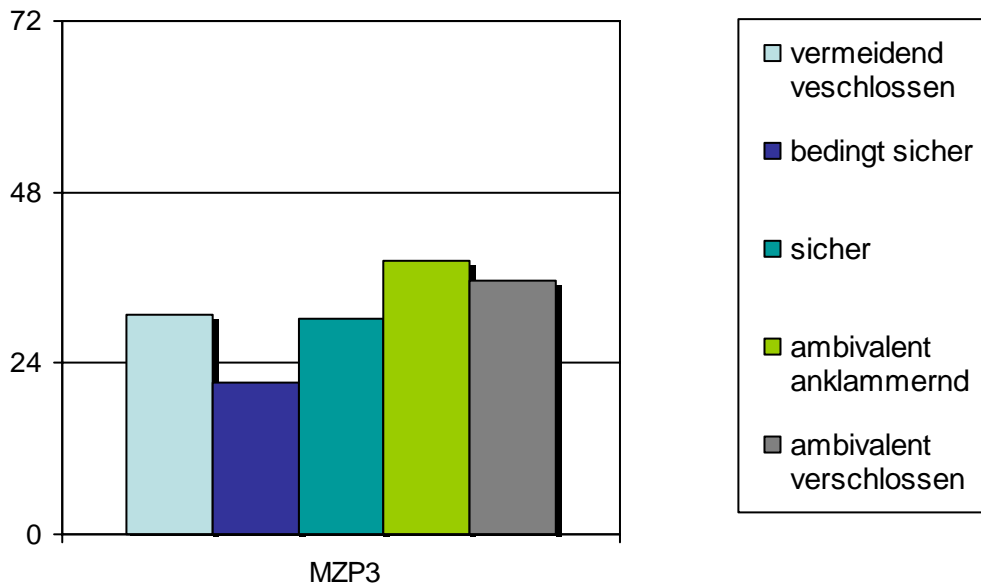


Abbildung 14: Belastung durch körperliche Symptome 1 Jahr nach der Rehabilitation

Tabelle 11: Multipler Mittelwertvergleich B-L Gesamtwert 3. Messzeitpunkt mittels Scheffé-Test

| | vermeidend verschlossen | bedingt sicher | sicher | ambivalent anklammernd | ambivalent verschlossen |
|-------------------------|-------------------------|----------------|--------|------------------------|-------------------------|
| vermeidend verschlossen | | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| bedingt sicher | n.s. | | n.s. | * - | n.s. |
| sicher | n.s. | n.s. | | n.s. | n.s. |
| ambivalent anklammernd | n.s. | * + | n.s. | | n.s. |
| ambivalent verschlossen | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | |

(* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; n.s. = nicht signifikant; + = Bindungsstil in Spalte signifikant mehr als Bindungsstil in Reihe; - = Bindungsstil in Spalte signifikant weniger als Bindungsstil in Reihe)

4.2.5 Forschungshypothese 5

Es wurde angenommen, dass Patienten mit einem vermeidenden Bindungsstil von mehr traumatischen Erfahrungen berichten als Patienten mit sicherem oder ambivalentem Bindungsstil.

Das Adult Attachment Interview bietet die Möglichkeit in einem ersten Auswertungsschritt die klassischen Bindungsstile sicher, vermeidend verschlossen und ambivalent zu differenzieren. In einem zweiten Auswertungsschritt kann der Anteil an Patienten mit einem unverarbeiteten Trauma identifiziert werden.

Die Auswertung des Adult Attachment Interviews ergab mit 48% einen hohen Anteil an Patienten mit einem unverarbeiteten Trauma (Gewalterfahrungen, frühe Trennungen, sexueller Missbrauch, psychisch kranke Eltern usw.). Die Verteilung traumatisierter Menschen unterschied sich signifikant von der Normalpopulation von van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg (1996) ($\chi^2=15,66^{**}$; $df=1$). Dabei unterschied sich die Gruppe, die am Adult Attachment Interview teilnahm, von der gesamten Untersuchungsgruppe in allen Variablen nicht signifikant.

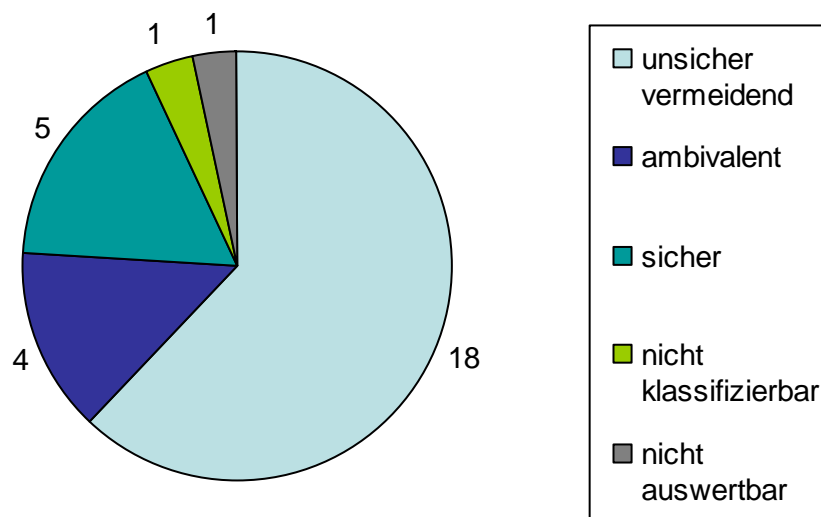


Abbildung 15: Verteilung der Bindungsstile in der Gruppe der AAI –Untersuchten (n=29) ohne die Skala „unverarbeitetes Trauma“

Ebenso war der Anteil unsicher vermeidender Menschen in der Untersuchungsgruppe signifikant höher als in der unausgelesenen Gruppe ($\chi^2=22,37^{**}$; $df=1$). Der Anteil

sicher gebundener Menschen war in der Patientengruppe höher als in einer Normalpopulation (Chi-Quadrat=19,42**, df=1).

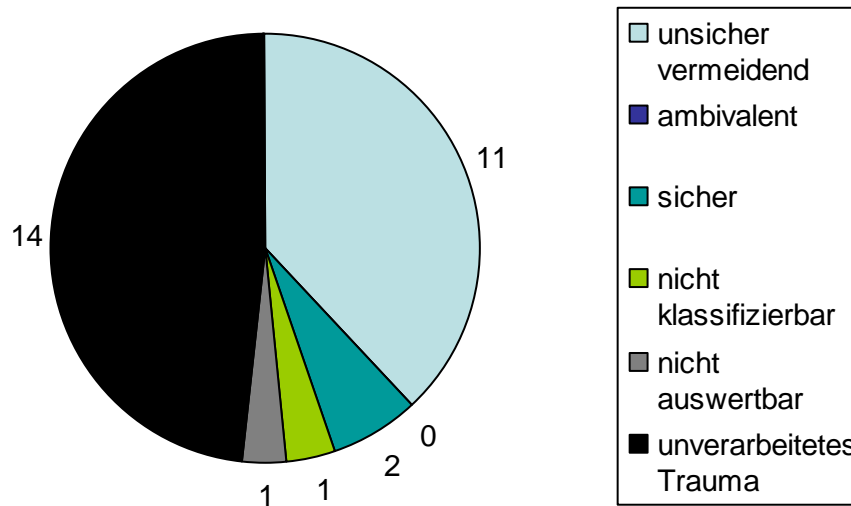


Abbildung 16: Verteilung der Bindungsstile in der Gruppe der AAI-Untersuchten (n=29) mit der Skala „unverarbeitetes Trauma“ („unsicher vermeidend“ entspricht „vermeidend verschlossen“ im BFKE)

Der Verteilung der Patienten mit einem unverarbeiteten Trauma ist nach Chi-Quadrat Test in den Bindungsstilgruppen nicht unterschiedlich. Wir finden somit keinen Bindungsstil, der mit überdurchschnittlich häufig unverarbeiteten Traumen assoziiert ist. Möglicherweise ist die Anzahl von 14 Patienten mit unverarbeitetem Trauma zu klein, um signifikante Unterschiede zu zeigen.

5. Interpretation

Die deskriptiven Daten zeigen zunächst eine Patientengruppe, die durch den Zuweisungsmodus der Deutschen Rentenversicherung Rheinland geprägt ist. Historisch gewachsen handelt es sich dabei um Arbeiter, die meistens die Hauptschule abgeschlossen haben und eine Lehre absolviert haben. Ein bedeutender Anteil der Patienten hat keine abgeschlossene Ausbildung. Die sozialmedizinische Problemlage der untersuchten Gruppe ist aufgrund des hohen Anteils arbeitsunfähiger Patienten zum Rehabilitationsbeginn als kritisch einzuschätzen. Hinzu kommt ein hoher Anteil an Patienten, die in den vergangenen 12 Monaten länger als 3 Monate arbeitsunfähig waren. Die meisten Patienten geben im

Erstinterview an, dass sie auf Anraten des behandelnden Arztes zur stationären Rehabilitation kommen. In den 62,5 % der Patienten, die diesen Zuweisungsmodus angeben, vermuten wir einen hohen Anteil an Patienten, die nach längerer Krankschreibung von der Krankenkasse zu einem Rehabilitationsverfahren aufgefordert werden und somit dem Zuweisungsmodus „§51“ zugeordnet werden müssten. Die Vermutung bedeutet für die Ergebnisse, dass Besserung der Symptome durch die sozialmedizinische Problemlage (Angst vor arbeitsfähiger Entlassung, Rentenbegehren) limitiert wird.

Die zuvor aufgestellten Hypothesen müssen zurückgewiesen werden. Es zeigten sich keine signifikant unterschiedlichen Verläufe psychischer oder physischer Symptomatik über den Beobachtungszeitraum hinweg in den Bindungsstilgruppen. Alle Bindungsstilgruppen profitieren im Hinblick auf Symptombesserung in etwa gleichem Maße von der Rehabilitation. Operationalisiert man „Gesundung“ mit der Erreichung von statistischen Normalwerten (z.B. Prozentrang unter 67) ist die Prognose für Patienten mit ambivalenten Bindungsstilen schlechter. Auch die Verläufe von Rehabilitationseende zum Katamnesezeitpunkt nach einem Jahr verlaufen in den Gruppen nicht unterschiedlich. Es zeigten sich auch keine Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit zwischen den Bindungsstilgruppen.

Wir vermuten, dass die fehlenden Unterschiede der Symptomverläufe und der Zufriedenheit auf Anpassungsprozesse des therapeutischen Teams und auf die Wirkung unspezifischer Wirkfaktoren wie Erholung, Herausnahme aus dem Alltag usw. zurückzuführen sind. Therapeut und Arzt stellen sich auf die unterschiedlichen Bindungsstile ein. Die Anpassung kann über die behandelten Themen erfolgen. Denkbar ist, dass bei Patienten mit vermeidend verschlossenem Bindungsstil weniger problematische Themen angesprochen werden als bei Patienten mit sicherem Bindungsstil. Über diese Anpassung können sämtliche Bindungsstile profitieren. Denkbar ist aber auch, dass Bindung keinen unmittelbaren Einfluss auf das Outcome stationärer psychosomatischer Rehabilitation hat. Vielmehr stellt Bindung einen globalen Faktor für die Bewältigung chronischer Erkrankung dar, der bereits lange vor Antritt des Rehabilitationsverfahrens wirksam war. Bindungsstil erlaubt jedoch prognostische Aussagen über Rehabilitation. Patienten mit ambivalentem Bindungsstil beispielsweise, haben eine ungünstigere Prognose.

Obwohl die formulierten Hypothesen durch die Untersuchung nicht bestätigt wurden, liefern die deskriptiven Daten eine Reihe wichtiger Erkenntnisse für die Behandlung psychosomatisch Kranker in einem stationären Setting. Die untersuchte Patientengruppe ist

im Vergleich zu einer Normalpopulation durch einen hohen Anteil an vermeidend verschlossenen und einen geringen Anteil sicher gebundener Menschen charakterisiert. Es handelt sich somit um eine Gruppe von Menschen, die in ihrer Entwicklung wenig verlässliche Beziehungserfahrungen gemacht haben. Sie haben eine geringe Öffnungsbereitschaft und ein geringes Zuwendungsbedürfnis. Die vergleichsweise geringe Belastung durch psychische Symptome bei den Patienten mit vermeidend verschlossenem Bindungsstil verstanden wir als Bagatellisierungstendenz. Das Verhalten vermeidend verschlossener Patienten ist durch ein hohes Bedürfnis nach Sicherheit geprägt. Nähere Bindung oder ein Einlassen auf Beziehung mit Preisgabe von Gefühlen und Überlegungen wird eher vermieden, weil es Ängste mobilisiert. Die vorherrschende Copingstrategie: Sie machen es mit sich selbst aus. Der vermeidend verschlossene Bindungsstil hat entsprechende Schwierigkeiten im komplementären Explorationssystem. Fehlt eine sichere Grundlage im Sinne eines sicheren Bindungsstils, bleibt häufig auch das Explorationssystem zurück. Die Vorstellung, etwas Neues auszuprobieren oder andere Lösungsstrategien zu erwägen, löst Angst und Vermeidungsverhalten aus. Vor diesem Hintergrund interpretieren wir den im Vergleich zu einer Normalpopulation hohen Anteil vermeidend verschlossener Patienten im Sinne eines Vulnerabilitätsfaktors. Ein sicherer bzw. bedingt sicherer Bindungsstil scheint einen protektiven Faktor darzustellen.

Menschen mit einem vermeidend verschlossenen Bindungsstil kommen im Leben mit ihren spezifischen Bewältigungsstrategien lange Zeit zurecht. Der Versuch, mit Schwierigkeiten zunächst alleine fertig werden zu wollen, ist eine Ressource, die gesellschaftlich akzeptiert - vielleicht sogar präferiert wird. Bei dauerhaften und gravierenden Veränderungen, im Rahmen so genannter kritischer Lebensereignisse (Filipp, 1981), ist der vermeidend verschlossene Copingstil jedoch rasch überfordert. Das Auftreten somatischer, psychischer und/oder psychosomatischer Erkrankungen wird wahrscheinlicher. Angesichts schwerer Lebenskrisen wie Trennung, Scheidung, Tod des Lebenspartners und drohender oder bestehender Arbeitslosigkeit und damit verbundener existenzieller Bedrohung versuchen vermeidend verschlossene Menschen, damit alleine fertig zu werden. Typisch ist, dass der vermeidend Verschlossene seinen Bezugspersonen nichts von seinen Problemen mitteilt oder andere soziale Ressourcen wie Freunde, Kollegen, Betriebsrat, Beratungsstellen oder Therapie nicht nutzt.

Aus der Schwierigkeit vermeidend verschlossener Menschen, sich dauerhaft und sicher an Menschen zu binden, ist abzuleiten, dass diese Menschen nur über ein „dünn“ soziales Netz

verfügen. Ein vergleichsweise kleiner Bekanntenkreis und keine bzw. nur wenige enge Freunde der Menschen mit gleichartigem Bindungsstil herrschen vor.

In Anlehnung an das gut belegte Kohärenzkonzept des Medizinsoziologen Antonovsky (1979) ist die Bewältigung kritischer Lebensereignisse von der „Verstehbarkeit“, der „Handhabbarkeit“ und der „Bedeutsamkeit“ abhängig. „Verstehbarkeit“ bezieht sich auf das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt (Antonovsky, 1988). Menschen mit einer hohen Ausprägung von Verstehbarkeit sind der Überzeugung, auftretende Stimuli antizipieren, einordnen und erklären zu können. „Handhabbarkeit“ wird als Ausmaß, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen (Antonovsky, 1988), definiert. Hierbei ist es unwesentlich, ob die Ressource im Menschen oder im sozialen Umfeld verankert ist (Freunde, Bekannte, Arzt, Therapeut, Pfarrer usw.). Die Komponente Bedeutsamkeit bezieht sich auf das Ausmaß, in dem das Leben als sinnvoll empfunden wird (Antonovsky, 1988). Menschen mit einer hohen Ausprägung der Komponente „Bedeutsamkeit“ nehmen Probleme eher als Herausforderung denn als Last wahr.

Es darf angenommen werden, dass Menschen mit einem vermeidend verschlossenen Bindungsstil soziale Ressourcen bei der Handhabbarkeit von Problemen nicht wahrnehmen oder sogar ablehnen. Vor dem Hintergrund eines gestörten Explorationssystems ist weiterhin anzunehmen, dass die Patienten Veränderungen und Probleme eher als Last empfinden denn als Herausforderungen. Somit fehlen Menschen mit vermeidend verschlossenem Bindungsstil wesentliche Komponenten des Kohärenzsinn, der kritische Lebensereignisse bewältigbar macht.

Ein vermeidend verschlossener Bindungsstil stellt vor dem Hintergrund der deskriptiven Ergebnisse zwar keine Pathologie im engeren Sinne dar, macht jedoch das Auftreten einer psychischen Erkrankung und eine stationäre psychosomatische Erkrankung im Sinne eines Vulnerabilitätsfaktor wahrscheinlicher. Dahingegen scheinen Menschen mit einer sicheren Bindungsorganisation eher in der Lage zu sein, sich in Krisen zusätzlich Hilfe durch ein intaktes soziales Netzwerk zu sichern.

Die Schwierigkeit der vermeidend Unsicheren, Nähe und eine stabile Beziehung zuzulassen, macht sich vor allem im therapeutischen Setting bemerkbar. Fähigkeiten, wie Offenheit, Vertrauen, Akzeptanz des Behandlers, u. a., die Grundlage für Psychotherapie darstellen, sind bei den Patienten mit vermeidend verschlossenem Bindungsstil nicht vorhanden. Anstatt mit Vertrauen und Offenheit die Therapie zu beginnen, herrscht aufgrund früherer

Bindungserfahrungen und dem daraus resultierenden Bindungsstil häufig Misstrauen und Verleugnung von Problemen vor. Gerade in der stationären psychosomatischen Rehabilitation führt dies zu Problemen und Schwierigkeiten. Wird der Patient mit emotional belastenden Problemen konfrontiert, bekommt er Angst und zieht sich zurück. Therapieabbruch kann die Folge sein.

Ein ambivalenter Bindungsstil hingegen stellt einen Prädiktor für die Symptomausprägung bereits zu Beginn der Rehabilitation dar. Wir interpretierten dies mit einem bindungsspezifischen Kommunikationsverhalten. Der ambivalente Patient appelliert im Vergleich zum vermeidend verschlossenen Patienten über Symptomdarstellung um Hilfe, bei gleichzeitiger Schwierigkeit, diese Hilfe anzunehmen. Hintergrund sind Akzeptanzprobleme des ambivalenten Patienten.

Die Untersuchung der psychischen und körperlichen Symptomatik ergab zwar keine unterschiedlichen Verläufe, es zeigten sich jedoch generell höhere Belastungen durch körperliche und psychische Symptome in den beiden ambivalenten Gruppen. Wegen der Schwierigkeit Ambivalenter Hilfe anzunehmen, kommt es bei ihnen rasch und häufig zu Enttäuschungen und auf Seiten der Behandler zu der Auffassung, dass diesen Patienten nicht geholfen werden kann. Dies trägt häufig zur Chronifizierung bei.

Die Frage, ob der Bindungsstil einen Einfluss auf den Outcome der Rehabilitation hat, ist im Hinblick auf die absolute Veränderung über die Rehabilitation hinweg, zu verneinen. Sämtliche Bindungsstilgruppen weisen eine Verringerung der subjektiven körperlichen und psychischen Symptomatik vom Beginn bis zum Ende der Rehabilitation auf. Ebenso parallel verläuft der Anstieg der Symptome vom Ende der Rehabilitation bis zum Katamnesezeitpunkt 12 Monate danach. Das Fehlen einer signifikanten Interaktion spricht dafür, dass sämtliche Bindungsstilgruppen in ähnlicher Form von der stationären Rehabilitation profitieren. Die Unterschiede im Outcome beziehen sich jedoch auf die absolute Stärke der subjektiven psycho-physischen Symptomatik nach der stationären Rehabilitation.

6. Ausblick und Umsetzung

Welche Implikationen ergeben sich aus den Ergebnissen für die Behandlung psychosomatisch Erkrankter im stationären Setting? In der stationären psychosomatischen Rehabilitation haben wir es mit Patienten zu tun, die es gewohnt sind, Probleme und Schwierigkeiten mit sich

selbst auszumachen und häufig in Beziehung mit anderen Menschen traumatische Erfahrungen gemacht haben. Menschen, die aufgrund dessen schwierige Voraussetzungen für die Herstellung und Aufrechterhaltung eines psychotherapeutischen Arbeitsbündnisses mitbringen.

Die Strategie des Umgangs mit dem vermeidend verschlossenen Patienten an drei Schwerpunkten: a) Transparenz b) Umgang mit dem Patienten und c) Umgang mit „Psychischem“.

a) Transparenz bezieht sich auf eine Reihe von Fragen und Theorien, die der Patient mit in die stationäre Therapie bringt, die er aufgrund des bindungsbedingten Misstrauens nicht offen anspricht. Es muss beispielsweise geklärt werden, was der Patient von seinem Therapeuten und Arzt zu erwarten hat und welche Erwartungen an ihn gestellt werden. Den meisten Rehabilitanden ist unklar, welche Informationen über ihn an wen weitergegeben werden. Weitere klärungsbedürftige Fragen mit dem Patienten sind: Was erfährt mein Arbeitgeber darüber, was ich in der Therapie erzähle? Wer spricht über mich in der Klinik? Zusammenfassend gilt es zu klären, welche Konsequenzen es für den Patient hat, wenn er sich auf Therapie einlässt.

b) Der Schwerpunkt des Umgangs mit dem Patienten bezieht sich auf den Versuch, ihm Wohlwollen entgegenzubringen. Patienten mit einem vermeidend verschlossenen Bindungsstil machen gemäß ihrer Vorerfahrung den Eindruck, keine Zuwendung zu brauchen. Dennoch ist es Aufgabe des Therapeuten, sich für den Patienten zu interessieren und persönliche Anknüpfungspunkte zu finden. Irgendetwas am Patienten zu mögen, ist Voraussetzung für die Überwindung dieser Hürde, die der vermeidend verschlossene Bindungsstil mit sich bringt. Der persönliche Anknüpfungspunkt sollte kein problembezogener sein. Die Vermittlung von Wertschätzung in Form von Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit und Authentizität, etwas, was Patienten kaum, oder wenn, dann nur wenig kennen gelernt haben, ist gerade für Patienten mit vermeidend verschlossenem Bindungsstil besonders wichtig. Vielleicht ist die Wahrnehmung von Wertschätzung die wesentlichste emotionale Neuerfahrung, die der Patient mit diesem Bindungsstil im Rahmen einer stationären Rehabilitation machen kann.

c) Der Schwerpunkt des Umgangs mit „Psychischem“ bezieht sich auf die Frage, inwieweit ein Patient mit vermeidend verschlossenem Bindungsstil mit Gefühlen, Stimmungen, kognitiven und behavioralen Bewältigungsmechanismen konfrontiert werden sollte bzw. kann. Angesichts der vielen Patienten mit vermeidend verschlossenem

Bindungsstil scheint uns eine zu frühe Konfrontation mit psychischen Hintergründen der Beschwerden und Symptome kontraproduktiv zu sein. Der Patient wird mit Angst und Rückzug reagieren. Gruppenpsychotherapeutische Verfahren, die eine gewisse Öffnungsbereitschaft voraussetzen, sind für Patienten mit vermeidend verschlossenem Bindungsstil zunächst eher kontraindiziert. Eher vertreten wir die Auffassung, dass der Anteil an Information in der ersten Phase der stationären Rehabilitation vergleichsweise hoch sein sollte. Es gilt psychosomatisch Kranke davon zu überzeugen, dass psychosoziale Faktoren bei der Genese und dem Verlauf ihrer Erkrankungen eine Rolle spielen. Der zweite Schritt besteht in der Anwendung dieser Informationen auf ihre eigene Erkrankung. Der dritte Schritt in der Behandlung psychosomatisch Kranker mit vorwiegend vermeidend verschlossenem Bindungsstil ist der Versuch, dem Patienten zu vermitteln, dass es sich im Sinne der Gesundheit lohnt, sich selbst, seine Einstellungen, Kognitionen und Verhaltensweisen zu ändern.

Erfahrungsgemäß ist es leichter, Akzeptanz darüber herzustellen, dass psychische Faktoren eine Rolle bei der Entstehung von Erkrankungen spielen. Zu akzeptieren, dass psychische Faktoren im konkreten Fall eine Rolle spielen und dass die Veränderung eigenen Verhaltens hilft, ist gerade vor dem Hintergrund vermeidend verschlossenen Bindungsverhaltens ein längerer Prozess, der eine stabile und vertrauensvolle Patient-Therapeut-Beziehung als Basis voraussetzt. Diese Erfahrungen wiederum können die Voraussetzung für eine ambulante Therapie schaffen.

Die Charakterisierung des psychosomatischen Patienten wird durch die Ergebnisse des Adult Attachment Interviews unterstrichen. Die Anteile der Bindungsstilgruppen mit einem unverarbeiteten Trauma sind nicht unterschiedlich (Hypothese 5). Es findet sich dort aber ein großer Anteil an Patienten, die ein unverarbeitetes Trauma in ihrer Entwicklung haben. Das bereits oben beschriebene Prinzip des „Forderns ohne zu Überfordern“ ist bei traumatisierten Patienten besonders brisant: Die Konfrontation mit „Psychischem“ ist bei traumatisierten Patienten immer eine Gratwanderung zwischen Verarbeitung und Progression einerseits und Retraumatisierung und Regression andererseits. Gerade bei ihnen gilt es, die häufig fragilen Bewältigungsmechanismen, einhergehend mit Verleugnung und Verdrängung, zu beachten und zu akzeptieren. Auch sollte im Auge behalten werden, welche Ziele in einer durchschnittlich fünf bis sechs Wochen dauernden Rehabilitation erreicht werden können. Es besteht durchaus die Gefahr, dass in der stationären psychosomatischen Rehabilitation traumatische Erfahrungen aufgegriffen werden, die sich einer Bearbeitung in relativ kurzer

Zeit entziehen. Bildhaft gesprochen bedeutet dies, nicht verheilte Wunden aufzureißen und den Patienten damit alleine zu lassen. Ziel der Behandlung traumatisierter Patienten mit einem vorwiegend vermeidend verschlossenen Bindungsstil ist es, im stationären Kontext Vertrauen und Behandlungsmotivation zu schaffen bzw. zu fördern. Es ist viel erreicht, wenn es gelingt, Patienten zu motivieren, sich nach der stationären Rehabilitation in ambulante Behandlung zu begeben.

Zusammenfassend: Die Hypothesen konnten nicht verifiziert werden. Dennoch konnten wichtige Informationen über psychosomatisch Kranke aus bindungstheoretischer Sicht gewonnen werden. Es eröffnet die Möglichkeit, sich besser auf psychosomatische Patienten einzustellen, die häufig traumatisiert und durch einen vermeidenden Bindungsstil charakterisiert sind. Es handelt sich um Menschen, die vor allem in nahen Beziehungen traumatisiert wurden und versuchen, ohne fremde Hilfe ihre Probleme zu bewältigen. Aufgrund der Unfähigkeit, Hilfe anzunehmen, tendieren diese traumatisierten und vermeidend verschlossenen Menschen dazu, bei kritischen Lebensereignissen wie Arbeitsplatzkonflikten, Trennungen und familiären Problemen, zunächst alles allein zu bewältigen und beim Scheitern dieser Versuche sich zurückzuziehen. Der regressive Rückzug bedeutet für die sozialmedizinische Ebene lange und häufige Arbeitsunfähigkeitszeiten mit geringer werdender Selbstwirksamkeitsüberzeugung und herabgesetztem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Aus wachsender Angst beim Wiedereinstieg in das Erwerbsleben zu versagen resultiert der Rentenantrag.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse muss man die Vorstellung, dass es sich bei psychosomatischen Patienten um „leichte“ Fälle handelt, die eigentlich nicht richtig krank sind und mit einer sechswöchigen Rehabilitation wieder dauerhaft und vollständig wiederhergestellt werden können, zurückweisen. Vielmehr stellt sich das Bild des psychosomatisch Erkrankten als ein Mensch dar, der ein aufgrund negativer Beziehungserfahrungen und Traumatisierungen ein brüchiges, mühsam kompensiertes Fundament besitzt, das latent durch Lebenskrisen erschüttert und zum Einsturz gebracht werden kann. Die Ergebnisse unserer Untersuchung und die damit verbundene Charakterisierung des psychosomatischen Patienten unterstreicht, dass die Ziele eines durchschnittlich sechs Wochen dauernden psychosomatischen Rehabilitationsverfahrens begrenzt sind. Traumatische Erfahrungen können nicht innerhalb von sechs Wochen aufgearbeitet werden. Auch prägende Persönlichkeitseigenschaften wie Bindungsstil und damit verbundenes Bindungsverhalten ist mit einer sechswöchigen Rehabilitation nicht

tiefgreifend veränderbar. Die Chance einer stationären psychosomatischen Rehabilitation besteht unseres Erachtens darin, das Vertrauen in ein therapeutisches Gegenüber zu stärken. Wesentliche emotionale Neuerfahrung kann darin bestehen, dass der vermeidend verschlossene Patient ein Gespräch als hilfreich und entlastend empfinden kann. Vielleicht macht ein traumatisierter Patient zum ersten Mal in seinem Leben die Erfahrung, nicht stigmatisiert oder reglementiert zu werden, wenn er von seinem Trauma spricht. Diese Neuerfahrungen können in eine Motivation münden, eine ambulante Therapie in Anspruch zu nehmen. Dieses würde einen Schritt zur Veränderung des vermeidend verschlossenen Bindungsstils bedeuten.

Vor der Hintergrund der Erkenntnisse aus den AAI-Interviews wurden die Traumadiagnostik und die Traumabehandlung in der Eifelklinik intensiviert. Mit der „Selbstsicherheitsgruppe für Frauen“ wurde ein Angebot für traumatisierte Frauen etabliert. Stationsübergreifend wird spezielle Traumadiagnostik betrieben.

Anhand der Ergebnisse dieser Studie wird deutlich, dass die Rehabilitation für die Weiterbehandlung in einem geeigneten therapeutischen Setting sorgen muss, um eine frühzeitige Berentung des gesundheitlich angeschlagenen psychosomatischen Patienten zu verhindern. Unseres Erachtens ist es besonders wichtig, den Patienten mit psychosomatischer Diagnose „an die Hand zu nehmen“ und für eine Weiterführung der Therapie und für eine berufliche Wiedereingliederung zu sorgen.

Seither (2006) wird jeder Patient, dessen psychotherapeutische Weiterbehandlung indiziert ist, über die Formalitäten einer kassenpflichtigen ambulanten Psychotherapie informiert. Zudem werden die Instrumentarien der beruflichen Integration verstärkt in Anspruch genommen. Ausdruck dieser veränderten Sicht des psychosomatischen Patienten stellt die Studie von Ehlen und Becker (2009) dar. 2005 wurden in der Eifelklinik noch 79 Patienten stufenweise in das Erwerbsleben wiedereingegliedert. 2006 waren es bereits 184 Patienten, 2007 waren es 213 und im Jahr 2008 waren es 223 Fälle mit stufenweiser Wiedereingliederung. Im Zeitraum vom 01.01.2006 bis 31.08.2008 wurden von 135 Rehabilitationseinrichtungen im Bereich der Deutschen Rentenversicherung Rheinland 2314 Wiedereingliederungen erfolgreich abgeschlossen. Allein auf die Eifelklinik entfielen 393 Fälle. Der Erfolg des verstärkten Versuchs, den Patienten intensiv auf die Behandlungsmöglichkeiten und die Wiedereingliederungsmöglichkeiten vorzubereiten („an der Hand zu nehmen“) wird zurzeit evaluiert.

Literatur

Antonovsky, A. Health, stress and coping. Jossey-Bass, San Francisco, 1979.

Antonovsky, A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bas, San Francisco, 1988.

Ainsworth, M. D. S. Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025, 1968.

Ainsworth, M. D. S. The development of infant-mother attachment. In B. M. Caldwell & H. N. Ricutti (Hrsg.), *Review of child development research*. Vol 3(31-96). Chicago: University of Chicago Press, 1973.

Ainsworth, M. D. S. Attachment, adaptation and continuity. Paper presented at the International Conference of Infant Studies, New York, 1984.

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

Ainsworth, M. D. S. & Bell, S.M. Some contemporary patterns in the feeding situation. In A. Ambrose (Hrsg.), *Stimulation in Early Infancy* (133-170). London: Academic Press, 1969.

Ainsworth, M. D. S. & Bell, S.M. Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behaviour of one-year olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67, 1970.

Bowlby, J. The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 1-23. 1958.

Bowlby, J. *Attachment and loss, Vol.1: Attachment*. New York: Basic Books. 1969.

Bowlby, J. *Attachment and loss, Vol.2: Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books. 1973.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Klassifikation Therapeutischer Leistungen, 1997.

Ehlen, K, Becker, V. Begleitstudie zur stufenweise Wiedereingliederung. In Vorbereitung, 2009.

Filipp, S H. Kritische Lebensereignisse. U&S Psychologie. München, 1981.

Fonagy P, Leigh T, Steele H, Steele M, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A. The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol.* 1996; 64: 22-31.

Franke H G. Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis, Deutsche Version, Beltz Test 1999.

Fremmer-Bombik E., Rudolph KE, Veit B, Schwarz G & Schwarzmeier I. Verkürzte Fassung der Regensburger Auswertemethode des Adult Attachment Interviews. Universität Regensburg 1992.

Höger D. Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Ein Verfahren von Bindungsstilen bei Psychotherapie-Patienten. *Psychotherapeut* 1999; 44: 159-166.

Holmes J. Attachment, Intimacy, and Autonomy. New York: Aronson 1996.

Horowitz LM, Rosenberg SE, Bartholomew K. Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1996; 61: 549-560.

Krause WH, Lohmann K, Höger D. Die Bedeutung des Bindungsstils für die psychosomatische Rehabilitation. *MedWelt* 2002 2: 58-62.

Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: Cassidy J, Shaver PR (eds.). *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford 1999, Seitenzahl

Mosheim R, Zachhuber U, Scharf L, Hoffmann A, Kemmler G, Danzl C, Kinzl J, Biebl W, Richter R. Bindungsqualität und interpersonale Probleme von Patienten als mögliche Einflußfaktoren auf das Ergebnis stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2000; 45: 223-236.

Schauenburg H, Reinhold F. Bindungsstil und Symptompräsentation bei stationären Psychotherapiepatienten. In: Lamprecht F, Künsebeck H, Schmid-Ott G (Hrsg). *Neue und alte Betätigungsfelder in Psychosomatik und Psychotherapie*. Frankfurt: VAS 2000.

Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann W W: Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychther med Psychol*, 39, 248-255. 1989.

Schauenburg H, Strauß B. Bindung und Psychotherapie. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hg): *Klinische Bindungsforschung*. Stuttgart und New York: Schattauer, 2002, 281-292.

Slade A. Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. In: Cassidy J, Shaver PR (eds.). *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford 1999, Seitenzahl.

Strauß B, Burgmeier-Lohse M. *Stationäre Langzeitgruppenpsychotherapie*. Heidelberg: Asanger 1994.

Strauß B, Lobo-Drost A, Pilkonis PA. Einschätzung von Bindungsstilen bei Erwachsenen-erste Erfahrungen mit der deutschen Version einer Prototypenbeurteilung. *Z Klinische Psychol Psychiatr Psychother* 1999, 47: 347-364.

Van Ijzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MGC. 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* 1995; 36; Seitenzahl.

Von Zerssen D. *Die Beschwerden-Liste Manual*, Beltz Test, 1976.

Abkürzungsverzeichnis

- AAI: Adult Attachment Interview. Ein ca. 1,5 stündiges Interview, welches den Bindungsstil und unverarbeitetes Trauma erfasst.
- BFKE: Bielefelder Fragebogen zur Klientenerwartung. Der Fragebogen erfasst drei Kategorien (Akzeptanzprobleme, Öffnungsbereitschaft, Zuwendungsbedürfnis), anhand deren die Zugehörigkeit zu 5 Bindungsstilgruppen zugeordnet wird.
- BSI: Brief Symptom Inventory. Der Fragebogen erfasst die subjektive Belastung durch psychische Symptome. Der Globalwert ist der GSI.
- B-L: Beschwerdenliste. Der Fragebogen erfasst die subjektive Belastung durch körperliche Symptome.
- GSI: Global Severity Index. Der GSI stellt eine Gesamtbelastung durch psychische Symptome erfasst durch den BSI dar.
- PSYBADO: Psychologische Basisdokumentation. Erfasst die wesentlichsten Basisdaten eines Patienten (Alter, Geschlecht, Berufliche Situation usw.).
- ZUF-8: Zufriedenheitsfragebogen 8. Der Fragebogen erfasst Zufriedenheit mit der Rehabilitation.