

Aus der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin

Professur für Spiritual Care

Universitätsklinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. Claudia Bausewein

**Spiritualität in der Palliativmedizin und Seelsorge.
Ein Beitrag zur Bindungstheorie.**

Dissertation zur Erlangung
des Doktorgrades der Humanbiologie
der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Cécile Loetz
aus Heidelberg

2017

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Eckhard Frick

Mitberichterberichterstatter: Prof. em. Dr. Michael von Brück

Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH

Prof. Dr. med. Peter Falkai

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 18.10.2017

Eidesstattliche Versicherung

Loetz, Cécile

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,
dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

Spiritualität in der Palliativmedizin und Seelsorge. Ein Beitrag zur Bindungstheorie.

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Heidelberg, 18.10.2017

Ort, Datum

Unterschrift Doktorandin/Doktorand

Für Möbius

Zusammenfassung

Die vorliegende kumulative Dissertation widmet sich in zwei Forschungsartikeln dem Zusammenhang von *Bindung* und *Spiritualität* und erschließt damit ein neues Themenfeld für die Forschung in den Bereichen Palliative Care und Spiritual Care. Ziel der Forschungsarbeit ist es, die Perspektiven von Patienten, den »Empfangenden« von Spiritual Care, und professionellen Begleitern, den »Gebenden« von Spiritual Care, zu untersuchen; Basis gelungener spiritueller Begleitung ist eine reziproke und feinfühligke Beziehung zwischen Patienten und Begleitern. In dieser Arbeit werden dazu zwei wesentliche Anwendungsfelder spiritueller Begleitung miteinander verbunden: die Palliativversorgung und die kirchliche Seelsorge.

Der *erste Artikel* (»Attachment and Spirituality in Palliative Care«) konzeptualisiert Spiritualität als einen wesentlichen Aspekt menschlicher Bindungsorientierung, wobei der Zusammenhang von *Bindung* und *Spiritualität* erstmals in der Forschung auf den modelltheoretischen Antagonismus von Bindungs- und Explorationssystem bezogen wird. Dabei wird herausgestellt, welche bindungstheoretischen Implikationen für die spirituelle Begleitung von Sterbenden bedeutsam sind.

Der *zweite Artikel* (»Bindung bei Seelsorgenden«) stellt die Bindungsstile von Seelsorgenden im Dienst der katholischen Kirche ins Zentrum und spezifiziert auf Basis einer empirischen Untersuchung konzeptionelle Überlegungen des ersten Artikels. Die Befunde ergeben einen hohen Anteil unsicher-distanzierter Bindungen, was vor dem Hintergrund der spirituellen Begleitung von Patienten besondere Aufmerksamkeit verdient: Distanzierte Bindungsstile sind womöglich mit einer spezifischen bindungsbezogenen spirituellen Orientierung verbunden, die in bindungspsychologischer Fassung der Aktivierung des Explorationsverhaltens entspricht, während sie gleichzeitig eine spezifische Beziehungsferne indizieren.

In der spirituellen Begleitung ist es einerseits wichtig, den Bindungsstil eines Patienten zu kennen, um an seine bindungstypischen Neigungen und Ängste anzuknüpfen; andererseits ist es für Seelsorgende nicht minder bedeutsam, die eigene Bindungsorientierung zu reflektieren, um den Patienten eine möglichst adäquate und beziehungstragende spirituelle Begleitung bieten zu können.

Abstract

The present compilation thesis consisting of two articles discusses the correlation between *Attachment* and *Spirituality*, thereby opening up a new field of study in the domains of Palliative and Spiritual Care. The purpose of this research is to examine the perspectives of patients, »recipients« of Spiritual Care, and of professionals, »providers« of Spiritual Care. The foundation of successful spiritual attendance is a reciprocal and sensitive relationship between the patients and their caregivers. This thesis interconnects two fundamental application fields of Spiritual Care: Palliative Care and the field of pastoral ministry.

The *first article* (»Attachment and Spirituality in Palliative Care«) conceptualizes Spirituality as an essential aspect of human attachment orientation, this being the first time that research addresses the particular relationship between *Attachment* and *Spirituality* specifically in relation to the conceptual antagonism of attachment and exploration system. A strong emphasis is given to the attachment-theoretical implications of Spiritual Care in the dying patients.

The *second article* (»Attachment among pastoral professionals«) examines the attachment representations of Catholic priests and other pastoral professionals and, making use of an empirical study, specifies the conceptual ideas and reflections of the first article. The results indicate a high percentage of dismissive attachment styles which deserves particular attention, considering that patients are receiving spiritual care: Possibly a dismissive attachment representation is associated with a specific attachment-based spiritual orientation which – from an attachment-psychological point of view – corresponds to the activation of explorative behavior, while at the same time indicating a distinct detachment regarding emotional relationships.

In Spiritual Care it is important to recognize the patient's attachment style in order to address attachment-specific dispositions and fears. However, it is equally essential that pastoral caregivers be aware of their own attachment representations in order to relate to the patient with sensitivity, thus providing appropriate and supportive spiritual care.

Inhalt

I. Einleitung.....	I
1.1. Entstehungskontext und institutioneller Rahmen der Dissertation	I
1.2. Übergeordnete Fragestellungen und Beitrag zum Forschungsfeld	3
1.2.1. Erster Artikel: »Attachment and Spirituality in Palliative Care«	4
1.2.2. Zweiter Artikel: »Bindung bei Seelsorgenden«	7
1.3. Synopsis und Ausblick.....	9
1.4. Eigenanteil.....	12
1.4.1. Erster Artikel: »Attachment and Spirituality in Palliative Care«	12
1.4.2. Zweiter Artikel: »Bindung bei Seelsorgenden«	13
1.4.3. Zusammenfassung	14
II. Publikationen	
2.1. Veröffentlichung 1: »Attachment and Spirituality in Palliative Care«	
2.2. Veröffentlichung 2: »Bindung bei Seelsorgenden«.....	
III. Literaturverzeichnis	

I. Einleitung¹

1.1. Entstehungskontext und institutioneller Rahmen der Dissertation

Die vorliegende kumulative Dissertation besteht aus zwei Forschungsartikeln zum Thema »Spiritualität in der Palliativmedizin und Seelsorge. Ein Beitrag zur Bindungstheorie«, die von hochrangigen wissenschaftlichen Zeitschriften publiziert sind:

1. *Attachment Theory and Spirituality: Two Threads Converging in Palliative Care?*
Loetz, C.; Müller, J. J.; Frick, E.; Petersen, Y.; Hvidt, N. C.; Mauer, C. (2013) Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. Special Issue *Spirituality and Health*, Volume 2013, 1-14.

Kurztitel: Attachment and Spirituality in Palliative Care; Erster Artikel; Artikel 1

2. *Bindung und psychosomatische Gesundheit bei katholischen Seelsorgenden.*
Müller, J. J.; Loetz, C.; Altenhofen, M.; Frick, E.; Buchheim, A.; Baumann, K.; Mangin, C. I. (2015) Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 61/2015, 370-383.

Kurztitel: Bindung bei Seelsorgenden; Zweiter Artikel; Artikel 2

Beide Arbeiten sind im Themenfeld Bindung und Spiritualität im Rahmen von Spiritual Care angesiedelt, an dessen wissenschaftlicher Erschließung ich in den Jahren 2012–2015 als Doktorandin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für Spiritual Care, Ludwig-Maximilians-Universität München, sowie an der Hochschule für Philosophie, München, im Rahmen des Projekts der »deutschen Seelsorgestudie« mitgewirkt habe.

Die *Stiftungsprofessur für Spiritual Care* wurde 2010 an der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin am Universitätsklinikum München / Großhadern auf einen Zeitraum von fünf Jahren eingerichtet. Sie ist deutschlandweit die erste universitäre Institution, die

¹ Im Folgenden wird auf die gleichzeitige Verwendung »weiblicher« und »männlicher« Sprachformen verzichtet. Beide Geschlechter sind gleichermaßen angesprochen.

sich der wissenschaftlichen Untersuchung spiritueller Anliegen und Bedürfnisse im medizinischen Kontext widmet. Die Professur folgt einem transdisziplinären Ansatz und vereint Mitarbeiter verschiedener Professionen des Gesundheitswesens sowie verschiedener wissenschaftlicher Fachdisziplinen. Ziel ist es, den Bereich der Spiritualität in der Versorgung und Pflege kranker und schwerstkranker Menschen wissenschaftlich zu erschließen und in der Praxis zu fördern. Dabei liegt insbesondere, aber nicht ausschließlich, ein Schwerpunkt auf der Palliativversorgung (Palliative Care). Im Zentrum der Untersuchungen stehen sowohl Patienten und Bewohner verschiedener Pflegeeinrichtungen (z. B. Hospiz- oder Altenheimbewohner) sowie ihre Angehörigen als auch Beschäftigte in den Gesundheitsberufen, der Sozialarbeit und Seelsorge. An der Professur für Spiritual Care wurde und wird in einer Reihe von Forschungsprojekten der Zusammenhang von *Bindungstheorie und Spiritualität* erforscht, wobei diese Forschung im Rahmen der Palliativversorgung und Spiritual Care bislang einmalig ist.

Der *erste Artikel* meiner Dissertation (»Attachment and Spirituality in Palliative Care«), den ich als Erstautorin federführend erarbeitet habe (siehe unten, 1.4 Eigenanteil, S. 12 f.), ist einerseits Synopsis meiner bisherigen Bindungsforschung an der Professur für Spiritual Care, andererseits wesentlicher Baustein konzeptioneller Reflexionen und Basis empirischer Untersuchungen, die im Fortgang entwickelt wurden.

Die Professur für Anthropologische Psychologie an der *Hochschule für Philosophie, München*, widmet sich dem Projekt der »deutschen Seelsorgestudie«, für die sich ein transdisziplinäres Forschungsteam verschiedener Universitäten Deutschlands zusammengefunden hat. Die »deutsche Seelsorgestudie« (www.seelsorgestudie.de) erfasste Gesundheit, Arbeits- und Lebenszufriedenheit, Sexualität sowie Spiritualität von Seelsorgern (Priestern, Diakonen, Gemeinde- und Pastoralreferenten) im Dienst der katholischen Kirche in Deutschland und ist mit ca. 8500 Teilnehmern die weltweit umfangreichste Erhebung in diesem Forschungsfeld. Die hohe Teilnehmerzahl ermöglicht valide Aussagen über die Seelsorgenden im gemeindlichen und kategorialen Dienst der katholischen Kirche und bildet damit einen relevanten Teil der seelsorgerischen Akteure von Spiritual Care ab. Eine Sektion der Seelsorgestudie widmete sich dem Forschungszusammenhang

von *Bindung* und *Spiritualität*, für dessen Erschließung ich einen wesentlichen Beitrag geleistet habe (siehe unten, 1.4 Eigenanteil, S. 13 f.).

Der *zweite Artikel* meiner Einreichung (»Bindung bei Seelsorgenden«) referiert die bindungsdiagnostischen Befunde an einer repräsentativen Substichprobe der »deutschen Seelsorgestudie« und bezieht diese auf die psychosomatische Belastung sowie generationelle Zusammenhänge und arbeitet heraus, welche Bindungsstrukturen und -dynamiken bei dieser Gruppe der »Geber« von Spiritual Care vorliegen (wobei Spiritual Care keinesfalls auf kirchliche Seelsorge beschränkt ist, sondern ebenfalls von Pflegekräften, Ärzten, Psychologen und anderen Professionen geleistet werden kann; Balboni et al., 2013).

1.2. Übergeordnete Fragestellungen und Beitrag zum Forschungsfeld

Mein zentrales Forschungsinteresse bestand darin, eine bindungspsychologische Perspektive in den Themenkomplex von Spiritual Care einzubringen. Die Arbeit orientiert sich an den »Empfangenden« und »Gebenden« von Spiritual Care, im Besonderen den Palliativpatienten und Seelsorgenden. In der klinischen Beobachtung lassen sich bei Patienten wie bei Seelsorgenden bestimmte Verhaltens- und Interaktionsmuster im Umgang mit belastenden Situationen feststellen, die sich mit Hilfe bindungstheoretischer Konzeptionen angemessen beschreiben lassen (sicher-autonome, unsicher-distanzierte, unsicher-verstrickte, unverarbeitete / desorganisierte Bindungsmuster; siehe Artikel 1, S. 3 f.). Meine Beobachtung war zugleich, dass es phänotypisch ähnliche Modi gibt, wie Patienten und Seelsorgende Spiritualität als Ressource nutzen, z. B. sicherheitsgewährend, spielerisch, während für einige Personen spirituelle Fragen eine Quelle von Leid und Angst sein können (zu den klinischen Beobachtungen siehe auch Loetz & Müller, 2016, und Artikel 1, S. 5 f., 10 f.). Mein Ansatzpunkt war es, diesen Beobachtungen wissenschaftlich nachzugehen und anhand empirischer Befunde den Zusammenhang von Bindung und Spiritualität vor dem Hintergrund von Spiritual Care zu untersuchen.²

² Die theoretischen Grundlagen dieser Forschungsarbeit beziehen sich einerseits auf Studien über den Zusammenhang von Bindung und Spiritualität jenseits von

Im Zentrum meiner Arbeit stehen die folgenden Fragen:

Wie lässt sich Spiritualität in Bezug zur Bindungstheorie verstehen und konzeptionell einordnen?

Was bedeutet dies für die »Empfangenden« von Spiritual Care, die Palliativpatienten?

Welche Rolle spielt Bindung für die »Gebenden« von Spiritual Care, die Seelsorgenden?

1.2.1. Erster Artikel: »Attachment and Spirituality in Palliative Care«

Spiritualität am Lebensende bedeutet die Auseinandersetzung mit Grenzfragen, so mit dem eigenen Tod, Vorstellungen von »innerweltlicher« oder »jenseitiger« Transzendenz, Sinnfragen etc. (die keinesfalls immer in der Form traditioneller religiöser Vorstellungen oder Dogmen erfolgen müssen; zur Bedeutung von Spiritualität am Lebensende siehe Artikel 1, S. 5). Dabei kommt der Spiritualität eine eigengewichtige bindungstragende oder -verunsichernde Rolle zu.

Einerseits kann Spiritualität als eine besondere Variante des Bindungssystems verortet werden, d.h. der Sehnsucht nach einer sicheren, behütenden und handlungsmächtigen Bezugsinstant, die in Situationen von Angst und Schmerz zugänglich und responsiv ist.

Andererseits kann Spiritualität auch als eine besondere Variante des Explorationssystems verortet werden, das in der Bindungstheorie dem Bindungssystem gegenübergestellt

Spiritual Care, etwa die Attachment-to-God-Theory (Kirkpatrick, 2005; Granqvist & Kirkpatrick, 2013), sowie andererseits auf pionierhafte Arbeiten zur Bindungstheorie in der Palliativversorgung (Tan et al., 2005; Petersen & Köhler, 2006; Milberg et al., 2011). Der Forschungsstand wird im ersten Artikel auf S. 2 ff. und im zweiten Artikel auf S. 2 ff., 12 diskutiert. Zu den konzeptionellen und explorativen Vorarbeiten an der Professur für Spiritual Care zählt die Studie zu Auswirkungen standardisierter Bindungs- und Spiritualitätsdiagnostik, in der verschiedene diagnostische Instrumente für die empirische Erfassung von Bindung und Spiritualität im Rahmen palliativer Versorgung im Feld erprobt wurden. Das Format eines bindungsdiagnostischen Kurzinterviews erwies sich für die Palliativpatienten als zumutbar und für das Forschungsfeld praktikabel (Hloucal et al., 2012). Die theoretischen Reflexionen wurden in einer Reihe von Veröffentlichungen niedergelegt, wobei für das Thema meiner Dissertation vornehmlich der Band »Den Abschied vom Leben verstehen« (Frick, 2012), in dessen zweiter Auflage ich selbst zwei Artikel publiziert habe (Loetz & Müller, 2016; Müller & Loetz, 2016), sowie der Artikel »Trennungsunsicherheit in der palliativen Situation« (Mauer et al., 2014), an dessen Erarbeitung ich beteiligt war, zu nennen sind.

ist und die Bereitschaft einer Person bezeichnet, unbekannte und fremde Situationen zu erkunden und der eigenen Erfahrung aufzuschließen.

Meiner Arbeit liegt dabei ein Verständnis von Spiritualität zugrunde, das der Forschung und Praxis von Spiritual Care am Klinikum der LMU entspricht (ausführlich siehe Artikel I, S. 1 f.; Frick, 2009). Dem Begriff der Spiritualität im Rahmen von Spiritual Care ist eine definitorische Unbestimmtheit inhärent, die in verschiedenen Fachbereichen kontrovers diskutiert wurde, aber zugleich als gegenstandsadäquat angesehen wird (siehe etwa die fachspezifischen Beiträge von B. Grom, K. Hilpert, U. Körtner, A. Nassehi und T. Roser in »Teil A: Spiritualität: Zur Theorie eines vieldeutigen Begriffs« in Frick & Roser, 2011, desw. Frick, 2014). Letzteres in dem Sinn, dass mit dieser »Unschärfe« auch eine begriffliche Offenheit einhergeht, die das individuelle Moment von Spiritualität abbildet.³ Dies impliziert einen Spiritualitätsbegriff, der weniger an den Spiritualitätskonzepten der theologischen, religionswissenschaftlichen oder soziologischen Tradition orientiert ist – sondern sich stärker an den spirituellen Bedürfnissen, Nöten und Themen ausrichtet, die Patienten in der Praxis von Spiritual Care berichten (vgl. Artikel 1, »Spiritual themes«, »Spiritual needs and distresses«, S. 5 f.). Spiritualität in diesem Verständnis bezeichnet den je eigenen, nicht in den Fassungen der tradierten Religionen eingrenzbaeren Zugang zur »dynamische[n] Dimension menschlichen Lebens, die sich darauf bezieht, wie Personen (individuell und / oder in Gemeinschaft) Sinn, Bedeutung und Transzendenz erfahren, ausdrücken und / oder suchen, und wie sie in Verbindung stehen mit dem Moment, dem eigenen Selbst, mit Anderen/m, mit der Natur, mit dem Signifikanten und / oder dem Heiligen« (Nolan et al., 2011, Übersetzung: T. Roser). Der in diesem Sinne verwendete Spiritualitätsbegriff der vorliegenden Arbeit setzt an einem weit gefassten, »unbestimmten« und »offenen« Verständnis an, wie es in meinem ersten Artikel auf S. 5 ff. beschrieben ist.⁴

³ »Spiritualität ist genau – und ausschließlich – das, was der Patient dafür hält« (Roser, 2011, S. 47)

⁴ Der Spiritualitätsbegriff ist in seiner Geschichte in sehr heterogener Weise aufgefasst worden, etwa in Westeuropa in bestimmter theologischer Tradition im Sinne der Frömmigkeit (Körtner, 2011). Das hier beschriebene Spiritualitätsver-

Während Spiritualität im Rahmen der Bindungstheorie (siehe Attachment-to-God-Theory, Artikel 1, S. 2, Artikel 2, S. 12) bislang auf den Aspekt der Bindung i.S. einer sicherheitsgewährenden, tröstenden oder auch beängstigenden Instanz bezogen wurde, habe ich, nach meiner Kenntnis der Forschungsliteratur erstmals in diesem Forschungsgebiet, Spiritualität nicht nur auf das Bindungssystem und Bindungsbedürfnisse, sondern auf den *Antagonismus* von Bindungs- und Explorationssystem bezogen, zwei Systeme, die dem bindungstheoretischen Modell (wie in Artikel 1, S.7–9 beschrieben) inhärent sind (das Explorationssystem beschreibt Verhaltens- und Denkmodi, die im Gegensatz zum Bindungssystem auf Bereiche jenseits vertrauter und sicherer Beziehungen, auf das Erkunden der Welt, Lernerfahrungen, die Begegnung mit dem Unbekannten und Fremden ausgerichtet sind und eine Toleranz gegenüber der damit verbundenen Unsicherheit voraussetzen).

Dies bedeutet, Spiritual Care nicht nur unter dem Aspekt von Bindungsbedürfnissen, sondern notwendig auch immer unter dem Aspekt von Exploration zu betrachten; und damit nicht nur »regressive«, tröstende, behütende, sondern auch »progressive« Aspekte, »Entbindung«, Erweiterung der Spielräume von Denken und Phantasie in der letzten Lebensphase zu berücksichtigen bzw. in betreuungspraktischer Perspektive zu betonen. Ich habe diese konzeptionellen Erwägungen in weiteren Arbeiten gemeinsam mit meiner Forschungsgruppe fortgeführt (Mauer et al., 2014; Loetz & Müller, 2016; Müller & Loetz, 2016; Loetz et al., 2017). Dabei handelt es sich um eine von mir erschlossene konzeptuelle Erweiterung der bindungstheoretischen Auffassung, weshalb ich meine vorgelegte Forschungsarbeit, wie es dem Untertitel eingeschrieben ist, vor allem als einen Beitrag zur psychologischen Bindungstheorie verstehe. Kern ist die »doppelten Verortung« von Spiritualität im Rahmen der Bindungstheorie: in dem Antagonismus von Bindungsbedürfnis und Exploration und damit einer Ausdrucksform des dialektischen Entwicklungsprinzips, wie es in der Bindungstheorie

ständnis hat sich seit den 1990er Jahren mit dem »Spiritual Turn« von seinen christlich-religiösen Ursprüngen emanzipiert (Grom, 2011), für die Auffassung von Spiritual Care ist er konstitutiv (Puchalski et al., 2009; Roser, 2011) und geht in seiner Ausrichtung auf die Begleitung von Sterbenden vor allem auf das Wirken der Begründerin der Hospizbewegung, Cicely Saunders, zurück (Saunders, 2009).

verstanden wird und bis zum Lebensende Gültigkeit besitzt («transcend symbiosis while continuing bonds», Artikel 1, S. 1, 7 ff.).

Diese theoretische Verortung ist insofern bedeutsam, als sie die letzte Lebensphase nicht nur als Regression und Schrumpfung von Entwicklungsmöglichkeiten auffasst, sondern in der Prozessform von Spiritualität einen möglichen Entwicklungsraum konzeptualisiert, der auch und womöglich in besonderer Weise Sterbenden offensteht (siehe auch Müller & Loetz, 2016).

1.2.2. Zweiter Artikel: »Bindung bei Seelsorgenden«

Aus dem Ansatz, Spiritualität nicht nur im Sinne einer Ausdrucksform des Bindungssystems, sondern des Antagonismus von Bindungs- und Explorationssystem zu verstehen, ergeben sich Implikationen und Konsequenzen für die Forschung sowie für die Praxis von Spiritual Care. So ist mithin eine empirische Frage, inwiefern eine professionelle spirituelle »Fürsorge« (wie bei den »Gebenden« von Spiritual Care, den Seelsorgenden) mit den Mustern von Bindung in Zusammenhang stehen. Anhand der beschriebenen Konzeption wäre sowohl ein erhöhter Anteil verstrickter (Überwiegen des Bindungssystems) als auch ein Anteil distanzierter (Überwiegen des Explorationssystems) Bindungen denkbar.

Die empirischen Befunde ergeben für die in Artikel 2 untersuchte Gruppe der Seelsorgenden einen leicht erhöhten Anteil verstrickter und einen deutlich erhöhten Anteil distanzierter Bindungsmuster (siehe Artikel 2, S. 6). Diese Befunde lassen sich im Rahmen meiner konzeptionellen Erwägungen verstehen, wie ich sie im vorherigen Absatz zusammengefasst und im ersten Artikel dargestellt habe. Nach meinem Kenntnisstand ist dies die erste Untersuchung, die empirische Anhaltspunkte für einen Zusammenhang zwischen insbesondere distanzierter Bindung und spiritueller Zuwendung, Spiritual Care, bietet.

Den Annahmen meines ersten Artikels folgend kann, je nach Grundausrichtung des jeweiligen Bindungsstils (sicher, unsicher-distanziert, unsicher-verstrickt, unverarbeitet / desorganisiert), der Bindungs- oder Explorationsaspekt einer Person funktional oder dysfunktional bzw. in sichere oder weniger sichere Strategien eingebettet sein (siehe Abbildung 2). Diese Befunde sind für Spiritual Care bedeutsam: Gerade in Bezug auf spirituelle Anliegen stellt für viele Patienten der spirituelle Begleiter eine relevante Bezugsperson, d. h. auch Bindungsfigur

dar. Für eine fruchtbare Beziehungsgestaltung zwischen Patient und spirituellem Begleiter kann es daher hilfreich sein, Kenntnisse der verschiedenen Bedürfnisse zu haben und die Beziehung je nach Bindungstyp entsprechend zu gestalten. Andererseits ist es auch für spirituelle Begleiter selbst wichtig, ihre eigene Bindungsausprägung zu kennen, damit sie ihre spirituelle Orientierung⁵ reflektieren und in ihrer Beziehung zum Patienten berücksichtigen können. Dies ist insbesondere relevant, wenn spirituelle Begleiter, wie in dieser Studie bei den Seelsorgenden erhoben, selbst einen unsicheren Bindungsstil haben, der möglicherweise mit der Präferenz für eine bestimmte spirituelle Orientierung verbunden ist, die mit der des Patienten in einem Spannungsverhältnis stehen kann.

Bindungsstil und bindungsbezogene spirituelle Orientierung

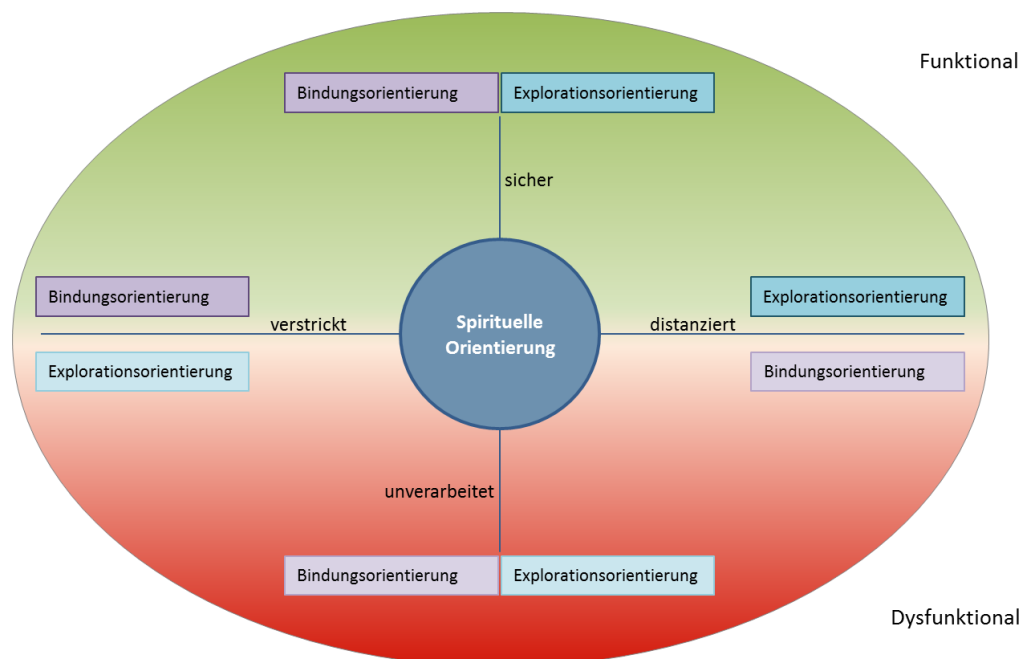


Abbildung 2

⁵ »Spirituelle Orientierung« bezeichnet in der vorliegenden Arbeit das Zusammenspiel von spiritueller Bindungs- sowie Explorationsorientierung (siehe hierzu auch Artikel 1, S. 3 f.)

Dies stellt einen Ausgangspunkt für weitere Forschung sowie für die seelsorgerische Praxis dar, so vor allem in der Frage nach der Passung der verschiedenen Bindungsorientierungen zwischen Patienten und professionellen Seelsorgern (verschiedener Konfessionen / spiritueller Ausrichtungen), den »Empfangenden« und »Gebenden« von Spiritual Care.⁶

1.3. Synopsis und Ausblick

Die Arbeit hatte das Ziel, den Wirkungszusammenhang von *Bindung* und *Spiritualität* im Rahmen von Spiritual Care, mit besonderer Rücksicht auf die Perspektiven von Seelsorgenden und Patienten, pionierhaft zu erschließen. Dabei ergeben sich weiterführende Forschungsfragen, wobei die Reziprozität zwischen der Bindungsneigung und der spirituellen Orientierung der »Gebenden« sowie der »Empfangenden« von Spiritual Care im Zentrum steht.

Für die Praxis von Spiritual Care ist das insofern bedeutsam, als die konzeptionellen Überlegungen und empirischen Befunde der vorliegenden Dissertation auf einen je unterschiedlichen Zugang zu spirituellen Fragen hindeuten. In Bezug auf distanzierte Bindungsmuster, die beinahe die Hälfte aller Seelsorgenden in der Studie aufweisen, ist eine besondere Orientierung der Spiritualität am Explorationssystem zu vermuten, in Bezug auf verstrickte Muster eine besondere Orientierung anhand der Bindungsbedürfnisse.

Dies wirft die Frage der Passung der jeweiligen bindungsbezogenen spirituellen Orientierungen in der seelsorgerischen Praxis auf. Aus den Studien zur palliativen Versorgung (siehe Petersen & Köhler, 2006; Artikel 1, S. 4 f., 10 f.) ist bekannt, dass Patienten mit bestimmten Bindungsmustern von einer bindungssensitiven Einrichtung der stationären Versorgung, Gesprächsführung etc. entsprechend ihres Bindungsmusters profitieren. Eine ähnliche Ausrichtung könnte Basis einer bindungssensitiven spirituellen Begleitung am Lebensende sein; die Kapazität hierzu hängt aber vom Bindungsmuster des je-

⁶ Der Zusammenhang zwischen distanzierter Bindung und der Ausprägung einer Neigung zur Spiritualität lässt sich auch für Palliativpatienten feststellen, wie eine noch unveröffentlichte Folgestudie ergab (Loetz et al., 2017)

weiligen Seelsorgenden ab, über welche die vorliegende Arbeit erstmals anhand einer repräsentativen Stichprobe Auskunft gibt.

Es wäre lohnenswert zu untersuchen, ob Seelsorgende mit unsicheren Bindungsrepräsentationen sowohl der explorativen als auch der bindungsbezogenen Neigung der spirituellen Orientierung eines Patienten gerecht werden können. Das Ziel der seelsorglichen Begleitung am Lebensende im Hinblick auf die Bindungstheorie besteht darin, spirituelle Entwicklungspotenziale zu eröffnen (Exploration) und zugleich ein Sicherheits- und Beruhigungsgefühl herzustellen (Bindung), spirituelle Ängste zu lindern und in dem geschützten Raum der gemeinsamen Beziehung aufzuheben. Während sich Personen mit sicherem Bindungsmuster durch ein ausgewogenes Verhältnis von Bindungs- und Explorationsaktivierung auszeichnen, sind verstrickte bzw. distanzierte Bindungsmuster durch das Überwiegen eines der beiden System charakterisiert. Eine Untersuchung und Reflexion der Praxis von Spiritual Care müsste den Aspekt von distanzierter Bindung, die in der Gruppe der untersuchten Seelsorgenden vorrangig war, in besonderer Weise ins Auge fassen.

In diesem Zusammenhang wäre zu untersuchen, wie eine reziproke Beziehung zwischen Patient und spirituellem Begleiter gelingen kann, wenn einer der beiden oder beide unsichere bzw. unverarbeitete Bindungsstile aufweisen. Hier wäre denkbar, dass »Empfangende« wie »Gebende« von Spiritual Care durch eine *gleiche Passung* unsicherer oder unverarbeiteter Bindungsrepräsentationen (z. B. ein unsicher-distanzierter Seelsorger und ein unsicher-distanzierter Patient) durch ähnliche Erfahrungen, Wünsche und Ängste, ein besonderes Verständnis füreinander aufbringen. Andererseits könnte eben gerade diese Symmetrie der Bindungsstile für eine ganzheitliche spirituelle Begleitung abträglich sein, in der Hinsicht, dass Defizite eventuell weniger gut erkannt und somit nicht kompensiert werden können, z. B. das Bedürfnis nach Bindungssicherheit und Schutz in distanzierter »Paarungen« nicht ausreichend vermittelt werden kann.

Des Weiteren wäre denkbar, dass eine *ungleiche Passung* unsicherer oder unverarbeiteter Bindungsrepräsentationen (z. B. ein unsicher-distanzierter Seelsorger und ein unsicher-verstrickter Patient) eine kompensatorische Funktion erfüllt und ausgleicht, was der Patienten an innerer Repräsentation entbehrt (das Gefühl von Verbundenheit oder der

Mut zur Exploration). Allerdings könnte dies den Patienten mit Ansprüchen überfordern, wie z. B. Aufforderungen zum Explorationsverhalten, die der Patient aufgrund seiner Bindungsstruktur nicht erfüllen kann und ihn ängstigen. Am problematischsten ist es wohl, wenn beiderseits wenig schützende oder regulierende funktionale Strategien vorliegen, wie es bei Personen mit unverarbeiteten Bindungen der Fall ist, der spirituelle Begleiter womöglich also selbst unter der Dysregulation des Bindungs- bzw. Explorationssystems leidet.⁷

Angesichts des hohen Anteils unsicherer Bindungen bei katholischen Seelsorgenden wäre zumindest für diese Gruppe der »Gebenden« von Spiritual Care eine Integration bindungspsychologischer Anteile in die Fortbildung bzw. eine bindungspsychologische Supervision der spirituelle Begleitung hilfreich und für eine stützende Beziehung zwischen »Gebenden« und »Empfangenden« spiritueller Fürsorge förderlich. Für die weitere Forschung besteht das Desiderat, sowohl weitere Patientengruppen als auch weitere Professionen von Spiritual Care, etwa Seelsorgende anderer Konfessionen oder in anderen Praxisbereichen, etwa der Seelsorge in Alten- und Pflegeheimen, Gefängnissen etc. im Hinblick auf ihre Bindungsorientierung zu untersuchen. Zudem wäre ein wichtiger Beitrag, Spiritual Care für Patienten aus anderen Kultur- und Religionskreisen unter dem

⁷ In diesem Zusammenhang ist der hohe Anteil unverarbeiteter Bindungen unter den Palliativpatienten erwähnenswert, die ich in einer bindungsdiagnostischen Studie mit meiner Forschungsgruppe in den Palliativstationen und Hospizen untersucht habe (siehe hierzu Loetz et al., 2017). Hierzu wurden 80 Patienten bezüglich ihres Bindungsmusters mit dem AAP interviewt und nach der Bedeutung der Spiritualität für ihre Krankheitsverarbeitung (mittels des »Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness«-Questionnaire) befragt. Die Befunde ergaben einen hohen Anteil unverarbeiteter Bindungsmuster unter den Palliativpatienten (nahezu 50 %), der den von klinisch-psychopathologischen Stichproben vergleichbar ist. Die Studie ergab, analog zu den Befunden der Studie bezüglich der Seelsorgenden, des Weiteren eine besondere Verbindung von distanzierten Bindungsmustern und der berichteten Relevanz von Spiritualität / spiritueller Krankheitsverarbeitung. Patienten mit distanzierten Bindungsmustern griffen am häufigsten auf spirituelle Krankheitsverarbeitungsstrategien zurück und konnten diese am besten zur Selbstregulation nutzen.

Bindungsaspekt zu erforschen (vgl. Isgandarova, 2012; Schultz et al., 2012; Borneman et al., 2013). Eine Studie zu den Bindungsmustern und spirituellen Ressourcen von Seelsorgenden und Bewohnern in Altenheimen an der Professur für Spiritual Care ist projektiert. Hinsichtlich des hohen Anteils unverarbeiteter Bindungen bei Palliativpatienten (Müller, 2015; Loetz et al., 2017) wäre eine bindungspsychologische Sensibilisierung nicht nur der Seelsorgenden, sondern aller verschiedener Professionen, die in die Terminalbegleitung der Patienten eingebunden sind, wünschenswert.

1.4. Eigenanteil

Die m.E. wesentliche Neuerung der vorliegenden Dissertation besteht in einer konzeptionellen Erweiterung der bindungstheoretischen Auffassung von Spiritualität (Artikel 1, »Attachment and Spirituality in Palliative Care«), auf deren Grundlage sich ein neuer Zugang zum Verständnis des inneren Zusammenhangs von Spiritualität und Bindung auf Basis empirischer Befunde (Artikel 2, »Bindung bei Seelsorgenden«) gewinnen lässt.

Gerne erläutere ich meinen Eigenanteil an den eingereichten Arbeiten:

1.4.1. Erster Artikel: »Attachment and Spirituality in Palliative Care«

Als Erstautorin habe ich den Artikel vollständig und selbständig verfasst, einschließlich der Ausarbeitung und Erstellung der Literaturreviews und des Forschungsstandes, der jeweiligen konzeptionellen Kapitel und der Abbildungen sowie Diskussion. Ich habe in diesem Artikel eine konzeptionelle Erweiterung des bindungstheoretischen Modells dargestellt; diese Weiterentwicklung geht auf meine Überlegungen zurück und stellt das Kondensat meiner Forschungstätigkeit im Rahmen von Palliative Care und Spiritual Care dar (siehe hierzu auch Mauer et al., 2014; Loetz & Müller, 2016; Müller & Loetz, 2016; Loetz et al., 2017). Die Co-Autoren des Artikels reflektieren den interdisziplinären Forschungszusammenhang von Spiritual Care, in dessen Rahmen meine Arbeit entstand und diskutiert wurde. Gewiss sind die Co-Autoren der Arbeit an meinem Artikel während des Entstehungsprozesses inhaltlich mit Kritik, Anmerkungen, Einbringungen ihrer fachspezifischen Perspektiven, formal mit Anmerkungen und Änderungsvorschlägen beteiligt gewesen, doch ich bin die verantwortliche Autorin des gesamten Artikels. Er

entstand auf meine Initiative und konzeptiven Vorgaben hin. D.h. ich habe anhand meines spezifischen Forschungszugangs (als Diplompsychologin an der Professur für Spiritual Care) die konzeptuelle Arbeit, die Erweiterung des Bindungsmodells, geleistet und den Artikel auf dieser Grundlage verfasst.

1.4.2. Zweiter Artikel: »Bindung bei Seelsorgenden«

Den zweiten Artikel habe ich als Zweitautorin in Zusammenarbeit mit meiner Forschungsgruppe verfasst. Eigenständig habe ich dabei die bindungstheoretischen Elemente zur Einleitung verfasst sowie die Kapitel und Unterkapitel zu den Ergebnissen zur Bindungsdiagnostik und zum Zusammenhang zwischen Bindung / Bindungsdiagnostik und psychosomatischer Belastung einschließlich der Erstellung der entsprechenden Tabellen und Abbildungen. Außerdem in der Diskussion die letzten beiden Abschnitte, die sich auf mein Forschungsthema (Bindung und Spiritualität / Attachment-to-God Theorie) beziehen. In gemeinsamer Arbeit mit dem Erstautor des Artikels habe ich anschließend unsere Teile zu einer sprachlich und inhaltlich kohärenten Einheit gefasst.

Methodisches Kernstück der im zweiten Artikel publizierten Studie ist das bindungsdiagnostische Interviewverfahren AAP (Adult Attachment Projective Picture System), das im Zusammenhang mit einem qualitativen Interview mit den Seelsorgenden in einer deutschlandweiten Untersuchung durchgeführt wurde. Für dieses Interviewverfahren bedarf es einer speziellen (etwa einjährigen) Schulung, die ich durchlaufen habe (das Verfahren wird in seinem Bezug zur Spiritualität in Artikel 1 aufgegriffen). Als zertifizierte AAP-Raterin (s.u. Zusammenfassung) habe ich den methodischen Aufbau der Studie entworfen. Zudem instruierte und schulte ich die Interviewer in dem in der Studie eingesetzten Verfahren. Ich transkribierte etwa die Hälfte der Interviews (41 Interviews). Anschließend wertete ich alle 83 Interviews aus und nahm einen Vergleich dieser Auswertungen mit meinem Co-Rater / Erstautor des Artikels vor, um den Übereinstimmungskoeffizienten berechnen zu können. Strittige Fälle wurden, wie für dieses Interviewverfahren üblich, in einer Fallkonferenz (gemeinsam mit der AAP-Trainerin Prof. Buchheim, die Co-Autorin des Artikels ist) festgelegt. Ich wertete gemeinsam mit dem Erstautor die Daten aus und bereitete die Ergebnisse graphisch auf. Ich verfasste die oben

genannten Kapitel eigenständig, in die Diskussion brachte ich meinen Forschungszugang von Bindung und Spiritualität in das Forschungsprojekt ein; so gehen die in diesem Artikel verwendeten Erhebungsinstrumente und das methodische Vorgehen explizit auf meine Arbeit und Einbringungen i.S. einer spezifisch bindungstheoretischen Perspektive auf Spiritualität zurück.

1.4.3. Zusammenfassung

Ich war als Diplom-Psychologin an der Professur für Spiritual Care / Klinikum der LMU München unter meinem Doktorvater Prof. Dr. Frick im Bereich Bindungstheorie und Spiritualität vom Jahr 2012–2015 als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig. Neben Kulturwissenschaftlern/innen, Medizinerinnen/innen und Theologen/innen habe ich sowohl den psychogietheoretischen sowie methodischen Zugang zu diesem Themenkomplex vertreten, erarbeitet und verantwortet. Dies gilt sowohl für die Forschungsarbeit an der Professur für Spiritual Care als auch für den Bereich »Bindung und Spiritualität« im Rahmen der deutschen Seelsorgestudie, die mein Doktorvater geleitet hat und für den ich ebenfalls als Psychologin den bindungstheoretischen Zugang als wissenschaftliche Mitarbeiterin vertreten habe. Die vorliegende Arbeit geht unmittelbar auf meine eigene Forschungstätigkeit im Rahmen dieser Projekte zurück.

Die Grundlage dieser Forschungsarbeit, die Gegenstand der Dissertation ist, waren zwei Anträge auf Forschungsförderung, die ich bei der Köhler-Stiftung zur Förderung der Wissenschaften am Menschen gestellt habe, sowie ein weiterer von mir gestellter Antrag auf eine Forschungsförderung bei der Friedrich-Baur-Stiftung. Alle drei Anträge zum Themenbereich »Bindung und Spiritualität« wurden erfreulicherweise gefördert.

Ich habe die Forschungsarbeit an der Professur für Spiritual Care, deren Kondensat die eingereichten Artikel bilden (und die ich in der Einleitung zur Dissertation näher beschrieben habe), eigenverantwortlich durchgeführt; in dem interdisziplinären Forschungsteam an der Professur für Spiritual Care habe ich den psychologischen Zugang vertreten, dies insbesondere im Hinblick auf die entwicklungspsychologische Bindungstheorie sowie die bindungstheoretisch fundierte Auffassung von Spiritualität.

Methodisch bildete ich mich bei Prof. Buchheim in einer einjährigen Schulung in dem bindungsdiagnostischen Interviewverfahren AAP (Adult Attachment Projective Picture System) fort. Es handelt sich um ein valides und reliables Testverfahren zur Erfassung von Bindungsmustern, das in Artikel 1 erörtert wird und in Artikel 2 Grundlage der Erhebung der Bindungsmuster war bzw. hier in spezifischer Weise fruchtbar gemacht worden ist.

In der Zusammenfassung: Forschungsinitierender Ansatz zum »Wirkungszusammenhang von Bindung und Spiritualität« und dessen theoretische Konzeptualisierung, entsprechend adaptierte Methodik und Forschungstechnik, systematische Erschließung und Diskussion der einschlägigen fachspezifischen Literatur, schließlich Durchführung des für die kumulative Dissertation bestimmenden Untersuchungsprogramms gehen auf mich zurück. Aktuell führe ich ein Forschungsprojekt an der Medizinischen Fakultät der LMU gemeinsam mit Prof. Dr. Brisch / Dr. von Haunersches Kinderspital zur Erstellung und Validierung eines diagnostischen Verfahrens zur Bindung im palliativen Kontext durch. Dieses Projekt greift auf die hier geschilderten forschungstechnischen Erfahrungen und konzeptionellen Überlegungen sowie empirischen Befunde meiner Dissertation zurück; die Förderung wurde von der Köhler-Stiftung erfreulicherweise bewilligt.

II. Publikationen

1. Veröffentlichung

Loetz, C.; Müller, J. J.; Frick, E.; Petersen, Y.; Hvidt, N. C.; Mauer, C. (2013). Attachment Theory and Spirituality: Two Threads Converging in Palliative Care? *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. Special Issue Spirituality and Health, Volume 2013, 1-14.

2. Veröffentlichung

Müller, J. J., Loetz, C., Altenhofen, M., Frick, E., Buchheim, A., Baumann, K. & Man Ging, C. I. (2015): Bindung und psychosomatische Gesundheit bei katholischen Seelsorgenden. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 61, 370-83.

1. Veröffentlichung

Loetz, C.; Müller, J. J.; Frick, E.; Petersen, Y.; Hvidt, N. C.; Mauer, C. (2013). Attachment Theory and Spirituality: Two Threads Converging in Palliative Care? *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. Special Issue Spirituality and Health, Volume 2013, 1-14.

Research Article

Attachment Theory and Spirituality: Two Threads Converging in Palliative Care?

Cécile Loetz,¹ Jakob Müller,² Eckhard Frick,³ Yvonne Petersen,⁴
Niels Christian Hvidt,^{1,5,6} and Christine Mauer¹

¹ Ludwig Maximilians University of Munich, Clinic and Policlinic for Palliative Medicine, Germany

² Munich School of Philosophy, Germany

³ Ludwig Maximilians University of Munich, Clinic and Policlinic for Palliative Medicine, Munich School of Philosophy, Germany

⁴ Hospital of the "Barmherzige Brüder," Palliative Unit, Germany

⁵ Research Unit of Health, Man and Society, Institute of Public Health, SDU, Denmark

⁶ Freiburg Institute for Advanced Studies, Germany

Correspondence should be addressed to Cécile Loetz; cecile.loetz@hfph.de and Jakob Müller; jakob.mueller@hfph.de

Received 10 July 2013; Revised 10 September 2013; Accepted 16 September 2013

Academic Editor: Harold G. Koenig

Copyright © 2013 Cécile Loetz et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

The aim of this paper is to discuss and explore the interrelation between two concepts, attachment theory and the concept of spirituality, which are important to palliative care and to founding a multivariate understanding of the patient's needs and challenges. Both concepts have been treated by research in diverse and multifarious ways, but little effort has yet been made to integrate them into one theoretical framework in reference to the palliative context. In this paper, we begin an attempt to close this scientific gap theoretically. Following the lines of thought in this paper, we assume that spirituality can be conceptualized as an adequate response of a person's attachment pattern to the peculiarity of the palliative situation. Spirituality can be seen both as a recourse to securely based relationships and as an attempt to explore the ultimate unknown, the mystery of one's own death. Thus, spirituality in the palliative context corresponds to the task of attachment behavior: to transcend symbiosis while continuing bonds and thus to explore the unknown environment independently and without fear. Spiritual activity is interpreted as a human attachment behavior option that receives special quality and importance in the terminal stage of life. Implications for clinical practice and research are discussed in the final section of the paper.

1. Introduction

The goal of palliative care is to improve the quality of life of terminally ill patients by preventing or relieving them from suffering. Relieving suffering does not only mean to insulate patients from physical pain. There are many more aspects which contribute to the patient's wellbeing such as social, psychological, and spiritual support [1]. This is why palliative medicine has to take a multidisciplinary approach to patient care. In the present paper, two important concepts come into focus, both founding a multivariate understanding of the patient's needs and challenges in the palliative situation: attachment theory and the concept of spirituality. Attachment Theory is a concept that is concerned with human relationship behavior in situations of loss, separation, or helplessness

and can help to understand the patient's behavior, needs, and challenges [2, 3]. The patient's spirituality in health care and research is addressed by the field of Spiritual care. spiritual care is an interdisciplinary and cross-cultural discipline [4] in health care that scientifically addresses the spiritual and religious needs of patients and has become a part of medical care and education. Both concepts have been treated by palliative research in diverse and multifarious ways, as we will propound in the overview of research literature in the following section. But no effort has been made to integrate them into one theoretical framework in reference to the palliative context. The aim of this paper is to discuss the relevance of both concepts to palliative care, in order to develop a theoretical foundation for both aspects of the palliative situation concerned by Attachment Theory and

spiritual care: the dynamics of human relationships and the dimension of spirituality when approaching the end of life. First, we will give an overview of the research literature on Attachment Theory and Spiritual Care in Palliative Care. Following this, we will discuss the relevance of Attachment Theory to Palliative Care. Then, we will discuss the role of spirituality in the palliative context with respect to the role of human and spiritual relationships. Finally, we will bring into dialogue the concepts of attachment and spirituality in order to emphasize their correspondence and mutual enrichment. We will interpret spirituality as an option of human attachment behavior that receives special importance in the terminal stage of life. For this reason, we will point out consequences for theoretical and practical treatment of spirituality in Palliative Care.

2. Attachment Theory and Spiritual Care in the Palliative Context: An Overview of the Research Literature

2.1. Attachment Theory. While Attachment Theory is a very prominent concept in psychology, psychiatry, and psychotherapy [5–7], it has rarely been considered by research in Palliative Care, notwithstanding the fact that close relationships in Palliative Care are fundamentally important. Attachment patterns have an impact on illness behavior [8], on the physician-patient relationship [9], and thus on patient's communication and compliance. In the palliative situation, some attempts have been made to address family relationships and to facilitate communication [10, 11] or to identify determinants of depression and hopelessness in metastatic cancer patients [12] from an Attachment Theory perspective. Tan et al. [13] and Petersen and Koehler [2] made the effort to apply Attachment Theory to analyze interpersonal processes in Palliative Care and identified fundamental attachment patterns in patient's behavior. Milberg et al. [3] pointed out the importance of a "secure base" from a patient's and relatives' perspectives in palliative home care (a concept derived from Attachment Theory, as we shall see later). Due to the fact that the relevance of Attachment Theory to palliative research is an underrepresented issue, we will review some basic implications of the theory in this paper in order to integrate them with the concept of spirituality.

2.2. Spiritual Care. There has been growing interest in spiritual care since the 1990s [14], and thus the spiritual needs of palliative patients and their relatives have become a significant concern in clinical practice and research. Different surveys demonstrate the need for religious and/or spiritual support by a sizable proportion of the palliative patient population. For example, Balboni et al. [15] reported that 86% of the cancer patients judged Spiritual Care as being an important part of medical care. Studies have shown that, for many patients, their spirituality is an important resource in coping with chronic disease [16–19]. This is since a patient's spiritual relations can facilitate treatment-related decision making and improve their compliance with medical care [20, 21], as well as offer consolation and confidence and thus

significantly enhance quality of life in the terminal stage [22–25]. These findings are not only applicable to countries and regions with a strong religious tradition, but also to secular societies [26–28]. Spirituality concerns the religious as well as the nonreligious dimensions of human personality and is not reducible to specific religious dogma (for the difference between religion and spirituality see Hvidt et al. [29]). In this respect, Spiritual Care provides the opportunity for a cross-cultural and interreligious approach to Palliative Care [30]. When suffering from spiritual distress, patients tend to show increased physical and psychological symptoms, leading to an increased need for medical care services [31]. Thus, providing Spiritual Care can significantly reduce medical care costs in palliative medicine [32]. But what is the content of Spiritual Care? What are the spiritual themes, needs, and distresses of patients and how should they be addressed in research and clinical practice? Several approaches have been made to conceptualize spirituality in palliative care and will be reviewed later in this paper.

2.3. Attachment Theory and Spirituality. In the concept of "Attachment to God," Kirkpatrick and Shaver have made an effort to integrate the concepts of Attachment Theory and Spirituality [33, 34], although with no special attention to Palliative Care. Several studies found a correlation between a stable relationship to God and a secure attachment pattern [35–37]. Following this line of thought for a spiritual/religious person, a transcendent figure like God can adopt the role of an attachment figure, providing a secure base for personal development and compensating for dysfunctions in social relationships [38]. Nevertheless, little is known about this concept in the context of Palliative Care. An application of the concept of "Attachment to God" to Palliative Care surely would be fertile. In the palliative situation, attachment to a transcendent figure may be an important resource for patients in coping with their extraordinary situation and an important factor in providing a dignified parting. However, as we will discuss later, the concept of Spirituality can be understood more broadly than meaning a personal relationship to God or a higher being.

3. Attachment Theory and Palliative Care

3.1. Why Attachment Theory Is Relevant to Palliative Care. Moving toward the end of life, palliative patients are confronted with a deep intrusion into their structure of relationships. Associated persons will change their behavior. Relatives, friends, or colleagues will pay them special attention, possibly visiting them to spend some time, say good-bye, or pretend that there is nothing wrong. Perhaps some of them in their embarrassment will avoid any contact at all; some will become emotional or be accompanied by a melancholic graveness. Of course, some of the patient's associated persons will do well at dealing with the situation and will provide important support, while others will be a burden making unreasonable demands or being unable to empathize with the patient's situation. Final affairs will be put in order, but old conflicts can erupt as well. In whatever way the patient's

personal environment adjusts to the situation, it happens with regard to the final separation that is imminent. For the patients, the palliative situation means an ineluctable abandonment of attachment to family and friends, a situation of loss. On top of which come the changes in the context of clinical care. When patients enter a palliative care ward, they are facing a medical environment different from that before. It is no longer about curing disease, but caring for the dying. Thus, the role of the doctor changes: he or she is no longer the lifesaver but a companion to someone who is dying, and this change may be accompanied by the patient's feelings of disappointment or abandonment.

With all these considerations in mind, it is crucial to take into account a concept that deals with human behavior in the situation of loss, separation, and helplessness, in order to understand the patient's behavior, needs, and challenges. This is why Attachment Theory is relevant to Palliative Care.

3.2. What Is Attachment Theory? Attachment Theory—initially developed by the British Psychoanalyst John Bowlby—describes the dynamics of relationships between individuals. According to this theory, attachment is defined as a fundamental, congenital need of human beings [39]. Developing a bond to a primary caregiver—mostly to the parents—in early infancy is crucial to laying the foundation for normal emotional, social, and cognitive development. Deprivation of such an Emotional bond to a consistent caregiver can result in so-called hospitalism, also known as adjustment disorder [40], which includes symptoms such as retarded physical and cognitive development and emotional and social disturbances. Based on the confidence children can acquire from parental care, they form a stable, internal representation or “working model” of interpersonal relationships with caregivers [13] which will later in life guide their perceptions, emotions, behavior, and expectations of others [41]. If the caregiver can appropriately respond to a child's signals, for example, crying, the child can in return learn to understand, organize, and regulate its own emotional state [42]. Consequently, if the child consistently experiences reliable, empathic, and responsive caregiving, it will develop a secure attachment pattern and thus a healthy coping strategy in stressful situations. But what happens if such a “secure base” can only partially be provided? Empirical research in infants, primarily led by the Canadian psychologist Mary Ainsworth, found three attachment patterns: secure attachment, avoidant attachment, and ambivalent attachment [43, 44], and a fourth, later discovered disorganized attachment pattern [45]. *In nuce*, all four patterns vary in a behavioral continuum of exploration, avoidance, intimacy, and clinging to a secure base [13]. For example, infants with a *secure attachment pattern* tend to have a healthy balance between intimacy and independence, being free to explore their environment and at the same time using their parent as a secure base when feeling stressed. Infants with an *avoidant attachment pattern* will be very independent in their exploration behavior and avoid their secure base even when feeling stressed. Infants with an *ambivalent attachment pattern* show almost no

TABLE 1: Attachment patterns in children and adults.

	Secure		Insecure	
Children	Secure	Avoidant	Ambivalent	Disorganized
Adults	Autonomous	Dismissive	Enmeshed	Unresolved

signs of independency such as exploration behavior when feeling stressed and behave clingy towards their secure base. Finally, infants with a *disorganized attachment pattern* do not fit into one of the mentioned categories and show rather various attachment behavior; they often show odd exploring behavior and seem to feel very ambivalent towards their secure base (see Table 1).

The Strange Situation Protocol is a standardized research tool for assessing these attachment patterns in young children by observing their attachment behavior in two situations: firstly, in a situation of separation from their parent, and secondly, in a situation of reunion. Being highly dependent on parental care, infants usually fear separation from their caregivers. As children grow older, they learn to cope with this stressful situation in ways that depend on their attachment pattern.

Four corresponding patterns of infant attachment behavior have been found in adult relationships and are analogically categorized as, free (autonomous), dismissive (avoidant), enmeshed (preoccupied) and unresolved (see Table 1, [46]). The operationalization of the adult attachment interview (AAI) allows the classification of a person into the four main categories of adult attachment patterns. The adult attachment projective picture system (AAP) is another commonly operationalized assessment tool for attachment patterns. Since it is less time consuming and complex, but nonetheless a reliable instrument, it is often used in clinical practice. The clinical implication of the AAP will be discussed later. Both instruments activate a person's early attachment experiences and help to concretize the specific attachment pattern that developed out of the relationship to the primary caregiver. AAI and AAP differentiate between four adult attachment patterns [47].

- (1) Persons with an *autonomous attachment* representation usually have a coherent narration and are characterized by the capacity to reflect on positive and negative experiences with their caregivers. These individuals are able to show flexible integration and to value their experiences.
- (2) Individuals with *dismissive attachment* representations are characterized by the deactivation of attachment-related aspects and by certain gaps in their narration that are usually caused by an inability to recall specific childhood memories. They often tend to idealize their parents without clarifying reasons for that idealization. Instead, they tend to make remarks (openly or hidden) that they have been rejected by their parents but claim not to have missed any parental support or felt any negative emotions towards that lack of interest.

- (3) Individuals with an *enmeshed attachment* representation tend to be emphatic with respect to attachment experiences. They tend to talk a lot about their childhood difficulties, often coming back to that point during the interview, and usually showing that they have not yet come to terms with their childhood problems. Their parents often tended to spoil them, were very anxious, and/or caused guilt feelings when the child tried to be independent and explore its environment.
- (4) Persons with an *unresolved attachment* representation are characterized by an incoherent narrative style when talking about traumatic experiences [47], with lapses of both reasoning and monitoring.

What all four adult attachment patterns have in common is that the parent's ability to balance intimacy and autonomy, support and independence, and separation/loss and togetherness has a major influence on their children's ability to cope with stress. Furthermore, a well-functioning attachment behavior system is crucial for maintaining emotional stability [48]. According to Attachment Theory, the main cause for the development of disorders is the fear of abandonment and the feeling of vulnerability when the primary caregiver is not available physically or emotionally [47, 49]. Usually, the "inner working models" of attachment patterns will be formed during the first year of life and become more and more stable during the following years [50]. While those patterns remain mostly rather invariant, they still can be influenced by a stable and healthy relationship towards a significant other such as a partner or a psychotherapist [51].

3.3. Attachment Behavior and the Palliative Situation. Patients come to Palliative Care when suffering from an incurable, life-threatening disease. It is less about saving the person's life than it is about helping and supporting them as much as possible until their death. Confronted with their own ineluctable death, the patient finds him- or herself in an extraordinarily stressful situation. As described earlier, according to the acquired attachment pattern, different related behaviors will be activated in situations of stress or of a perceived or real threat. The patient's awareness about their increasingly worsening medical condition may trigger threatening feelings of vulnerability. The physical deterioration may result in an increased need for others and thus may confront the patient with fear of dependency [13]. Attachment patterns play a crucial role in the way a patient copes with the situation of approaching death, manifested, for example, in health seeking behavior or the ability to accept and permit needed support from family members and health care providers [52]. The understanding of what lies behind a patient's behavior, wishes, and needs may lead to increased empathetic responsiveness from caregivers and thus contribute to an improvement in the patient's quality of life in Palliative Care. For example, patients having an enmeshed attachment pattern could have their emotional equilibrium maintained by very stable and predictable support [13]. Clinicians knowing and considering the different attachment patterns could both better understand

and be less distracted by sometimes contradictory signals and behavior from patients with an insecure attachment pattern and could therefore employ a sufficiently elaborate care approach. Studies have shown that an appreciation of a patient's attachment pattern has beneficial influence on the patient-physician relationship and improves help care outcomes [53, 54]. Moreover, it has been shown, for example, that patients with a secure attachment pattern demonstrate significantly more successful diabetes treatment adherence than those with an insecure attachment pattern (dismissive, enmeshed, or unresolved). However, this effect could partly be attenuated by better patient-physician communication [13, 54, 55]. Results of a study conducted by Milberg et al. [3] indicate that the mediation of security to terminally ill patients (e.g., by providing a familiar environment or fostering trust in a caregiver) induced feelings of control, inner peace, and hope and therefore facilitated patients in dealing with their final parting. Thus, it can be supposed that providing a stable and secure relationship for terminally ill patients can help them to cope better with their condition. This could be explained by the fact that a feeling of security and reliability, the same as with children, can support an adult's cognitive and affective exploration behavior to address adequately existential questions which frequently arise at the end of life [56]. Furthermore, considering a patient's attachment pattern could also help the clinician to influence the success of the therapeutic relationship and thus increase the clinician's ability to grasp the patient's individual needs and wishes in order to support them for the final separation in the best way possible.

Some papers contain case reports describing the different attachment patterns in clinical situations [2, 13]. These case reports give an idea on how individuals with different attachment representations behave when they are in palliative care. The various patient reactions are specified in the following sections in order to elucidate a better understanding of a patient's needs and challenges.

3.3.1. Secure Attachment Pattern in Palliative Care. Palliative patients with a secure attachment pattern can usually talk openly about positive as well as negative aspects of their life, for example, their relationship to their parents. Memories are easily accessible and emotions are adequately expressed. They openly mourn their situation and express such feelings as fear, anxiety, or anger, which facilitates emotional relief and thus their working through the grieving process. Often, it is sufficient to accompany those patients merely by providing basic support, for example, by helping them in structuring their remaining time or by giving them spiritual support [2].

3.3.2. Dismissive Attachment Pattern in Palliative Care. Contact with patients with a dismissive attachment pattern is usually connoted by an impersonal atmosphere and relationship. Emotions are hardly ever spoken about openly; no sadness, no anger, no anxiety is verbally expressed. Their memories about childhood are usually fragmented and the relationship to their parents is idealized without plausible reason. Instead, closer questioning reveals a lack of interest and support on the

part of the parents. Such patients are likely to deal with their illness exclusively on a cognitive level, when not completely denying its consequences. Contradictory signals can be given, for example, on the one hand seeking help frequently (e.g., from nurses), while on the other claiming independence and rejecting the help offered. A therapeutic intervention should focus on suppressed feelings, for example, by mirroring latent emotions. Also, involving the patient in active participation in the treatment, for example, could help them to counter threatening feelings of vulnerability and dependency [2, 13].

3.3.3. Enmeshed Attachment Pattern in Palliative Care. Patients with an enmeshed attachment pattern often report their childhood memories in a very expansive and tiring way. Their emotional statements seem exaggerated and exalted. They usually had a very dependent relationship with their parents and are likely to maintain this scheme towards other close relatives, for example, the spouse or their own children. Accompaniment of those patients is often time consuming and stressful. The illness is accompanied by extreme senses of anxiety and worry. If emotions are expressed, they occur in the context of long and exhausting sessions. Patients with an enmeshed attachment pattern are usually very demanding, which is apparent, for example, in their high demands for therapy or their need for reassurance to the point that staff can feel overwhelmed. An appropriate intervention could consist of introducing a very structured therapy plan. Emotional predictability can help the patients to establish a secure attachment base and thus experience consistency and reliability [2, 13].

3.3.4. Unresolved Attachment Pattern in Palliative Care. It is often hard to construct a clear picture of events from the narrative of an unresolved attached person. Speech is incoherent, interrupted by burdening thoughts and unfinished sentences. Childhood traumas surface frequently in these patients' biographies and have usually never been worked through. Panic attacks, extreme anxiety, or aggressive outbursts are not unusual for them. Conversations about their emotions or feelings about their illness can be held, but information remains confusing and unclear. Often, patients with an unresolved attachment pattern have little or no family and few or no friends to rely on, and if so, relationships are very unstable and complicated. A secure bond should be established to these patients, for example, reducing their mistrust by accompanying them steadily throughout the entire process. Sensible, reliable, and attentive care can help to ease anxiety and panic attacks [2].

4. Spirituality in Palliative Care

4.1. Why Spirituality Is Relevant to Palliative Care. Being torn from every day life and facing an illness that is incurable and life threatening, it seems natural to search for a deeper reason for one's suffering. It is a human need to search for meaning and purpose, especially when confronted with a disruption of such existential importance, one's own death. Establishing a sense of coherence in exigencies strengthens

feelings of self-efficacy and control, thus providing the feeling of safety [57, 58]. Questions, needs, challenges, and distresses arising from the palliative situation address the spiritual dimension of human personality. When facing the word "spirituality," many physicians respond with a certain kind of restraint because of the word's usual religious implications. In a comprehensive understanding, however, spirituality does not necessarily refer to religious tradition and doctrine but to a fundamental search for transcendence [59]. This means that, in the palliative context, questions such as "Where am I going when death approaches?," "What will remain when I am gone?," "Was my life fulfilling?," "What am I to do as long as I am still able to?," or "Why me?" may frequently arise. Those questions can bring people into distress as well as be a resource for coping with the nearing end of life.

4.2. Spiritual Themes in Palliative Care. For the purpose of this paper, it is crucial to know the main spiritual themes patients are concerned with in order to see how these themes could be reflecting the main points of Attachment Theory. In an international metastudy on the understanding of spirituality among palliative patients, Edwards et al. [60] found seven main themes that constitute a patient's concept of spirituality. It was related to (1) "stories about the whole of life, giving thanks for life" and reflecting the central issues of their life; (2) "relationship with self" in the sense of "self-acceptance" and "self-reconciliation;" (3) "relationships with others" such as family, friends, and caregivers; (4) "relationship with nature and music;" (5) "relationship with God or a higher being" who is able to protect patients "from the fear of death and loneliness;" (6) "hope, meaning, and purpose in life," whereby themes such as continuation through future generations or the possibility of an afterlife are relevant; and (7) "religious beliefs" in the traditional sense [60]. In the context of this paper, it is worth noting that despite the fact that in the research literature spirituality is often characterized as some kind of intellectual "endowing with meaning," for the patients as well as the palliative staff members, spirituality is essentially grounded in relationships [60–63]. It is mostly not about finding monadic meaning but meaning within relationships. For example, a common spiritual concept is the meaning of family relationships. Patients see themselves as part of a broader context, the "chain of life" that connects them with previous and coming generations, giving them a feeling of coherence and belonging to something that transcends their passing life [64]. Thus, they are actually meeting the social concept of religion on a fundamental level in the same way that religion in traditional societies is constituted as a ritual community guaranteeing stable relationships and transgenerational cohesion [65]. The term "religion" itself implies relationships, since it is derived from the Latin word *religio* meaning rebond, relation, and attachment. But spirituality in the palliative context goes beyond that social function. It also refers to a feeling of being attached to nature's "circle of life," permitting reflection about the stories and central issues of their life and their relationship to self.

4.3. Spiritual Needs and Distresses. According to a study by Milberg et al. [3], palliative patients and their relatives consider the feeling of safety provided by a trusted environment or healthcare staff members as the most important factor for feelings of control, inner peace, and hope. To be facing death and therefore the totally unknown means to palliative patients an exposure to uncertainty that can easily touch the shores of fear. Hence, the feeling of safety surely is one of the main issues of a patient's psychological, psychosocial and spiritual needs. In recent times, there have been some approaches to a differentiated conceptualization and measurement of patients' spiritual needs [66, 67], although those are characterized by large heterogeneity [68]. One of the most elaborate instruments, the "spiritual needs questionnaire", categorizes patients' spiritual needs into five factors: (1) *religious needs/praying*, (2) *existential needs (reflection/meaning)*, (3) *search attention/connection/relief*, (4) *search for inner peace* and (5) *actively connecting/giving* [69, 70]. This mainly coincides with the pattern of spiritual needs that was identified by the meta-analytical view of Edwards et al. [60] that contained three classes of spiritual needs: (1) the need to "finish business" in the sense of feeling ready to depart without regrets, to forgive, and to be forgiven, (2) the need for "involvement and control" regarding an active preparation for death, and (3) the need for "positive outlook" [60]. We should note that patients' spiritual needs imply two aspects with regard to relationships: on the one hand, a component of activity, of connecting, controlling, being involved, or seeking relief in interaction with others; on the other hand, a component of completion, introspection, seeking to "finish business," and to come to a calm and peaceful state of mind.

The spiritual distresses pointed out by Edwards et al. [60] directly refer to essential spiritual needs. The main aspect of spiritual distress, an overwhelming fear of death or feeling of uncertainty, refers to the feeling of safety that is evident throughout all spiritual themes. The other essential aspects of spiritual distress are feelings of loss that can concern the self, relationships, or the loss of meaning [60]. The experience of loss concerns relationships (to oneself or other persons, things, etc.) that cannot be given up because they are perceived as essential and indispensable and thus refers in a negative way to the aspect of completion, "finishing business," and finding peace. Feelings of hopelessness, helplessness, despair, or depression that are additionally related to spiritual distress refer negatively to the aspect of activity: losing control, confidence, or the ability of normal involvement. Feelings of anger or bitterness affect the sense of inner peace; feelings of punishment or judgment by God can be an expression of negative religious coping ([71], for a therapeutical intervention for spiritual pain; e.g., see: [72]). Religious needs, as a part of spiritual needs, however, contain the aspect of introspection (e.g., praying) as well as the aspect of activity (e.g., participation in a religious ceremony). Turning to a higher presence, such as God, is in a way an active attempt at connection and building up relationships, and is at the same time an introspection, thus serving both spiritual needs [73, 74].

4.4. Transcendence in the Palliative Context. Edwards et al. [60] found "spirituality" and "spiritual care" somehow being used synonymously by patients and healthcare providers, because both were joining in the concept of "caring for relationships." Notwithstanding the fact that any satisfactory relationship can be supportive in Palliative Care, it is important not to dilute the concept of spirituality into an all-embracing term for "relationship." In a narrower sense, spirituality always has something to do with transcendence [75], the term transcendence thereby being taken literally and not implying a metaphysical entity, as the example of the "circle of life" demonstrates. Transcendence means in a common sense any idea, expectation, hope, or fear that goes beyond the very physical existence of an individual (for the different meanings of transcendence see [76]). However, to write one's last will and testament or to prepare one's own funeral means to care for something that lies beyond one's own existence and thus can be a source of spiritual reflection. The aspect of transcendence is important to note and not only a matter of dealing with terms, because it relates directly to the situation a palliative patient is confronted with: in the end, he or she will be forced to release the bonds to related persons. Thus, as pointed out before, to "finish business" and to find inner peace are important aspects of the patient's spiritual needs. Spirituality in the palliative situation is not only about maintaining a relationship to loved ones but releasing from them at the same time. The task for relatives, friends, and caregivers is to provide company in the last stages of the patient's life, but in the end every patient has to transcend the final stage unaccompanied, alone. Thus, spirituality in palliative context is a matter of "continuing bonds" [77, 78] while simultaneously coping with separation, a concern regarding how to retain relationships that will inevitably cease.

4.5. "God" in the Palliative Context. Transcendence, however, does not necessarily imply a relationship to a metaphysical entity, to God or a higher being, but of course, it can. Asgeirsdottir et al. [64] report the finding that patients with a nontraditional ecclesiastical spirituality connect transcendent ideas mainly with the larger context of family relationships, whereas patients with a traditional ecclesiastical spirituality tend to center their transcendent relationship on God. The spiritual relationship to God can influence decision making in Palliative Care [79] and affect coping strategies [80] or be a protective factor in preventing disorders [81], whereas van Laarhoven et al. [82] have shown that an image of a nonpersonal higher being can be as important a source of spiritual coping as a personal one. If God in the patient's view is not so much an abstract principle, but someone who personally relates to people, the spiritual relationship in the palliative context can be established in a personal way, too. God can become a personal addressee of the patients' hopes, sorrows, and complaints [83], and thus the patient's spirituality can initiate an "internal dialog" of prayer and the verbalization of needs and distresses. It is a frequent occurrence that palliative patients find themselves unable to express all of their fears, spiritual pains, or "unrealistic" hopes,

because they feel obligated to treat their relatives with special care and not to intensify their grief. Some palliative patients may feel shame, or even guilt, at perceiving themselves as a long-lasting source of suffering, grief, and trouble to their related persons and thus do not want to cause further problems by not dying in “the right way” [84]. Palliative Care must never lose sight of social distress and pressure, however, which of course are always a dimension of human relationships. From the patient’s perspective, the spiritual relationship to God can compensate unexpressed needs as well as be a protected, perhaps secret area for exploring one’s own spiritual ideas. Thus, in the patient’s view God can take the role of a “transcendent caregiver” and “relative” who can accept the patient’s distress. The spiritual relationship to God has been addressed in the research literature from an Attachment Theory perspective by the concept of “Attachment to God” [33, 34], whereas research on spirituality in Palliative Care has yet to be adopted as an area of inquiry in its own right. Granqvist et al. [38] found the spiritual relationship to God to be an important influential factor on the individual attachment working models and attachment patterns. In this way, the spiritual relationship to God can be a corresponding expression of the experiences an individual has had with their caregivers: God is perceived as punitive and distant or nurturing and close when the relationship to the parents or related persons was experienced accordingly [35–37]. While being discussed more controversially, the relationship to God can also compensate for negative attachment experiences [38]. In whatever way formed, a spiritual representation of God as being close and nurturing can provide a secure base in the palliative context and thus be a transcendent companion when death approaches, whereas a punishing or fearful representation could be a source of spiritual distress and threat.

In the next section, we will discuss how spiritual relationships can be conceptualized in the light of Attachment Theory and which implications this concept entails for Palliative Care.

5. Attachment Theory and Spirituality in Palliative Care: Analogies

5.1. Theoretical Implications. What do the concepts of Spirituality and Attachment Theory have in common? In our view, one central issue arises in both concepts: establishing a dialectical balance between security and separation. According to the responsiveness of the primary caregiver (and later, of other close persons), different inner working models or “mental representations” of attachment are built during the first year of life and eventually modeled over the lifetime according to later experiences [85]. Bringing someone back on a mental basis by representing a physically absent person requires a high faculty for abstraction and is a developmental task during the early years of life [86, 87]. Hence, for infants, the caregiver has to be physically present, for older children and adults a caregiver can also refer to a mental representation, for example, a transcendent figure. If an individual succeeds in establishing and modeling mental representations,

he or she obtains a secure base which plays a crucial role in self-regulation [42]. On the one hand, the developmental task consists of establishing a healthy exploration behavior to foster an open approach to the environment; on the other hand, a healthy attachment system helps to activate resources for maintaining or regaining a stable emotional state in the face of threatening or stressful situations. Following the ideas of Bowlby, exploration behavior and attachment behavior are antagonistic opponents. Individuals can only explore their environment when their attachment system is deactivated. Vice versa, exploration behavior is deactivated when attachment behavior is activated, that is, when the person actively seeks the protection of a caregiver. From the perspective of a child’s development, these antagonistic behavior systems are dialectically mediated: infants can only explore their environment and thus overcome the symbiosis with their primary caregiver(s), when at the same time they feel they can rely on a secure base.

Two different terms are used in Attachment Theory to describe the feeling of security in the attachment system. Attachment behavior is activated in a threatening or stressful situation, while at the same time exploration behavior is deactivated. The individual seeks safety and is not interested in any kind of exploration. In the context of these situations, resources for reassurance and calming are called a “safe haven”. According to attachment theory, this can only be provided by primary caregivers such as the parents. The term “haven” denotes that the individual takes a “step back” towards a caregiving attachment figure (enters the port) or, returning to the term explained earlier, engages in a “religio” (rebound, relation, attachment). In this paper, we assume with regard to our discussion of the concept of spirituality that a “safe haven” can be provided by an external reference, that is, a real person, as well as by an internal reference (see Figure 1). The internal reference itself can refer to two different types: an immanent internal reference, for example, representations of ideals, self-image, mother or father image; and a transcendent/spiritual internal reference, for example, transcendent figures such as God. These images provide a possible consolation and feeling of security for an individual in a catastrophic situation, and thus the stabilizing function of a transcendent figure need not depend on its real presence. A symbolic reference, for example, a cross, or its mere representation could be enough.

The second aspect of security relates to situations in which there is no perceived threat, or in which consolation had been successful; thus, attachment behavior is deactivated while exploration behavior is activated. In such situations, exploration is possible if individuals can relate to a “secure base” from which the environment can be explored. As shown in Figure 2, a “secure base” can be provided by an external as well as an internal reference. The internal reference represents an internalized secure base, the “inner working model,” which is built in the course of an individual’s development and that serves as a regulating resource whenever the caregiver is not present. This is made possible by a mental representation of the caregiver that has a stabilizing and supporting influence, even when that caregiver is not physically present. The internal reference is

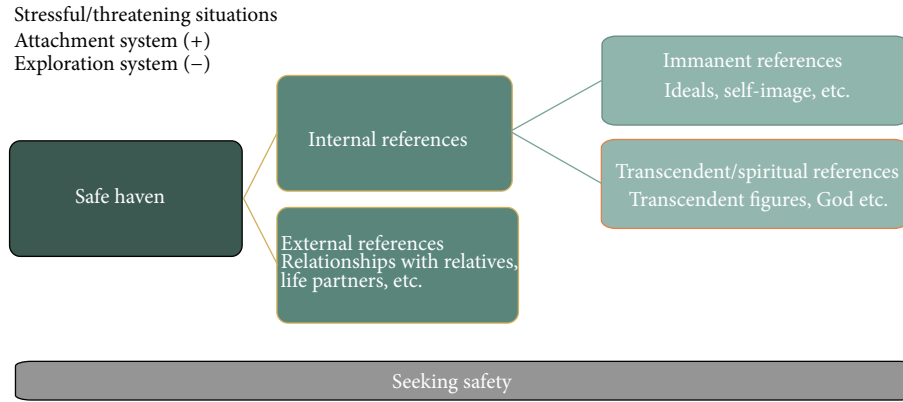


FIGURE 1: Seeking for safety in stressful/threatening situations.

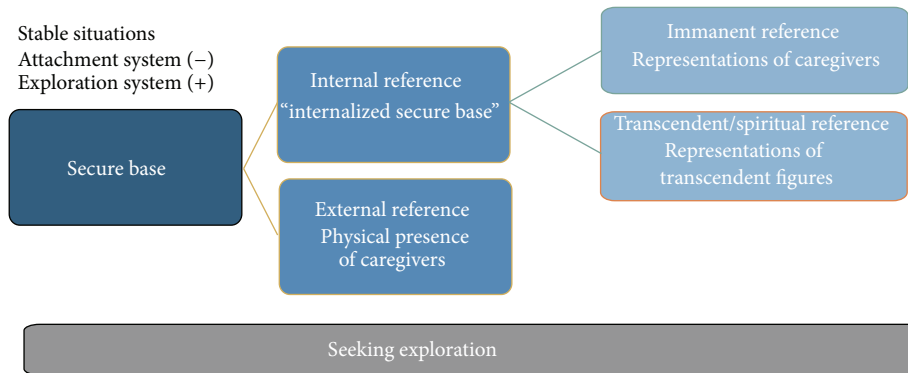


FIGURE 2: Seeking for exploration in stable situations.

in turn divided into immanent and transcendent references of representations. The caregiver function that had provided a feeling of security has now changed: while before in the situation of the “safe haven,” the caregiver was the goal of the activated attachment behavior, the caregiver now represents the starting point for exploration behavior.

This starting point allows different modes of exploration, as shown in Figure 3. The external orientation refers to the exploration of the physical environment, other people, and so forth. The internal orientation—which surely is more relevant for the palliative situation—can again be divided into an immanent and a transcendent or spiritual orientation. The immanent orientation implies exploration of the self, inner thoughts, ideas, questions of meaning, and so forth. Transcendent/spiritual orientation concerns questions of afterlife, spiritual meaning of life, religious questions, and so forth.

We now can localize spirituality in the theoretical framework of Attachment Theory: spirituality, as a simultaneous search for a secure relationship as well as transcendence, can be conceptualized as a variant of attachment behavior. Spiritual representations can serve as an aspect of security in threatening situations, whereas the spiritual search for transcendence can be conceptualized as a part of exploration behavior. Thus, spirituality plays a crucial role in the dialectic

of security and exploration. But what does it mean for Palliative Care?

In our view, the aspect of spirituality as a certain form of attachment behavior pertains directly to the demands and special qualities of the situation that a terminally ill patient is confronted with.

As mentioned earlier, the palliative situation is an extremely threatening one in which attachment behavior is activated. The patient’s spirituality can serve as a source of consolation and reorganization and can help them to regain strength and emotional stability. In the clinical situation, it is thus important for caregivers to be able to recognize a person’s current state within the attachment system. If an individual’s attachment behavior is activated, he or she will likely—in a manner depending on their specific attachment pattern—seek a “safe haven” in which they can deactivate their attachment behavior. Spirituality seems to be an important resource for this task. It can be hypothesized that patients in this situation will be less likely to explore or engage in spiritual reflection about new and perhaps unknown aspects of their spirituality; they rather tend, we assume, to relate to the better known aspects of their spirituality. Thus, it can be important to know a patient’s spiritual orientation in order to support a better mediation between external and internal

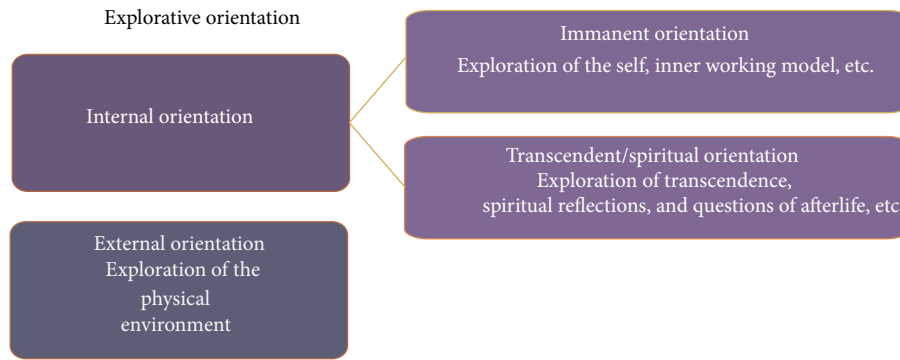


FIGURE 3: Explorative orientation.

representations. Religious symbols, prayers, conversations, and so forth can support this mediation and strengthen the consoling function of spiritual representations.

Perhaps less obvious is the aspect of exploration in Palliative Care: patients in the palliative context are confronted with the totally unknown aspect of their own death, an experience that transcends the realm of their known relations. This “unknown” must not only be a source of anxiety and insecurity, forcing the patient into a rear-guard action, but it can also be a challenge for exploration. The confrontation with one’s own death is thereby not so much a question of social exploration or orientation in the physical environment. Death as the ultimate unknown and mystery affects the domain of transcendence and therefore of spirituality. Thus, it is not surprising that the necessity to reflect on spiritual themes takes on greater significance when one is confronted with a life-threatening illness and the possibility of one’s own dying [88, 89]. Spiritual reflection should not aim for empty promises or placation, but it seems to be more the adequate answer to the peculiarity of the situation that palliative patients find themselves in. As will be shown in the following examples, health caregivers should not only be able to recognize but also support situations in which the attachment system is stabilized and the exploration behavior is activated. A person’s spiritual reflections do not necessarily indicate a need only for security, but it may also indicate a sense of curiosity and an engagement in exploration of the unknown.

In the palliative context, spirituality refers to both aspects of attachment behavior: the aspect of security as well as the aspect of exploration. As described earlier, exploration in the spiritual dimension means interaction with transcendence. This interaction with transcendence can occur on an intramundane level, for example, in drawing up the will or in seeking a meaningful position in the “chain of life.” It can also take place on an extramundane level and, for example, contain representations of life after death, or the beyond, and so forth. (of course the opposite of these representations can be possible as well, by rejecting the acceptance of such representations). Successful exploration behavior in the palliative situation does not mean having a clear and polished position toward transcendent questions but rather implies an anxiety-free openness toward those questions—by whatever means

they are answered or not. A secure base in relationships that are perceived as being steady and protective forms the foundation of transcendent exploration. There is no doubt about the crucial role of relatives, friends, and caregivers who can mediate the patient a feeling of security and comfort and thereby activate and support the resources the patients need to confront their own death. Equally important, though, are the internal references—like having a stable relationship to oneself or to transcendent figures—from which the patients can experience feelings of security and boundedness according to their attachment pattern. In the context of the palliative situation, the relationship to transcendent figures gains a particular relevance. It would be insufficient to conceptualize the spiritual relationship to transcendent figures only as a mental representation of human relationships [90]. For a patient, the spiritual relationship would then only be a pale reflection of perceptible and tangible interactions. But the representation of transcendent figures, for example, God, concerns the aspect of transcendent exploration as well as God itself implies the unknown and uncertain. So to speak, God is “resident in two worlds,” being perhaps the most intimate confidant and a totally unknown one at the same time. In the palliative situation, this makes the position of the spiritual relationship to transcendent figures exceptional, figures who can be intermediaries between the secure and the unknown, between continuation and transcendence. Without any doubt, the spiritual relationship and transcendent exploration can also be sources of anxiety and distress. Palliative caregivers have to keep a patient’s attachment pattern in focus in order to understand in what ways it may influence the patient’s manner of structuring attachment and exploration behavior.

5.2. Practical Implications. The concept can help to identify the patient’s attachment signals and to provide an adequate response. Palliative treatment, in considering Attachment Theory and Spirituality, has to take into account two aspects of attachment behavior: initially, it must recognize the fundamental situation of the patient. Is the patient in a situation of threat and thus is his or her attachment pattern highly activated? In this case, it is important to establish a safe atmosphere and to provide a stable presence in order to reassure the patient and restabilize their attachment behavior.

Or is the patient in a situation of stability that gives him or her the possibility to engage in exploration, for example, spiritual reflection? In that case, it would be important to provide a secure base, but not to disturb the patient's exploration—due to the fact that spiritual reflection does not necessarily imply thoughts of consolation, but can have dark and unsatisfying implications. The task is to transform fear into security, in order to make the activation of the exploration system possible. In this way, the patient may find resources in their internal immanent or transcendent representations that will help them to cope with situations of fear. The other aspect concerns the different attachment patterns. Palliative Care, as we described earlier, must take into account the different ways in which a person organizes relationships and expresses needs. We now offer some examples from clinical praxis in order to illustrate how the concept can help to understand patient needs.

Earlier, we said that the patient's own spirituality could be a source of anxiety. This can be shown by the case study of a patient who suddenly started having panic attacks a few days before his death [91]. He reported that he was frightened and that nothing in his life had been of any value. He continued that nothing he created would remain, that he did not believe in God or any other higher power, but rather that life would just end; there would only be darkness and emptiness. This thought frightened him again, so that finally he had to be given a strong sedative which continued to be administered until his death [91]. In our concept, the patient found himself in a fearful and threatening situation that highly activated his attachment system. His fears were about the darkness and emptiness which would overcome him upon death, as well as the senselessness of his life, and thus affected the aspect of transcendence in a negative way. In this situation of fear, the patient longed for a safe haven, but he could not rely on a secure immanent or spiritual representation that would have given him consolation. He was not indifferent to his immanent or transcendent afterlife, but he was not able to explore this aspect without fear: the absence of a safe haven means the absence of a secure base for exploration, as well. Unfortunately, the patient's physical condition made it impossible for him to engage in long conversations about his spirituality. Perhaps, it would have been helpful to have talked with him about the value and the meaning of his life while he was still capable of doing so. Also, a gentle exploration with him, together with another person, about what might happen upon his death might have helped this patient not to wait with this reflection until just before his death; the person could have asked him what his belief of "darkness" meant to him personally, since that belief obviously frightened him so much. Perhaps he would have found a safe haven and, later on, a secure base for fearless exploration of his spiritual thoughts. Possibly, this patient seemed self-reliant due to his attachment style and did not ask for help until he could not hold back due to his panic attacks.

Petersen and Koehler [2] report a case of a 75-year-old woman with a secure attachment pattern. She was brought to the palliative unit with a liver carcinoma. In the beginning, she felt strong physical pain but was able to describe it precisely so that the doctor could help her effectively. During

the daily conversations with the doctor, the patient talked openly about her life and valued negative as well as positive experiences. She had felt that in her childhood "both of her parents were available for her all the time" [2]. She experienced rough times during the war and in the following years but was able to build a new and satisfying life. She was happily married until her husband's death some years ago and had established a warm and close relationship to her son and his family. All throughout her stay in the palliative unit, she was surrounded by her family and close friends, who provided a secure base for her exploration of the self and of questions of transcendence. Daily conversation helped her to reflect on her life and to value the way she had lived it, including good as well as bad episodes. She could talk openly about her anxiety to die and was able to mourn. The conversations about her life, her illness, and her death, including all the emotions that were experienced in the process, helped her to accept her situation. Before her death, she asked for spiritual support from a priest. Finally, the patient was able to let go and died reconciled and in a state of calmness.

In contrast, persons with a dismissive attachment pattern may seem indifferent to their illness, but in fact they feel fear and anger that they do not know how to cope with. Transcendent exploration may be performed in an impersonal and distanced way, indicating no personal or intrinsic interest. Nevertheless, it is important to recognize the emotions of fear and forsakenness hiding behind the cover of distance and to encourage and support exploration behavior sensitively. A case study of a person with dismissive attachment behavior is reported by Tan et al [13]. A 47-year-old woman was admitted to the palliative-care unit with ovarian cancer. The patient had been self-reliant and had avoided close relationships throughout her life. Instead, she was very devoted to her work. Her fear of dependence was apparent in her ambivalent behavior: on the one hand demanding help and more support from the staff, on the other hand rejecting treatment when it was offered. Those contradictory signals became not only a challenge for the staff, but also made the patient suffer more than necessary, as well. Reluctantly, she agreed to accept individual counseling. It turned out that she wished to die and did not see any point in her continued living; at the same time, her spiritual beliefs prevented her from ending her life deliberately. Based on the understanding of her dismissive attachment pattern, health care providers were instructed to ensure the patient's participation in treatment as much as possible. In terms of spiritual needs, the counseling sessions helped her to structure her spiritual exploration. She began to communicate her feelings—which led to less contradictory signals—and to accept and better value human relationships. Instead of dying alone, as she had wished to at the beginning, she was able to accept support from her mother and her friends, who were beside her when she died [13].

Persons with an enmeshed attachment pattern may not exhibit any exploration behavior at all, because confrontation with their own death activates strong feelings of fear and panic. Therefore, constantly animating them to explore may trigger anxiety. Possibly, a careful and sensitive approach is indicated that takes the patient step-by-step toward a

tolerable level of exploration. Tan et al. [13], for example, describe a 55-year-old woman with terminal cancer. She showed strong feelings of anxiety toward her death, concomitant with significant panic attacks. The patient reported that while in her childhood her physical needs had always been satisfied, she had experienced a lack of emotional support. She always had been insecure, despite the success in her career and loving friends and husband. At the slightest change of her symptoms, the patient saw herself confronted with catastrophic thoughts and intense fears of death. The frequent attempts at reassurance and intensive attention seemed to calm the patient's fears for a short time, but to the point that some caregivers felt overwhelmed by the patient. Based on the knowledge of the patient's attachment pattern, a structured plan was elaborated which had to be strictly followed. The structure helped the patient find a certain regularity in her treatment, which enabled her to control her fears better. Regular meetings with family, physicians, and psychiatrists helped her to express her anxiety to die [13].

Patients with an unresolved attachment pattern expect- edly show very varied and ambiguous exploration behav- ior. Besides continuous and sensitive spiritual support, it is important not to be misled by the patient's alternating and possibly aggressive behavior, but instead to support the patient in structuring their transcendent exploration. Petersen and Koehler [2] give the example of a 68-year-old woman who was admitted to the palliative care unit with untreated breast cancer. The patient was very aggressive and defensive, allowing little to no treatment in the beginning. After a few days, and consistent but gentle approaches towards her, she agreed to show her open breast wound and allowed it to be bandaged. Step by step, the patient began to develop some trust toward her caregivers. When asked questions about herself and her life, she often fell into a confused or aggressive state of mind; sometimes, her answers were clear and structured, but no more words than necessary came over her lips. Her childhood memories were fragmented; she often did not even finish her sentences when asked about it, but rather fell into a trance-like state. Nevertheless, it became clear that she had been maltreated when she was little, and that in this short amount of time it would be impossible to provide sufficient therapy to ease her anxieties. Her extreme anxiety led to emotional outbursts; sometimes she cried, and sometimes she became highly aggressive towards staff members. Her caregivers tried to provide the patient with a sense of security through reliable and time-intensive care. A few days before her death, the patient fell into a serious delirium that could be treated successfully.

Although it is obviously helpful to know a patient's attach- ment pattern and spiritual orientation, there are difficulties in their assessment in the palliative context. When patients enter the palliative care unit, they usually get admitted when their health condition is declining, and they often stay only for a couple of days, if their health condition gets better again. An AAI may be a possible evaluation instrument, but it is very time consuming and complex and can be very exhausting for the patient. The AAP, on the contrary, seems less intrusive and also takes a shorter time to evaluate,

although reliability is just as good as the AAI. Therefore, it seems to be a more accurate instrument in the context of palliative care. First trials to implement the AAP in the palliative-care context have been made by the working group of Hloucal et al. [92]. Although an important element, the spiritual dimension of attachment is a problematic aspect in the evaluation of the AAP. Many spiritual themes in the AAP (which fall into a certain pattern of evaluation) are classified as being "spooky," and thus indicate traumatic experiences. This could be a serious problem, since first results seem to indicate that palliative-care patients often return to the spiritual dimension during the interview as a secure or insecure base of attachment. A patient will thus easily be classified as "disorganized," even when his or her spiritual resources may be helpful and a source of strength [91]. These findings confirm the importance of the spiritual dimension of attachment: if this dimension is not integrated in the concept of attachment, it could lead to wrong assumptions about one person's attachment pattern and thus misjudge an important resource of coping with the own death. Further research has to show how Attachment Theory and spirituality can be integrated not only on a theoretical base but in terms of measurement as well.

6. Conclusion

The aim of this paper was to discuss and explore the interrelation between two concepts which are important to Palliative Care, namely, Attachment Theory and the concept of spirituality. We found that both concepts have two aspects in common: the aspect of security and the aspect of exploration. More precisely, spiritual relationships can be considered analogous to the concept of "safe haven" and "secure base" in Attachment Theory, whereas the spiritual search for transcendence as analogous to "exploration behav- ior." For the category of security as well as for the category of "exploration," two ideal-typical subcategories have been, respectively, conceptualized: an external and an internal division. The internal subcategories can in turn refer to an immanent internal and a transcendent/spiritual division. This conceptualization seems important in Palliative Care, because spirituality cannot be seen as a monadic superim- posed variable that individuals may or may not refer to, but more as a basic need of all humans constituted as a certain expression of attachment behavior. Spirituality can be an adequate answer of attachment behavior to the peculiarity of the palliative situation. Spiritual seeking as a part of attach- ment behavior is activated and becomes especially relevant when an individual is confronted with a highly stressful situation, such as a palliative patient, is confronted with. Following the line of reasoning in this paper, this would imply some adjustments in Attachment Theory. For example, in the Adult Attachment Projective Picture System (AAP)—that is a commonly operationalized assessment tool—a person referring to a transcendent internal reference would likely be classified as having an insecure attachment pattern, even when perceiving it as a source of support and strength [91]. As we discussed earlier, positive effects of palliative treatment

adequate to attachment have been shown. Knowing how to support and activate the patient's spiritual exploration may enhance this effect and could thus add to the patient's end-of-life quality. In the end, no caregiver, relative, or friend can take the confrontation with transcendence off the patients shoulder. Transcendence will never be answered in a completely satisfying way, but it will always refer to an unknown [93]. Transcendent exploration can only be carried out successfully in an individual way. At the beginning, as well as at the end of life, we face an unknown that frightens us and that we must confront, preferably from a secure base.

References

- [1] WHO, "Palliative Care 2013," <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>.
- [2] Y. Petersen and L. Koehler, "Application of attachment theory for psychological support in palliative medicine during the terminal phase," *Gerontology*, vol. 52, no. 2, pp. 111–123, 2006.
- [3] A. Milberg, R. Wählberg, M. Jakobsson, E.-C. Olsson, M. Olsson, and M. Friedrichsen, "What is a "secure base" when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences of palliative home care," *Psycho-Oncology*, vol. 21, no. 8, pp. 886–895, 2012.
- [4] E. Frick, "Spiritual care: ein neues Fachgebiet der Medizin," *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, vol. 55, no. 2, pp. 145–155, 2009.
- [5] K. Ma, "Attachment theory in adult psychiatry. Part I: conceptualisations, measurement and clinical research findings," *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 12, no. 6, pp. 440–449, 2006.
- [6] J. Cassidy and P. R. Shaver, *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, vol. 19, Guilford Press, New York, NY, USA, 2nd edition, 2008.
- [7] A. Buchheim, K. H. Brisch, and H. Kächele, "Einführung in die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Psychotherapie," *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, vol. 48, no. 3-4, pp. 128–138, 1998.
- [8] P. R. Pietromonaco, B. Uchino, and C. D. Schetter, "Close relationship processes and health: implications of attachment theory for health and disease," *Health Psychology*, vol. 32, no. 5, pp. 499–513, 2013.
- [9] L. M. Hooper, S. Tomek, and C. R. Newman, "Using attachment theory in medical settings: implications for primary care physicians," *Journal of Mental Health*, vol. 21, no. 1, pp. 23–37, 2012.
- [10] J. R. Curtis, P. S. Ciechanowski, L. Downey et al., "Development and evaluation of an interprofessional communication intervention to improve family outcomes in the ICU," *Contemporary Clinical Trials*, vol. 33, no. 6, pp. 1245–1254, 2012.
- [11] D. A. King and T. Quill, "Working with families in palliative care: one size does not fit all," *Journal of Palliative Medicine*, vol. 9, no. 3, pp. 704–715, 2006.
- [12] G. Rodin, C. Lo, M. Mikulincer, A. Donner, L. Gagliese, and C. Zimmermann, "Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients," *Social Science and Medicine*, vol. 68, no. 3, pp. 562–569, 2009.
- [13] A. Tan, C. Zimmermann, and G. Rodin, "Interpersonal processes in palliative care: an attachment perspective on the patient-clinician relationship," *Palliative Medicine*, vol. 19, no. 2, pp. 143–150, 2005.
- [14] C. M. Puchalski, S. G. Post, and R. P. Sloan, "Physicians and patients' spirituality," *The Virtual Mentor*, vol. 11, no. 10, pp. 804–815, 2009.
- [15] M. J. Balboni, A. Sullivan, A. Amobi et al., "Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training," *Journal of Clinical Oncology*, vol. 31, no. 4, pp. 461–467, 2013.
- [16] A. Büssing, T. Ostermann, and P. F. Matthiessen, "Spirituelle Bedürfnisse krebserkrankter Menschen," *DZO*, vol. 37, no. 1, pp. 13–22, 2005.
- [17] A. Büssing, A. Michalsen, H.-J. Balzat et al., "Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions?" *Pain Medicine*, vol. 10, no. 2, pp. 327–339, 2009.
- [18] M. E. McCullough, H. S. Friedman, C. K. Enders, and L. R. Martin, "Does devoutness delay death? Psychological investment in religion and its association with longevity in the terman sample," *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 97, no. 5, pp. 866–882, 2009.
- [19] H. G. Koenig, "Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications," *ISRN Psychiatry*, vol. 2012, Article ID 278730, 33 pages, 2012.
- [20] A. C. Phelps, P. K. Maciejewski, M. Nilsson et al., "Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer," *Journal of the American Medical Association*, vol. 301, no. 11, pp. 1140–1147, 2009.
- [21] G. A. Silvestri, S. Knittig, J. S. Zoller, and P. J. Nietert, "Importance of faith on medical decisions regarding cancer care," *Journal of Clinical Oncology*, vol. 21, no. 7, pp. 1379–1382, 2003.
- [22] T. A. Balboni, L. C. Vanderwerker, S. D. Block et al., "Religiosity and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life," *Journal of Clinical Oncology*, vol. 25, no. 5, pp. 555–560, 2007.
- [23] J. R. Peteet and M. J. Balboni, "Spirituality and religion in oncology," *Cancer Journal for Clinicians*, vol. 63, no. 4, pp. 280–289, 2013.
- [24] K. R. Hexem, C. J. Mollen, K. Carroll, D. A. Lanctot, and C. Feudtner, "How parents of children receiving pediatric palliative care use religion, spirituality, or life philosophy in tough times," *Journal of Palliative Medicine*, vol. 14, no. 1, pp. 39–44, 2011.
- [25] G. McCord, V. J. Gilchrist, S. D. Grossman et al., "Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach," *Annals of Family Medicine*, vol. 2, no. 4, pp. 356–361, 2004.
- [26] C. Zwingmann, C. Müller, J. Körber, and S. Murken, "Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer," *European Journal of Cancer Care*, vol. 17, no. 4, pp. 361–370, 2008.
- [27] A. H. Murken, "From traditional to modern hospital—from Paris to Berlin," *Historia Hospitalium*, vol. 27, pp. 149–180, 2010.
- [28] A. Büssing, "The SpREUK-SF10 questionnaire as a rapid measure of spiritual search and religious trust in patients with chronic diseases," *Journal of Chinese Integrative Medicine*, vol. 8, no. 9, pp. 832–841, 2010.
- [29] E. A. Hvidt, H. R. Iversen, and H. P. Hansen, "Someone to hold the hand over me: the significance of transpersonal "attachment" relationships of Danish cancer survivors," *European Journal of Cancer Care*, 2013.
- [30] M. Schultz, K. Baddarni, and G. Bar-Sela, "Reflections on palliative care from the Jewish and Islamic tradition," *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, vol. 2012, Article ID 693092, 8 pages, 2012.

- [31] E. Grant, S. A. Murray, M. Kendall, K. Boyd, S. Tilley, and D. Ryan, "Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study," *Palliative & Supportive Care*, vol. 2, no. 4, pp. 371–378, 2004.
- [32] T. Balboni, M. Balboni, M. E. Paulk et al., "Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life," *Cancer*, vol. 117, no. 23, pp. 5383–5391, 2011.
- [33] L. A. Kirkpatrick, *Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion*, Guilford Press, New York, NY, USA, 2005.
- [34] L. A. Kirkpatrick and P. R. Shaver, "An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief," *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 18, no. 3, pp. 266–275, 1992.
- [35] J. R. Dickie, L. V. Ajega, J. R. Kobylak, and K. M. Nixon, "Mother, father, and self: sources of young adults' God concepts," *Journal for the Scientific Study of Religion*, vol. 45, no. 1, pp. 57–71, 2006.
- [36] A. McDonald, R. Beck, S. Allison, and L. Norsworthy, "Attachment to God and parents: testing the correspondence versus compensation hypothesis," *Journal of Psychology and Christianity*, vol. 24, no. 1, pp. 21–28, 2005.
- [37] D. F. Reinert, "Spirituality, self-representations, and attachment to parents: a longitudinal study of Roman Catholic College seminarians," *Counseling and Values*, vol. 49, no. 3, pp. 226–238, 2005.
- [38] P. Granqvist, M. Mikulincer, and P. R. Shaver, "Religion as attachment: normative processes and individual differences," *Personality and Social Psychology Review*, vol. 14, no. 1, pp. 49–59, 2010.
- [39] J. Bowlby, *Attachment and Loss*, Hogarth, London, UK, 1974.
- [40] V. A. Arlington, Ed., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, American Psychiatric Association, 5th edition, 2013.
- [41] P. Fonagy, G. Gergely, and M. Target, "The parent-infant dyad and the construction of the subjective self," *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 48, no. 3–4, pp. 288–328, 2007.
- [42] P. Fonagy and M. Target, "Attachment and reflective function: their role in self-organization," *Development and Psychopathology*, vol. 9, no. 4, pp. 679–700, 1997.
- [43] M. Main, "The organized categories of infant, child, and adult attachment: flexible versus inflexible attention under attachment-related stress," *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 48, no. 4, pp. 1055–1096, 2000.
- [44] M. D. S. Ainsworth, M. C. Blehar, E. Waters, and S. Wall, *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Lawrence Erlbaum, Oxford, UK, 1978.
- [45] E. Hesse and M. Main, "Disorganized infant, child, and adult attachment: collapse in behavioral and attentional strategies," *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 48, no. 4, pp. 1097–1127, 2000.
- [46] A. Martin, A. Buchheim, U. Berger, and B. Strauss, "The impact of attachment organization on potential countertransference reactions," *Psychotherapy Research*, vol. 17, no. 1, pp. 46–58, 2007.
- [47] W. Mertens, *Psychoanalytische Bindungstheorie und Moderne Kleinkindforschung*, Huber, Bern, Switzerland, 1st edition, 2012.
- [48] J. A. Feeney and S. M. Ryan, "Attachment style and affect regulation: relationships with health behavior and family experiences of illness in a student sample," *Health Psychology*, vol. 13, no. 4, pp. 334–345, 1994.
- [49] Y. Cohen, "Attachment as the basis of psychopathological development and residential treatment," *Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 52, pp. 247–259, 1997.
- [50] P. Zimmermann and F. Becker-Stoll, "Stability of attachment representations during adolescence: the influence of ego-identity status," *Journal of Adolescence*, vol. 25, no. 1, pp. 107–124, 2002.
- [51] M. Mikulincer, P. R. Shaver, and E. Berant, "An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes," *Journal of Personality*, 2013.
- [52] J. J. Hunter and R. G. Maunder, "Using attachment theory to understand illness behavior," *General Hospital Psychiatry*, vol. 23, no. 4, pp. 177–182, 2001.
- [53] D. Thompson and P. S. Ciechanowski, "Attaching a new understanding to the patient-physician relationship in family practice," *The Journal of the American Board of Family Practice*, vol. 16, no. 3, pp. 219–226, 2003.
- [54] P. S. Ciechanowski, W. J. Katon, J. E. Russo, and E. A. Walker, "The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes," *The American Journal of Psychiatry*, vol. 158, no. 1, pp. 29–35, 2001.
- [55] P. S. Ciechanowski, I. B. Hirsch, and W. J. Katon, "Interpersonal predictors of HbA_{1c} in patients with type 1 diabetes," *Diabetes Care*, vol. 25, no. 4, pp. 731–736, 2002.
- [56] G. Adshead, "Psychiatric staff as attachment figures: understanding management problems in psychiatric services in the light of attachment theory," *The British Journal of Psychiatry*, vol. 172, pp. 64–69, 1998.
- [57] A. Antonovsky, "The structure and properties of the sense of coherence scale," *Social Science and Medicine*, vol. 36, no. 6, pp. 725–733, 1993.
- [58] A. Antonovsky, *Health, Stress, and Coping*, Jossey-Bass, San Francisco, Calif, USA, 1980.
- [59] J. Swinton and S. Pattison, "Spirituality. Come all ye faithful," *The Health Service Journal*, vol. 111, no. 5786, pp. 24–25, 2001.
- [60] A. Edwards, N. Pang, V. Shiu, and C. Chan, "Review: the understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research," *Palliative Medicine*, vol. 24, no. 8, pp. 753–770, 2010.
- [61] B. Tirgari, S. Iranmanesh, C. M. Ali, and A. Arefi, "Meaning of spiritual care: Iranian nurses' experiences," *Holistic Nursing Practice*, vol. 27, no. 4, pp. 199–206, 2013.
- [62] F. Ozbasaran, S. Ergul, A. B. Temel, G. G. Aslan, and A. Coban, "Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care," *Journal of Clinical Nursing*, vol. 20, no. 21–22, pp. 3102–3110, 2011.
- [63] K. A. Dhamani, P. Paul, and J. K. Olson, "Tanzanian nurses understanding and practice of spiritual care," *ISRN Nursing*, vol. 2011, Article ID 534803, 7 pages, 2011.
- [64] G. H. Asgeirsdottir, E. Sigurbjörnsson, R. Traustadottir, V. Sigurdardottir, S. Gunnarsdottir, and E. A. Kelly, "'To cherish each day as it comes': a qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care," *Supportive Care in Cancer*, vol. 21, no. 5, pp. 1445–1451, 2013.
- [65] E. Durkheim, *The Elementary Forms of the Religious Life*, Oxford University Press, Oxford, UK, 2001.
- [66] U. Lunder, M. Furlan, and A. Simonič, "Spiritual needs assessments and measurements," *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, vol. 5, no. 3, pp. 273–278, 2011.
- [67] A. Büssing, H.-J. Balzat, and P. Heusser, "Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer—validation of the spiritual needs questionnaire," *European Journal of Medical Research*, vol. 15, no. 6, pp. 266–273, 2010.
- [68] M. Cobb, C. Dowrick, and M. Lloyd-Williams, "What can we learn about the spiritual needs of palliative care patients

- from the research literature?" *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 43, no. 6, pp. 1105–1119, 2012.
- [69] A. Büssing, X. F. Zhai, W. B. Peng, and C. Q. Ling, "Psychosocial and spiritual needs of patients with chronic diseases: validation of the Chinese version of the spiritual needs questionnaire," *Journal of Integrative Medicine*, vol. 11, no. 2, pp. 106–115, 2013.
- [70] A. Büssing, "Quantitative methods to measure spirituality/religiosity in patients with chronic diseases from Northern Europe," in *Proceedings of the Conference on Research in Faith and Health in Secular Society*, University of Southern Denmark, Odense, Denmark, May 2010.
- [71] K. I. Pargament, *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, Guilford Press, New York, NY, USA, 2001.
- [72] A. C. de Araújo Elias, J. S. Giglio, C. A. de Mattos Pimenta, and L. G. El-Dash, "Therapeutical intervention, relaxation, mental images, and spirituality (RIME) for spiritual pain in terminal patients. A training program," *TheScientificWorldJournal*, vol. 6, pp. 2158–2169, 2006.
- [73] K. L. Ladd and B. Spilka, "Inward, outward, upward prayer: scale reliability and validation," *Journal for the Scientific Study of Religion*, vol. 45, no. 2, pp. 233–251, 2006.
- [74] B. Spilka and K. L. Ladd, *The Psychology of Prayer: A Scientific Approach*, Guilford Press, New York, NY, USA, 2013.
- [75] A. A. Bucher, *Psychologie der Spiritualität: Ein Handbuch*, Beltz, Weinheim, Germany, 2007.
- [76] E. Ruschmann, "Transcending towards transcendence," *Implicit Religion*, vol. 14, no. 4, pp. 421–432, 2011.
- [77] D. E. Klass, P. R. E. Silverman, and S. L. E. Nickman, *Continuing Bonds: New Understandings of Grief*, Series in Death Education, Aging, and Health Care, Taylor & Francis, Philadelphia, Pa, USA, 1996.
- [78] M. S. Stroebe, G. Abakoumkin, W. Stroebe, and H. Schut, "Continuing bonds in adjustment to bereavement: impact of abrupt versus gradual separation," *Personal Relationships*, vol. 19, no. 2, pp. 255–266, 2012.
- [79] M. J. Kurtz, "God can still save my granddaughter: the role of spirituality in ethical decision-making for a critically ill neonate," *Progress in Palliative Care*, vol. 20, no. 2, pp. 86–93, 2012.
- [80] A. P. Greenway, M. Phelan, S. Turnbull, and L. C. Milne, "Religious coping strategies and spiritual transcendence," *Mental Health, Religion & Culture*, vol. 10, no. 4, pp. 325–333, 2007.
- [81] K. J. Homan and C. J. Boyatzis, "The protective role of attachment to God against eating disorder risk factors: concurrent and prospective evidence," *Eating Disorders*, vol. 18, no. 3, pp. 239–258, 2010.
- [82] H. W. van Laarhoven, J. Schilderman, K. C. Vissers, C. A. Verhagen, and J. Prins, "Images of god in relation to coping strategies of palliative cancer patients," *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 40, no. 4, pp. 495–501, 2010.
- [83] S. Dein, J. Swinton, and S. Q. Abbas, "Theodicy and end-of-life care," *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, vol. 9, no. 2-3, pp. 191–208, 2013.
- [84] C. J. McPherson, K. G. Wilson, and M. A. Murray, "Feeling like a burden: exploring the perspectives of patients at the end of life," *Social Science & Medicine*, vol. 64, no. 2, pp. 417–427, 2007.
- [85] J. Sandler, "On attachment to internal objects," *Psychoanalytic Inquiry*, vol. 23, no. 1, pp. 12–26, 2003.
- [86] A. Slade, "Parental reflective functioning: an introduction," *Attachment & Human Development*, vol. 7, no. 3, pp. 269–281, 2005.
- [87] A. N. Meltzoff and M. K. Moore, "Imitation, memory, and the representation of persons," *Infant Behavior & Development*, vol. 25, no. 1, pp. 39–61, 2002.
- [88] M. Collin, "The search for a higher power among terminally ill people with no previous religion or belief," *International Journal of Palliative Nursing*, vol. 18, no. 8, pp. 384–389, 2012.
- [89] G. McCord, V. J. Gilchrist, S. D. Grossman et al., "Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach," *Annals of Family Medicine*, vol. 2, no. 4, pp. 356–361, 2004.
- [90] M. H. Miner, "Back to the basics in attachment to God: revisiting theory in light of theology," *Journal of Psychology and Theology*, vol. 35, no. 2, pp. 112–122, 2007.
- [91] C. Mauer, E. Frick, Y. Petersen, and C. Loetz, "Spirituelle Themen in der palliativen Situation," Ein bindungstheoretischer Ansatz Palliativmedizin, in the works.
- [92] T. Hloulcal, Y. Petersen, E. Frick, A. Buchheim, and B. Bettenbrock, "Bindungstheorie in der Palliativmedizin—Auswirkungen standardisierter Bindungsdiagnostik mit dem Adult Attachment Projective Picture System auf die psychische Befindlichkeit der Patienten," *Zeitschrift für Palliativmedizin*, no. 3, pp. 142–149, 2012.
- [93] E. Weiher, "Wenn das Geheimnis die Lösung ist," *Spiritual Care*, vol. 1, no. 1, pp. 82–83, 2012.

2. Veröffentlichung

Müller, J. J., Loetz, C., Altenhofen, M., Frick, E., Buchheim, A., Baumann, K. & Man Ging, C. I. (2015): Bindung und psychosomatische Gesundheit bei katholischen Seelsorgenden. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 61, 370-83.

Bindung und psychosomatische Gesundheit bei katholischen Seelsorgenden

Jakob Johann Müller^{1,2}, Cécile Loetz^{1,2}, Miriam Altenhofen¹, Eckhard Frick^{1,3}, Anna Buchheim^{4,5}, Klaus Baumann⁶, Carlos Ignacio Man Ging¹

Summary

Attachment and psychosomatic health among Catholic pastoral professionals

Objectives: The study examines attachment representations and psychosomatic symptoms of Catholic priests and other pastoral professionals in Germany.

Method: We conducted structured biographical interviews with 83 Catholic pastoral professionals (47 priests, 36 lay pastoral workers). Attachment representations were diagnosed by use of the Adult Attachment Projective Picture System (AAP). Psychosomatic health data (Brief Symptom Inventory – BSI-18) were taken from the associated German Pastoral Ministry Study.

Results: In the sample, the proportion of secure attachment representations was 23 % insecure-dismissing 39 %, 18 % insecure-preoccupied and 21 % unresolved attachment status. Individuals with secure attachment representation were associated with lower values of psychosomatic stress, while individuals with insecure-dismissing and unresolved attachment status had higher values.

Discussion: The amount of insecure attachment representations and psychosomatic symptoms is higher than in data from the healthy samples, especially in the cohorts between 1933 and 1945. Data from biographical interviews indicate the significant role of institutional attachment to the Church, in many cases possibly compensating for dysfunctional parental relationships in personal history.

Z Psychosom Med Psychother 61/2015, xxx-xxx

Keywords

Attachment – Attachment Theory – Attachment Representations – Psychosomatics – Psychosomatic Symptoms – Priests – Pastoral Workers – Catholic Church – War Children

Zusammenfassung

Fragestellung: Die Studie untersucht die Bindungsrepräsentationen und psychosomatische Belastung von katholischen Priestern und anderen Seelsorgenden in Deutschland.

¹ Hochschule für Philosophie, München.

² Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München.

³ Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Forschungsstelle Spiritual Care, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München.

⁴ Institut für Psychologie, Universität Innsbruck, Österreich.

⁵ International Psychoanalytic University, Berlin.

⁶ Theologische Fakultät, Arbeitsbereich Caritaswissenschaften, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Methode: Mit 83 Seelsorgenden (47 Priester, 36 andere Seelsorgende) wurden strukturierte biographische Interviews geführt. Die Bindungsrepräsentanzen wurden mit dem Adult Attachment Projective Picture System (AAP) erfasst. Zudem lagen aus einer Fragebogenerhebung („Seelsorgestudie“) die Daten zur psychosomatischen Belastung anhand des Brief Symptom Inventory (BSI-18) vor.

Ergebnisse: Der Anteil sicherer Bindungsrepräsentanzen lag bei 23 %, unsicher-distanzierter bei 39 %, unsicher-verstrickter bei 18 % und desorganisierter bei 21 %. Seelsorgende mit einer sicheren Bindungsrepräsentanz weisen eine geringere psychosomatische Belastung auf, während unsicher-distanzierte und desorganisierte Seelsorgende erhöhte Belastungswerte erzielen.

Diskussion: Die Befunde weisen auf einen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhten Anteil unsicherer Bindungsrepräsentanzen und damit verbundener psychosomatischer Belastung hin, vor allem in den Geburtsjahrgängen 1933 bis 1945. Wie in den biographischen Interviews berichtet wird, scheint gerade vor dem Hintergrund problematischer elterlicher Beziehungen der institutionell-kirchlichen Bindung eine kompensatorische und stabilisierende Rolle zuzukommen.

1. Einleitung

Verschiedene Studien zur psychosomatischen und psychosozialen Gesundheit von Priestern und anderen Seelsorgenden in der katholischen Kirche zeichnen ein differenziertes Bild der priesterlichen und seelsorglichen Belastungen und Ressourcen. Die US-amerikanischen Studien von Knox stellten eine höhere psychopathologische Belastung, Depressionsneigung und Burnout-Risiko von katholischen Priestern fest, als dies für die Allgemeinbevölkerung zu erwarten wäre (Knox et al. 2007; Raj u. Dean 2005). Ähnliche Befunde wurden bei protestantischen Geistlichen erhoben (Frenk et al. 2013). Hingegen fand Rossetti (2011) in einer Befragung von 2486 katholischen Priestern in den Vereinigten Staaten eine etwas niedrigere psychopathologische Belastung und eine deutlich höhere Berufszufriedenheit als in vergleichbaren Stichproben männlicher Amerikaner. Auch im deutschsprachigen Raum besteht eine Sozialforschung im kirchlichen Raum, zum Beispiel die Studien von Zulehner (2010), die ähnlich zu den amerikanischen Studien eine vergleichsweise hohe Berufs- und Lebenszufriedenheit bei gleichzeitig deutlich erhöhter Arbeitsbelastung feststellen.

Mit der hier zu Grunde liegenden gesundheitspsychologisch ausgerichteten Seelsorgestudie (www.seelsorgestudie.com) liegt die weltweit umfangreichste Studie auf diesem Forschungsgebiet vor. In den Jahren 2012–2014 wurden in 22 der 27 deutschen Diözesen 8574 Priester und andere Seelsorgende zu ihrer psychischen Gesundheit, Persönlichkeit, Arbeits- und Lebenszufriedenheit, Sexualität und Spiritualität befragt; eine Teilnehmerzahl, die etwa einem Drittel aller Priester, Diakone, Gemeinde- und Pastoralreferenten der katholischen Kirche in Deutschland entspricht (vgl. Deutsche Bischofskonferenz 2014). Im Hinblick auf die psychosomatische Gesundheit, die mit dem Brief-Symptom-Inventory (BSI-18; Franke 2000) erhoben wurde, zeichnet die deutsche Seelsorgestudie ein heterogenes Bild. Verglichen mit den Referenzstichproben von Franke (2011) liegen die Werte der Seelsorgenden über denen

einer Stichprobe von 600 Mitgliedern eines Psychologischen Instituts, andererseits niedriger als in einer Stichprobe von 589 Universitätsstudenten. Verglichen mit den Untersuchungen von Spitzer et al. (2011) liegen die Werte der Seelsorgenden deutlich unter denen einer Patientenstichprobe, aber deutlich über denen der beiden nicht-klinischen Stichproben (wobei es sich einmal um eine Stichprobe von jüngeren Studenten, bei der zweiten nicht-klinischen Stichprobe um eine „Zufallsstichprobe aus dem persönlichen Umfeld der Autoren“ handelt und somit die Vergleichbarkeit mit der Stichprobe der Seelsorgestudie wiederum fraglich ist). Insgesamt scheint die psychosomatische Belastung der Seelsorgenden im Vergleich mit nicht-klinischen Stichproben zwar erhöht, aber den Werten von Sozialarbeitern und Ärzten vergleichbar (Frick et al. 2015). Ungefähr ein Fünftel der Seelsorgenden (23 % der Priester; 17–19 % in den anderen Berufsgruppen) leidet unter erhöhter psychosomatischer Belastung, wobei Ängstlichkeit, Depressivität und Somatisierungsneigung deutlich ausgeprägt waren. Als maßgebliche Prädiktoren der psychosomatischen Gesundheit erweisen sich internale Faktoren wie die Selbstwirksamkeitserwartung, Stresswahrnehmung, Lebenszufriedenheit und das Kohärenzgefühl der Seelsorgenden, während externen Faktoren wie der Anzahl der Arbeitsstunden oder der Größe der pastoralen Einheit eine geringere Rolle zukommt. Auch das Erleben der Spiritualität steht in Zusammenhang mit der psychosomatischen Gesundheit (Büssing et al. 2013).

Die vorliegende Studie bezieht sich auf die in der Seelsorgestudie erhobenen Fragebogen (,,Fragebogenstudie“) sowie auf eine Interviewuntersuchung, die im Rahmen der Studie angelegt war (,,Interviewstudie“). Sie widmet sich der Frage nach den Bindungsrepräsentationen von Priestern und Seelsorgenden im Zusammenhang mit deren psychosomatischer Belastung. Der Zusammenhang von Bindungserfahrungen und psychosomatischer Belastung ist in der Forschungsliteratur in vielen Untersuchungen belegt (zur Übersicht etwa: Brisch 2014; Buchheim 2015). Eine Metaanalyse von Bakermans-Kranenburg und van IJzendoorn (2009) zeigt beispielsweise, dass Störungsbilder wie Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen hoch signifikant mit unsicherer Bindungsrepräsentanz assoziiert sind. Insbesondere Störungsbilder aufgrund von Traumatisierungen (sexueller Missbrauch, Misshandlung) haben einen erhöhten Anteil an unverarbeiteten Bindungstraumata, was die Bedeutung des Zusammenhangs von desorganisierter Bindung und Psychopathologie nachdrücklich belegt (siehe auch Juen et al. 2013; Wittfoth-Schardt et al. 2012). Zusammenfassend weisen die Befunde unter anderem darauf hin, dass eine sichere und reziproke Eltern-Kind-Bindung einerseits protektiv gegen körperliche und psychische Erkrankungen in den späteren Lebensaltern wirkt, während andererseits unsichere oder pathologische Bindungsbeziehungen das Krankheitsrisiko erhöhen und das jeweilige Krankheitsempfinden beeinflussen (Audage u. Middlebrooks 2008; Schubert 2014).

In den Diagnosesystemen der Bindungsforschung im Erwachsenenalter werden zur Typologisierung der verinnerlichten Arbeitsmodelle von Bindung (,,Bindungsrepräsentanzen“) gewöhnlich vier Typen unterschieden: sicher, unsicher-distanziert, unsicher-verstrickt und desorganisiert (Ainsworth et al. 1978; Main et al. 1986). In nicht-klinischen (internationalen) Stichproben ergeben sich sowohl für das Kindes- wie das Erwachsenenalter geschlechtsunabhängig ähnliche Verteilungsmuster: ca. 50 % siche-

re, 24 % unsicher-distanzierte, 9 % unsicher-verstrickte und 17 % desorganisierte Bindungsrepräsentanzen (Bakermans-Kranenburg u. Van IJzendoorn 2009).

Wenig bekannt ist, in welcher Verteilung die Bindungsrepräsentanzen in der Gruppe der seelsorglichen Berufe in der römisch-katholischen Kirche vorliegen. Die Studien mit katholischen Priestern, in denen bindungsdiagnostische Instrumente wie das AAI eingesetzt wurden, beziehen sich meist auf sehr eingeschränkte Stichproben (Cassibba u. Granqvist 2008). Auch die Besonderheiten der deutschen Geschichte, das heißt auch Erziehungs- und Bindungsgeschichte, sind in den Studien kaum repräsentiert.

Im Rahmen dieser Seelsorgestudie ist es möglich, erstmals eine Aussage über die Verteilung der Bindungsrepräsentanzen unter den katholischen Priestern, Diakonen und nicht-ordinierten Seelsorgenden (Gemeinde- und Pastoralreferenten/innen) im deutschsprachigen Raum auf einem breiteren statistischen Fundament zu treffen und in Zusammenhang mit der psychosomatischen Belastung zu bringen. Die Stichprobe der Interviewteilnehmer kann ins Verhältnis zur der Gesamtstichprobe gesetzt und somit ihre Repräsentativität überprüft werden; eine Gegebenheit, die wohl nur für wenige Interviewstudien realisierbar ist. Die vorliegende Studie widmet sich folgenden Forschungsfragen:

- 1) Welche Verteilung von Bindungsrepräsentanzen weisen Priester und andere Seelsorgende in der katholischen Kirche auf?
- 2) Unterscheidet sich die Verteilung im Hinblick auf das Alter der Teilnehmenden?
- 3) Unterscheidet sich die Verteilung für die Gruppen der Priester und der anderer Seelsorgenden?
- 4) In welchem Zusammenhang steht die Bindungsrepräsentation mit der psychosomatischen Belastung?

2. Methoden

2.1. Teilnehmer

Im Rahmen der Fragebogenstudie wurden die Befragten über die Möglichkeit einer Teilnahme an einer vertiefenden Interviewstudie informiert. 395 von insgesamt 8574 Befragten (4.6 %) willigten schriftlich in die Teilnahme an der Interviewstudie ein. Unter den Interessenten wurden 83 Teilnehmer zufällig ausgewählt, die von einem Interviewer in ihrer Diözese besucht und interviewt wurden. An der Studie nahmen Priester, Diakone, Gemeindeferenten/innen und Pastoralreferent/innen im seelsorglichen Dienst der katholischen Kirche teil.

2.2. Ethische Gesichtspunkte

Alle Teilnehmer wurden zu Beginn des Interviews über die Studie aufgeklärt und besaßen zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, das Interview zu beenden. Die erhobenen Daten wurden anonymisiert und über einen Code den Fragebogendaten der Seelsorgestudie zugeordnet.

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Hochschule für Philosophie genehmigt.

2.3. Messinstrumente

2.3.1. Psychosomatische Belastung

Die psychosomatische Belastung wurde mit Hilfe des Brief-Symptom-Inventory 18 (BSI-18) gemessen (dt. Franke 2000). Das BSI-18 umfasst die Bereiche (1) Depressivität, (2) Ängstlichkeit und (3) Somatisierung, zu denen jeweils sechs Items vorliegen. Die Antworten werden mittels 5-Punkt Likert-Skalen erfasst. Die deutsche Version des BSI-18 weist nach jüngeren Untersuchungen gute psychometrische Eigenschaften, interne Konsistenz, Kriteriums- und konvergente Validität auf (Franke et al. 2011).

2.3.2. Bindungsdiagnostik

Die Bindungsrepräsentanz der Teilnehmenden wurde anhand des *Adult Attachment Projective Picture System* (AAP) nach George and West (2012) diagnostiziert, das zu Beginn des biographischen Interviews erhoben wurde. Dabei handelt es sich um ein valides und reliables Testverfahren, das sich an den Klassifikationsprinzipien des *Adult Attachment Interviews* (AAI) orientiert, aber mit etwa 20 bis 30 Minuten weniger Zeit beansprucht. Den Probanden wird eine Serie von sieben Bildern vorgelegt, in denen beziehungsrelevante Szenen mit Personen abgebildet sind und die schrittweise das Bindungssystem aktivieren (Buchheim et al. 2009; Fizke et al. 2013). Die Probanden werden instruiert, eine Geschichte zu diesen Bildern zu erzählen, die aufgezeichnet und transkribiert wird. Die Transkription wird nach bestimmten Klassifikationsprinzipien ausgewertet, wobei sowohl der Inhalt, Abwehr als auch die Erzählweise relevant sind. Das AAP ist ins Deutsche übersetzt, weist gute psychometrische Kriterien auf (George u. West 2011) und stimmt in hohem Maße mit den Klassifikationsresultaten des AAI überein (Buchheim et al. 2003).

Die Auswerter (J. M. und C. L.) haben die Reliabilität zur Auswertung des AAP anhand von 30 Test-Interviews mit 80 % Übereinstimmung erworben und wurden entsprechend zertifiziert. Beide Beurteiler waren blind für die persönlichen Daten und das biographische Interview der Teilnehmenden.

2.3.3. Vergleich Interviewstudie und Fragebogenstudie

Zum Vergleich der Gesamt- mit der Interviewstichprobe wurden neben den demographischen Angaben folgende Messinstrumente herangezogen: Brief Symptom Inventory 18 (siehe oben), Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU) nach Fydrich et al. (2009), Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) nach Schwarzer and Jerusalem (1995).

2.4. Statistische Analyse

Deskriptive Statistiken, Varianzanalysen und Korrelationen wurden mit der Software SPSS 22.0 berechnet. Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen wurden anhand von t-Tests für unabhängige Stichproben auf ihre Signifikanz überprüft. Die Interrater-Reliabilität zwischen den Auswertern wurde mit Cohens-Kappa berechnet.

3. Ergebnisse

3.1. Teilnehmer

83 Personen (76 % Männer, 24 % Frauen) nahmen an der Interviewstudie teil, davon 46 Priester (55 %), drei Diakone (4 %), 15 Pastoralreferenten oder Pastoralreferentinnen (18 %) und 19 Gemeindeferenten oder Gemeindeferentinnen (23 %). Tabelle 1 zeigt die demographischen Daten für die Teilnehmenden. Für den statistischen Vergleich der Gruppen werden Diakone, Pastoral- und Gemeindeferenten oder -referentinnen zur Gruppe der „anderen Seelsorgeberufe“ zusammengefasst.

3.2. Vergleich Interviewstudie und Fragebogenstudie

Für die meisten demographischen Angaben, besonders für die Altersgruppen und das Geschlecht, repräsentiert die Interviewstudie (ISt) die Fragebogenstudie der Seelsorgestudie (FbS; siehe Tabelle 1). Für die Gruppe der Priester ist der Anteil der Geburtsjahrgänge vor 1940 mit 17 % etwas geringer als in der Fragebogenstudie (24 %), in der Gruppe der Pastoralreferenten ist mit 33 % ein etwas geringerer Anteil an Frauen zu verzeichnen (FbS: 46 %). Die Berufsgruppe der Diakone ist mit 4 % anstelle von 12 % zugunsten des Anteils der Priester (55 % in der ISt, 48 % in der FbS) etwas unterrepräsentiert, während die Verteilung für die anderen Berufsgruppen äquivalent ist.

Für keines der in Tabelle 1 aufgeführten Messinstrumente ergeben sich signifikante Mittelwertsunterschiede. Auch die Mittelwertsunterschiede des BSI-18 weichen sowohl für die einzelnen Berufsgruppen als auch über alle Gruppen hinweg nicht signifikant voneinander ab (ISt.: $M = .46$; $s = .43$ /FbS: $M = .42$; $s = .45$).

3.3. Bindungsdiagnostik

Die Übereinstimmungsrate der beiden reliablen AAP-Auswerter lag in dieser Stichprobe bei 90.4 % ($\kappa = .87$, $p < .000$). Abweichende Fälle (8 Fälle) wurden in gemeinsamer Abstimmung festgelegt.

Über die gesamte Stichprobe hinweg ergibt sich folgendes Verteilungsmuster: sicher 22.9 % (19 Fälle), unsicher-distanziert 38.6 % (32), unsicher-verstrickt 18.1 % (15), desorganisiert 20.5 % (17).

3.3.1. Bindungsrepräsentanzen in den Alterskohorten

Der höchste Anteil desorganisierter Bindungen liegt mit 42.9 % in den Geburtsjahrgängen 1933–1945. Bei 13 von 14 Teilnehmenden in dieser Altersgruppe weit jenseits des üblichen Renteneintritts handelt es sich um Priester. Am niedrigsten ist der Anteil desorganisierter Bindungen mit 6.7 % in den Jahrgängen 1960–1969 (siehe Tabelle 2). In der Gruppe der Priester nimmt der Anteil sicherer Bindungsrepräsentanzen in den späteren Geburtsjahrgängen zu (von 7.7 % vor 1945 auf 25 % nach 1970), wohingegen jener Anteil für die Gruppe der anderen Seelsorgeberufe abnimmt (von 50 % in den Jahrgängen 1946–1959 auf 10 % nach 1970).

Tabelle 1: Demographische Angaben und Vergleich der Messinstrumente

	Priester	Diakone	Pastoralref.	Gemeinderef.	Gesamt
Teilnehmeranzahl (%)	46 (55 %)/(48 %)*	3 (4 %)/(12 %)	15 (18 %)/(18 %)	19 (23 %)/(22 %)	83 (100 %)
Demographische Angaben					
Geschlecht (%)					
Männlich	100.0	100.0	66.7 (53.7)	21.0 (22.0)	75.9 (75.1)
Weiblich	-	-	33.3 (46.3)	79.0 (78.0)	24.1 (24.9)
Geburtsjahre					
1980 und jünger	2.2 (2.5)	- (0.7)	13.3 (10.1)	5.3 (12.7)	4.8 (5.8)
1970-1979	15.2 (11.7)	- (6.3)	20.0 (18.1)	26.3 (19.3)	18.1 (13.8)
1960-1969	26.1 (25.1)	33.3 (28.6)	40.0 (40.3)	42.1 (42.6)	32.5 (32.0)
1950-1959	26.1 (18.4)	33.3 (34.0)	26.7 (29.0)	26.3 (23.7)	26.5 (23.3)
1940-1949	13.0 (18.0)	33.3 (21.3)	- (2.5)	-	(1.7)
1940 und älter	17.4 (24.3)	- (9.0)	- (-)	- (-)	9.6 (12.9)
Messinstrumente					
	Priester	Nicht-Priester			Gesamt
BSI-18 M (s)	.53 (.49)/.45 (.47)	.36 (.34)/.40 (.41)			.46 (.43)/.43 (.45)
Facette Depressiv.	.60 (.78)/.46 (.59)	.38 (.48)/.39 (.44)			.51 (.67)/.42 (.56)
Facette Ängstlichk.	.56 (.41)/.45 (.51)	.39 (.41)/.46 (.48)			.49 (.50)/.45 (.49)
Facette Somatis.	.44 (.55)/.44 (.53)	.40 (.41)/.46 (.49)			.37 (.47)/.40 (.41)
Fsoz-U	4.3 (.81)/4.3 (.69)	4.6 (.41)/4.5 (.54)			4.4 (.67)/4.4 (.63)
SWE	2.8 (.57)/2.8 (.48)	2.9 (.37)/2.9 (.41)			2.9 (.49)/2.8 (.45)

Kursiv: Vergleichswerte der Fragebogenstudie der Seelsorgestudie.

Tabelle 2: Bindungsdiagnostik in den Altersgruppen

Berufsgruppen		Altersgruppen				Gesamtsumme	
		vor 1945	1946–1959	1960–1969	ab 1970		
Priester	Bindungstyp	sichere B.	1 (7.7 %)	2 (15.4 %)	2 (16.7 %)	2 (25.0 %)	7 (15.2 %)
		distanzierte B.	5 (38.5 %)	4 (30.8 %)	6 (50.0 %)	2 (25.0 %)	17 (37.0 %)
		verstrickte B.	2 (15.4 %)	2 (15.4 %)	3 (25.0 %)	2 (25.0 %)	9 (19.6 %)
		desorganisierte B.	5 (38.5 %)	5 (38.5 %)	1 (8.3 %)	2 (25.0 %)	13 (28.3 %)
		<i>Anzahl</i>	13 (100.0 %)	13 (100.0 %)	12 (100.0 %)	8 (100.0 %)	46 (100.0 %)
Andere Seelsorg.	Bindungstyp	sichere B.	0 (0.0 %)	4 (50.0 %)	7 (38.9 %)	1 (10.0 %)	12 (32.4 %)
		distanzierte B.	0 (0.0 %)	3 (37.5 %)	9 (50.0 %)	3 (30.0 %)	15 (40.5 %)
		verstrickte B.	0 (0.0 %)	1 (12.5 %)	1 (5.6 %)	4 (40.0 %)	6 (16.2 %)
		desorganisierte B.	1 (100.0 %)	0 (0.0 %)	1 (5.6 %)	2 (20.0 %)	4 (10.8 %)
		<i>Anzahl</i>	1 (100.0 %)	8 (100.0 %)	18 (100.0 %)	10 (100.0 %)	37 (100.0 %)
Gesamt	Bindungstyp	sichere B.	1 (7.1 %)	6 (28.6 %)	9 (30.0 %)	3 (16.7 %)	19 (22.9 %)
		distanzierte B.	5 (35.7 %)	7 (33.3 %)	15 (50.0 %)	5 (27.8 %)	32 (38.6 %)
		verstrickte B.	2 (14.3 %)	3 (14.3 %)	4 (13.3 %)	6 (33.3 %)	15 (18.1 %)
		desorganisierte B.	6 (42.9 %)	5 (23.8 %)	2 (6.7 %)	4 (22.2 %)	17 (20.5 %)
		<i>Anzahl</i>	14 (100.0 %)	21 (100.0 %)	30 (100.0 %)	18 (100.0 %)	83 (100.0 %)

*ohne die Jahrgänge vor einschl. 1945; Gruppen gewichtet nach Alterskohorten.

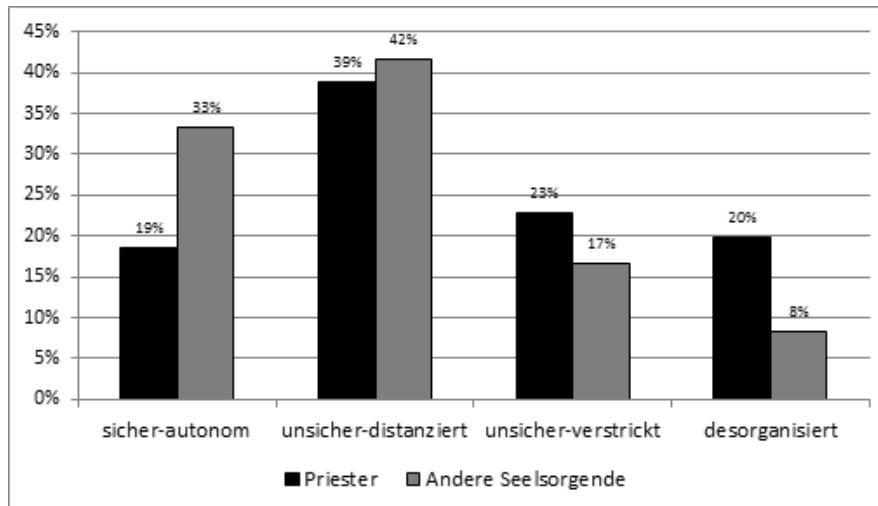


Abbildung 1: Verteilung der Bindungsrepräsentanzen nach Berufsgruppen

3.3.2. Berufsgruppen im Vergleich

Für den Vergleich der Berufsgruppen wurden die Jahrgänge vor einschließlich 1945 ausgeschlossen, da es sich bis auf eine Ausnahme um Priester handelte. Zudem wurden die Gruppen entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu einer Alterskohorte gewichtet, um mögliche Verzerrungen durch die unterschiedliche Altersstruktur in den Gruppen zu egalisieren (vgl. Tabelle 1). In der Gruppe der Priester lag folgendes Verteilungsmuster vor: sicher 18.6 %, unsicher-distanziert 38.9 %, unsicher-verstrickt 22.8 % und desorganisiert 19.8 %. Für die Gruppe der anderen Seelsorgeberufe: sicher 33.3 %, unsicher-distanziert 41.7 %, unsicher-verstrickt 16.7 %, desorganisiert 8.3 % (siehe Abbildung 1).

3.4. Zusammenhang zwischen Bindung und psychosomatischer Belastung

Der Mittelwert des BSI-18 liegt in der Interviewstudie bei $M = .46$ ($s = .43$; siehe Tabelle 1). Nach BSI-t-Werten entspricht dies einem Wert von $t = 53,7$ ($s = 13,4$).

Abbildung 2 veranschaulicht die BSI-18-Werte, aufgeteilt nach den diagnostizierten Bindungsrepräsentanzen. Am geringsten fällt die psychosomatische Belastung für die Gruppe mit sicheren Bindungsrepräsentanzen aus ($M = .30$; $s = .33$; t-Wert = 48.8), während sie für unsicher-verstrickte ($M = .37$; $s = .31$; $t = 52.1$), unsicher-distanzierte ($M = .55$; $s = .52$; $t = 56.3$) und desorganisierte ($M = .52$; $s = .40$; $t = 56.0$) höher ausfällt; diese Tendenz wiederholt sich für die einzelnen Skalen des BSI-18. Auf dem $p < .05$ -Signifikanzniveau sind folgende Unterschiede signifikant: (1) BSI-18-Gesamtwert: sicher versus unsicher-distanziert ($T = -2,186$; $p = .034$); (2) BSI-18 Skala Depressivität: sicher versus unsicher-distanziert ($T = -2,50$; $p = .016$). Die Unterschiede zwischen sicheren und desorganisierten Mustern liegen für den Gesamtmittelwert im Bereich eines Signifikanzniveaus $p < .1$ ($T = -1,778$; $p = .084$).

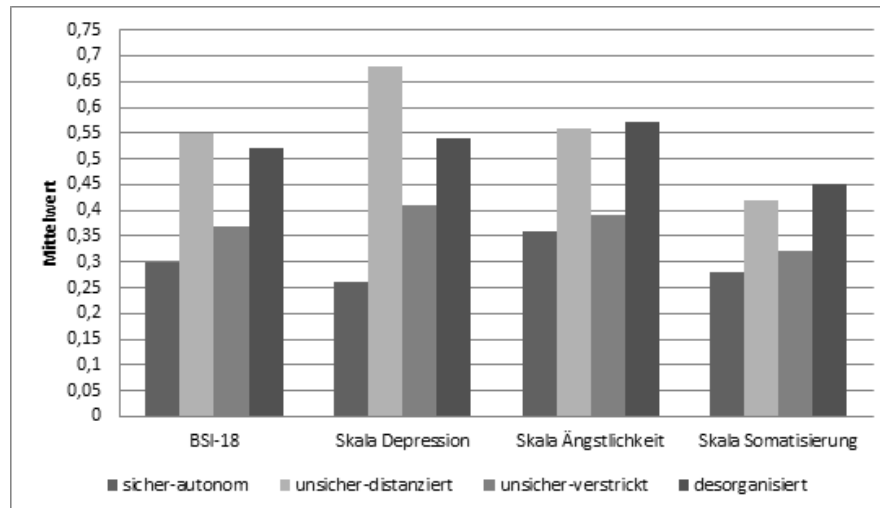


Abbildung 2: Psychosomatische Belastung und Bindungsrepräsentation

4. Limitationen

Obwohl die Stichprobe der Interviewstudie die Kennzahlen der Fragebogenstudie in weiten Teilen repräsentiert und aussagekräftige deskriptive Statistiken ermöglicht, fällt sie mit $N = 83$ Interviews zu gering aus, um mehr als explorative inferenzstatistische Ergebnisse zu liefern. Dies gilt vor allem für den Vergleich zwischen den vier Bindungsklassifikationen und den Berufsgruppen, Alterskohorten, wie auch, um etwaige Gender-Unterschiede zu untersuchen; in diesen Fällen war die Fallzahl zu gering, um aussagekräftige Chi-Quadrat-Tests durchzuführen.

5. Diskussion

Die Studie liefert erstmals eine Orientierung über die Bindungsrepräsentanzen von Priestern und anderen Seelsorgenden in der katholischen Kirche Deutschlands. Dabei entspricht die Interviewstichprobe in ihren wesentlichen Kennwerten der Stichprobe der Fragebogenstudie, die etwa ein Drittel aller Seelsorgenden in den katholischen Diözesen Deutschlands umfasst. Die Interviewstudie hat auch im Hinblick auf die psychosomatische Belastung, soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeitserwartung eine aussagekräftige Stichprobe selektiert.

Auffallend ist der im Vergleich mit nicht-klinischen Stichproben geringe Anteil sicherer Bindungsrepräsentanzen (alle folgenden Referenzwerte siehe Bakermans-Kranenburg u. Van IJzendoorn 2009). Für nicht-klinische Stichproben wäre ein Anteil von etwa 50 % sicheren Bindungsrepräsentanzen zu erwarten, während der Anteil in der vorliegenden Studie bei etwa 23 % liegt. Dies ist vor allem mit einem deut-

lich erhöhten Anteil unsicher-distanzierter (40 %/Vergleichswert ca. 24 %) und verstrickter Bindungsrepräsentanzen (18 %/9 %) verbunden, während desorganisierte Bindungsrepräsentanzen mit etwa 21 % im Bereich von nicht-klinischen Stichproben liegen (17 %). In der Gruppe der Priester liegt im Vergleich zu den anderen Seelsorgeberufen noch einmal ein geringerer Anteil sicherer und ein höherer Anteil desorganisierter Bindungen vor. Dieses Ergebnis weicht von den Befunden von Casibba und Granqvist (2008) ab, die in einer AAI-Studie mit 30 katholischen Priestern einen Anteil von 77 % sicheren und 7 % desorganisierten Bindungen vorfanden; allerdings handelte es sich um sehr junge Priester (durchschnittlich 27,6 Jahre) in Süditalien, sodass sich die Ergebnisse für den Vergleich mit der hier vorliegenden Stichprobe wenig eignen.

Der Anteil desorganisierter Bindungsrepräsentanzen ist für die gesamte Stichprobe vor allem in den Geburtsjahrgängen vor einschließlich 1945 hoch (ca. 43 %) und nimmt mit den späteren Geburtsjahrgängen ab, in den Jahrgängen zwischen 1960–69 finden sich nur noch etwa 7 % desorganisierte Klassifikationen. Vernachlässigt man die Jahrgänge vor 1945 in der Berechnung, sinkt der Anteil desorganisierter Bindungsrepräsentanzen in der Stichprobe auf 16 %. In den jüngeren Jahrgängen nach 1970 nimmt der Anteil desorganisierter Klassifikationen zu. Möglicherweise findet hierin die veränderte Familiendemographie, das heißt die Erhöhung der Scheidungsrate in den 1970er Jahren und die damit verbundene Destabilisierung der elterlichen Beziehungen ihren Niederschlag, die mit der Verunsicherung von Bindungen in Zusammenhang stehen (Lewis et al. 2000).

Die Befunde liefern Hinweise dafür, dass sich die Bindungsrepräsentationen je nach dem Alter der Teilnehmer unterscheiden. Vor allem in den Jahrgängen der sogenannten *Kriegskinder* (1933–1945) liegt ein hohes Maß an desorganisierten Bindungen vor. Die Bedeutung des *langen Schattens* kindlicher Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg, der noch auf die Lebensgestaltung und Gesundheit der alternden Kriegskinder fällt (Radebold 2009), ist in den letzten Jahren von der Altersforschung und Psychosomatik dokumentiert worden: Im Zentrum stehen dabei traumatische Erfahrungen der Flucht, Vertreibung oder Ausbombung (Heuft et al. 2007), Ohnmacht oder Verlust früher Bezugspersonen, insbesondere die Vaterlosigkeit (Decker et al. 2004; Franz et al. 2007), sowie die Erziehungsstile des Nationalsozialismus (Stambolis 2011). Leider ist die Geschichte der Kriegskindheit in Deutschland noch wenig mit bindungstheoretischen Instrumenten untersucht worden; zumindest weisen Ergebnisse britischer Studien darauf hin, dass eine Kindheit während des Zweiten Weltkriegs und damit verbundene Kriegserlebnisse einen Einfluss auf die Etablierung unsicherer Bindungsrepräsentanzen hatten (vgl. McCarthy u. Davies 2003; Rusby u. Tasker 2008).

Sichere Bindungsrepräsentanzen sind in der vorliegenden Studie mit niedrigeren, unsicheren Bindungsrepräsentanzen, vor allem distanzierte und desorganisierte, sind mit höheren psychosomatischen Belastungen verbunden. Dies bestätigt die Befunde über den Zusammenhang zwischen Bindung und psychosomatischer Belastung (Brisch 2014). Die erhöhten BSI-Werte in der Stichprobe der Seelsorgenden könnten also durch den ebenfalls erhöhten Anteil unsicherer Bindungsrepräsentanzen erklärt

werden. Auch wenn im Rahmen der vorliegenden Studie keine Aussagen über Kausalitäten möglich sind, ist denkbar, dass viele Faktoren der psychosomatischen Gesundheit von Seelsorgenden, etwa die Selbstwirksamkeitserwartung, Stresswahrnehmung (Frick et al. 2015), Spiritualität (Büssing et al. 2013) oder die Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung wesentlich in den frühkindlichen Bindungserfahrungen begründet liegen. Allerdings bleibt auch für Seelsorgende mit unsicheren Bindungsrepräsentanzen die psychosomatische Belastung mit der von anderen sozialen und helfenden Berufen vergleichbar (Frick et al. 2015), sodass sich vor allem der protektive Aspekt sicherer Bindungsrepräsentanzen hervorheben lässt, die mit unterdurchschnittlichen Belastungswerten verbunden sind.

In bindungspsychologischen Konzeptionen wie der *Attachment-to-God*-Theorie (Kirkpatrick 2005) wird der inneren Gottesbeziehung von Gläubigen der Status einer Bindungsbeziehung beziehungsweise Bindungsrepräsentanz zugesprochen. Die Forschung unterscheidet dabei die *kompensatorische* Funktion religiöser Lebensbezüge, durch die dysfunktionale Bindungserfahrungen ausgeglichen werden, von der *korrespondierenden*, also von der Entsprechung funktionaler oder dysfunktionaler Bindungserfahrungen mit dem spirituellen Bereich (Gottesbilder, spirituelle Bindungsmuster).

Die Befunde der vorliegenden Studie unterstreichen im Hinblick auf den erhöhten Anteil unsicherer Bindungen die Plausibilität beider Richtungen: Einerseits ist denkbar, dass die religiöse Berufs- und Lebensweise vor dem Hintergrund spezifischer Bindungserfahrungen besonders attraktiv ist. Ähnlich wie die Single-Lebensweise im Allgemeinen kann die zölibatäre Lebensweise Menschen mit unsicher-distanzierten Bindungen die Möglichkeit zu einer vergleichsweise autonomen Gestaltung des Berufsumfeldes, Vermeidung erotischer Intimität oder ähnlichem bieten. Dies würde bedeuten, dass sich die jeweilige Bindungsrepräsentanz bereits in der Berufswahl widerspiegelt. Andererseits weisen die biographischen Interviews in dieser Studie darauf hin, dass die katholische Kirche, vor allem im ländlichen Raum und in Gestalt des *Heimatpfarrers*, ein gewisses Maß an Stabilität und Kontinuität ermöglichte, wenn die familiären Beziehungen von einer besonderen Instabilität gekennzeichnet waren, also kompensatorisch wirken und damit nicht nur Bindungsunsicherheit widerspiegeln, sondern Bindungssicherheit stiften. Die spezifischen bindungspsychologischen Dynamiken, die für die Lebensgeschichte und Berufswahl in der katholischen Kirche bedeutsam sind, sollen in der Analyse der biographischen Interviews in einer weiteren Studie untersucht werden.

Literatur

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978): *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, UK: Erlbaum.
- Audage, N. C., Middlebrooks, J. S. (2008): *The effects of childhood stress on health across the lifespan*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.

- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H. (2009): The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in non-clinical and clinical groups. *Attachment & Human Development* 11, 223–263.
- Brisch, K. H. (2014): *Bindung und Psychosomatik*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Buchheim, A. (2015): Die Rolle von Beziehungs- und Bindungserfahrungen. In: Rief, W., Henningsen, P. (Hg.): *Psychosomatik und Verhaltensmedizin*, S. 120–130. Stuttgart: Schattauer.
- Buchheim, A., George, C., West, M. (2003): The Adult Attachment Projective (AAP) – psychometric properties and new research results. *Psychother Psychosom Med Psychol* 53, 419–427.
- Buchheim, A., Heinrichs, M., George, C., Pokorny, D., Koops, E., Henningsen, P., O'Connor, M. F., Gundel, H. (2009): Oxytocin enhances the experience of attachment security. *Psychoneuroendocrinology* 34, 1417–1422.
- Büssing, A., Günther, A., Baumann, K., Frick, E., Jacobs, C. (2013): Spiritual dryness as a measure of a specific spiritual crisis in catholic priests: associations with symptoms of burnout and distress. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013, 246797.
- Cassibba, R., Granqvist, P. (2008): Attachment and god representations among lay catholics, priests, and religious: A matched comparison study based on the Adult Attachment Interview. *Dev Psychol* 44, 1753–1763.
- Decker, O., Brähler, E., Radebold, H. (2004): Kriegskindheit und Vaterlosigkeit – Indizes für eine psychosoziale Belastung nach fünfzig Jahren. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin* 2, 33–41.
- Deutsche Bischofskonferenz (2014): *Katholische Kirche in Deutschland – Zahlen und Fakten 2013/2014* Abgerufen am: 30.06.2015, <http://www.dbk.de/zahlen-fakten/kirchliche-statistik/>
- Fizke, E., Buchheim, A., Juen, F. (2013): Activation of the attachment system and mentalization in depressive and healthy individuals – an experimental control study. *Psihologija* 46, 161–176.
- Franke, G. H. (2000): *BSI, Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis – Deutsches Manual*. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft.
- Franke, G. H., Ankerhold, A., Haase, M., Jäger, S., Tögel, C., Ulrich, C., Frommer, J. (2011): Der Einsatz des Brief Symptom Inventory (BSI.18) bei Psychotherapiepatienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 61, 82–86.
- Franz, M., Hardt, J., Brähler, E. (2007): Vaterlos: Langzeitfolgen des Aufwachsens ohne Vater im Zweiten Weltkrieg. *Z Psychosom Med Psychother* 53, 216–227.
- Frenk, S. M., Mustillo, S. A., Hooten, E. G., Meador, K. G. (2013): The Clergy Occupational Distress Index (CODI): background and findings from two samples of clergy. *J Relig Health* 52, 397–407.
- Frick, E., Büssing, A., Baumann, K., Weig, W., Jacobs, C. (2015): Do self-efficacy expectation and spirituality provide a buffer against stress-associated impairment of health? A comprehensive analysis of the German Pastoral Ministry Study. *J Relig Health* (accepted for publication). *J Relig Health*, 1–21. doi: 10.1007/s10943-015-0040-7
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S., Brähler, E. (2009): Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Z Med Psychol* 18, 43–48.
- George, C., West, M. (2011): The Adult Attachment Projective Picture System: integrating attachment into clinical assessment. *J Pers Assess* 93, 407–416.
- George, C., West, M. (2012): *The Adult Attachment Projective Picture System Attachment Theory and Assessment in Adults*. New York: Guilford.
- Heuft, G., Schneider, G., Klaiberg, A., Brähler, E. (2007): *Ausgebombt – Psychische und psy-*

- chosomatische Spätfolgen des Zweiten Weltkrieges bei den vor 1946 Geborenen im Jahre 2004. *Z Psychosom Med Psychother* 53, 228–243.
- Juen, F., Arnold, L., Meissner, D., Nolte, T., Buchheim, A. (2013): Attachment disorganization in different clinical groups: What underpins unresolved attachment? *Psihologija* 46, 127–142.
- Kirkpatrick, L. A. (2005): Attachment, evolution, and the psychology of religion. New York: Guilford.
- Knox, S., Virginia, S. G., Smith, J. (2007): Pilot study of psychopathology among roman catholic secular clergy. *Pastoral Psychology* 55, 297–306.
- Lewis, M., Feiring, C., Rosenthal, S. (2000): Attachment over time. *Child Dev* 71, 707–720.
- Main, M., Solomon, J., Brazelton, T. B. (1986): Discovery of an insecure-disorganized/dis-oriented attachment pattern affective development in infancy, S. 95–124. Westport, CT: Ablex Publishing.
- McCarthy, G., Davies, S. (2003): Some implications of attachment theory for understanding psychological functioning in old age: An illustration from the long-term psychological effects of World War Two. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 10, 144–155.
- Radebold, H. (2009): Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Hilfen für Kriegskinder im Alter. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Raj, A., Dean, K. E. (2005): Burnout and depression among Catholic priests. *India Pastoral Psychology* 54, 157–171.
- Rossetti, S. J. (2011): Why priests are happy: A study of the psychological and spiritual health of priests. Indiana: Notre Dam.
- Rusby, J. S. M., Tasker, F. (2008): Childhood temporary separation: Long-term effects of the British evacuation of children during World War 2 on older adults' attachment styles. *Attach Hum Dev* 10, 207–221.
- Schubert, C. (2014): Psychoneuroimmunologie des Lebenslaufs: Einfluss von Stress in der Kindheit auf Immunfunktionsstörungen und entzündliche Erkrankung im weiteren Leben. *Psychother Psychosom Med Psychol* 64, 171–180.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995): Generalized Self-Efficacy scale. In: Weinman, S. W. J., Johnston, M. (Hg.): *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*, S. 35–37. Windsor, UK: NFER-Nelson
- Spitzer, C., Hammer, S., Löwe, B., Grabe, H. J., Barnow, S., Rose, M., Wingenfeld, K., Freyberger, H. J., Franke, G. H. (2011): Die Kurzform des Brief Symptom Inventory (BSI-18): erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten der deutschen Version. *Fortschr Neurol Psychiat* 79, 517–523.
- Stambolis, B. (2011): „Ein deutscher Junge weint nicht“. Erziehungserbschaften im 20. Jahrhundert und ihre Weitergabe. In: Mohrmann, R.-E. (Hg.): *Generationenbeziehungen in Familie und Gesellschaft*, S. 59–78. Münster: Waxmann.
- Wittfoth-Schardt, D., Grunding, J., Wittfoth, M., Lanfermann, H., Heinrichs, M., Domes, G., Buchheim, A., Gundel, H., Waller, C. (2012): Oxytocin modulates neural reactivity to children's faces as a function of social salience. *Neuropsychopharmacology* 37, 1799–1807.
- Zulehner, P. M. (2010): *Wie geht,s, Herr Pfarrer? Ergebnis einer kreuz und quer-Umfrage: Priester wollen Reformen*. Graz: Styria Verlag.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Jakob Johann Müller, Hochschule für Philosophie, Kaulbachstraße 22a, 80539 München, E-Mail: mueller_jakob@web.de

III. Literaturverzeichnis

- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5. ed., 2013). Arlington (U.S.): American Psychiatric Association.
- Adshead, G. (1998): Psychiatric staff as attachment figures: Understanding management problems in psychiatric services in the light of attachment theory. *The British Journal of Psychiatry* 172, 64-69.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978): *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford England: Lawrence Erlbaum.
- Antonovsky, A. (1993): The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 36, 725-733.
- Asgersdottir, G. H., Sigurbjörnsson, E., Traustadottir, R., Sigurdardottir, V., Gunnarsdottir, S. & Kelly, E. A. (2013): "To cherish each day as it comes": a qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care. *Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer* 21, 1445-1451.
- Audage, N. C. M., Jennifer S. (2008): *The Effects of childhood stress on health across the lifespan*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control (U.S.).
- Bakermans-Kranenburg, M. J. & Van IJzendoorn, M. H. (2009): The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in non-clinical and clinical groups. *Attachment & Human Development* 11, 223-263.
- Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paulk, M. E., Lathan, C. S., Peteet, J. R. & Prigerson, H. G. (2007): Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life *Journal of Clinical Oncology* 25.
- Balboni, T., Balboni, M., Paulk, M. E., Phelps, A., Wright, A., Peteet, J., Block, S., Lathan, C., Vanderweele, T. & Prigerson, H. (2011): Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer* 117, 5383-5391.
- Balboni, M. J., Sullivan, A., Amobi, A. (2013): Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *Journal of Clinical Oncology* 31, 461-467.
- Borneman, T., Bluman, O. F., Klein, L., Thomas, J. & Ferrell, B. (2013): Spiritual care for Jewish patients facing a life-threatening illness. *J Palliat Care* 29, 58-62.
- Bowlby, J. (1974): *Attachment and loss*. London: Hogarth.

- Brisch, K. H. (2014): Bindung und Psychosomatik. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bucher, A. A. (2007): Psychologie der Spiritualität. Ein Handbuch. Weinheim Basel: Beltz.
- Buchheim, A., Brisch, K. H. & Kächele, H. (1998): Einführung in die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. [Introduction to attachment theory and its importance for psychotherapy]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 48, 128-138.
- Buchheim, A., George, C. & West, M. (2003): The adult attachment projective (AAP) - psychometric properties and new reserach results. *Psychother Psychosom Med Psychol* 53, 419-427.
- Buchheim, A., Heinrichs, M., George, C., Pokorny, D., Koops, E., Henningsen, P., O'Connor, M. F. & Gundel, H. (2009): Oxytocin enhances the experience of attachment security. *Psychoneuroendocrinology* 34, 1417-1422.
- Buchheim, A. & George, C. (2012): Das Adult Attachment Interview (AAI) und das Adult Attachment Projective Picture System (AAP). In: S. Doering & S. Hörz (Hrsg.): *Handbuch der Strukturdiagnostik. Konzepte, Instrumente, Praxis*, 182-224. Stuttgart: Schattauer.
- Buchheim, A. (2015): Die Rolle von Beziehungs- und Bindungserfahrungen. In: W. Rief & P. Henningsen (Hrsg.): *Psychosomatik und Verhaltensmedizin*, 120-130. Stuttgart: Schattauer.
- Büssing, A., Ostermann, T. & Matthiessen, P. F. (2005): Spirituelle Bedürfnisse krebserkrankter Menschen. *DZO* 37, 13-22.
- Büssing, A., Michalsen, A., Balzat, H. J., Grunther, R. A., Ostermann, T., Neugebauer, E. A. & Matthiessen, P. F. (2009): Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Med* 10, 327-339.
- Büssing, A. (2010). Quantitative methods to measure spirituality/religiosity in patients with chronic diseases from Northern Europe. Paper presented at the Conference on Research in Faith and Health in Secular Society, University of Southern Denmark, Odense (DK).
- Büssing, A. (2010): The SpREUK-SF10 questionnaire as a rapid measure of spiritual search and religious trust in patients with chronic diseases. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao* 8, 832-841.
- Büssing, A., Balzat, H. J. & Heusser, P. (2010): Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. *Eur J Med Res* 15, 266-273.
- Büssing, A., Gunther, A., Baumann, K., Frick, E. & Jacobs, C. (2013): Spiritual dryness as a measure of a specific spiritual crisis in catholic priests: associations with symptoms of burnout and distress. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013, 246797.

- Büssing, A., Zhai, X. F., Peng, W. B. & Ling, C. Q. (2013): Psychosocial and spiritual needs of patients with chronic diseases: validation of the Chinese version of the Spiritual Needs Questionnaire. *J Integr Med* 11, 106-115.
- Cassibba, R. & Granqvist, P. (2008): Attachment and God Representations Among Lay Catholics, Priests, and Religious: A Matched Comparison Study Based on the Adult Attachment Interview. *Developmental Psychology* 44, 1753-1763.
- Cassidy, J. & Shaver, P. R. (2008): *Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E. & Walker, E. A. (2001): The patient-provider relationship: Attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *The American Journal of Psychiatry* 158, 29-35.
- Ciechanowski, P. S., Hirsch, I. B. & Katon, W. J. (2002): Interpersonal predictors of HbA(1c) in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 25, 731-736.
- Cobb, M., Dowrick, C. & Lloyd-Williams, M. (2012): What Can We Learn About the Spiritual Needs of Palliative Care Patients From the Research Literature? *Journal of Pain and Symptom Management* 43, 15.
- Cohen, Y. (1997): Attachment as the basis of psychopathological development and residential treatment. *The Psychoanalytic Study of the Child* 52, 247-259.
- Collin, M. (2012): The search for a higher power among terminally ill people with no previous religion or belief. *International Journal of Palliative Nursing* 18, 384-389.
- Curtis, J. R., Ciechanowski, P. S., Downey, L., Gold, J., Nielsen, E. L., Shannon, S. E., Treece, P. D., Young, J. P. & Engelberg, R. A. (2012): Development and evaluation of an interprofessional communication intervention to improve family outcomes in the ICU. *Contemp Clin Trials* 33, 1245-1254.
- de Araujo Elias, A. C., Giglio, J. S., de Mattos Pimenta, C. A. & El-Dash, L. G. (2006): Therapeutic intervention, relaxation, mental images, and spirituality (RIME) for spiritual pain in terminal patients. A training program. *ScientificWorldJournal* 6, 2158-2169.
- Decker, O., Brähler, E. & Radebold, H. (2004): Kriegskindheit und Vaterlosigkeit – Indizien für eine psychosoziale Belastung nach fünfzig Jahren. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin* 2.
- Dein, S., Swinton, J. & Abbas, S. Q. (2013): Theodicy and End-of-Life Care. *J Soc Work End Life Palliat Care* 9, 191-208.

- Derogatis, L. R. (2001): BSI 18, brief symptom inventory 18: Administration, scoring, and procedures manual. Minneapolis: NCS Pearson Inc.
- Deutsche Bischofskonferenz (2014). Katholische Kirche in Deutschland - Zahlen und Fakten 2013/2014 Abgerufen am: 30.06. 2015, <http://www.dbk.de/zahlen-fakten/kirchliche-statistik/>
- Dhamani, K. A., Paul, P. & Olson, J. K. (2011): Tanzanian nurses understanding and practice of spiritual care. *ISRN Nurs* 2011, 534803.
- Dickie, J. R., Ajega, L. V., Kobylak, J. R. & Nixon, K. M. (2006): Mother, Father, and Self: Sources of Young Adults' God Concepts. *Journal for the Scientific Study of Religion* 45, 57-71.
- Durkheim, E. (2001): *The Elementary Forms of Religious Life*. Oxford (U.K.): Oxford University Press.
- Edwards, A., Pang, N., Shiu, V. & Chan, C. (2010): The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliat Med* 24, 753-770.
- Feeney, J. A. & Ryan, S. M. (1994): Attachment style and affect regulation: Relationships with health behavior and family experiences of illness in a student sample. *Health Psychology* 13, 334-345.
- Fizke, E., Buchheim, A. & Juen, F. (2013): Activation of the attachment system and mentalization in depressive and healthy individuals – an experimental control study. *Psihologija* 46, 161-176.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997): Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Dev Psychopathol* 9, 679-700.
- Fonagy, P., Gergely, G. & Target, M. (2007): The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48, 288-328.
- Franke, G. H. (2000): BSI, Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis – Deutsches manual. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft.
- Franke, G. H., Ankerhold, A., Haase, M., Jäger, S., Tögel, C., Ulrich, C. & Frommer, J. (2011): Der Einsatz des Brief Symptom Inventory 19 (BSI.18) bei Psychotherapiepatienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 61, 82-86.
- Franz, M., Hardt, J. & Brähler, E. (2007): Vaterlos: Langzeitfolgen des Aufwachsens ohne Vater im Zweiten Weltkrieg. *Z Psychosom Med Psychother* 53, 216-227.

- Frenk, S. M., Mustillo, S. A., Hooten, E. G. & Meador, K. G. (2013): The Clergy Occupational Distress Index (CODI): background and findings from two samples of clergy. *J Relig Health* 52, 397-407.
- Frick, E. (2009): Spiritual Care: ein neues Fachgebiet der Medizin. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 55, 145-155.
- Frick, E. & Roser, T. H. (2011): *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Frick, E. (Ed.). (2012). *Den Abschied vom Leben verstehen : Psychoanalyse und Palliative Care* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Frick, E. (2014): Wohin dreht der »Spiritual Turn«? In: E. Frick & H. Roser (Hrsg.): *Freuds Religionskritik und der Spiritual Turn*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Frick, E., Büssing, A., Baumann, K., Weig, W. & Jacobs, C. (2015): Do Self-efficacy Expectation and Spirituality Provide a Buffer Against Stress-Associated Impairment of Health? A Comprehensive Analysis of the German Pastoral Ministry Study. *J Relig Health*.
- Frigerio, A., Costantino, E., Ceppi, E. & Barone, L. (2013): Adult attachment interviews of women from low-risk, poverty, and maltreatment risk samples: comparisons between the hostile/helpless and traditional AAI coding systems. *Attach Hum Dev* 15, 424-442.
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S. & E., B. (2009): Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Z Med Psychol* 18, 43 – 48.
- George, C. & West, M. (2011): The Adult Attachment Projective Picture System: integrating attachment into clinical assessment. *J Pers Assess* 93, 407-416.
- George, C. & West, M. (2012): *The Adult Attachment Projective Picture System Attachment Theory and Assessment in Adults*. New York: Guilford Press.
- Granqvist, P., Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2010): Religion as Attachment: Normative Processes and Individual Differences. *Personality and Social Psychology Review* 14, 49-59.
- Granqvist, P. & Kirkpatrick, L. A. (2013): Religion, spirituality, and attachment. In: K. I. Pargament, J. J. Exline, J. W. Jones, K. I. Pargament, J. J. Exline & J. W. Jones (Hrsg.): *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research.*, 139-155. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Grant, E., Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Tilley, S. & Ryan, D. (2004): Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study. *Palliat Support Care* 2, 371-378.

- Greenway, A. P., Phelan, M., Turnbull, S. & Milne, L. C. (2007): Religious coping strategies and spiritual transcendence. *Mental Health, Religion & Culture* 10, 325-333.
- Grom, B. (2011): Spiritualität - die Karriere eines Begriffs: Eine religionspsychologische Perspektive. In: E. Frick & T. Roser (Hrsg.): *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987): Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 52, 511-524.
- Hesse, E. (1999): The adult attachment interview: Historical and current perspectives. In: J. Cassidy & P. R. Shaver (Hrsg.): *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. , 395-433. New York, US: Guilford Press.
- Hesse, E. & Main, M. (2000): Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 48, 1097-1127.
- Heuft, G., Schneider, G., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2007): Ausgebombt – Psychische und psychosomatische Spätfolgen des Zweiten Weltkrieges bei den vor 1946 Geborenen im Jahre 2004. *Z Psychosom Med Psychother* 53, 228-243.
- Hexem, K. R., Mollen, C. J., Carroll, K., Lanctot, D. A. & Feudtner, C. (2011): How Parents of Children Receiving Pediatric Palliative Care Use Religion, Spirituality, or Life Philosophy in Tough Times. *J Palliat Med* 14, 39-44.
- Hloulal, T., Petersen, Y., Frick, E., Buchheim, A. & Bettenbrock, B. (2012): Bindungstheorie in der Palliativmedizin – Auswirkungen standardisierter Bindungsdiagnostik mit dem Adult Attachment Projective Picture System auf die psychische Befindlichkeit der Patienten. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 3, 142-149.
- Homan, K. J. & Boyatzis, C. J. (2010): The protective role of attachment to God against eating disorder risk factors: concurrent and prospective evidence. *Eat Disord* 18, 239-258.
- Hooper, L. M., Tomek, S. & Newman, C. R. (2012): Using attachment theory in medical settings: implications for primary care physicians. *J Ment Health* 21, 23-37.
- Hunter, J. J. & Maunder, R. G. (2001): Using attachment theory to understand illness behavior. *General Hospital Psychiatry* 23, 177-182.
- Hvidt, E. A., Iversen, H. R. & Hansen, H. P. (2013): “Someone to hold the hand over me”: The significance of transpersonal “attachment” relationships of Danish cancer survivors. *European Journal of Cancer Care* (in press).

- Isgandarova, N. (2012): Effectiveness of Islamic spiritual care: foundations and practices of Muslim spiritual care givers. *J Pastoral Care Counsel* 66, 4.
- Juen, F., Arnold, L., Meissner, D., Nolte, T. & Buchheim, A. (2013): Attachment Disorganization in different clinical groups: What underpins Unresolved Attachment? *Psihologija* 46, 127-142.
- King, D. A. & Quill, T. (2006): Working with families in palliative care: one size does not fit all. *J Palliat Med* 9, 704-715.
- Kirkpatrick, L. A. & Shaver, P. R. (1992): An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief. *Personality and Social Psychology Bulletin* 18, 266-275.
- Kirkpatrick, L. A. (2005): Attachment, evolution, and the psychology of religion. New York (U.S.): Guilford Press.
- Klass, D. E., Silverman, P. R. E. & Nickman, S. L. E. (1996): Continuing bonds: New understandings of grief. Series in death education, aging, and health care. . Philadelphia (U.S.): Taylor & Francis.
- Knox, S., Virginia, S. G. & Smith, J. (2007): Pilot Study of Psychopathology Among Roman Catholic Secular Clergy. *Pastoral Psychology* 55, 297-306.
- Koenig, H. G. (2012): Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *Psychiatry* 2012, 278730.
- Körtner, U. H. J. (2011): Für einen mehrdimensionalen Spiritualitätsbegriff: Eine interdisziplinäre Perspektive. In: E. Frick & T. Roser (Hrsg.): *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*, 26-34. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kurtz, M. J. (2012): God can still save my granddaughter: The role of spirituality in ethical decision-making for a critically ill neonate. *Progress in Palliative Care* 20, 86-93.
- Ladd, K. L. & Spilka, B. (2006): Inward, outward, upward prayer: Scale reliability and validation. *Journal for the Scientific Study of Religion* 45, 233-251.
- Lewis, M., Feiring, C. & Rosenthal, S. (2000): Attachment over time. *Child Dev* 71, 707-720.
- Loetz, C.; Müller, J. J.; Frick, E.; Petersen, Y.; Hvidt, N. C.; Mauer, C. (2013). Attachment Theory and Spirituality: Two Threads Converging in Palliative Care? *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. Special Issue Spirituality and Health, Volume 2013, 1-14.
- Loetz, C. & Müller, J. J. (2016). Die Patientenklänge als Bindungssignal. Eine bindungspsychologische Feldstudie zum Konzept der Feinfühligkeit in der Palliativversorgung. In: E. Frick

- & R. T. Vogel (Hrsg.), *Den Abschied vom Leben verstehen. Psychoanalyse und Palliative Care* (2. Aufl.) (pp. 131-150). Stuttgart: Kohlhammer.
- Loetz, C., Leutinger, E., Frick, E. & Müller, J. J. (2017). Attachment and Spiritual Attitudes in Dealing with Illness among Palliative Patients. An Empirical Study. Professur für Spiritual Care. Technische Universität München. In progress.
- Lunder, U., Furlan, M. & Simonic, A. (2011): Spiritual needs assessments and measurements. *Curr Opin Support Palliat Care* 5, 273-278.
- Ma, K. (2006): Attachment theory in adult psychiatry. Part 1: Conceptualisations, measurement and clinical research findings. *Advances in Psychiatric Treatment* (2006) 12, 9.
- Main, M., Solomon, J. & Brazelton, T. B. (1986): Discovery of an insecure-disorganized / disoriented attachment pattern Affective development in infancy, 95-124. Westport (U.S.): Ablex Publishing.
- Main, M. (2000): The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 48, 1055-1096.
- Martin, A., Buchheim, A., Berger, U. & Strauss, B. (2007): The impact of attachment organization on potential countertransference reactions. *Psychotherapy Research* 17, 46-58.
- Mauer, C., Petersen, Y., Loetz, C. & Frick, E. (2014): Umgang mit Trennungsunsicherheit aus einer spirituellen und bindungstheoretischen Perspektive in der palliativen Situation. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 15, 70-77.
- McCarthy, G. & Davies, S. (2003): Some Implications of Attachment Theory for Understanding Psychological Functioning in Old Age: An Illustration from the Long-term Psychological Effects of World War Two. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 10, 144-155.
- McCord, G., Gilchrist, V., Grossman, S., King, B., McCormick, K., Oprandi, A., Schrop, S., Selius, B., Smucker, D., Weldy, D., Amorn, M., Carter, M., Deak, A., Hefzy, H. & Srivastava, M. (2004): Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Annals of Family Medicine* 2, 356-361.
- McCullough, M. E., Friedman, H. S., Enders, C. K. & Martin, L. R. (2009): Does devoutness delay death? Psychological investment in religion and its association with longevity in the Terman sample. *J Pers Soc Psychol* 97, 866-882.
- McDonald, A., Beck, R., Allison, S. & Norsworthy, L. (2005): Attachment to God and parents: Testing the correspondence vs. compensation hypothesis. *Journal of Psychology and Christianity* 24, 21-28.

- McPherson, C. J., Wilson, K. G. & Murray, M. A. (2007): Feeling like a burden: Exploring the perspectives of patients at the end of life. *Soc Sci Med* 64, 417-427.
- Meltzoff, A. N. & Moore, M. K. (2002): Imitation, memory, and the representation of persons. *Infant Behavior & Development* 25, 39-61.
- Mertens, W. (2012): *Psychoanalytische Bindungstheorie und moderne Kleinkindforschung* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. & Berant, E. (2013): An Attachment Perspective on Therapeutic Processes and Outcomes. *Journal of Personality* 81, 606-16.
- Milberg, A., Wahlberg, R., Jakobsson, M., Olsson, E. C., Olsson, M. & Friedrichsen, M. (2011): What is a 'secure base' when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences of palliative home care. *Psychooncology* 6, 749-756.
- Milberg, A., Wählberg, R., Jakobsson, M., Olsson, E. C., Olsson, M. & Friedrichsen, M. (2012): What is a 'secure base' when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences of palliative home care. *Psycho-Oncology* 21, 886-895.
- Miner, M. H. (2007): Back to the basics in Attachment to God: Revisiting theory in light of theology. *Journal of Psychology and Theology* 35, 10.
- Müller, J. J., Loetz, C., Altenhofen, M., Frick, E., Buchheim, A., Baumann, K. & Man Ging, C. I. (2015): Bindung und psychosomatische Gesundheit bei katholischen Seelsorgenden. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 61, 370-83.
- Müller, J. J. (2015). Bindung am Lebensende. Eine empirische Untersuchung über die Bindungsrepräsentationen von Palliativpatienten und Hospizbewohnern (Dissertation, Dr. hum. biol.). Ludwig-Maximilians-Universität München, z.Z. in Begutachtung.
- Müller, J. J. & Loetz, C. (2016): Wiederkehr der Kindheit? Psychoanalytische Überlegungen zum Sterben in der stationären Palliativversorgung. In: E. Frick & R. T. Vogel (Hrsg.): *Den Abschied vom Leben verstehen. Psychoanalyse und Palliative Care* (2. Aufl.), 151-168. Stuttgart: Kohlhammer.
- Murken, A. H. (2010): From traditional to modern hospital - from Paris to Berlin. *Hist Hosp* 27, 149-180.
- Nolan, S., Saltmarsh, P. & Leget, C. (2011): Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. *European Journal of Palliative Care* 18, 86-89.

- Ozbasaran, F., Ergul, S., Temel, A. B., Aslan, G. G. & Coban, A. (2011): Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs* 20, 3102-3110.
- Pargament, K. I. (2001): *The Psychology of Religion and Coping. Theory, Research, Practice*. New York: Guilford Press.
- Peteet, J. R. & Balboni, M. J. (2013): Spirituality and Religion in Oncology. *Cancer Journal for Clinicians*.
- Petersen, Y. & Köhler, L. (2006): Application of Attachment Theory for Psychological Support in Palliative Medicine during the Terminal Phase. *Gerontology* 52, 1111-1123.
- Phelps, Maciejewski, Nilsson, Balboni, Wright, Paulk, Trice, Schrag, Peteet, Block & Prigerson. (2009): Religious Coping and Use of Intensive Life-Prolonging Care Near Death in Patients With Advanced Cancer. *JAMA* 301, 1140-1147.
- Pietromonaco, P. R., Uchino, B. & Dunkel Schetter, C. (2013): Close relationship processes and health: implications of attachment theory for health and disease. *Health Psychol* 32, 499-513.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K. & Sulmasy, D. (2009): Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med* 12, 885-904.
- Puchalski, C. M., Post, S. G. & Sloan, R. P. (2009): Physicians and patients' spirituality. *Virtual Mentor* 11, 804-815.
- Radebold, H. (2009): *Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Hilfen für Kriegskinder im Alter*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Raj, A. & Dean, K. E. (2005): Burnout and depression among Catholic priests India *Pastoral Psychology* 54, 157-171.
- Reinert, D. F. (2005): Spirituality, Self-Representations, and Attachment to Parents: A Longitudinal Study of Roman Catholic College Seminarians. *Counseling and Values* 49, 226-238.
- Rodin, G., Lo, C., Mikulincer, M., Donner, A., Gagliese, L. & Zimmermann, C. (2009): Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Soc Sci Med* 68, 562-569.
- Roser, T. (2011): Innovation Spiritual Care: Eine praktisch-theologische Perspektive. In: Frick E. & Roser, T. (Hrsg.): *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*, 45-55. Stuttgart: Kohlhammer.

- Rossetti, S. J. (2011): *Why Priests are Happy: A Study of the Psychological and Spiritual Health of Priests*. Notre Dam.
- Rusby, J. S. M. & Tasker, F. (2008): Childhood temporary separation: Long-term effects of the British evacuation of children during World War 2 on older adults' attachment styles. *Attachment & Human Development* 10, 207-221.
- Ruschmann, E. (2011): Transcending towards transcendence. *Implicit Religion* 14, 421-432.
- Sandler, J. (2003): On attachment to internal objects. *Psychoanalytic Inquiry* 23, 12-26.
- Saunders, C. (2009): *Sterben und Leben. Spiritualität in der Palliative Care*. Zürich: Theologischer Verlag.
- Schubert, C. (2014): Psychoneuroimmunologie des Lebenslaufs: Einfluss von Stress in der Kindheit auf Immunfunktionsstörungen und entzündliche Erkrankung im weiteren Leben. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 64, 171-180.
- Schultz, M., Baddarni, K. & Bar-Sela, G. (2012): Reflections on palliative care from the jewish and islamic tradition. *Evid Based Complement Alternat Med* 2012, 693092.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995): Generalized Self-Efficacy scale. In: S. W. J. Weinman & M. Johnston (Hg.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*, 35-37. Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Silvestri, G. A., Knittig, S., Zoller, J. S. & Nietert, P. J. (2003): Importance of Faith on Medical Decisions Regarding Cancer Care. *Journal of Clinical Oncology* 21, 1379-1382.
- Slade, A. (2005): Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development* 7, 269-281.
- Spilka, B. & Ladd, K. L. (2013): *The psychology of prayer: A scientific approach*. New York (U.S.): Guilford Press.
- Stambolis, B. (2011): „Ein deutscher Junge weint nicht“. *Erziehungserbschaften im 20. Jahrhundert und ihre Weitergabe*. In: R.-E. Mohrmann (Hg.), *Generationenbeziehungen in Familie und Gesellschaft*, 59-78. Münster Waxmann.
- Stroebe, M. S., Abakoumkin, G., Stroebe, W. & Schut, H. (2012): Continuing bonds in adjustment to bereavement: Impact of abrupt versus gradual separation. *Personal Relationships* 19, 255-266.
- Swinton, J. & Pattison, S. (2001): Spirituality. Come all ye faithful. *Health Serv J* 111, 24-25.
- Tan, A., Zimmermann, C. & Rodin, G. (2005): Interpersonal processes in palliative care: An attachment perspective on the patient-clinician relationship. *Palliative Medicine* 19, 143-150.

- Thompson, D. & Ciechanowski, P. S. (2003): Attaching a new understanding to the patient-physician relationship in family practice. *J Am Board Fam Pract* 16, 219-226.
- Tirgari, B., Iranmanesh, S., Ali Cheraghi, M. & Arefi, A. (2013): Meaning of spiritual care: Iranian nurses' experiences. *Holist Nurs Pract* 27, 199-206.
- van Ijzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010): Invariance of adult attachment across gender, age, culture, and socioeconomic status? *Journal of Social and Personal Relationships* 27, 200-208.
- van Laarhoven, H. W., Schilderman, J., Vissers, K. C., Verhagen, C. A. & Prins, J. (2010): Images of god in relation to coping strategies of palliative cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 40, 495-501.
- Weier, E. (2012): Wenn das Geheimnis die Lösung ist. *Spiritual Care* 1, 82-83.
- World Health Organisation, WHO. (2013). Palliative Care. Abgerufen am: 06.07.2013, <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>
- Wittfoth-Schardt, D., Grunding, J., Wittfoth, M., Lanfermann, H., Heinrichs, M., Domes, G., Buchheim, A., Gündel, H. & Waller, C. (2012): Oxytocin modulates neural reactivity to children's faces as a function of social salience. *Neuropsychopharmacology* 37, 1799-1807.
- Zimmermann, P. & Becker-Stoll, F. (2002): Stability of attachment representations during adolescence: The influence of ego-identity status. *Journal of Adolescence* 25, 107-124.
- Zulehner, P. M. (2010): Wie geht's, Herr Pfarrer? Ergebnis einer kreuz und quer-Umfrage: Priester wollen Reformen: Ergebnisse einer kreuz und quer-Umfrage: Priester wollen Reformen. Graz: Styria.
- Zwingmann, C., Müller, C., Körber, J. & Murken, S. (2008): Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care* 17, 361-370.