

Psychotherapie 2025 · 70:369–376
<https://doi.org/10.1007/s00278-025-00796-z>
 Angenommen: 22. Juli 2025
 Online publiziert: 16. September 2025
 © The Author(s) 2025



Strukturierte Exploration der Bindungsgeschichte in Psychotherapie und Beratung

Das Adult-Attachment-Interview-Protokoll zur Anwendung in klinischen Settings

Iris Reiner^{1,2} · Manfred Beutel¹ · Jonas Tesarz¹ · Lina Krakau^{1,3}

¹ Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland

² Fachbereich Soziale Arbeit, Hochschule Darmstadt, University of Applied Sciences, Darmstadt, Deutschland

³ Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität Wuppertal, Wuppertal, Deutschland

Zusammenfassung

In diesem Beitrag

- Bindungstheoretisches Wissen in Psychotherapie und Beratung
- Bindungstheoretische Grundannahmen
- Exploration von inneren Arbeitsmodellen von Bindung in der Psychotherapie
- Bindungstheoretische Überlegungen und Leitfragen für Psychotherapeutinnen
- Beispiel aus der Praxis
- Abschließende Bemerkungen

Hintergrund: Das Adult Attachment Interview (AAI) erfasst Bindungsrepräsentanzen, die sowohl für die Forschung als auch für die klinische Praxis von hoher Relevanz sind. Als Goldstandard der Erfassung von Bindung mit dem Ziel einer validen Bindungsklassifikation setzt das AAI eine intensive Schulung mit Reliabilitätsprüfung voraus.

Ziele der Arbeit: Um Bindungserfahrungen und innere Arbeitsmodelle von Bindung in einem zeitlich begrenzten, psychotherapeutischem Kontext systematisch zu explorieren, schlagen wir ein AAI-Protokoll zur klinischen Anwendung vor, ohne den Anspruch einer vollständigen oder reliablen Bindungsklassifikation zu erheben.

Material und Methoden: Hierzu greifen wir auf ausgewählte Fragen aus dem AAI zurück. Wir stellen Leitfragen vor, mithilfe derer die Antworten von PatientInnen bindungstheoretisch eingeordnet werden können. Das Vorgehen illustrieren wir anhand eines kurzen Fallbeispiels. Darüber hinaus geben wir praxisnahe Hinweise für eine strukturierte Durchführung und benennen typische Fallstricke – beispielsweise im Hinblick auf die Konfrontation mit Widersprüchen oder Interpretation der PatientInnenaussagen während des Interviews.

Ergebnisse und Diskussion: Die strukturierte Erfassung von Bindungserfahrungen kann TherapeutInnen – unabhängig von ihrer therapeutischen Ausrichtung – dabei unterstützen, Hypothesen zur Entstehung und zur Aufrechterhaltung psychischer Störungen zu entwickeln. Zugleich liefern die gewonnenen Informationen wertvolle Hinweise zur Beziehungsgestaltung von PatientInnen – sowohl für deren Außenbeziehungen als auch im Hinblick auf die therapeutische Beziehung.

Schlüsselwörter

Psychische Störungen · Innere Arbeitsmodelle · Zwischenmenschliche Beziehungen · Therapeut-Patient-Beziehung · Psychotherapie



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

In der Therapie psychischer Erkrankungen spielen Bindungserfahrungen und ihre Repräsentationen eine wichtige Rolle. Ihre Kenntnisse geben wichtige Informationen zu ihrer Verarbeitung, den daraus resultierenden inneren Arbeitsmodellen und zum Umgang mit negativen

Gefühlen in bindungsrelevanten Situationen, z. B. im Rahmen psychotherapeutischer oder beraterischer Prozesse. Das Adult-Attachment-Interview-Protokoll ermöglicht, frühe Bindungserfahrungen strukturiert zu erfragen, Antworten vor dem Hintergrund bindungstheoreti-

schen Wissens einzuordnen und in den therapeutischen Verlauf zu integrieren.

Hintergrund

In unserem Beitrag geht es um den Einsatz von bindungstheoretischem Wissen im psychotherapeutischen Alltag, insbesondere um eine strukturierte Anamnese von Bindungserfahrungen mithilfe von Fragen aus dem Adult Attachment Interview (AAI). Durch die Anwendung des AAI wurden u. a. im Kontext von Entwicklungspsychopathologie und Psychotherapie wertvolle empirische Erkenntnisse gewonnen (Bakermans-Kranenburg et al. 2024; Sroufe 2021; Steele et al. 2009; Strauß 2011). Aus diesen Erkenntnissen entsteht das Anliegen, Bindungsrepräsentationen in der alltäglichen klinischen Praxis greifbar und verstehbar zu machen. Im Folgenden stellen wir einen möglichen anwendungsbezogenen Transfer vor, indem wir beschreiben, welche bindungsrelevanten Informationen aus den Antworten der PatientInnen von bestimmten AAI-Fragen gewonnen werden können.

An dieser Stelle soll betont werden, dass wissenschaftliche Erkenntnisse mit dem AAI auch deswegen so wertvoll sind, da sein Einsatz im Forschungskontext besonders hohen Standards und einer strengen Qualitätskontrolle entspricht: Auswarter der validierten Auswertungsempfehlung von Main und Hesse (Hesse 2008) müssen eine zweiwöchige Schulung in einem anerkannten Zentrum absolvieren und über einen Zeitraum von mindestens 18 Monaten immer wieder Reliabilitätsprüfungen bestehen. Ein AAI-Datenset eines neuen Forschungsprojekts muss zusätzlich eine mindestens 80%ige Übereinstimmung von 2 zertifizierten AuswarterInnen aufweisen. So ist gewährleistet, dass das Verständnis von Bindungssicherheit und ungelöstem Trauma im AAI einem wissenschaftlichen und inhaltlichen Konsens entspricht und Ergebnisse international vergleichbar sind.

Bindungstheoretisches Wissen in Psychotherapie und Beratung

Erfreulicherweise wird vermehrt bindungstheoretisches Wissen im Studium sowie schulenübergreifend in psycho-

therapeutischen Aus- und Fortbildungen vermittelt (z. B. Schauenburg und Strauß 2002; Strauß 2017). In klinischen Populationen sind unsicher gebundene Personen überrepräsentiert (Bakermans-Kranenburg et al. 2024). Laut Bowlby (1980, S. 229) beeinflusst die Bindungsrepräsentation einer Person „every situation we meet in life“, auch den Verlauf und Erfolg von psychotherapeutischen oder beraterischen Prozessen sowohl seitens der PatientInnen und KlientInnen als auch der TherapeutInnen und BeraterInnen (Diamond et al. 2023; Reiner et al. 2016; Reyna und Minton 2024; Steele et al. 2009; Talia et al. 2022). TherapeutInnen gestalten als „Bindungspersonen“ die therapeutische Beziehung mit (Strauß 2000, 2006), und Kenntnisse über frühe Bindungserfahrungen der PatientInnen oder KlientInnen geben nicht nur diagnostische Hinweise, sondern auch wichtige Informationen zum Umgang mit negativen Gefühlen in bindungsrelevanten Situationen (z. B. Trennungen und Zurückweisung).

Das AAI-Protokoll zur klinischen Anwendung ermöglicht, frühe Bindungserfahrungen strukturiert zu erfragen und Antworten vor dem Hintergrund bindungstheoretischen Wissens entsprechend einzuordnen. In der Praxis lässt sich dies in verschiedenen Bereichen anwenden, beispielsweise zur biografischen Anamnese, um Beziehungs- und Übertragungsprozesse besser zu verstehen oder Schemata und Objektbeziehungen zu erklären. Im Rahmen der Erstellung von psychotherapeutischen Anträgen ist eine bindungstheoretisch fundierte Anamnese ebenfalls hilfreich: In der Verhaltenstherapie können dysfunktionale Beziehungsmuster der PatientInnen, die zur Entstehung und zur Aufrechterhaltung psychischer Störungen beitragen, identifiziert werden. Im tiefenpsychologischen Kontext dienen bindungstheoretische Überlegungen u. a. der Formulierung von psychodynamischen Hypothesen. In weiteren beraterischen oder rechtspsychologischen Kontexten wie bei Familiengutachten, den Frühen Hilfen oder in der psychosozialen Beratung ist der Einsatz (ggf. einzelner Fragen) des AAI ebenfalls nützlich (Brisch 2002; Kindler et al. 2021; Suess et al. 2015).

Bindungstheoretische Grundannahmen

Die Bindungstheorie geht auf den britischen Arzt und Psychoanalytiker John Bowlby zurück; dessen ursprüngliches Ziel war es, zu verstehen, warum „... viele Formen von emotionalen und Persönlichkeitsstörungen, einschließlich Angst, Wut, Depression und emotionale Entfremdung, durch ungewollte Trennung und Verlust ausgelöst werden“ (Bowlby 1976, S. 57). Bowlby formulierte grundsätzliche Gedanken der Bindungstheorie in der Trilogie *Attachment and Loss* (Bowlby 1969, 1973, 1980), deren sehr lesenswerte Ausführungen hier nur stark verkürzt dargestellt werden können: Bindung wird beschrieben als ein phylogenetisch verankertes Prinzip, das als eigenständiges und primäres Bedürfnis betrachtet wird und das unabhängig von anderen Bedürfnissen wie Hunger oder Sexualität existiert. Bindung bezieht sich nicht nur auf die erste und frühe Bindung zwischen Säugling und Bezugsperson, sondern wird als ein entwicklungspsychologisches Konstrukt verstanden, das lebenslang wirkt. Nach Bowlby wird Bindungsverhalten v. a. dann aktiviert, wenn das Kind Stress, Angst oder Unsicherheit empfindet, und äußert sich u. a. darin, dass das Kind die Nähe der Bezugsperson sucht. Explorationsverhalten steht in einem antagonistischen Verhältnis zu Bindungsverhalten und tritt auf, wenn sich das Kind sicher fühlt. Es zeigt Neugier und erkundet die Umwelt. In Abhängigkeit von der Qualität der (frühen) Erfahrungen, die Kinder in der Interaktion mit ihren Bindungspersonen sammeln, unterscheiden sie sich auch hinsichtlich ihres Bindungs- und Explorationsverhaltens. In **Abb. 1** ist im „Kreis der Sicherheit“ dargestellt, wie die frühen Interaktionen zwischen Bezugsperson und Kind im Idealfall und bei einer „sicheren Bindung“ aussehen: Die Bezugsperson stellt einerseits die „sichere Basis“ dar, von der aus das Kind explorieren kann. Andererseits fungiert die Bezugsperson als „sicherer Hafen“, in dem das Kind bei Angst, Schmerz oder Verzweiflung Trost und Unterstützung findet (Marvin et al. 2002).

Die aus der Interaktion gewonnenen Erfahrungen werden in „inneren Arbeitsmodellen von Bindung“ gespeichert; diese ermöglichen den Individuen, eigene Erwar-

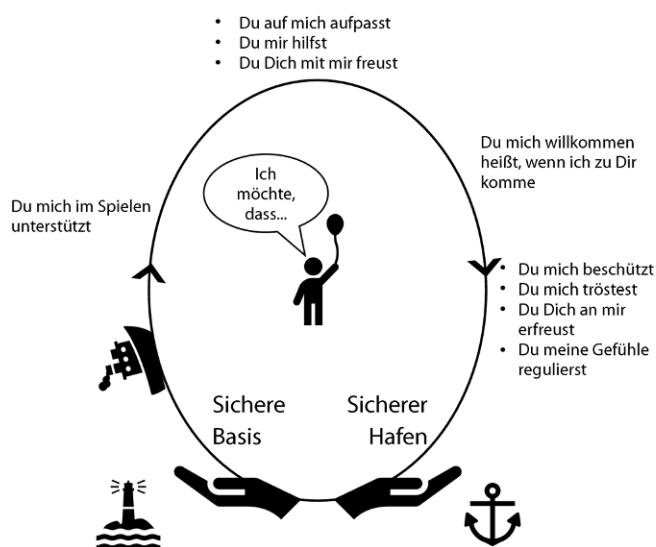


Abb. 1 ◀ Kreis der Sicherheit. (Adaptiert nach Marvin et al. 2002)

tungen und eigenes Verhalten zu steuern sowie das Verhalten anderer zu antizipieren.

Wie unterschiedlich solche frühen Bindungserfahrungen erlebt und verarbeitet werden können, lässt sich anhand von zwei alltagsnahen Szenen verdeutlichen: Während ein Kind – nennen wir es Lukas – beim Hinfallen auf dem Spielplatz von seiner Bezugsperson getröstet und beruhigt wird, erlebt ein anderes Kind – Emma – in derselben Situation Zurückweisung oder Gleichgültigkeit. Lukas darf weinen, wird gehalten und beruhigt; nach kurzer Zeit spielt er weiter – getragen von dem inneren Gefühl: „Ich bin nicht allein, jemand ist für mich da.“ Emma hingegen wird ermahnt, sich zusammenzureißen. Sie unterdrückt ihren Schmerz, weil sie gelernt hat: „Gefühle zeigen bringt nichts – oder macht mich angreifbar.“ Beide Kinder speichern diese Erfahrungen als grundlegende Muster des Umgangs mit Nähe, Verletzlichkeit und Emotionsregulation. Diese inneren Arbeitsmodelle entwickeln sich auf Basis wiederholter Interaktionserfahrungen und bilden einen inneren Kompass für spätere Beziehungssituationen – auch im Erwachsenenalter. Sie steuern unbewusst, ob Nähe als bereichernd oder bedrohlich empfunden wird, ob Hilfesuchen möglich erscheint, und wie sicher sich eine Person in der emotionalen Welt anderer bewegt.

Innere Arbeitsmodelle von Bindung sind eng mit Emotionsregulation und Prozessen der Informationsverarbeitung verknüpft (Bretherton und Munholland

2008). Das innere Arbeitsmodell des Selbst und das der anderen verhalten sich komplementär zueinander: Bei einer sicheren Bindung ist die Bezugsperson als liebevoll und zuverlässig und damit die eigene Person als liebenswert repräsentiert. Bei einer unsicheren Bindung ist die Bezugsperson beispielsweise als ablehnend, übergriffig oder inkonsistent repräsentiert, und die eigene Person als nicht liebenswert. Aus bindungstheoretischer Sicht erhöhen unsichere innere Arbeitsmodelle erheblich das Risiko, psychisch zu erkranken, da sie oft Beziehungsgestaltung und adaptive Regulation von negativen Emotionen (Angst, Ärger) beeinträchtigen. Diese bindungstheoretischen Annahmen haben sich wiederholt empirisch bestätigen lassen (Girme et al. 2021; Grossmann et al. 2006; Rost et al. 2024).

Exploration von inneren Arbeitsmodellen von Bindung in der Psychotherapie

Innere Arbeitsmodelle von Bindung lassen sich mit dem Erwerb der Sprache sowie im Jugend- und im Erwachsenenalter mithilfe von Interviewverfahren erfassen. Als Goldstandard gilt das AAI mit dem von Main und Hesse entwickelten Auswerteverfahren (Hesse 2008), dessen Anwendung auch in klinischen Kontexten beschrieben ist (Steele und Steele 2008), und das eine reliable und valide Klassifikation in Bindungsgruppen ermöglicht. Ohne entsprechende Schulung und Verbatim-Transkript des AAI ist eine reliable Klassifikation nicht mög-

lich. Zudem kann im klinischen Anwendungskontext ein einseitig auf Bindungskategorien fokussierter Ansatz zu Missverständnissen führen (Forslund et al. 2022). In diesem Beitrag verzichten wir bewusst auf die Erläuterung möglicher Bindungskategorien (z.B. sicher, vermeidend, verwickelt; Reiner et al. 2013). Der Fokus wird auf konkrete Beziehungserfahrungen, deren Verarbeitung und die daraus resultierenden inneren Arbeitsmodelle gelegt, um eine bindungstheoretisch orientierte, therapeutische Arbeit zu ermöglichen.

Wir stellen in **Tab. 1** AAI-Fragen zur Bindungsanamnese vor; diese wurden aufgrund von klinischer Erfahrung ausgewählt und lassen sich in einer auf 50 min zeitlich begrenzten psychotherapeutischen Sitzung einsetzen. Das primäre Ziel dieses adaptierten AAI-Protokolls ist es, das innere Arbeitsmodell von Bindung der PatientInnen explorieren und in den weiteren therapeutischen oder beratenden Verlauf integrieren zu können. Zentrale Aspekte der Bindungsgeschichte können so strukturiert erfasst werden, ohne den Anspruch einer vollständigen AAI-Diagnostik oder reliablen Bindungsklassifikation zu erheben. Als Zeitpunkt eignet sich beispielsweise die Probatorik oder auch jeder weitere Therapie- oder Beratungszeitpunkt, in dem Bindungs- und Beziehungsmuster verstärkt in den Fokus rücken.

Wir empfehlen, die Fragen des AAI-Protokolls für die klinische Anwendung an PatientInnen und KlientInnen im Vorfeld entsprechend als Interview zu rahmen und zu erläutern, dass für einen begrenzten Zeitraum der „gewohnte Gesprächsrahmen“ verlassen wird und – falls erforderlich – der/die TherapeutIn zur Erinnerungshilfe die AAI-Fragen vorliest und/oder Notizen erstellt. Es ist wichtig, die Fragen in strukturierter und wörtlicher Version zu stellen. Dabei kann es vorkommen, dass die Befragten Bindungsthemen vermeiden, abschweifen oder immer wieder emotional belegte, aktuelle Bindungsthemen einbringen. Für TherapeutInnen kann es dann ebenfalls ungewohnt sein, ein strukturiertes Interview zu führen, die gewohnte Rolle zu verlassen und sich mit Interpretationen, Deutungen, Erklärungen oder „Korrekturen“ zurückzuhalten. Es kann vorkommen, dass Ausführungen der Patien-

Tab. 1 Adult-Attachment-Interview-Protokoll zur klinischen Anwendung: Fragen, Spezifizierungen und Ziel		
Fragen zur Bindungsgeschichte aus dem Adult Attachment Interview (George et al. 1985)	Spezifizierungen	Ziel/Hintergrund
Könnten Sie mir zunächst einen kurzen Überblick über Ihre Kindheit und Ihre Familiensituation geben? Vielleicht können Sie damit beginnen, wo Sie geboren wurden, ob sie Geschwister haben, ob Sie häufig umgezogen sind, und was Ihre Eltern (oder Bezugspersonen) beruflich gemacht haben?	Falls Sie Geschwister haben: Wie war das Verhältnis zu Ihren Geschwistern?	Erhebung des familiären Kontextes, um relevante Bezugspersonen und Entwicklungseinflüsse zu identifizieren; Geschwisterbeziehungen als indirekter Spiegel familiärer Bindungsstrukturen
Versuchen Sie doch als Nächstes bitte, einen Begriff zu finden, der die Beziehung zu Ihrer Mutter (oder anderen ersten Bezugsperson) in Ihrer Kindheit möglichst treffend beschreibt	Sie haben die Beziehung zu Ihrer Mutter mit dem Begriff _____ beschrieben. Sind damit bestimmte Erinnerungen verbunden? Fällt Ihnen dazu ein bestimmtes Ereignis ein?	Erfassung der subjektiven Beziehungseinschätzung zur ersten zentralen Bezugsperson; sprachliche Verdichtung der Bindungserfahrung; Überprüfung der Kohärenz zwischen sprachlicher Zuschreibung (Adjektiv) und episodischem Gedächtnis; Differenzierung zwischen semantischen Floskeln und gelebter Beziehungserfahrung
Versuchen Sie doch als Nächstes bitte, einen Begriff zu finden, der die Beziehung zu Ihrem Vater (oder anderen weiteren Bezugsperson) in Ihrer Kindheit möglichst treffend beschreibt	Sie haben die Beziehung zu Ihrem Vater mit dem Begriff _____ beschrieben. Sind damit bestimmte Erinnerungen verbunden? Fällt Ihnen dazu ein bestimmtes Ereignis ein?	Analog zur ersten Bezugsperson – Erfassung der zweiten zentralen Bezugsperson, oft mit anderen Dynamiken (z. B. Distanz, Autorität, Unterstützung)
Wenn Sie als Kind mal traurig/Angst hatten/krank waren ...	Was haben Sie dann gemacht? Können Sie sich an eine Situation erinnern? Wie haben Ihre Eltern reagiert?	Aufschluss zu Selbst- und Fremderleben in konkreten Bindungssituationen und zum Umgang mit kindlichen Bindungsbedürfnissen; Auskunft zu Verfügbarkeit, Trostverhalten und Responsivität der Bezugspersonen (sicherer Hafen)
Manche Menschen haben auch Erinnerungen an Misshandlung oder Missbrauch. Haben Sie so etwas schon mal erlebt? Oder kam so etwas in Ihrer Familie vor?	Können Sie mir etwas über die näheren Umstände erzählen? Wie alt waren Sie zu dieser Zeit?	Sensible Exploration potenzieller Traumata oder gravierender Bindungsstörungen; wichtig zur Einschätzung unverarbeiteter Erfahrungen
Haben Sie als Kind oder auch als Erwachsene/r einen Elternteil oder eine andere wichtige Person durch Tod verloren? (Zum Beispiel auch Geschwister, Großeltern ...)	Können Sie mir die näheren Umstände beschreiben? Wie alt waren Sie zu dieser Zeit?	Identifikation von Verlust- oder Trennungserfahrungen; wichtig zur Einschätzung möglicher ungelöster Trauer oder Bindungstraumatisierung
In welcher Weise glauben Sie, haben die Erfahrungen mit Ihren Eltern Ihre Persönlichkeit beeinflusst?	Können Sie ein Beispiel nennen, worin Sie den Einfluss sehen?	Förderung der Reflexion von Bindungserfahrungen; erlaubt Aussagen über das Ausmaß an Mentalisierung und Integration von Bindungserfahrungen

Innen stellenweise nicht leicht nachvollziehbar sind. Hier empfehlen wir, ggf. mit „W-Fragen“ (z. B. Wie meinen Sie das?) nachzufragen. Wichtig ist, in diesen Situationen nicht auf Unstimmigkeiten hinzuweisen, zu korrigieren oder Kohärenz herzustellen, um den Prozess der Informationsgewinnung im vorübergehenden Interview-Setting nicht zu stören.

Die Fragen im AAI-Protokoll zur klinischen Anwendung zielen auf typische Bindungssituationen, zentrale Bezugspersonen sowie subjektive Bewertungen und narrative Kohärenz der berichteten Erfahrungen. Dabei wird davon ausgegangen, dass nicht nur der Inhalt der Antworten von Bedeutung ist, sondern auch deren Form – also wie emotional bedeutsame Beziehungserfahrungen erinnert, strukturiert und sprachlich vermittelt werden. Die

Antworten geben Hinweise auf innere Arbeitsmodelle von Bindung, die für das Verständnis interpersoneller Muster, Affektregulation und therapeutischer Beziehungsgestaltung relevant sind.

Die Fragen decken inhaltlich unterschiedliche Ebenen ab: Sie erfassen *biografische Eckdaten* (z. B. Familienstruktur), *subjektive Bewertungen von Beziehungen*, *typische Reaktionsmuster der Bezugspersonen* in bindungsrelevanten Situationen (z. B. bei Krankheit, Angst oder Trennung), *mögliche traumatische Erfahrungen* sowie die *Reflexion des Einflusses früher Bindung auf die eigene Persönlichkeit*. Einige Fragen aktivieren episodisches Erinnern, andere fördern ein abstrakteres Nachdenken über Beziehungsmuster oder verlangen eine narrative Selbstverortung im biografischen Kontext.

Besonderes Augenmerk liegt auf:

- der sprachlichen Beschreibung früher Beziehungen (z. B. mithilfe von Adjektiven),
- der Übereinstimmung dieser Beschreibungen mit konkreten Episoden,
- der Reaktion der Bezugspersonen in Situationen emotionaler Bedürftigkeit sowie
- dem Grad der Reflexion über die Auswirkungen dieser Erfahrungen auf das heutige Selbstbild und Beziehungserleben.

Das AAI-Protokoll zur klinischen Anwendung eröffnet gezielt einen Raum, in dem sich diese Aspekte zeigen können. Eine strukturierte Anwendung der Fragen ermöglicht es, Bindungserfahrungen systematisch zu explorieren und therapeutisch

Tab. 2 Leitfragen für PsychotherapeutInnen

Wie beschreibt der/die PatientIn die (frühe) Beziehung zu den Bezugspersonen?
Wie lässt sich aus bindungstheoretischer Sicht das Elternverhalten beschreiben und warum (Verhalten in Bindungssituationen)?
Welches innere Arbeitsmodell von Bindung hat der/die PatientIn entwickelt?
Gegebenenfalls: Welche Rolle könnte das innere Arbeitsmodell der/des PatientIn für die therapeutische Beziehung und den Verlauf spielen?

zu nutzen – unabhängig vom Therapieverfahren.

Bindungstheoretische Überlegungen und Leitfragen für Psychotherapeutinnen

Im Folgenden und in **Tab. 2** schlagen wir Leitfragen vor, die eine Einordnung der Antworten der PatientInnen vor dem Hintergrund der Bindungstheorie erleichtern sollen:

Wie beschreibt der/die PatientIn die (frühe) Beziehung zu den Bezugspersonen? Dies lässt sich v.a. aus den Antworten, die die Befragten zu Adjektiven für ihre Bezugspersonen geben, erschließen. Diese Adjektive sollen mit entsprechenden Beispielen, Beziehungsepisoden oder Erinnerungen untermauert werden. Der „Abgleich“ zwischen semantischer Beschreibung und episodischen Ausführungen hat eine hohe Aussagekraft für die Kohärenz des Bindungsinterviews, was auch entsprechend der validierten Auswertungsempfehlung (Hesse 2008) als dimensionales Maß von Bindungssicherheit verstanden wird. Wenn eine Person beispielsweise den Vater mit dem Adjektiv „liebervoll“ beschreibt und bei Nachfrage schildert, wie sie vom Vater nach einem Fahrradsturz ins Krankenhaus begleitet und dort liebevoll getröstet wurde, ist dies nachvollziehbar, kohärent und ein Ausdruck von Bindungssicherheit. Hat die Person keine Erinnerung an beispielhafte Beziehungsepisoden oder schildert bindungstheoretisch eher irrelevante Episoden (z.B. „Vater hat den Fernseher reparieren können und hat auf eine gute Ausbildung geachtet“),

ist dies keine nachvollziehbare und kohärente Erläuterung für das gewählte Adjektiv „liebervoll“. Wichtig ist, dies zwar zu bemerken, aber die Person zu nicht „korrigieren“ oder ihr zu widersprechen, da der Interviewprozess, der zunächst der Informationsgewinnung für Therapeutinnen dient, dadurch unterbrochen werden kann. Negative Erfahrungen mit Bezugspersonen sind nicht zwingend mit einem unsicheren inneren Arbeitsmodell verbunden und können durchaus kohärent geschildert werden; der/die PatientIn kann trotz negativer Beziehungserfahrungen ein sicheres inneres Arbeitsmodell entwickelt haben, z.B. durch positive Beziehungen zu weiteren Bezugspersonen wie Großeltern oder PartnerInnen („earned secure“, Saunders et al. 2011).

Wie lässt sich aus bindungstheoretischer Sicht das Elternverhalten beschreiben und warum (Verhalten in Bindungssituationen)? Aus bindungstheoretischer Sicht und in Anlehnung an „Experience Scales“ in der validierten Auswertungsempfehlung des AAI (Hesse 2008) bedeutet liebevolles Verhalten, wenn die Bezugsperson das Kind unterstützt hat und verfügbar war, wenn es krank, besorgt oder ängstlich war (sicherer Hafen). Dazu gehören auch emotionale Verfügbarkeit, der angemessene Ausdruck von körperlicher Nähe („schmusen“) und eine gewisse Art von Nachsicht und Toleranz, wenn das Kind „etwas angestellt“ hat. Als liebevolles Verhalten wird betrachtet, wenn die Bezugsperson aktiv Explorationsverhalten unterstützt hat (sichere Basis). Folgende Verhaltensweisen der Bezugsperson gelten als nicht bindungsorientiert: Zurückweisendes Elternverhalten beschreibt, wenn die Bezugsperson das Kind aktiv zurückgewiesen hat, wenn z.B. Krankheit, Verletzung oder Angst des Kindes heruntergespielt oder nicht ernst genommen wurden oder die Bezugsperson wütend war oder gelacht hat, wenn das Kind besorgt war oder Angst hatte (→ kein sicherer Hafen). Als Vernachlässigung gilt, wenn die Bezugsperson nicht anwesend war, z.B. ständig mit Arbeit, Haushalt, Vereinsaktivitäten etc. beschäftigt war oder aufgrund von Krankheit, Depression oder anderen Sorgen psychologisch

nicht verfügbar war (→ keine sichere Basis und kein sicherer Hafen). Unter Rollenumkehr oder intrusivem Verhalten wird verstanden, wenn die Bezugsperson wenig Struktur vermitteln konnte, einen übertriebenen Beschützerinstinkt gezeigt und ggf. Schuldgefühle vermittelt hat. Auch das Einfordern von unangemessener Nähe und Aufmerksamkeit zählt hierzu, wenn das Kind die Bezugsperson trösten und versorgen musste oder extrem „partnerschaftlich“ behandelt wurde („spousification“; → v.a. keine sichere Basis).

Einige PatientInnen verfügen über ein Konzept von früher Beziehungsgestaltung, das nicht unbedingt kompatibel mit dem Grundsatz einer „sicheren Bindung“ ist. Für einige mag es beispielsweise „normal“ erscheinen, bei Schmerz und Krankheit allein gelassen worden zu sein, zur Strafe in einen dunklen Raum gesperrt oder für das emotionale Wohlbefinden der Eltern verantwortlich gemacht worden zu sein. Hier ist es wichtig, einerseits die psychische Realität der Patienten anzuerkennen („es war okay, dass ich als kleines Kind oft allein war“, „das Einsperren war ja nötig, um mir mal Grenzen zu setzen“, „meine Mutter hat mich gebraucht, ich konnte sie gut trösten“), andererseits das Erlebte bindungstheoretisch zu verstehen (zurückweisendes oder rollenumkehrendes Elternverhalten, Person hatte keine sichere Basis oder keinen sicheren Hafen in der Kindheit). Im Unterschied zum therapeutischen Gespräch geht hier darum, den anamnestischen Rahmen nicht zu verlassen und Prozess der Informationsgewinnung nicht zu unterbrechen bzw. durch „Korrekturen“ seitens der TherapeutInnen zu stören. Die gewonnenen bindungsrelevanten Informationen können im weiteren Therapieprozess (z.B. mentalisierungsbasiert, durch kognitive Umstrukturierung) bearbeitet, integriert und ggf. modifiziert werden.

Welches innere Arbeitsmodell von Bindung hat der/die PatientIn entwickelt?

Auf Grundlage der geschilderten Erlebnisse mit den Bezugspersonen und der Bewertung der PatientInnen lässt sich schließen, ob die Person in ihrer Kindheit Geborgenheit und Sicherheit erfahren und eine Idee entwickeln konnte, wie sichere

Bindungen zwischen Bezugspersonen und Kindern gestaltet sein können (■ Abb. 1). Dabei spielt auch eine Rolle, ob die Person die Erfahrung von Vertrauen und Beständigkeit gemacht hat, wenn sie sich mit negativen Gefühlen an eine Bezugsperson gewendet hat. In der Bindungsanamnese können außerdem Erlebnisse und Bindungsdynamiken, die mit der aktuellen psychischen Symptomatik zu tun haben, sichtbar werden. Beispielsweise können Schwierigkeiten in Geschwisterbeziehungen thematisiert werden, oder es kann sich der Eindruck erhärten, dass sich der/die PatientIn bisher kaum mit eigenen Bindungsbedürfnissen beschäftigt hat.

Das AAI-Protokoll enthält auch Fragen zu möglichen traumatischen Erfahrungen. Auch hier zeigt das Ausmaß der Kohärenz an, inwiefern das Trauma verarbeitet wurde. Eine (plötzliche) Änderung des Erzählstils, sprachliche oder inhaltliche Verwirrung oder Schilderungen von extremen Reaktionen bezüglich des Traumas könnten darauf hinweisen, dass das Trauma nicht verarbeitet wurde (Hesse 2008).

Gegebenenfalls: Welche Rolle könnte das innere Arbeitsmodell der/des PatientIn für die therapeutische Beziehung und den Verlauf spielen? Das innere Arbeitsmodell kann für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung genutzt werden: Ein sicheres inneres Arbeitsmodell und das Aufsuchen von Unterstützung bei der Bewältigung psychosozialer oder gesundheitlicher Krisen können als Ressource genutzt werden. Personen, die wenig Unterstützung erfahren haben und sich ggf. in ihrem Selbstbild als „stark und unverwundbar“ geben, können Bindungsbedürfnisse und eine emotional besetzte therapeutische Beziehung evtl. nicht gut zulassen. Personen, die viel Rollenumkehr in frühen Beziehungen erfahren haben, neigen ggf. auch in der therapeutischen Beziehung zu emotionalen Verstrickungen und haben Schwierigkeiten, TherapeutInnen als „sicheren Hafen“ wahrzunehmen. Vor einem bindungstheoretischen Hintergrund lassen sich potenzielle negative Interaktionen und Schwierigkeiten entsprechend einordnen und in den therapeutischen Prozess integrieren. Das Wissen um innere Arbeitsmodelle ermöglicht eine Verbesserung des Arbeitsbündnisses

und eine bereichernde Perspektive auf die Beziehungsgestaltung der PatientInnen.

Beispiel aus der Praxis

Der 42-jährige Herr L. stellt sich in der psychotherapeutischen Ambulanz vor und berichtet anhaltende depressive Symptome. Anlass, psychotherapeutische Hilfe aufzusuchen seien Konflikte am Arbeitsplatz. Er fühle sich nach einer Versetzung wenig geschätzt und von KollegInnen rumkommandiert. Er betont zunächst, dass zu Hause alles „friedlich sei“. Im Verlauf wird jedoch deutlich, dass er seinen 15-jährigen Sohn als undiszipliniert und respektlos erlebt. Der Patient verzichtet jedoch des Frieden wegen auf Auseinandersetzungen und „Zurückgebrülle“ und sitze nach Konflikten weiterhin „innerlich auf Ärger“. Im Kontakt wirkt der Patient höflich und zurückhaltend, gleichzeitig etwas steif und formal.

In der Anamnese der Bindungsgeschichte stellt sich heraus, dass Herr L. mit einem zwei Jahre älteren Bruder, Vater und Mutter aufgewachsen sei und seit früher Kindheit im handwerklichen Betrieb des Vaters mithelfen musste. Die Mutter habe unter schweren epileptischen Anfällen gelitten und sei an einem Hirntumor gestorben, als der Patient 20 Jahre alt gewesen sei. Die Beziehung zu seiner Mutter in der Kindheit beschreibt Herr L. mit den Worten „gut“, „musikalisch“ und „tot“. Zu „gut“ schildert der Patient, dass er sich mit seiner Mutter gut verstanden und sie sich immer darum gekümmert habe, dass er die Schule schaffe. Zu musikalisch nennt er, dass seine Mutter auf das Erlernen eines Instruments großen Wert gelegt habe. Beim Begriff „tot“ erzählt Herr L., die Anfälle der Mutter wurden von ihm als Kind so wahrgenommen, als sei sie kurz „tot“ gewesen. Gefragt nach Adjektiven bezüglich der Beziehung zum Vater sagt Herr L. „autoritär“ und „nie ein aggressives Wort“. Zu „autoritär“ führt der Patient aus, dass er im Gegensatz zur heutigen Jugend Respekt vor seinem Vater gehabt und zu ihm hochgeschaut habe. Bei „nie ein aggressives Wort“: Er sei nie geschlagen worden. Auf Nachfragen nach konkreten Situationen oder detaillierten Beschreibungen kann Herr L. keine Antwort geben. Wenn er sich als Kind einmal weh getan

habe, sei er zu seiner Mutter gegangen; diese habe die Wunde dann begutachtet. Dann sei es weitergegangen. Aus heutiger Perspektive höre sich das kaltherzig an, er vermute jedoch, deshalb nicht sehr wehleidig zu sein. Auf die Frage, inwiefern die Erfahrungen mit seinen Eltern seine Persönlichkeit beeinflusst haben, gibt er an, dass sein Vater seinen Beruf für ihn ausgewählt habe. Mögliche schmerzhaft Gefühle bezüglich der Erkrankung und des Todes der Mutter werden im Weiteren nicht erwähnt.

Die Antworten von Herrn L. sind knapp und inkohärent. Er fühlt sich unwohl dabei, über seine Gefühle und Kindheitserlebnisse zu sprechen. Herr L. bewertet das Verhalten seiner Eltern neutral und positiv, gleichzeitig fehlt ihm ein Zugriff auf konkrete Erinnerungen liebevoller, bindungsrelevanter Beziehungsepisoden. Die Tatsache, dass Herr L. ausschließlich leistungsbezogene Aktivitäten (Schul- und Musikausbildung) nennt sowie betont, nie geschlagen worden zu sein und zu seinem Vater „hochgeschaut“ zu haben, weist darauf hin, dass Herr L. eine geringe Vorstellung von einer emotional-unterstützenden Bindungs- und Elternbeziehung hat. Aus bindungstheoretischer Sicht würde das Elternverhalten als zurückweisend (kein Trost und keine Zuwendung bei Schmerz) und vernachlässigend (psychologisch bei Bindungsbedürfnissen nicht verfügbar) eingeordnet werden. Herr L. hat ein unsicheres inneres Arbeitsmodell von Bindung und Beziehung. Er vermeidet emotionale Nähe sowie den Ausdruck von negativen Gefühlen und Bindungsbedürfnissen, vermutlich auch, weil dies in seiner Kindheit eine adaptive Strategie der Konfliktlösung gewesen ist.

Vor diesem Hintergrund könnte es für den Patienten eine Herausforderung sein, den/die TherapeutIn als „sichere Basis und sicheren Hafen“ zu nutzen. Für diese/n ist es eine wichtige Information, dass Herrn L. die Verbalisierung negativer Gefühle und emotionaler Bedürfnisse vermutlich sehr schwerfällt und er hierfür ggf. therapeutische Unterstützung benötigt. Für Herrn L. und seine aktuellen Schwierigkeiten, sich gegenüber anderen zu behaupten, könnte auch eine bedeutende Erfahrung sein, seine bisherige Rolle und sein Selbstbild in Bindungen zu reflektieren. Der Patient

vermeidet emotionale Nähe und Konflikte; für den Therapieverlauf ist dies auch deshalb relevant, da Herr L. möglicherweise dazu neigt, Aufforderungen der TherapeutInnen nachzukommen und zuzustimmen, ohne dass ein inneres Einverständnis vorliegt.

Abschließende Bemerkungen

Eine strukturierte Erfassung des inneren Arbeitsmodells von Bindung dient in psychotherapeutischen und beratenden Kontexten einem vertieften Verständnis von Bindungserfahrungen und dem Beziehungserleben der PatientInnen. Innere Arbeitsmodelle von Bindung sind nicht eine „Eins-zu-eins-Kopie“ früherer Erfahrungen, sondern geben die psychische Realität der PatientInnen wieder. Da die Vergangenheit nicht korrigiert werden kann, aber dennoch stark auf die PatientInnen wirkt, ist die psychische Verarbeitung von frühen beziehungsrelevanten Erlebnissen ein relevanter Aspekt für Psychotherapie (Strauß 2000). Innere Arbeitsmodelle sind vergleichbar mit „inneren Landkarten“, die veränderbar sind und Individuen helfen, sich in „Beziehungswelten“ zurechtzufinden. Der Schwerpunkt liegt weniger auf der Zuordnung zu einer bestimmten Bindungsklassifikation, sondern vielmehr auf dem Verständnis der individuellen Verarbeitung von Bindungserfahrungen und deren Bedeutung im therapeutischen Kontext.

Studien haben gezeigt, dass Psychotherapie Bindungssicherheit im Sinne von Kohärenz erhöhen kann (Reiner et al. 2016). Für PatientInnen mit frühen Bindungs-traumatisierungen spielen das Aufgreifen und Durcharbeiten dieser beziehungsrelevanten Erlebnisse möglicherweise eine besondere Rolle auch für die symptomatische Verbesserung (Krakau et al. 2024). Aus entwicklungspsychopathologischen Studien wissen wir, dass neben emotional aversiven Kindheitserfahrungen auch soziale Aspekte (z.B. Armut) eine entscheidende Bedeutung haben (Smith und Mazure 2021). Bei einem biopsychosozialen Behandlungsansatz von psychischen Erkrankungen ist ein Verständnis von und der Umgang mit Bindungserfahrungen und deren Repräsentationen ein wichtiger Baustein. Wir hoffen mit dem vorgelegten

Beitrag dazu beizutragen, wie diese praxisorientiert, aber dennoch systematisch erfasst werden können.

Fazit für die Praxis

- Fragen des Adult Attachment Interview (AAI) lassen sich zur strukturierten Erfassung des inneren Arbeitsmodells von Bindung nutzen.
- Wir stellen Beurteilungshilfen vor, anhand derer die Antworten der PatientInnen mit dem Wissen um innere Arbeitsmodelle von Bindung verstanden werden können.
- Es ist wichtig, bei Fragen zu inneren Arbeitsmodellen die psychische Realität der PatientInnen und die damit verbundene Interpretation von Bindungserfahrungen anzuerkennen. Gleichzeitig ist es bedeutsam, das Berichtete bindungstheoretisch zu betrachten und psychotherapeutisch zu integrieren.
- Ein bindungstheoretischer Hintergrund ermöglicht eine Verbesserung des Arbeitsbündnisses und stellt eine bereichernde Perspektive auf die Beziehungsgestaltung der PatientInnen dar.

Korrespondenzadresse

Iris Reiner

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz
Mainz, Deutschland
iris.reiner@unimedizin-mainz.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. I. Reiner, M. Beutel, J. Tesarz und L. Krakau geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten

Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Bakermans-Kranenburg MJ, Dagan O, Cárcamo RA, van IJzendoorn MH (2024) Celebrating more than 26,000 adult attachment interviews: mapping the main adult attachment classifications on personal, social, and clinical status. *Attachment Hum Dev*: 1–38
- Bowlby J (1969) Attachment. *Attachment and loss*, Bd. 1. Basic Books
- Bowlby J (1973) Separation, anxiety and anger. *Attachment and loss*, Bd. 2. Basic Books
- Bowlby J (1980) Loss: sadness and depression. *Attachment and loss*, Bd. 3. Basic Books
- Bowlby J (1976) Trennung: Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. S. Fischer (Ungekürzte Ausg)
- Bretherton I, Munholland KA (2008) Internal working models in attachment relationships: elaborating a central construct in attachment theory. In: Cassidy J, Shaver PR (Hrsg) *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*, 2. Aufl. Guilford, S 102–127
- Brisch KH (2002) Psychotherapeutische Intervention für Eltern mit sehr kleinen Frühgeborenen: das Ulmer-Modell. In: Strauß B, Buchheim A, Kachele H (Hrsg) *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Schattauer, Stuttgart, New York, S 191–195
- Diamond D, Keefe JR, Hörz-Sagstetter S, Fischer-Kern M, Doering S, Buchheim A (2023) Changes in attachment representation and personality organization in transference-focused psychotherapy. *Am J Psychother* 76(1):31–38
- Forslund T, Granqvist P, Van IJzendoorn MH, Sagi-Schwartz A, Glaser D, Steele M, Duschinsky R et al (2022) Attachment goes to court: child protection and custody issues. *Attachment Hum Dev* 24(1):1–52
- George C, Kaplan N, Main M (1985) The adult attachment interview (Unpublished manuscript)
- Girme YU, Jones RE, Fleck C, Simpson JA, Overall NC (2021) Infants' attachment insecurity predicts attachment-relevant emotion regulation strategies in adulthood. *Emotion* 21(2):260
- Grossmann KE, Grossmann K, Waters E (2006) Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies. Guilford
- Hesse E (2008) The adult attachment interview: protocol, method of analysis, and empirical studies. In: Cassidy J, Shaver PR (Hrsg) *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*, 2. Aufl. Guilford, S 552–598
- Kindler H, Schwabe-Höllein M, August-Frenzel P (2021) Einschätzungen zu Bindungsbeziehungen und geäußertes Kindeswille in einer Stichprobe von Sachverständigengutachten zu Sorgerechtsstreitigkeiten (§ 1671 BGB). *Prax Rechtspsychologie* 31:87–104
- Krakau L, Ernst M, Hautzinger M, Beutel ME, Leuzinger-Bohleber M (2024) Childhood trauma and differential response to long-term psychoanalytic versus cognitive-behavioural therapy for

- chronic depression in adults. *Br J Psychiatry* 225(4):446–453
- Marvin R, Cooper G, Hoffman K, Powell B (2002) The circle of security project: attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment Hum Dev* 4(1):107–124
- Reiner I, Bakermans-Kranenburg M, Van IJzendoorn M, Fremmer-Bombik E, Beutel M (2016) Adult attachment representation moderates psychotherapy treatment efficacy in clinically depressed inpatients. *J Affect Disord* 195:163–171
- Reiner IC, Fremmer-Bombik E, Beutel ME, Steele M, Steele H (2013) Das Adult Attachment Interview-Grundlagen, Anwendung und Einsatzmöglichkeiten im klinischen Alltag. *Z Psychosom Med Psychother* 59(3):231–246
- Reyna M, Minton CB (2024) Counselors explore their attachment strategies: an interpretative phenomenological analysis. *J Creat Ment Health* 19(3):422–436
- Rost K, Ziegenhain U, Fegert JM, Buchheim A, Köhler-Dauner F (2024) Maternal insecure attachment representation as a long-term risk factor for disrupted mother–child-interaction and child mental health. *BMC Psychol* 12(1):385
- Saunders R, Jacobvitz D, Zaccagnino M, Beverung LM, Hazen N (2011) Pathways to earned-security: the role of alternative support figures. *Attachment Hum Dev* 13(4):403–420
- Schauenburg H, Strauß B (2002) Bindung und Psychotherapie. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg) *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Schattauer, Stuttgart, New York, S 281–292
- Smith MV, Mazure CM (2021) Mental health and wealth: depression, gender, poverty, and parenting. *Annu Rev Clin Psychol* 17(1):181–205
- Sroufe LA (2021) Measuring attachment: Developmental assessment across the lifespan. Guilford
- Steele H, Steele M (2008) Clinical applications of the adult attachment interview. Guilford
- Steele H, Steele M, Murphy A (2009) Use of the adult attachment interview to measure process and change in psychotherapy. *Psychother Res* 19(6):633–643
- Strauß B (2000) Bindung, Bindungsrepräsentanz und Psychotherapie. *Psychotherapie* 5(2):90–96
- Strauß B (2006) Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut* 51(1):5–14
- Strauß B (2011) Ergebnisse der klinischen Bindungsforschung mit Bedeutung für die Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 61(09):436–446
- Strauß B (2017) Die Gruppe als sichere Basis: Bindungstheoretische Überlegungen zur Gruppenpsychotherapie. In: *Gruppenpsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 85–98
- Suess GJ, Mali A, Reiner I, Fremmer-Bombik E, Schieche M, Suess E (2015) Attachment representations of professionals—Influence on intervention and implications for clinical training and supervision. *Ment Health Prev* 3(3):129–134
- Talia A, Georg A, Siepe B, Gullo S, Miller-Bottomo M, Volkert J, Neukel C, Kaess M, Bempohl F, Herpertz SC (2022) An exploratory study on how attachment classifications manifest in group psychotherapy. *Res Psychother Psychopathol Process Outcome* 25(3):653

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Structured exploration of attachment history in psychotherapy and counseling. The adult attachment interview protocol for application in clinical settings

Background: The adult attachment interview (AAI) assesses attachment representations, which are highly relevant for both research and clinical practice. As the gold standard for measuring attachment, the AAI aims for a valid attachment classification, requiring intensive training with reliability checks.

Objectives: In order to systematically explore attachment experiences and internal working models of attachment within a time-limited psychotherapeutic setting, we propose an AAI protocol for clinical application without claiming it to be a complete and reliable attachment classification.

Material and methods: For this purpose, we draw on selected questions from the AAI. We present guiding questions that enable clinicians to comprehend patients' responses from an attachment-theoretical perspective. The approach is illustrated using a brief case example. In addition, we provide practical guidance for structured implementation and identify typical pitfalls, for example, regarding the confrontation with inconsistencies or the interpretation of patients' statements during the interview.

Results and discussion: The structured assessment of attachment experiences can help therapists, regardless of their therapeutic orientation, to develop hypotheses about the development and maintenance of psychological disorders. At the same time, the information obtained provides valuable insights for shaping patients' relationships, both in their external relationships and with respect to the therapeutic relationship.

Keywords

Mental disorders · Internal working models · Interpersonal relations · Professional-patient relations · Psychotherapy