

Bindungswissen und Bindungsdiagnostik in der Erziehungsberatung

Mathias Berg

Mathias Berg

Bindungswissen und Bindungsdiagnostik in der Erziehungsberatung

Fragen – Befunde – Perspektiven

Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek
Mathias Berg
Bindungswissen und Bindungsdiagnostik in der Erziehungsberatung
Fragen – Befunde – Perspektiven

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe:
"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Coburg: ZKS-Verlag
Alle Rechte vorbehalten
© 2013 ZKS-Verlag
Cover-Design: Leon Reicherts
ISBN 978-3-934247-00-0

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154
Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
Mönchswiesenweg 12 A
96479 Weitramsdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de
www.zks-verlag.de
Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSEG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927.
Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert
- Dr. Gernot Hahn
- Prof. Dr. Helmut Pauls

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
------------------	---

TEIL I: THEORETISCHE GRUNDLAGEN

1 Disziplinäre Verortung	8
1.1 Soziale Arbeit als disziplinäre Orientierung – Ein Ordnungsversuch.....	9
1.2 Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit:	
Klinische Sozialarbeit – Therapeutische Sozialpädagogik	13
1.3 Erziehungsberatung und Bindungstheorie	15
2 Bindungstheorie und Bindungsforschung	18
2.1 Bindung – Grundlagen und Begriffsbestimmungen.....	19
2.1.1 Entwicklung der Bindungsbeziehung	21
2.1.2 Internale Arbeitsmodelle und Bindungsrepräsentation	22
2.2 Bindungsqualität	23
2.2.1 Organisierte Bindungsstrategien	24
2.2.2 Nicht organisierte Bindungsstrategie	25
2.2.3 Die Untersuchung der Bindungsrepräsentation.....	26
2.2.3.1 Organisierte Bindungsrepräsentationen	27
2.2.3.2 Nicht organisierte Bindungsrepräsentation	28
2.3 Schutz- und Risikofaktoren für ein emotional gesundes Aufwachsen ..	30
2.3.1 Schutzfaktoren	31
2.3.2 Risikofaktoren	32
2.4 Bindungsstörungen.....	33
2.5 Bindung über die Lebensspanne	36
2.5.1 Bindung im Kindes- und Jugendalter	37
2.6 Erkenntnisse der Bindungsforschung für die Beratung und Therapie ..	39
3 Erziehungs- und Familienberatung.....	42
3.1 Rahmenbedingungen der Erziehungsberatung	43
3.1.1 Geschichtliche Entwicklung.....	44
3.1.2 Aktuelle gesetzliche Grundlagen und Auftrag	44
3.1.3 Definition und Abgrenzung.....	47
3.2 Konzepte und Arbeitsweisen der Erziehungsberatung	49
3.2.1 Das multiprofessionelle Fachteam	50
3.2.2 Beratung und Therapie	51
3.2.2.1 Psychosoziale Beratung.....	52

3.2.2.2 (Psycho-)Therapie – Ein Abgrenzungsversuch	54
3.3 Diagnostik in der Erziehungsberatung	57
3.3.1 Definition.....	58
3.3.2 Formen psychologischer und psychosozialer Diagnostik.....	59
3.3.3 Das Eltern-Kind-System als diagnostischer Gegenstandsbereich	62
3.3.3.1 Persönlichkeits- und Leistungsdiagnostik (Individualdiagnostik) .	62
3.3.3.2 Beziehungsdiagnostik	63
4 Beziehungsdiagnostik und Bindungsdiagnostik in der Erziehungsberatung	65
4.1 Beziehungsdiagnostik durch implizite Vorgehensweisen im Beratungsprozess.....	66
4.2 Beziehungsdiagnostik mit methodischen Testverfahren	71
4.2.1 Projektive Testverfahren	71
4.2.1.1 Familie in Tieren.....	72
4.2.1.2 Sceno.....	73
4.2.1.3 Family-Relations-Test (FRT)	74
4.2.2 Beobachtungs- und Interviewverfahren.....	75
4.2.3 Das Familienbrett.....	77
4.3 Bindungsdiagnostik.....	78
4.3.1 Das Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung (GEV-B).....	80
4.3.2 Das Bindungsinterview für die späte Kindheit (BISK).....	82
4.3.3 Das Adult Attachment Interview (AAI)	84

TEIL II: EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

5 Bindungswissen und Bindungsdiagnostik in der Erziehungsberatung –	86
Eine Fragebogenerhebung in Nordrhein-Westfalen.....	86
5.1 Forschungskontext und Ausgangslage.....	86
5.2 Herleitung der Hypothesen und Forschungsfragen.....	88
5.3 Studienteilnehmer.....	91
6 Methode	95
6.1 Untersuchungsdesign.....	95
6.2 Erhebungsinstrument.....	96
6.2.1 Das leitfadengestützte Interview zur Fragebogenkonstruktion	96
6.2.2 Der Online-Fragebogen zum Bindungswissen in der Erziehungsberatung (OFBw).....	97
6.3 Datenerhebung.....	102
6.4 Datenauswertung	104
6.4.1 Umgang mit den offenen Antwortformaten.....	104

6.5	Methodenreflexion	107
7	Ergebnisse	110
7.1	Rücklauf und soziodemographische Merkmale der Stichprobe	110
7.2	Bindungswissen der Fachkräfte.....	114
7.3	Einfluss des Bindungswissens im Arbeitsfeld	121
7.4	Bindungsdiagnostik in der Erziehungsberatung	124
7.5	Zusammenfassung der Ergebnisse	129
8	Diskussion	131
8.1	Zur Bewertung und Aussagekraft der Erhebung	131
8.2	Zum Bindungswissen der befragten Fachkräfte.....	134
8.3	Zum Stellenwert der bindungstheoretischen Perspektive	138
8.4	Zur Bindungsdiagnostik im Allgemeinen und im Speziellen	141
8.5	Schlussfolgerungen und Implikationen für die Praxis der Erziehungsberatung.....	146
	Literatur- und Quellenverzeichnis.....	150
	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	158
	Anhang.....	161

Danksagung und Hinweis

Mein Dank gilt allen Fachkräften der Erziehungsberatung, die an der vorliegenden empirischen Untersuchung zum Bindungswissen teilgenommen haben. Weiterhin möchte ich mich bei der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung NRW und den Kooperationspartnern in der nordrhein-westfälischen Erziehungsberatungslandschaft für die freundliche Unterstützung der Studie bedanken.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten, falls nicht anders angemerkt, für beide Geschlechter.

Einleitung

Auf der Suche nach Antworten auf die psychosozialen Probleme ihrer Adressaten befindet sich die institutionelle Erziehungs- und Familienberatung in einem fortwährenden Modernisierungsprozess. Professionelle Hilfe wird dabei immer zielgerichteter und immer früher benötigt. Die psychische wie soziale Gesundheit und Integration von Heranwachsenden rückt dieser Tage wieder vermehrt in den Mittelpunkt der beraterischen Arbeit. „Kinder-Perspektiven“, so der Name, der wissenschaftlichen Jahrestagung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung im Jahr 2009, verdeutlicht diesen bereits länger währenden Trend. In den letzten Jahren sind allein die Angebote zu „Frühen Hilfen – Beratung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern“ oder Hilfen für „Kinder psychisch kranker Eltern“ rasant in den Beratungsstellen ausgeweitet bzw. etabliert worden (bke, 2010a; Schrappe, 2010). „Das Kind im Mittelpunkt“ (bke, 2010b), so könnte das Credo der Erziehungsberatung seit jeher lauten, und doch werfen die Ergebnisse des 13. Kinder- und Jugendberichtes (2009), der die Chancen für ein gesundes Aufwachsen in Deutschland thematisiert, und des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) (Robert-Koch-Institut, 2006) Fragen zur gesundheitlichen Situation von Kindern in ihren Familien auf. In letztgenannter Studie lagen bei 21,9 % der Kinder zumindest Hinweise auf psychische Auffälligkeiten vor. Insbesondere Jungen waren dabei von Hyperaktivität und Störungen des Sozialverhaltens betroffen. Am stärksten ist ein Zusammenhang mit (chronischen) Familienkonflikten erkennbar. Damit sind in erster Linie die familialen Beziehungen angesprochen.

Neben diesen fachpolitischen wie gesellschaftlichen Tendenzen sind in den letzten Jahren im Bereich der Klinischen Entwicklungspsychologie zunehmend Konzepte und Verfahren entwickelt worden, die vor allem hinsichtlich der sozial-emotionalen Bindung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen neue Möglichkeiten für die psychosoziale Praxis eröffnen. Die wegweisenden Ergebnisse der Bindungsforschung können mit diesen Verfahren auch in der Erziehungsberatung genutzt werden, um die Bindungsbeziehung von Kindern sicherer einzuschätzen und einen entsprechenden Bedarf der Familie adäquater zu beantworten. Bereits vor mehr als zehn Jahren hat die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung mit einschlägigen Fachkongressen und Publikationen (z.B. Suess et al., 2001) auf die Bindungsperspektive aufmerksam gemacht und anwendungs-

orientierte Interventionen vorgestellt. Auch aufgrund der aufrüttelnden Berichte in den zitierten Studien lässt sich fragen:

„Inwieweit haben bindungstheoretische Erkenntnisse Eingang in die Erziehungsberatung gefunden? Wie ist es konkret um das Bindungswissen der Berater und Therapeuten bestellt und nutzen sie bereits Verfahren und Methoden um Bindung zu diagnostizieren und zu beschreiben?“

Der Zugang zur Thematik der vorliegenden Arbeit „Bindungswissen und Bindungsdiagnostik in der Erziehungsberatung“ war für den Autor im doppelten Sinn eine Herausforderung. Seit dreieinhalb Jahren ist er als Fachkraft in der Familienberatungsstelle Mittelstraße in Kerpen tätig und kennt daher das Arbeitsfeld aus der Praxis. Er arbeitete bisher selbst eher „weniger bindungsorientiert“ und ist in seinem berufsbegleitenden Masterstudium auf die Bindungstheorie und ihre Diagnostikverfahren gestoßen. Daraus erwuchs das Interesse, die Situation um die Bindungstheorie und ihre diagnostischen Anwendungen in der Erziehungsberatung in einer Art Pilotstudie erstmalig zu erheben. Befragt wurden dabei über 250 Fachkräfte in nordrhein-westfälischen Erziehungsberatungsstellen über einen Online-Fragebogen. Die Ergebnisse werfen neue Fragen zur Umsetzung bindungstheoretischer Erkenntnisse im Arbeitsfeld auf und lassen mit der gebotenen Vorsicht auf die Verhältnisse im Bundesland Nordrhein-Westfalen schließen.

Die Arbeit gliedert sich in zwei größere Teile, die wiederum jeweils in vier Kapitel unterteilt sind. Der erste theoretische Teil der Arbeit beginnt mit dem Kapitel „Disziplinäre Verortung“ und legt Erziehungsberatung als Handlungsfeld der klinisch-therapeutischen Fachsozialarbeit und die Bindungstheorie als interdisziplinäre Theorie dar, die maßgeblichen Einfluss auf die klinisch-therapeutische Sozialpädagogik ausübt. Das zweite Kapitel beschäftigt sich explizit mit der Bindungstheorie und den zentralen Ergebnissen der Bindungsforschung für die psychosoziale Praxis. Hier werden die Klassifizierungen der Bindungsmuster für die Bindungsdiagnostik behandelt und ihre Entstehung und Auswirkungen im Eltern-Kind-System angerissen. Das darauffolgende dritte Kapitel legt Erziehungs- und Familienberatung als Leistung der Kinder und Jugendhilfe dar und setzt sich dezidiert mit ihren Interventionen der direkten Behandlung auseinander. Besonderes Gewicht erhält dabei die psychosoziale Diagnostik in der Er-

ziehungsberatung. Sie ebnet den Zugang zum vierten Kapitel, das den Abschluss der theoretischen Grundlagen markiert. Es behandelt die in der Erziehungsberatung vielfach vorkommende Beziehungsdiagnostik im impliziten wie im expliziten Sinn. Hier werden sowohl Methoden der anamnestischen Informationsgewinnung im Beratungsgespräch als auch einzelne methodische Testverfahren kategorisiert und besprochen. Das Kapitel schlägt in einem weiteren Abschnitt einen Bogen zur spezielleren Bindungsdiagnostik und stellt drei unterschiedliche Erhebungsverfahren für die Erziehungsberatung detaillierter vor.

Der zweite, größere Teil der Arbeit widmet sich der empirischen Fragebogenerhebung zum Bindungswissen der Fachkräfte. Das fünfte Kapitel stellt dabei die Ausgangslage, die Herleitung der Hypothesen und Forschungsfragen und die Rekrutierung der Studienteilnehmer dar. Das sechste Kapitel befasst sich ausgiebig mit methodologischen Aspekten der Studie. Dabei werden Design, Konstruktion des Erhebungsinstruments sowie die Durchführung und Auswertung der Untersuchung dezidiert beschrieben und im Anschluss daran reflektiert. Im siebten Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung präsentiert, wobei aufgrund der Fülle eine Auswahl der Resultate deskriptiv dargestellt wird. Das achte und letzte Kapitel diskutiert die Ergebnisse anhand der zuvor formulierten Hypothesen und den Erkenntnissen aus den theoretischen Grundlagen und schließt mit Implikationen und Thesen für die Bindungsperspektive in der Erziehungsberatung.

TEIL I: THEORETISCHE GRUNDLAGEN

1 Disziplinäre Verortung

Die Erziehungs- und Familienberatung (EB) ist ein hinreichend gut erforschtes und regelmäßig statistisch erfasstes Arbeitsgebiet. Es ist darüber hinaus ein typisch interdisziplinäres Praxisfeld, das in Deutschland eine lange Tradition hat. Erziehungsberatung¹ hat sich in ihrer Historie nach und nach von einem ärztlich-therapeutischen Arbeitsfeld zu einer psychologisch-sozialpädagogischen „Hilfe zur Erziehung“ (§ 27 SGB VIII ff.) im Spektrum der Sozialen Arbeit weiterentwickelt. In diesem Zusammenhang vertritt die vorliegende Arbeit eine Perspektive der Sozialen Arbeit im Hinblick auf die Praxis der Erziehungs- und Familienberatung. Dies wirkt dem ersten Augenschein nach nicht außergewöhnlich, da Beratung, und vor allem psychosoziale Beratung, ein Verfahren darstellt, dem sich Soziale Arbeit bereits seit Jahrzehnten in besonderer Weise angenommen hat. Etliche Ansätze innerhalb der professionellen Beratung sind geradezu ein Markenkern Sozialer Arbeit geworden, von weitreichenden Konzepten wie alltags- und lebensweltorientierter Beratung und Empowerment bis hin zu adaptierten und integrierten Modellen der Psychotherapie wie personenzentrierter oder systemischer Beratung. Zu einer Besonderheit wird die sozialpädagogische Perspektive insofern, da aus dieser Profession, den Recherchen des Autors nach, verhältnismäßig selten Studien zur Erziehungsberatung vorgelegt werden. Bisherige Arbeiten und Untersuchungen zum Arbeitsfeld EB wurden in der Regel von Psychologen veröffentlicht (z.B. die Arbeiten von Heekerens, 1998; Hundsalz, 1995; 2003; Körner et al., 2005; 2008; Kurz-Adam, 1995; 1997; Lenz, 1990; 1994; 2001; Scheuerer-Englisch, 2008; Vossler, 2003; um nur einige zu nennen). In neuerer Zeit sind eine Hand voll Arbeiten aus dem erziehungswissenschaftlichen Spektrum hinzugekommen (vgl. Strasser, 2006; Wattendorf, 2007; Zimmer & Schrapper, 2006). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bilden sich dagegen auf dem Horizont der Disziplin Sozialer Arbeit ab, und genauer, der Fachdisziplin Klinisch-therapeutischer Sozialer Arbeit.

¹ Im weiteren Verlauf werden die Begriffe Erziehungsberatung sowie Familienberatung synonym für das Praxisfeld der Erziehungs- und Familienberatungsstellen (nach § 28, SGB VIII) verwendet.

In diesem ersten Kapitel sollen daher die fachwissenschaftlichen Bezüge und theoretischen Zusammenhänge dargelegt werden. Dafür ist es wichtig, auf die Soziale Arbeit als Ganzes zu blicken, begriffliche Differenzierungen vorzunehmen und die Fachsozialarbeit „Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit“ im Arbeitsfeld Kinder- und Jugendhilfe kurz zu skizzieren.

1.1 Soziale Arbeit als disziplinäre Orientierung – Ein Ordnungsversuch

Soziale Arbeit ist ein schwierig zu definierender Gegenstand. Es handelt sich dabei um eine Handlungswissenschaft, deren Selbst- und Fremdverständnis stark von gesellschaftlichen Verhältnissen bestimmt wird. Die Schwierigkeit, Sozialer Arbeit genau zu bestimmen, zeichnet sich zunächst in der theoretischen Verankerung sowie der Professionsgeschichte ab und endet nicht zuletzt bei der Begriffssuche. Thole (2010) unterscheidet hinsichtlich der Theorietraditionen grob zwischen einer sozialpädagogischen und einer wohlfahrtspflegerischen/sozialarbeiterischen Traditionslinie. Je nach fachwissenschaftlicher Ausrichtung wird Sozialpädagogik heute als Teildisziplin der Erziehungswissenschaft zugeordnet oder als eigenständige Wissenschaft Soziale Arbeit/ Sozialarbeitswissenschaft definiert.

Da heute nicht mehr von einer Trennung von sozialarbeiterischen und sozialpädagogischen Aufgabenfeldern oder gar verschiedenartigen wissenschaftlichen Fächern ausgegangen werden kann, hat sich der Neologismus „Soziale Arbeit“ in den letzten 20 Jahren als zusammenfassender Begriff für Sozialarbeit und Sozialpädagogik im deutschen Sprachraum etabliert (Erlor, 2010; Thole, 2010). Die vorliegende Arbeit vertritt diese integrierende Sichtweise und verwendet die Begriffe Soziale Arbeit und Sozialpädagogik² synonym und äquivalent für die Wissenschaft und das Arbeitsfeld, das sich vor allem durch folgende Punkte auszeichnet:

² Der Begriff „Sozialarbeit“ spiegelt sich aus Sicht des Autors im Ausdruck Soziale Arbeit genügend wieder und wird der Einfachheit halber im weiteren Verlauf des Textes nur an wenigen Stellen aufgegriffen, die im jeweiligen Kontext (z.B. historisch) sinnvoll erscheinen.

Soziale Arbeit kann (in Anlehnung an Rauschenbach & Züchner, 2007) im Wesentlichen verstanden werden als Reaktion

- ▶ auf die „Entwicklungsatsache“, also die vielschichtiger werdenden Herausforderungen des Aufwachsens in Gesellschaft, Familie und Institutionen
- ▶ auf soziale Probleme, alte und neue soziale Ungleichheiten und die damit zusammenhängenden Fragen der sozialen Integration
- ▶ auf die sozialen Risiken der individuellen Lebensführung und der alltäglichen Lebensbewältigung.

Soziale Arbeit zeichnet sich dabei durch einen Fall- und Feldbezug aus. Sie verändert Adressaten und Situationen, behandelt individuelles Verhalten und gesellschaftliche Verhältnisse. Sie ist dabei von Spannungsfeldern geprägt und von Widersprüchen durchzogen (vgl. Problematik des sog. „doppelten Mandates“ oder „Tripelmandates“, Staub-Beransconi, 2007).

Folgendes Schaubild soll zur Orientierung dienen und die wissenschafts- und professionstheoretischen sowie thematischen Bezüge der Arbeit verdeutlichen (vgl. Abb. 1.1):

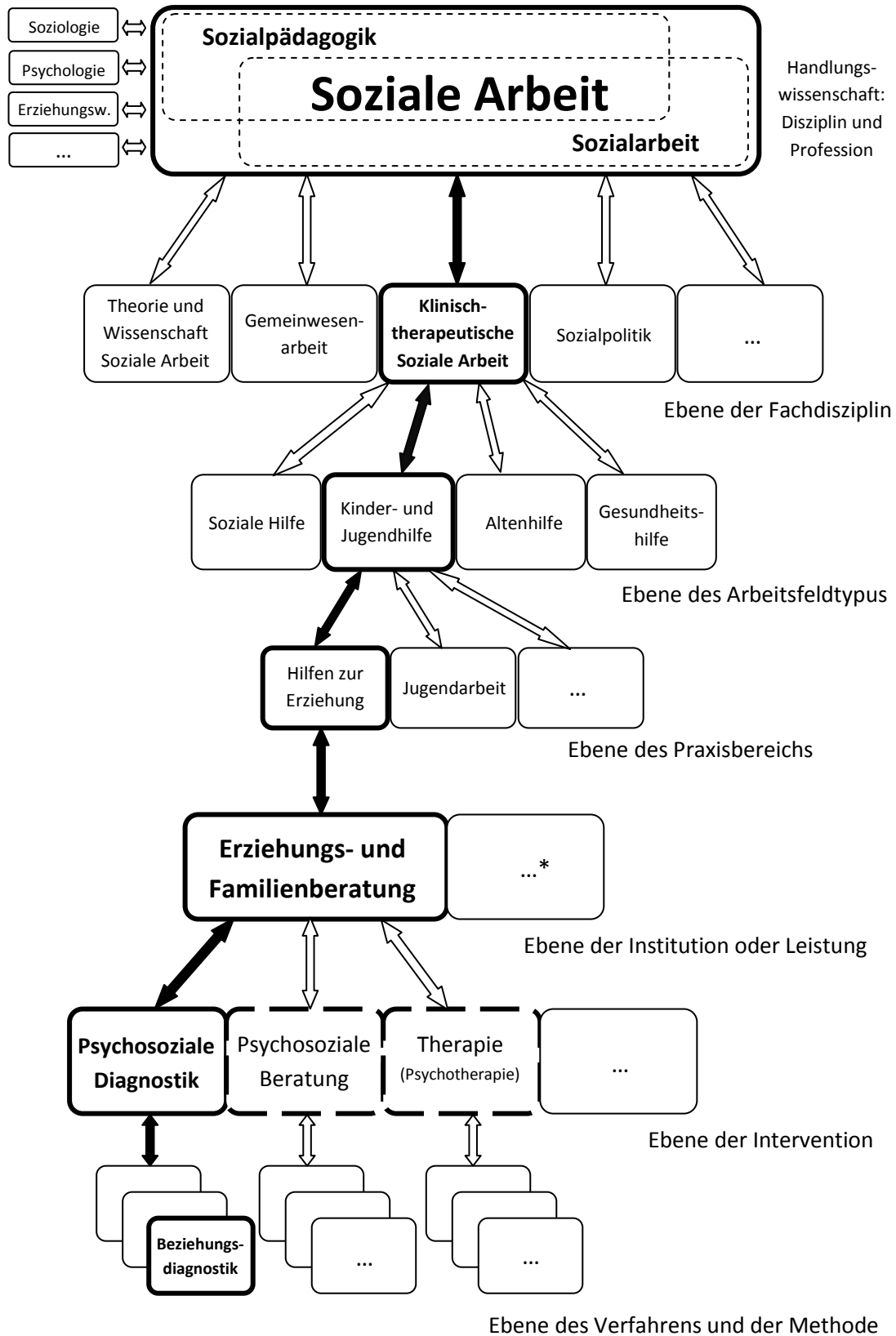


Abb. 1.1: Verortung der einzelnen Themenfelder im Kontinuum der Disziplin und Profession Sozialer Arbeit
 * Das Symbol „...“ dient in dieser und den weiteren Abbildungen dazu, Weiteres anzudeuten, das für diese Arbeit nicht von Belang ist. Um dies mit einem Bsp. zu verdeutlichen, können neben der Ebene der Institution/Leistung neben der Erziehungs- und Familienberatung noch weitere Leistungen wie u.a. die sozialpädagogische Familienhilfe stehen.

Das Dach bildet demnach die Handlungswissenschaft Soziale Arbeit. Sie steht in einer Reihe mit anderen Sozialwissenschaften wie der Soziologie, der Psychologie oder der Erziehungswissenschaft, aber auch weiteren wissenschaftlichen Disziplinen, die aus Gründen der Übersichtlichkeit hier nicht genannt werden. Diese gelten als sogenannte Bezugswissenschaften für die Soziale Arbeit und stehen zu ihr in einem mehr oder weniger interdependenten Verhältnis.

In jüngster Zeit gibt es Bewegungen innerhalb der Disziplin Sozialer Arbeit, eigene Fachdisziplinen herauszubilden, ähnlich wie diese bereits in anderen Sozialwissenschaften vorhanden sind. Eine Vorreiterrolle übernimmt dabei die „Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit“ oder auch „Klinische Sozialarbeit“. Sie findet ihren Ausdruck in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Einer Unterscheidung von Thole (2010) für die Gesamtheit Sozialer Arbeit folgend, lassen sich mindestens vier Arbeitsfeldtypen unterscheiden. In der vorliegenden Arbeit wird vorrangig auf den Arbeitsbereich der Kinder- und Jugendhilfe Bezug genommen und hier vor allem auf die Aufgabe Erziehungs- und Familienberatung.

Die psychosoziale Diagnostik wie sie in Erziehungs- und Familienberatungsstellen geleistet wird, ist einer der beiden Eckpfeiler, um die sich die thematischen Stränge der vorliegenden Arbeit ranken. Der zweite Eckpfeiler, die Bindungstheorie mit ihren Forschungen und Anwendungen und ihre Bezüge zur Klinisch-therapeutischen Sozialen Arbeit, soll im zweiten Kapitel ausführlich behandelt werden. Gerade für die psychosoziale Diagnostik könnte die Anwendung der Bindungstheorie im Bereich Beziehungsdiagnostik eine enorme Bereicherung sein. Daher widmet sich das vierte Kapitel diesem Diagnostikbereich und der Bindungsdiagnostik im Besonderen. Ziel dieser Arbeit soll es sein, einen Blick auf die Methoden der Beziehungsdiagnostik und damit notwendigerweise auch auf die Beratungsarbeit in der Erziehungsberatung zu werfen um dabei zu überprüfen, inwieweit die Bindungstheorie Einfluss in diese Arbeit gefunden hat.

1.2 Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit: Klinische Sozialarbeit – Therapeutische Sozialpädagogik

Die Bezeichnung „Klinische Sozialarbeit“ findet sich erst seit etwa 16 Jahren im Rahmen des deutschsprachigen Fachdiskurses wieder (Wendt, 1995)³. Gänzlich neu ist das damit beschriebene Aufgabenspektrum der Profession allerdings nicht. Blickt man auf die Anfänge der professionellen Sozialen Arbeit in Deutschland, so lässt sich etwa seit Alice Salomon und ihrem damals wegweisenden Buch „Soziale Diagnose“ eine Handlungsorientierung klinisch-sozialer Intervention erkennen (Salomon, 1926). Andere theoriegeschichtliche Verwandtschaften von therapeutischen Aufgaben innerhalb der Sozialen Arbeit findet Buchka (2003), indem er Sozialpädagogik als „therapeutische Sozialpädagogik bei pathologischen Erziehungs- und Sozialisationsphänomenen“ (S. 199) beschreibt. Aufgrund zahlreicher Brüche in der Geschichte der deutschen Sozialpädagogik und Sozialarbeit wurde diese disziplinäre psychosoziale Behandlung innerhalb der Sozialen Arbeit nur unzureichend fortentwickelt. Anders in den USA, wo „Clinical Social Work“ eine seit Jahrzehnten etablierte Fachrichtung der Profession Social Work darstellt und Sozialarbeiter selbstverständlich (psycho-)therapeutisch Patienten behandeln. Nach Pauls (2011) soll hier folgende Begriffsbestimmung für die deutschsprachige Klinisch-therapeutische Sozial Arbeit zur Geltung kommen:

„Klinische Sozialarbeit ist spezialisiert beratende und behandelnde Soziale Arbeit in den Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens. Mittels einer Fülle von Hilfeformen sowie geeigneter Settings wendet Klinische Sozialarbeit in ihren jeweiligen fall- und situationsspezifischen Bezügen spezifische Methoden psychosozialer Diagnostik und Intervention an. Zu nennen sind insbesondere psycho-soziale Beratung, Krisenintervention, Soziale Therapie, soziale Psychotherapie, soziale Unterstützung und ak-

³ Trotz der noch jungen Geschichte der Fachsozialarbeit in Deutschland sind ihre Entwicklungen in Disziplin und Profession bereits deutlich wahrnehmbar. Dies lässt sich an einer stetig wachsenden Publikationslandschaft absehen, die auch Eingang in die neusten Auflagen der Standardwerke und Handbücher der Sozialen Arbeit gefunden hat. So führen Otto und Thiersch (2011) in ihrem Handbuch sowie auch Thole (2010) im Grundriss Soziale Arbeit erstmals eigene Artikel zur Klinischen Sozialarbeit. Ebenso hatte das Fachlexikon der sozialen Arbeit bereits in seiner fünften Auflage (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 2002) den Begriff Klinische Sozialarbeit neu aufgenommen.

tive Hilfen in ambulanten und stationären Kontexten mit umgebungsbezogener Ressourcenaktivierung, klinisches Case-Management, psychoedukative Gruppenarbeit.“ (Pauls, 2011, S. 17)

Der Begriff Klinische Sozialarbeit, der sich mittlerweile für die Fachdisziplin etabliert hat, wird im Verlauf der Arbeit nicht weiter verwendet. Obschon durch die vorangegangene Definition, ein Aufgabenspektrum beschrieben ist, das in vielen sozialpädagogischen Arbeitsfeldern Anwendung findet, bleibt eine – eher unglückliche – Assoziation mit der Kliniksozialarbeit, der Sozialen Arbeit im Krankenhaus, bestehen. Die Protagonisten der Klinischen Sozialarbeit (z.B. Geißler-Piltz et al., 2005; Pauls, 2011) werden daher auch nicht müde zu betonen, dass „klinisch“ vor allem in seinem ursprünglichen Wortsinn, der therapeutischen Behandlung in der „direct practice“ mit dem Klienten, gemeint ist.⁴ Der Begriff „therapeutische Sozialpädagogik“ oder „therapeutisch orientierte Sozialpädagogik“ ist dagegen eher selten im deutschen Sprachraum verwendet worden. Er drückt jedoch aus Sicht des Autors sehr viel besser aus, um was es sich bei dieser Fachdisziplin handelt: eine therapeutisch-behandelnde Soziale Arbeit die im Unterschied zur Klinischen Psychologie oder zur Psychiatrie an der sozialen Perspektive ansetzt und im konkreten Fall der Erziehungsberatung am sogenannten „erzieherischen Bedarf“ der Adressaten (bke, 2009a). Es geht demnach darum, das Unterstützungspotential im Alltag zu mobilisieren ohne jedoch die individuelle oder klinisch-therapeutische Perspektive aus den Augen zu verlieren. Im Folgenden werden die beiden Begriffspaare „Klinische Sozialarbeit“ und „therapeutische Sozialpädagogik“ zusammengefasst und als „Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit“ beschrieben. Damit ist exakt die spezialisierte Soziale Arbeit beschreiben, welche an die angloamerikanische Tradition des Clinical Social Work anknüpft und sich theoretisch am bio-psycho-sozialen Modell von Krankheit und Gesundheit, dem Person-in-environment Ansatz und der Salutogenese orien-

⁴ Ursprünglich stammt der Begriff *klinisch* aus dem griechischen *kline* (Lager, Bett). Der Kliniker ist derjenige, der den kranken (bettlägerigen) behandelt. Der Gebrauch des Wortes *klinisch* in Wissenschaft und Heilkunde deutet, wie im angelsächsischen und angloamerikanischen Sprachgebrauch (clinical), auf den direkten Bezug der therapeutischen Behandlung von Personen hin. Das nordamerikanische Pendant zur Erziehungsberatungsstelle heißt so z.B. *child guidance clinic* und stellt keine Klinik im deutschen Sinne dar, sondern eben eine therapeutische Beratungsstelle. Nach dieser Definition sind alle Disziplinen, die an einer Behandlung beteiligt sind, klinisch tätig.

tiert. Gleichzeitig ist aber auch die Traditionslinie der Psychagogen (heute: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) und psychoanalytisch ausgebildeten Pädagogen (Psychoanalytische Pädagogik) angesprochen, die in Beratungsstellen und Kinderheimen seit mehr als 80 Jahren therapeutisch-sozialpädagogisch arbeiten.

Das folgende Schaubild zeigt exemplarisch wichtige Wissens- und Forschungsbereiche, die mit der Klinisch-therapeutischen Sozialen Arbeit in Verbindung stehen (vgl. Abb. 1.2). Das Augenmerk dieser Arbeit richtet sich auf die Bindungstheorie und deren Anwendungen, da von ihr eine Menge an Impulsen für die Beratungspraxis zu erwarten ist.

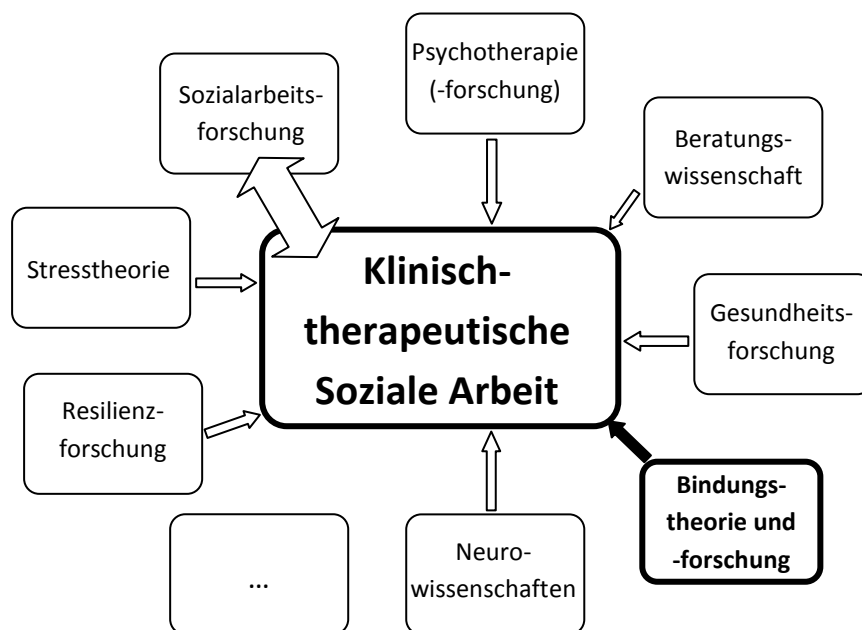


Abb. 1.2: Das Verhältnis von Klinisch-therapeutischer Sozialer Arbeit und Bindungstheorie im Spektrum anderer Bezugstheorien und Wissenschaftsbereiche (in Anlehnung an Pauls, 2011)

1.3 Erziehungsberatung und Bindungstheorie

Ein Fokus für viele klinisch-sozialpädagogische Anwendungsgebiete ist die emotionale und soziale Entwicklung des Menschen, so auch für die Erziehungsberatung mit ihrer besonderen Perspektive auf das Aufwachsen von jungen Menschen. Eine seit Jahrzehnten gut erforschte und empirisch belegte Theorie, diese Entwicklung zu beschreiben und zu erklären bietet die Bindungstheorie (Bowlby, 1969). Ihre wissenschaftliche Heimat ist vor allem in der Entwicklungspsy-

chologie zu sehen, innerhalb derer sie rezipiert und kontinuierlich erweitert wird. Ihre Entwicklungen und Entdeckungen sind insofern eine Bereicherung für die Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit, da psychosoziale Beratung vor allem Arbeit *mit* und *in* Beziehungen ist. Die Bindungstheorie stellt in diesem Sinne eine Referenztheorie dieser Arbeit dar. Sozial-emotionale Beziehungen zu untersuchen, zu entwickeln, ggf. zu messen und zu verstehen, ist tägliche Aufgabe der Berater und Therapeuten in Erziehungs- und Familienberatungsstellen. Aufgrund der Interdisziplinarität der Bindungstheorie und der Interdisziplinarität der Fachkräfte in der Erziehungsberatung, steht zu erwarten, dass die Erkenntnisse über Bindung sich bereits in deren „Handwerk“ niedergeschlagen haben. Im vergangenen Jahrzehnt lässt sich entsprechend von einem regelrechten Boom der Bindungstheorie in diesem Arbeitsfeld sprechen (vgl. Scheuerer-Englisch et al., 2003; Suess & Pfeifer, 1999; Suess et al., 2001; von Schlippe et al., 2001).

Im nun folgenden Kapitel wird die Bindungstheorie als interdisziplinäre, klinisch-entwicklungspsychologische Theorie erläutert, die wichtige Erkenntnisse und vielfältige Möglichkeiten der praktischen Anwendung im Handlungsfeld der Erziehungs- und Familienberatung bietet. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Typisierung der Bindungsqualität im Kindesalter gelegt (Kapitel 2.2) und die entsprechenden Muster in der Bindungsrepräsentation der erwachsenen Bindungspersonen (Kapitel 2.2.3). Es wird davon ausgegangen, dass sie ein wichtiger Indikator für weitere Behandlungsschritte und Arbeitshypothesen über die Eltern-Kind-Beziehung in der Beratungsarbeit sein können. Als Klassifikation für eine diagnostische Einschätzung der Bindungsqualität sind die verschiedenen, organisierten Bindungstypen daher ebenso unverzichtbar wie das Wissen um die desorganisierte Bindung (Kapitel 2.2.2). Sie stellt aus Sicht der Bindungstheorie einen maßgeblichen Risikofaktor für Bindungs- und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen dar, so wie umgekehrt eine sichere Bindung sich als Schutzfaktor für problematische „Lifeevents“ herausstellt (Kapitel 2.3). Als Schlussfolgerung werden perspektivische Vorschläge unterbreitet, wie eine psychosoziale Beratung aussehen könnte, die Bindung mehrdimensional berücksichtigt (Kapitel 2.6). Zentrales Anliegen der Darstellung ist dabei, dass Bindung ein Thema ist, das nach der Säuglings- und Kleinkindphase nicht aufhört und weiterhin beeinflusst werden kann. Im Kapitel 2.5 werden daher wesentliche Befunde und Herausforderungen zum Thema Bindung über die Lebensspanne

dargestellt und das für die Erziehungsberatung so bedeutsame Alter, Kindergarten bis weiterführende Schule, noch einmal besonders gewürdigt.

2 Bindungstheorie und Bindungsforschung

Der Mensch ist von Natur aus ein soziales Wesen. Menschliche Säuglinge kommen mit einem angeborenen Bedürfnis nach sozialem Kontakt und emotionalem Austausch zur Welt. Die Bindungstheorie und Bindungsforschung greifen diese Beobachtungen auf und befassen sich mit der Psychologie von besonderen Beziehungen zwischen Bindungspersonen und Kindern. Der Kinderpsychiater und Psychoanalytiker John Bowlby, der geistige Vater der Bindungstheorie, legte mit seinem Bericht bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1951 und seinen drei klassischen Werken *Attachment and loss* (1969/1973/1980, dt. 2006) die bis heute gültigen Grundlagen vor. Zahlreiche Forschungen schlossen sich daran an (z.B. Ainsworth et al., 1978; Sroufe, 1978; Bretherton, 1987; Grossmann et al., 1981; Main & Solomon, 1986). Bis zu den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde die Bindungstheorie überwiegend mit der Erforschung der Mutter-Kind-Beziehung gleichgesetzt. Seither hat die Theorie allerdings erhebliche Fortschritte gemacht und es wurden weitreichende Ergebnisse auch für ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene erzielt.

Erst in den letzten Jahren erschienen dabei viel rezipierte Werke, welche die längsschnittlichen Forschungsergebnisse bedeutender Forschergruppen bündelten und die Bindungstheorie maßgeblich weiterentwickeln (z.B. Grossmann & Grossmann 2004; Sroufe et al., 2005). Ebenso finden erst seit dem Ende der 90er Jahre zentrale Erkenntnisse der Bindungstheorie verstärkt Widerhall in den helfenden und heilenden Berufen in Deutschland. Innerhalb dieser kurzen Zeit sind zahlreiche Konzepte und Verfahren entwickelt und/oder ins Deutsche übertragen worden, die bindungsspezifische Aspekte explizit betonen. Auch in der Sozialen Arbeit gewinnt die Bindungstheorie an Akzeptanz und Bedeutung. So führen bspw. erstmals die fachwissenschaftlich etablierten Grundlagenwerke, das Fachlexikon der sozialen Arbeit in seiner aktuellen Auflage (Gahleitner, 2011), als auch das Handbuch der Sozialen Arbeit in seiner Neubearbeitung (Ahnert, 2011) einen Artikel zur Bindungstheorie.

Die Bindungstheorie scheint demnach in der Wissenschaft anerkannt und in der psychosozialen Praxis angekommen zu sein. Was Bindungen ausmacht, welche neueren Entwicklungen die Bindungsforschung in den letzten Jahren hervorgebracht hat, wie man Bindungen messen kann und was davon relevant für die sozialpädagogisch-therapeutische Beratungsarbeit ist, soll in diesem Ka-

pitel diskutiert werden. Zum besseren Verständnis der thematischen Stränge in diesem Kapitel soll folgendes zusammenfassendes Schaubild dienen (vgl. Abb. 2.1):

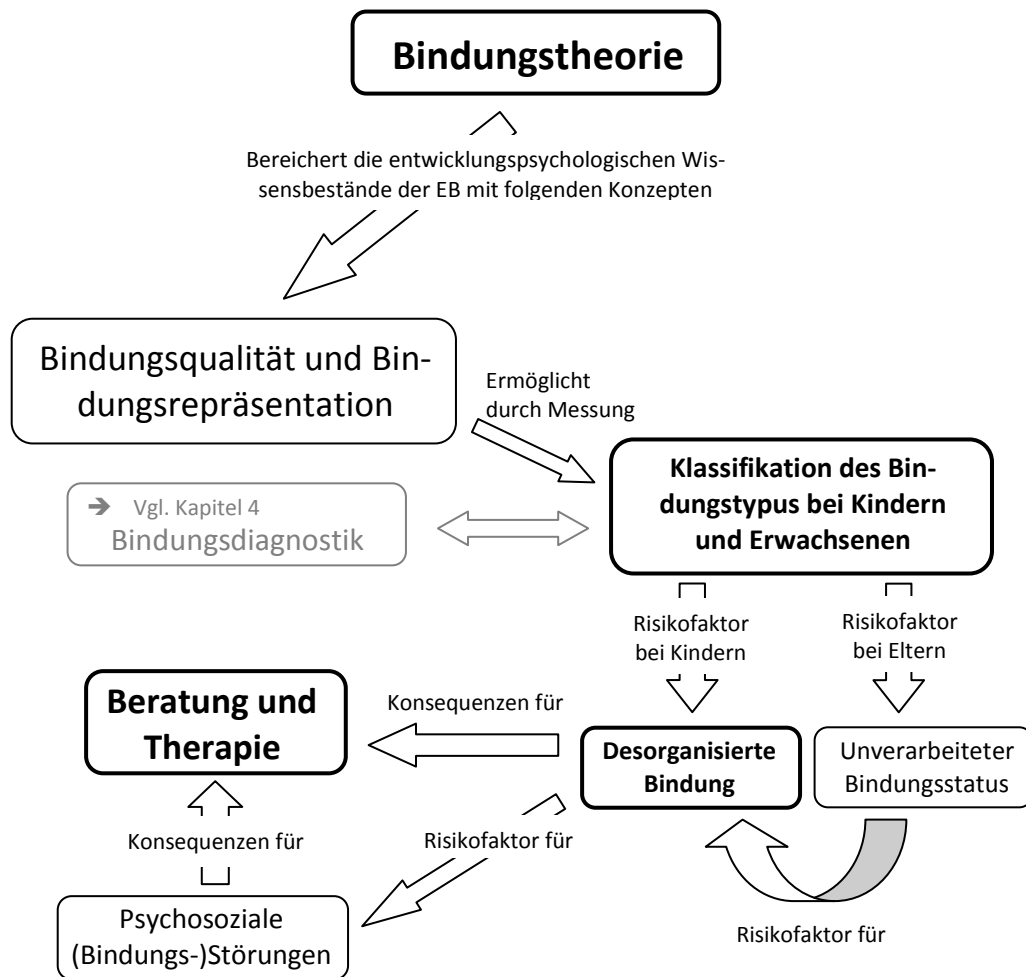


Abb. 2.1: Themenstränge des Kapitels „Bindungstheorie und Bindungsforschung“ und ihre inhaltliche Ordnung

2.1 Bindung – Grundlagen und Begriffsbestimmungen

Bindung (*attachment*) wird ein spezieller Ausschnitt des komplexen Systems der Beziehung genannt. Ausgehend von Bowlbys Betrachtung, Mutter und Säugling als sich interdependent verhaltende Teilnehmer an einem selbstregulierenden System zu verstehen, kann Bindung heute als beobachtbare Manifestation sozialer Emotionsregulationsmuster verstanden werden (Zimmermann & Spangler, 2008). Eine weitere Definition legen Gloger-Tippelt und König (2009) vor:

„Der Begriff der Bindung bezeichnet in der Bindungstheorie das spezifische emotionale Band, das sich zwischen zwei Personen, insbesondere zwischen Kleinkindern und ihren hauptsächlichen Fürsorgepersonen, in der Regel die Eltern, entwickelt. Dieses Gefühlsband zwischen Mutter und Kind oder Vater und Kind ist jeweils einzigartig und von besonderer Qualität, es wird durch die Beziehung organisiert und verbindet beide Partner über längere Zeit und unabhängig von ihrem Aufenthaltsort.“ (Gloger-Tippelt & König, 2009, S. 4)

Die Bindungstheorie und die dadurch angeregte Bindungsforschung beschäftigen sich demnach mit den Entwicklungsbedingungen des Aufbaus enger emotionaler Beziehungen von der Mutter-Kind-Beziehung ausgehend über die gesamte Lebensspanne hinweg. Sie verbindet dabei psychoanalytisches, ethologisches, entwicklungspsychologisches und systemisches Denken (Brisch, 2010).

Die Bindungstheorie postuliert ein Bindungsverhaltenssystem und komplementär dazu ein Explorationssystem. Das Bindungsverhaltenssystem wird als primäres, genetisch verankertes motivationales System gesehen, dem eine überlebenssichernde Funktion zugeschrieben wird.⁵ Es sorgt dafür, dass ein Kind in der Nähe seiner Bezugsperson bleibt, und in Zeiten der Beunruhigung und Gefahr bei dieser Person Schutz und Nähe sucht. Dieses Bindungsverhalten wird insbesondere bei Gefühlen wie Furcht, Fremdheit, Trauer, Erschöpfung, Krankheit oder bei einer für das Kind subjektiv lang empfundener Trennung von seiner Bindungsperson aktiviert. (Zimmermann & Scheuerer-Englisch, 2003). Fühlt das Kind sich hingegen emotional sicher, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass das Explorationssystem aktiviert wird und das Kind sich seinem Neugier- und Erkundungsbedürfnis widmen kann. Bindungsverhalten und Explorationsverhalten stehen sich demnach gegenüber wie zwei Seiten einer Wippe. Sobald eine Seite aktiv ist, bedeutet dies für die andere gleichzeitig Passivität. Bei den Bezugspersonen löst das Bindungsverhalten des Kindes ein elterliches, insbesondere mütterliches Fürsorgeverhalten aus. Das Fürsorgesystem⁶ wird akti-

⁵ Neben dem Bindungssystem, ist der junge Mensch noch mit weiteren Regulations- und Verhaltenssystemen ausgestattet wie Regulation der Nahrungsaufnahme oder das System der Schlaf- und Wachzustände (z.B. Papoušek, 1999).

⁶ Nach Papoušek (2006) lässt sich eine biologische Verankerung des Fürsorgesystems nicht experimentell nachweisen. Dennoch stützt eine Reihe indirekter Hinweise die Annahme einer komplementär angelegten Prädisposition auf Seiten von Kind und Eltern (ebd.).

viert, wenn das Kind Signale nach Schutz, Unterstützung und Nähe sendet oder die Eltern Gefahren entdecken (George & Solomon, 2008).

2.1.1 Entwicklung der Bindungsbeziehung

Die Bindungstheorie geht nunmehr davon aus, dass es eine angeborene Disposition des Menschen gibt, sowohl Bindungen einzugehen als auch die Umwelt explorativ zu erschließen. Bindung entwickelt sich typischerweise im Säuglingsalter und der frühen Kindheit in vier aufeinanderfolgenden Phasen (Grossmann & Grossmann, 2004):

1. Der Phase der unspezifischen sozialen Reaktionen (Vorbindungsphase), die etwa die ersten beiden Lebensmonate umfasst,
2. der Phase der unterschiedlichen sozialen Reaktionsbereitschaft (Phase des Bindungsbeginns), die sich etwa bis zum Alter von sechs Monaten erstreckt,
3. der Phase des aktiven und initiierten zielkorrigierten Bindungsverhaltens (Phase der eindeutigen Bindung), die etwa mit sechs bis acht Monaten beginnt und bis in das zweite/dritte Lebensjahr reicht sowie
4. der Phase der zielkorrigierten Partnerschaft (Differenzierungs- und Integrierungsphase, Entwicklung der reziproken Beziehung), die sich ab dem Alter von etwa 24 Monaten entwickelt und etwa mit fünf bis sechs Jahren ganz erreicht wird.

Ab dem Zeitpunkt der zielkorrigierten Partnerschaft können beide Partner in der Beziehung ihre emotional wichtigen Zielvorstellungen einbringen, die möglicherweise unterschiedlichen Wünsche des Anderen hören und anschließend gemeinsame Ziele finden und diese aushandeln und korrigieren.

Für seine unterschiedlichen Bezugspersonen entwickelt der heranwachsende Mensch unterschiedliche Bindungsqualitäten. Die Bindungspersonen unterliegen dabei auch einer bestimmten Rangfolge oder Hierarchie. Ist die hauptsächliche Bindungsperson eines zwölf Monate alten Kindes bei drohender Gefahr nicht anwesend oder es wird von ihr getrennt, dann reagiert das Kind in der Regel mit Weinen, Wut oder Kummer und begibt sich auf die Suche nach seiner Bindungsperson. Kann es die primäre Bindungsperson (z.B. Mutter) nicht erreichen, wird es abhängig von ihrer Verfügbarkeit und dem Ausmaß der Tren-

nungsangst, die sekundäre Bindungsperson (z.B. Vater) aufsuchen. Im Laufe des ersten Lebensjahres entsteht beim Kind so eine Hierarchie verschiedener Bezugspersonen, die je nach Verfügbarkeit und Feinfühligkeit der Eltern auch andere primäre Bindungspersonen, wie Tagesmutter, Oma oder Krippenbetreuerin vorsehen kann. Je größer der Schmerz oder die Angst, umso unnachgiebiger und kompromissloser wird das Kind auf die Anwesenheit der primären Bezugsperson insistieren und sich nicht von einer anderen Bindungsperson trösten lassen.

2.1.2 Internale Arbeitsmodelle und Bindungsrepräsentation

Alle Beziehungserfahrungen, die das Kind im Laufe seiner frühen Jahre macht, werden gewissermaßen gesammelt und beginnen schon früh, seine werdende Persönlichkeit zu beeinflussen (Stern, 2007). Zentral für die Erklärung dessen ist das Konzept der Internalen Arbeitsmodelle (*inner working models*). Diese entwickeln sich schon während des ersten Lebensjahres. In ihnen bilden sich die in vielen Interaktionserlebnissen mit seinen Bezugspersonen gemachten Bindungserfahrungen ab. Die Internalen Arbeitsmodelle sind demnach mentale Repräsentanzen von vergangenen Beziehungserfahrungen des jungen Menschen. Sie enthalten kognitive und affektive Komponenten – so bspw. Erwartungen hinsichtlich der emotionalen Verfügbarkeit von Bindungsperson. Allgemein dienen die Internalen Arbeitsmodelle vor allem dazu, das Verhalten nahestehender Personen zu prognostizieren und zu interpretieren. Das heißt, Erwartungen zu bilden, wie verlässlich und vorhersagbar die Bindungspersonen sind, ob sie sich vermutlich fürsorglich, verständnisvoll oder ablehnend und feindselig verhalten und wie offen ihnen gegenüber Gefühle und Bedürfnisse geäußert werden können (Gloger-Tippelt & König, 2009). Für jede Bezugsperson, zu Beginn etwa Mutter und Vater, werden separate, unterschiedliche Arbeitsmodelle gebildet. Das sich entwickelnde Arbeitsmodell ist anfangs noch sehr flexibel, wird aber im Verlauf der Entwicklung zunehmend stabiler und prägt sich weiter zu einer psychischen Repräsentanz aus. Diese psychischen Repräsentanzen werden als Bindungsrepräsentanzen bezeichnet. Internale Arbeitsmodelle und Bindungsrepräsentationen können bewusst, aber auch unbewusst sein (Brisch, 2010). Abbildung 2.2 verdeutlicht den Vorgang bei der Entwicklung eines Internalen Arbeitsmodells. So wird verständlich, wie sichere Bindungsrepräsentationen zum

Teil der psychischen Struktur werden und damit zur psychischen Stabilität beitragen.

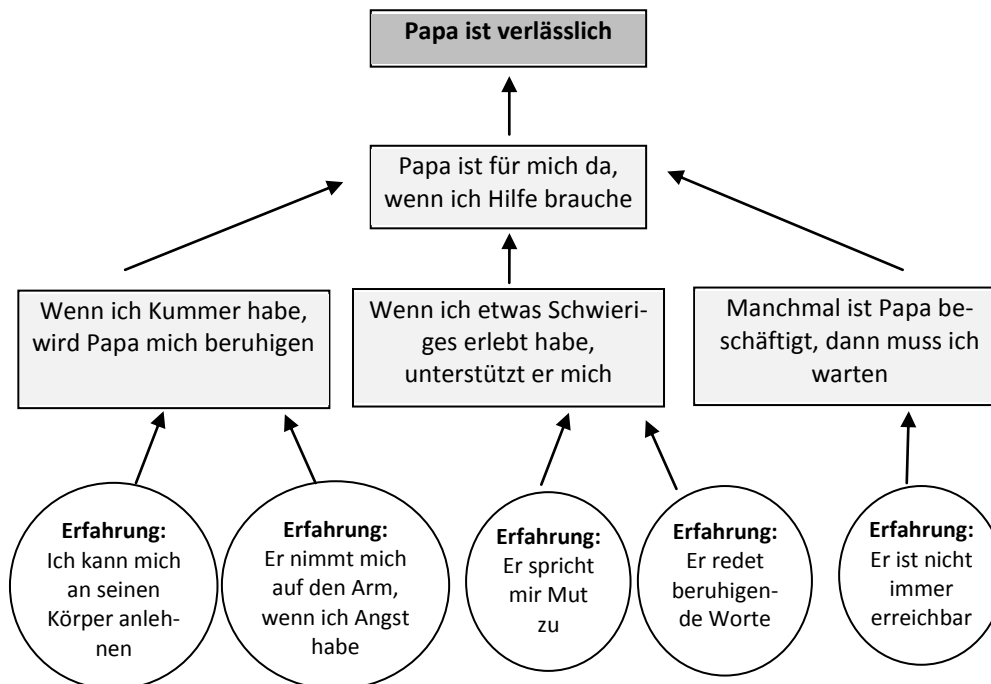


Abb. 2.2: Schematische Darstellung des Prozesses der Verallgemeinerung von konkreter Ereignisrepräsentation im Internalen Arbeitsmodell der Bindung (Gloger-Tippelt & König, 2009, S.11)

2.2 Bindungsqualität

Eine besondere Stärke der Bindungstheorie besteht darin, dass sie neben den normativen, allgemeinen Entwicklungen auch die Entstehung differenzieller, interindividuell unterschiedlicher Bindungsqualitäten im Kindesalter zum Gegenstand hat. Da die Bindungs- und Interaktionserfahrungen von Menschen sehr unterschiedlich ausfallen, bilden sich schon in frühesten Kindheit unterschiedlich sichere oder unsichere Bindungsstrategien heraus. Zum ersten Mal konnte die Bindungsqualität mit Hilfe eines festgelegten Test-Settings der „Fremden Situation“ (*strange situation*) wissenschaftlich untersucht und damit differenziert werden (Ainsworth et al., 1978). Mit dieser experimentellen Verhaltensbeobachtung, die üblicherweise mit Kindern zwischen dem 12. und 19. Lebensmonat durchgeführt wird, lässt sich einordnen, wie sich das Kind gegenüber der Bindungsperson bzw. der fremden Person verhält und inwieweit es in der Lage ist, seine Gefühle offen zu zeigen. Dafür werden in einem speziell eingerichteten und mit Videokameras ausgestatteten Spielzimmer Mutter und Kind systematisch mit acht verschiedenen Episoden von Trennung, Wiedervereinigung und

einer für Mutter und Kind fremden Person konfrontiert. Die Analyse der Reaktions- und Verhaltensweisen des Kindes, insbesondere bei den Wiedervereinigungsepisoden, gibt wesentliche Anhaltspunkte zur Beurteilung der Mutter-Kind-Bindungsbeziehung. Es ließen sich damit zunächst drei unterschiedliche Klassifikationen der Bindungsqualität sowie später eine vierte Zusatzklassifikation bei Kindern bestimmen.

2.2.1 Organisierte Bindungsstrategien

Sicheres Bindungsmuster (B-Typ)

Kinder, die in der Fremden Situation bindungssicheres Verhalten zeigen, drücken ihre Gefühle offen aus. Bei der Trennung kann man ihren Kummer wahrnehmen, und bei der anschließenden Wiedervereinigung zeigen sie deutliches Bindungsverhalten, z.B. indem Sie bei der Bindungsperson Nähe und Körperkontakt suchen. Studien haben gezeigt, dass 65 % aller Kinder in den ersten beiden Lebensjahren sicher gebunden sind (Grossmann & Grossmann, 2004).

Unsicher-vermeidendes Bindungsmuster (A-Typ)

Kinder mit diesem Bindungsmuster zeigen in Stresssituationen wie der Trennung von der Hauptbezugsperson, kein offenes Bindungsverhalten. Das Vermeiden der offen gezeigten Gefühle dient diesen Kindern offenbar als Schutz- und Abwehrmaßnahme. Sie zeigen in Abschnitten mehr Interesse für die fremde Person als für die eigentliche Bindungsperson und reagieren bei deren Rückkehr eher mit Ablehnung. Etwa 25 % aller Kinder sind unsicher-vermeidend gebunden (ebd.).

Unsicher-ambivalentes Bindungsmuster (C-Typ)

Unsicher-ambivalent gebundene Kinder verhalten sich in der Fremden Situation widersprüchlich. Nach Trennungen zeigen sie sehr großes Stresserleben, das nicht selten in heftigem Weinen endet sowie den Wunsch nach Nähe der Bindungsperson. Andererseits reagieren sie auf diese Bindungsperson dann mit ärgerlicher Zurückweisung und Protest, lassen sich nur schwer beruhigen und können auch nicht zu ihrem Spiel zurückfinden. Es konnten etwa zehn bis 15 % aller getesteten Kinder mit einer unsicher-ambivalenten Bindung identifiziert werden.

2.2.2 Nicht organisierte Bindungsstrategie

Desorganisiertes Bindungsmuster (D-Typ)

Einige der Kinder in der Fremden Situation konnten keinem der oben genannten Bindungstypen zugeordnet werden. Erst Main und Solomon (1986) entwickelten für diese Kinder Kriterien für ein zusätzliches viertes Bindungsmuster, welches keine organisierte Bindungsstruktur aufweist. In emotional belasteten Situationen kommt es bei diesen Kindern zu einem Zusammenbruch der Verhaltens- und Bindungsstrategie. Die Bindungsdesorganisation zeigt sich dann in stereotypem Verhalten, in erstarrten Bewegungen (*freezing*) oder auch tranceähnlichen Zuständen, die der eigentlichen Situation nicht angemessen scheinen. Die Kategorie „desorganisiertes Bindungsmuster“ kann zusätzlich zu den sicheren und unsicheren organisierten Bindungsmustern vergeben werden. Der desorganisierte Status ist noch keine Psychopathologie, weist jedoch auf einen Risikofaktor für eine gesunde seelische Entwicklung im Kindesalter hin (Hédervári-Heller, 2011). Man geht davon aus, dass der Anteil der Kinder mit zusätzlichem desorganisiertem Bindungsverhalten bei zehn bis 25 % liegt (in klinischen Risikogruppen zuweilen deutlich darüber).

Die Klassifikation der desorganisierten Bindung könnte damit zu einem wichtigen Seismographen in der Kinder- und Jugendhilfe werden. Bindungsdesorganisation verstanden als Risikofaktor für die sozial-emotionale Entwicklung (vgl. Bindungsstörungen) von Kindern müsste damit frühzeitig erkannt werden, um der Familie geeignete Hilfsmaßnahmen zu teil werden zu lassen.

Die Bindungsqualität eines Kleinkindes kann mit dem Fremde-Situations-Test bis zum Alter von etwa 18 bis 20 Monaten zuverlässig bestimmt werden (bei verschiedenen Modifikationen des Testsettings sogar bis etwa zum Kleinkindalter, vgl. Kapitel 4.3). Für eine wissenschaftlich exakte Diagnostik bedarf es eines im Auswertungsverfahren speziell geschulten Tester. Um dies zu verdeutlichen soll hier erwähnt werden, dass sich die organisierten Bindungstypen bei detaillierter Betrachtung aus acht Untergruppen zusammensetzen, vier bei dem sicheren Bindungsmuster und jeweils zwei bei den unsicheren Bindungsmustern. Das Kontinuum der Bindungsqualität im Kindesalter ist in nachfolgender Abbildung in

Anlehnung an Julius (2009) und Grossmann und Grossmann (2004) dargestellt (vgl. Abb. 2.3).

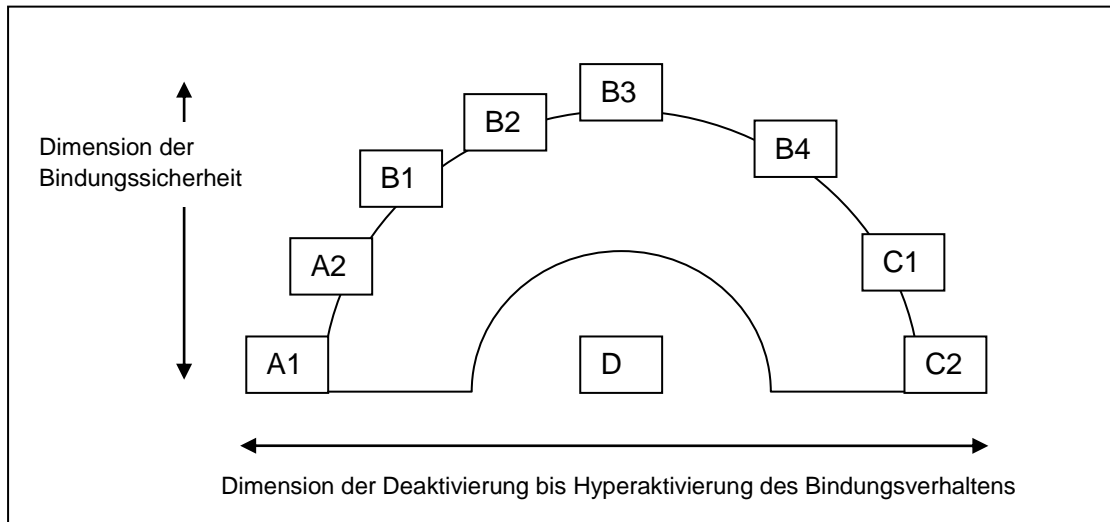


Abb. 2.3: Dimensionen der Bindungsklassifikation mit den Unterklassen (in Anlehnung an Grossmann & Grossmann, 2004, S.142)

2.2.3 Die Untersuchung der Bindungsrepräsentation

Wie in Kapitel 2.1.2 beschrieben, besagt die Bindungstheorie, dass der Mensch im Laufe seines Lebens durch seine gemachten Beziehungserfahrungen interne Arbeitsmodelle ausbildet, die sich weiter zu Bindungsrepräsentationen verdichten. Bindung ist demnach kein Thema das nur in der Kindheit von Relevanz ist. Bowlby ging von einem lebenslangen Prozess von Bindung und Exploration aus, der zwischen diesen beiden Polen immer wieder ausbalanciert werden muss. Internale Arbeitsmodelle und Bindungsrepräsentationen sind darüber hinaus auch im Jugend- und Erwachsenenalter veränderbar. So kann es im Lauf des Lebens zu einschneidenden Bindungserfahrungen kommen, wie bei Verlusten oder traumatischen Erlebnissen, wodurch sich die Bindungsqualität nachträglich modifizieren kann.

Nachdem in Theorie und Praxis deutlich wurde, dass die Eltern entscheidenden Einfluss auf die Bindungsqualität ihrer Kinder hatten, schaffte es die Forschergruppe um Mary Main (George et al., 1985) ein Instrument zu entwickeln, mit dem man die Bindungsrepräsentation von Erwachsenen erfassen kann. Das Adult Attachment Interview (AAI) wird neben anderen diagnostischen Methoden zur Bindung im vierten Kapitel ausführlich vorgestellt. Mit dem halbstrukturierten

Interview können Erwachsene analog zu den kindlichen Bindungsmustern in vier Kategorien eingeteilt werden, die ihre Bindungsrepräsentation widerspiegeln (Main et al., 1985; Gloger-Tippelt, 2001).

2.2.3.1 Organisierte Bindungsrepräsentationen

Sicher-autonomes Bindungsmodell (F-Typ)

Erwachsene mit dem Bindungstyp sicher-autonom (*free autonomous*) haben einen guten Zugang zu ihren Kindheitserfahrungen und eine lebhaftere Erinnerung daran. Unabhängig davon, ob dies positive oder schmerzvolle Erfahrungen sind, können Personen mit dieser Bindungsrepräsentation frei und gut reflektiert darüber berichten und vermitteln so ein kohärentes Bild ihrer frühkindlichen Erinnerungen. Forschungen legen nahe, dass zwischen 45 und 55 % der Bindungsrepräsentationen im Erwachsenenalter dem F-Typ zuzurechnen sind (Hédervári-Heller, 2011).

Unsicher-distanziertes Bindungsmodell (D-Typ)

Erwachsene mit unsicher-distanzierter oder abweisender Bindungsrepräsentation (*dismissing*) zeigen im AAI nur wenige oder vage bindungsrelevante Erinnerungen an ihre Kindheit. Häufig finden sich Idealisierungen der Beziehung zu den eigenen Eltern und widersprüchliche Aussagen, die selten mit Schilderungen belegt werden können. Bindungsrelevante Anteile werden wenig bedeutend berichtet und die Befragten schildern eher ihre eigene Stärke und Leistung oder versuchen das Thema Bindung/Beziehung komplett zu vermeiden. Ca. 20 bis 25 % der getesteten Erwachsenen werden als unsicher-distanziert klassifiziert.

Unsicher-verstricktes Bindungsmodell (E-Typ)

Interviews mit Erwachsenen mit einer unsicher-verstrickten und verwickelten Bindungsrepräsentation (*enmeshed, preoccupied*) sind typischerweise inkohärent, sehr ausschweifend und widersprüchlich. Erfahrungen aus der Kindheit werden sehr emotional, oft ängstlich oder ärgerlich berichtet. Durch die Fülle der Details erscheinen die Testungen häufig endlos. Eine anhaltende Verwicklung zeigt sich außerdem in einer sehr geringen Distanz zu den Eltern sowie einer Überbewertung der negativen Erfahrungen. Etwa zehn bis 15 % der Erwachsenen weisen einen Bindungstypus E auf.

2.2.3.2 Nicht organisierte Bindungsrepräsentation

Unverarbeiteter Bindungsstatus (U-Typ)

Eine unverarbeitete Bindungsrepräsentation (*unresolved*) liegt dann vor, wenn der Erwachsene ein ungelöstes Trauma oder einen Verlust in der Kindheit erlebt hat. Charakteristisch für das AAI ist dann ein hoher Grad an verbaler und gedanklicher Inkohärenz beim Erwachsenen, so dass bei Schilderungen des Affekterlebens häufig inhaltlich logische Brüche vorkommen. In den Anamnesen von desorganisierten Personen mit unverarbeitetem Bindungsstatus zeigt sich häufig, dass diese aus „Risikofamilien“ stammen Missbrauch, Misshandlung, extreme Verluste oder Verwahrlosung erlebt haben. Klinisch betrachtet ist dies eine äußerst bedeutsame Kategorie, da sie ein hohes Potential birgt, eine desorganisierte Bindung über die Generationen weiterzugeben (Brisch, 2010). Der unverarbeitete Status wird ähnlich wie die desorganisierte Bindung bei Kindern zusätzlich zu den organisierten Bindungstypen vergeben und macht 15 bis 29 % aller getesteten Erwachsenen aus.

Nicht klassifizierbarer Bindungsstatus (CC-Typ)

Der Bindungsstatus CC (*cannot classify*) weist darauf hin, dass keine vorherrschende Organisation einer Bindungsrepräsentation zu erkennen ist. Er wird entweder vergeben, wenn keine eindeutige Zuordnung zu den beiden unsicheren Bindungsrepräsentationen „distanziert“ und „verstrickt“ möglich ist oder aber es zu abrupten Wechseln unterschiedlicher Repräsentationsmodelle im Interview kommt und Bindungspersonen affektiv völlig anders dargestellt werden als kognitiv. Wie der unverarbeitete Bindungsstatus findet sich der nicht klassifizierbare Bindungsstatus häufig bei klinischen Risiko-Untersuchungsgruppen wieder (Ziegenhain et al., 2006).

Da die elementaren Begriffe der Bindungstheorie für den weiteren Verlauf der Arbeit von großer Bedeutung sind, werden in Tabelle 2.1 in Anlehnung an Grossmann & Grossmann (2004) sowie Zimmermann & Spangler (2008) die Grundbegriffe noch einmal übersichtlich dargestellt:

Bindungsbeziehung	Besondere, spezifische Beziehung, die vor allem zur Angstminderung dient (aber auch andere Funktionen hat)
Bindungsverhaltenssystem	Motivgeleitetes, zielorientiertes Steuerungssystem für Verhaltensweisen zur Regulation von Nähe und Sicherheit
Bindungsverhalten	Verhalten mit dem Ziel, Nähe zur Bindungsperson herzustellen und das Gefühl von Sicherheit zu erreichen
Explorationsverhaltenssystem	Motivgeleitetes, zielorientiertes Steuerungssystem für Verhaltensweisen zur Optimierung der Anpassung durch Erkundung der Umwelt
Bindungsorganisation	Spezifische Art und Abfolge, in der Bindungs- und Explorationsverhaltensweisen gezeigt werden. Unterschiede ergeben sich sowohl interindividuell als auch intraindividuell gegenüber verschiedenen Bezugspersonen und in verschiedenen Situationen.
Bindungsqualität	Spezifische Organisation des Bindungsverhaltenssystems gegenüber einer Bezugsperson, die sich in verschiedenen Verhaltensstrategien (Bindungsmustern) manifestiert.
Bindungsmuster / Bindungstyp	Klassifikation der Bindungsqualität (bei älteren Kindern und Erwachsenen der Bindungsrepräsentation) in verschiedene organisierte (B – A – C) (bei Erwachsenen: F – D – E) und desorganisierte (D) (bei Erwachsenen: U – CC) Typen.
Internale Arbeitsmodelle	Steuern das Bindungs- und Explorationsverhaltenssystem. Gefühle, Wissen und Vorstellungen über sich und die Bindungsperson inkl. der Erwartung wie die Bindungsperson auf das eigene Bindungs- oder Explorationsverhalten reagieren wird.
Bindungsrepräsentation	Organisation bindungsrelevanter Erinnerungen und Bewertungen von Erfahrungen mit den Bindungspersonen. Drückt sich aus in verschiedenen klassifizierten Bindungsmodellen / Bindungstypen.
Fürsorgesystem	Verhaltenssystem der Bindungspersonen mit dem Ziel durch geeignete Fürsorgeverhaltensweisen Nähe und Sicherheit für das Kind zu gewährleisten.
Feinfühligkeit	Verhaltensqualität der Bindungspersonen, um die Signale des Kindes wahrzunehmen, zu interpretieren und zu befriedigen.

Tab. 2.1: Grundbegriffe der Bindungstheorie (in Anlehnung an Grossmann & Grossmann, 2004, S. 71-72)

2.3 Schutz- und Risikofaktoren für ein emotional gesundes Aufwachsen

Die Entwicklung und Ausprägung eines jeweiligen Bindungsmusters, ebenso wie die des späteren repräsentierten Bindungsmodells, ist demnach bedingt durch die zwischenmenschlichen Beziehungserfahrungen, welche das Kind in seinen ersten Lebensjahren macht. Abbildung 2.4 zeigt typisiert die Interaktionserfahrungen des Kindes im Zusammenhang mit den korrespondierenden Bindungsmustern.

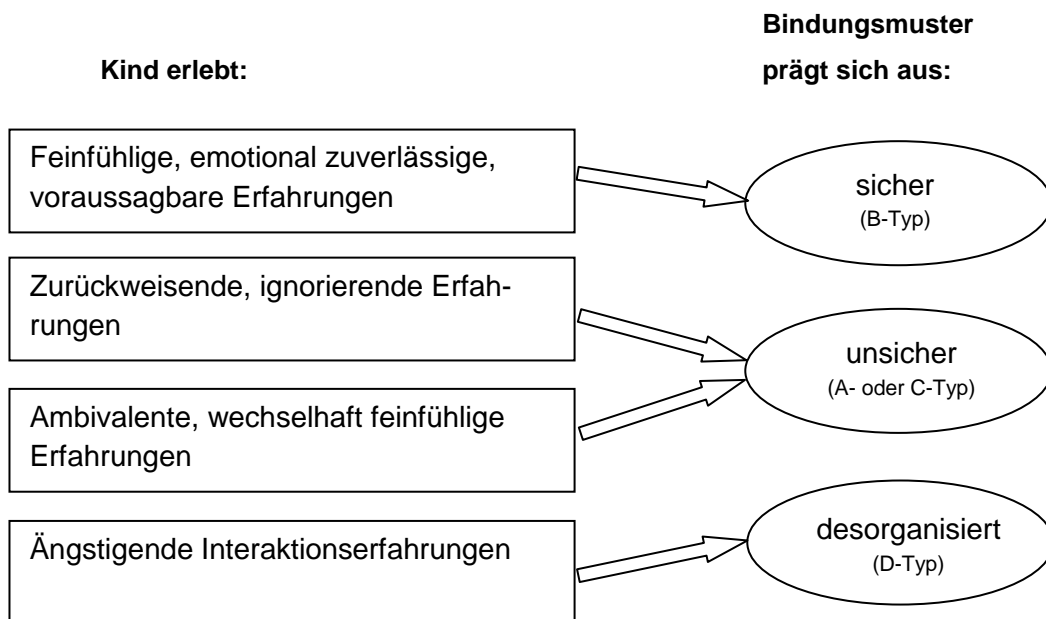


Abb. 2.4: Interaktionserfahrungen und Bindungsmuster (in Anlehnung an Ziegenhain et al., 2006, S.48)

Daraus resultiert, dass es Bedingungen gibt, die sich positiv oder negativ auf die Entwicklung von Bindung auswirken können. Hierzu zählen neben dem Verhalten der hauptsächlichen Bindungspersonen (in der Regel die Eltern) auch andere Faktoren wie physiologische Störungen und Regulationsstörungen auf Seiten des Kindes (z.B. gestörte Motorik, schwieriges Schlaf- und Essverhalten) oder problembehaftete Bedingungen, wie Frühgeburt oder Behinderung des Kindes. Da all diese Faktoren, wiederum auf das Beziehungsverhalten der Bindungspersonen reflektieren, soll im Folgenden vor allem das elterliche Verhalten als maßgebliche Bedingung für organisierte oder desorganisierte Bindung in den Fokus genommen werden.

2.3.1 Schutzfaktoren

Nach über 40 Jahren Bindungsforschung lässt sich sagen, dass eine sichere Bindung ein wesentlicher Schutzfaktor für die spätere psychische Entwicklung darstellt (Brisch, 2010; Grossmann & Grossmann, 2004). Der Säugling lernt, durch genügend positive, emotional zuverlässige und vorhersagbare Erfahrungen, dass er sich auf die Unterstützung der Bindungsperson verlassen kann und sie ihm Trost und Sicherheit spendet, wenn er es braucht. In der Regel haben Eltern ein intuitives Verhaltensrepertoire, um sich ganz auf ihr Kind und seinen Zustand einzustellen. Die *intuitiven elterlichen Kompetenzen*, die von Papoušek und Papoušek untersucht wurden, existieren unabhängig von Alter, Geschlecht, Kultur und den bestehenden Erfahrungen mit Säuglingen und Kindern. Eltern unterstützen so zum einen die Fähigkeiten der Selbstregulation ihres Kindes, zum anderen strukturieren sie die frühen Erfahrungen und regen die Entwicklung von Fähigkeiten an. Zu den intuitiven elterlichen Fähigkeiten gehört z.B. eine vereinfachte Sprechweise, Mimik und Gestik zu prototypischen Verhaltensweisen, Wiederholen von Reaktionen, Entwickeln von Routinen, Ritualen und Spielchen sowie eine angepasste Sprachmelodik zu bestimmten Situationen (Papoušek, 1994).

Die Qualität des elterlichen Verhaltens wurde von Ainsworth und Mitarbeitern (1978) als *Feinfühligkeit* beschrieben und konzeptualisiert. Nach Auffassung der Bindungstheorie bildet die Feinfühligkeit der Eltern als Bindungspersonen eine wesentliche Grundlage für die Qualität der Bindung. Feinfühliges Verhalten besteht aus vier Verhaltensdimensionen:

1. Die Bindungsperson muss die Signale des Kindes mit größter Aufmerksamkeit *wahrnehmen*.
2. Sie muss die Signale des Kindes richtig *interpretieren* und so Verhaltensweisen (z.B. Weinen) in ihrer Bedeutung entschlüsseln.
3. Sie muss *angemessen* auf die Signale des Kindes reagieren, ohne z.B. durch Über- oder Unterstimulation die Interaktion zu erschweren.
4. Ihre Reaktion muss *prompt* sein, also innerhalb einer für das Kind tolerablen Frustrationszeit.

Feinfühliges Verhalten ist darüber hinaus äußerst komplex. Entsprechend des Entwicklungsstandes und der Individualität sowie des Kontextes und der Situati-

on muss es immer wieder neu an aktuelle Bedürfnisse und Kompetenzen des Kindes angepasst werden. Untersuchungen belegen, dass spätere Bindungssicherheit in einem mäßigen, aber zuverlässigen und robusten Zusammenhang mit feinfühligem Verhalten im ersten Lebensjahr steht (De Wolff & van Ijzendoorn, 1997). Nach einer These von Winnicott (1976) reichen eine hinreichend gute Bemerterung (*good enough mothering*) und eine entsprechende reaktion wie psychische Haltefunktion der Bezugsperson aus, um eine positive Bindung herzustellen. Kinder haben dann die Möglichkeit, ihre Bindungsperson als *sichere Basis* und *sicheren Hafen* zu nutzen die ihre Affektzustände reguliert, so dass sie von dort aus schnell wieder zur ihrem inneren Gleichgewicht wiederfinden.

2.3.2 Risikofaktoren

Schwierig wird es für Kinder, ihre Bindungsperson als sichere Basis und sicheren Hafen zu nutzen, wenn sich diese Erwachsenen durch eigene belastende Beziehungserfahrungen, in psychisch labilen Zuständen befinden. Bindungspersonen sind dann kaum in der Lage auf die Kinder einzugehen. Dies ist z.B. bei Eltern mit einem *unverarbeiteten Bindungsstatus* der Fall. Gehäuft haben Eltern in klinischen Stichproben einen unverarbeiteten oder nicht klassifizierbaren Bindungsstatus und damit auch eine temporäre oder länger währende psychische Störung. Kinder von psychisch kranken Eltern haben ein erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Störung auszubilden und rücken in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus der Sozialen Arbeit (Jungbauer, 2010). Vor allem in der Erziehungsberatung werden in den letzten Jahren daher entsprechende Angebote implementiert, um dieser Risikogruppe zu begegnen (Schrappe, 2010). Welche Bedeutung die desorganisierte Bindung zu der Hauptbindungsperson für die Belastung des Kindes gewinnt, hängt u.a. auch von der Qualität der Bindung zur sekundären oder tertiären Bindungsperson ab. Studien über die Resilienz und emotionale Stabilität von Kindern kommen zu dem Ergebnis, dass das Vorhandensein mindestens einer verfügbaren und stabilen Bindungsperson einen Schutzfaktor darstellt (Brisch, 2010).

Als weitere Hochrisikogruppe wurden *jugendliche Eltern* bzw. Mütter identifiziert. Studien zeigen, dass diese häufiger depressive Anteile und weitere psychische Beeinträchtigungen aufweisen, als Mütter im Erwachsenenalter (Seiffge-

Krenke & Ziegenhain, 2009). Bis etwa zum vierten Lebensjahr übernimmt, das Kind Bewertungen der Eltern, wenn es Erfahrungen und Ereignisse in Internalen Arbeitsmodellen repräsentiert (Ziegenhain & Fegert, 2004). Dies macht noch einmal deutlich, wie sehr ein Kleinkind von einer sicheren Bindungsrepräsentation seiner hauptsächlichen Bezugspersonen profitieren kann.

Ausgehend von dem Modell der *psychischen Grundbedürfnisse* von Klaus Grawe (2004) kann davon ausgegangen werden, dass eine Verletzung dieser, einen erheblichen Risikofaktor für ein emotional gesundes Aufwachsen von Kindern darstellt (Borg-Laufs & Dittrich, 2010). Grawe postuliert empirisch abgesichert die Bedürfnisse nach Lustgewinn/Unlustvermeidung, Orientierung/Kontrolle, Selbstwertschutz/Selbstwerterhöhung und Bindung. Er sieht dabei unsichere Bindungen als größten Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen im Erwachsenenalter (Grawe, 2004). Konkret konnte man bei den desorganisierten Bindungsverhaltensweisen feststellen, dass diese gehäuft bei Kindern mit frühen Misshandlungen und sozialer Deprivation auftraten (Brisch, 2010). Man schließt daraus, dass das Bindungsmuster Typ D einen erheblichen Risikofaktor für die seelische Entwicklung darstellt und ein Grenzfall zur klinischen Bindungsstörung darstellt. Daneben gibt es weitere Forschungen, die einen Zusammenhang zwischen der desorganisierten Bindung und weiteren klinischen Störungen, wie Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS) nahelegen (ebd.). Unsichere Bindungen mit desorganisierten Anteilen sind daher ein wichtiger Prädiktor bei der psychosozialen Beratungsarbeit mit Familien. Da auch Kinder mit gestörter Bindung zum Klientel der Sozialen Arbeit gehören, wird im Folgenden kurz die Bindungsstörungen behandelt und für die beraterisch-therapeutische Praxis vorgestellt.

2.4 Bindungsstörungen

Bindungsstörungen (*attachment disorders*) bezeichnen zunächst eine in den letzten Jahrzehnten eingeführte Kategorie in den Klassifikationssystemen ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Version 10, 2008) und DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Auflage 4, 2003), über die bisher wenig gesichertes empirisches Wissen vorliegt (Pfeiffer & Lehmkuhl, 2008). Sie stellen ein pathologisches, klinisches Bild der kindlichen Bindungsorganisation dar und sind

von unsicheren und desorganisierten Bindungsmustern zu unterscheiden. Neben den Bindungsstörungen wie sie in den statistischen Manualen beschrieben sind, *Bindung mit Hemmung* und *enthemmte Bindungsstörung*⁷, gibt es weitreichendere alternative Klassifikationen. Drei der bekanntesten, die etwas detaillierter und für die Soziale Arbeit praktikabler sind, sind die Typologien von Zeanah und Boris (2005) sowie Lieberman und Zeanah (1995) und darauf aufbauend die von Brisch (2010). Allen Klassifikationskriterien gemeinsam ist, dass Bindungsstörungen, die in den ersten fünf Lebensjahren entstehen, als klinische Phänomene zu bewerten sind. Nachfolgend soll das System von Zeanah und Boris etwas ausführlicher dargestellt werden.

Zeanah und Boris gehen bei ihrem Ordnungsversuch von drei Arten von gestörter Bindung aus, die sich in weitere Subtypen untergliedern (Hédervári-Heller, 2011):

1. Das Fehlen von Bindung

- ▶ Bindungsstörung mit emotionalem Rückzug, Hemmung und fehlender Bindung.

Zentrale Anzeichen für diesen Typ der Bindungsstörung sind, dass wichtige Bindungsverhaltensweisen wie die Suche nach Nähe und Trost, das Zeigen von Zuneigung und das Verlangen von Hilfe und Kooperation sehr eingeschränkt sind. Ebenso ist das Explorationsverhalten eingeschränkt.

- ▶ Bindungsstörung mit fehlender Unterscheidung zwischen vertrauten und nicht vertrauten Personen.

Bei dieser Störung sucht das Kind Nähe auch bei fremden Personen ohne die erwartete Zurückhaltung. Es hat keine bevorzugte Bindungsperson. Kinder, die diese Kriterien erfüllen, haben oft Probleme, sich selbst zu schützen (Hédervári-Heller, 2011).

⁷ vgl. Anhang, Tab. 2.1.1: ICD-10- und DSM-IV-Kriterien für Bindungsstörungen

2. Das Fehlen der sicheren Basis

- ▶ Bindungsstörung mit Selbstgefährdung
Hierbei sucht das Kind keine Nähe zu seiner Bindungsperson, sein Explorationsverhalten ist jedoch aktiv. Es begibt sich dann in besonders gefährliche Situationen, indem es bspw. auf die Straße rennt ohne die Gefahren zu beachten. Gegen sich selbst und gegen die Bindungspersonen gerichtete Verhaltensweisen sind bei diesen Kindern zu beobachten. Es scheint, als wollte das Kind Aufmerksamkeit und Schutz von einer nicht zuverlässigen oder verfügbaren Bindungsperson bekommen.

- ▶ Bindungsstörung mit Anklammern und gehemmter Exploration
Kinder mit dieser Bindungsstörung trauen sich häufig nicht, die Bindungsperson zu verlassen, um die Umwelt altersgemäß zu erkunden. Es fehlt die Balance zwischen Bindungs- und Explorationsverhalten. Die Abgrenzung zum Normalverhalten ist hierbei schwierig. Das Fehlen einer funktionierenden Regulation zwischen Nähe und Distanz, Exploration und sozialer Bezogenheit können Anzeichen für diese Bindungsstörung sein.

- ▶ Bindungsstörung mit Wachsamkeit und übertriebener Anpassung (Compliance)
Anzeichen für diese Störung zeigen sich in emotionaler Eingeschränktheit und übersteigter Wachsamkeit und Folgsamkeit der Bindungsperson gegenüber. Das scheint Angst vor der Bindungsperson zu haben oder befürchtet, ihr nicht zu gefallen. Die Störung kann ausgelöst sein durch Wut und Frustration der Bindungsperson, die am Kind ausagiert wird.

- ▶ Bindungsstörung mit Rollenumkehr
Anstatt dass die Bindungsperson das Kind versorgt und emotionale Unterstützung bietet, ist sie innerlich mit dem eigenen emotionalen Zustand beschäftigt. Durch das mangelnde Fürsorgeverhalten übernimmt das Kind die emotionale Last der Beziehung, indem es sich der Mutter oder dem Vater gegenüber bestrafend, übermäßig besorgt oder in einer anderen Weise unangemessen verhält.

3. Unterbrochene Bindungsstörung aufgrund des Verlustes einer Bindungsperson

Da der Verlust einer Bindungsperson in der frühen Kindheit viel belastender ist als im späteren Lebensalter, zeigen Kinder häufig beobachtbare Reaktionen. Nach einer Phase des Protests stellt sich Verzweiflung ein und anschließend verhält sich das Kind gleichgültig, als ob es keinen Trennungskummer hätte (Hédervári-Heller, 2011).

In ähnlicher Weise klassifiziert Brisch (2010) acht unterschiedliche Bindungsstörungen, wobei er interaktionelle und bindungsrelevante Kriterien integriert. Diese Klassifikation ist anders aufgebaut, ähnelt aber inhaltlich den eben vorgestellten Typen inkl. der Subtypen und fügt eine Klassifizierung „Psychosomatische Symptomatik“ als wesentliche Neuerung hinzu.

2.5 Bindung über die Lebensspanne

Die internationalen Forschungen belegen, dass Bindung sowohl der Kontinuität als auch der Diskontinuität unterliegt. Bindung ist über das gesamte Leben von sozialen Prozessen beeinflusst. Daraus lässt sich jedoch kein sozialer Determinismus konstruieren. So spielen weit mehr kindliche und elterliche Verhaltensdimensionen sowie die Wechselwirkungen dieser, eine Rolle in Bezug auf Bindungssicherheit, als Bindungsforscher bisher ermitteln konnten. Demnach weisen auch die Ergebnisse zu transgenerationalen Effekten der Bindungsqualität in unterschiedliche Richtungen. So ließ sich einerseits nachweisen, dass Mütter mit einem unverarbeiteten Bindungsstatus überzufällig häufig Kinder mit einer desorganisierten Bindung hatten (van Ijzendoorn, 1995), andererseits konnten weitere Untersuchungen keine Zusammenhänge zwischen der Feinfühligkeit der desorganisiert klassifizierten Mütter und der Desorganisation im Bindungsverhalten ihrer Kinder finden (Spangler et al., 1996). Die bisherigen längsschnittlichen empirischen Befunde (z.B. Grossmann & Grossmann, 2004) deuten insgesamt darauf hin, dass von einfachen Erklärungsmodellen für die Entstehung individueller Unterschiede in der Bindungssicherheit, ihrer weiteren Entwicklung und ihrer Konsequenzen Abstand genommen werden muss. Stabilität und Veränderung von Bindung scheint demnach multifaktoriell. Die Bindungstheorie sagt da-

bei einer Plastizität von Bindung voraus, bei der innere Arbeitsmodelle in den frühen Jahren leichter veränderbar sind als in höherem Alter. Alle bisherigen Studien belegen, dass es eine Kontinuität der Bindungsqualität eines in der Fremden Situation beobachteten zwölfmonatigen Kindes bis zum 16. Lebensjahr, in der im AAI erfragten Bindungsrepräsentation, geben kann. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen beiden Bindungstypen war allerdings nicht zu finden (Zimmermann, 2007). Hingegen trat ein starker Einfluss von Risikofaktoren wie Trennung und Scheidung, Verlust eines Elternteils oder lebensbedrohliche Erkrankungen in den Vordergrund, die die Ausbildung einer unsicheren Bindungsrepräsentation, bei ursprünglich sicher getesteten Kindern begünstigte. Da weitere Forschergruppen zu davon abweichenden Aussagen kommen (z.B. Waters et al., 1995), ist die Erforschung der Stabilität und Veränderung von Bindung von der Wiege bis zur Bahre ein großes Anliegen der Bindungsforschung.

Da die Bindungen eines Menschen „ein grundlegendes Organisationsprinzip in seiner emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 602) sind, wird noch einmal das Augenmerk auf die Bindung im Alter der Kindheit und Jugend geworfen.

2.5.1 Bindung im Kindes- und Jugendalter

Bindung in diesem Altersabschnitt ist von besonderer Bedeutung für die Arbeit in der Erziehungs- und Familienberatungsstelle. Die Altersgruppe der drei bis 15-jährigen macht beinahe drei Viertel aller angemeldeten jungen Menschen in dieser Institution aus (www.bke.de, 2011a). Neben allgemeinen, entwicklungspsychologischen Besonderheiten gibt es auch aus bindungstheoretischer Sicht im Kindes- und Jugendalter wichtige Entwicklungstrends, die für das Verständnis von diagnostischen Verfahren notwendig sind. Gloger-Tippelt und König (2009, S. 25-28) bringen dies prägnant auf sechs Punkte:

- ▶ „Das Bindungsverhaltenssystem wird zunehmend von höheren kognitiv-affektiven Prozessen gesteuert, die den allgemeinen Entwicklungsschritt ausmachen.“
- ▶ „Die mentalen Repräsentationen der Bindungserfahrungen im inneren Arbeitsmodell unterliegen im Laufe der Entwicklung einem Prozess der Generalisierung.“

- ▶ „Es zeichnet sich ein eindeutiger Trend zur Abnahme von Bindungsverhalten mit direktem Körperkontakt ab, dieses wird weniger und seltener gezeigt.“
- ▶ „Das Bindungsverhaltenssystem und die entsprechenden Bindungsrepräsentationen werden immer differenzierter und vielfältiger [...] Im Verlaufe der Kindheit bauen Kinder in der Regel zu mehreren Personen Bindungsbeziehungen auf.“
- ▶ „Im Verlaufe der Entwicklung übernehmen die Kinder selbst aktiver die Steuerung der Eltern-Kind-Beziehung.“
- ▶ „In der späten Kindheit und im Jugendalter kommen neben den primären Bindungspersonen auch die frühen Paarbeziehungen als Bindungsbeziehung in Frage.“

In der abgebildeten Übersicht nach Grossmann und Grossmann (2004) lassen sich die Entwicklungsaufgaben um Bindung und Exploration in Kindheit und Jugend gut verdeutlichen (vgl. Tab. 2.2).

Junges Erwachsenenalter		Vertrauen in Partnerschaft und Liebesbeziehungen; Reflexionen über die eigene Bindungsgeschichte	
Jugendalter bis ca. 18 Jahre		Identität und Autonomie in Verbundenheit; Gestaltung von Freundschaftsbeziehungen	
Mittlere Kindheit bis ca. 10 Jahre		Entwicklung von Werten; Suche nach Unterstützung in den Beziehungen zu Mutter und Vater	
Schulbeginn bis ca. 7 Jahre		Sprache und Erkenntnis führen zu Modellvorstellungen von Bindungen und Autonomie	
Vorschulzeit bis ca. 6 Jahre		Bindungsqualitäten werden zur Persönlichkeit; Aufbau sozialer Beziehungen außerhalb der Familie	
Früheste Kindheit bis ca. 3 Jahre		Balance zwischen dem Wunsch nach Selbstständigkeit und Bindung; Wunsch nach Sicherheit der Bindungen und bei der Exploration	
Säuglingszeit bis ca. 18 Monate		Bindungsaufbau zu mindestens einer Person als Sicherheitsbasis; starker Wunsch nach Kommunikation	
Erstes Halbjahr	Basale externe Regulierung der Körperfunktionen und der Gefühle durch die Bindungsperson		

Tab. 2.2: Schematischer Aufbau der Entwicklungsaufgaben bzgl. Bindung und Exploration (in Anlehnung an Grossmann & Grossmann, 2004, S. 598)

2.6 Erkenntnisse der Bindungsforschung für die Beratung und Therapie

Heute fließen Evidenzen aus der Bindungstheorie und -forschung beinahe wie selbstverständlich in die psychotherapeutische Lehre ein. Dies war lange Zeit nicht so. Bowlbys Theorie stand zunächst in Widerspruch mit psychoanalytischen Konzepten, was später zur Ablehnung der Bindungstheorie führte. Diese wurde so lange Zeit nur in der empirischen Entwicklungspsychologie rezipiert, gewann aber in den späten 1980er Jahren in der klinischen Praxis größere Relevanz und stößt heute auf großes Interesse bei psychodynamischen Ansätzen (z.B. Fonagy, 2006) wie auch bei systemisch-familientherapeutischen Verfahren (z.B. Scheuerer-Englisch, 1999; Marvin, 2001). Neuere Forschungsbefunde weisen zudem darauf hin, dass bindungstheoretische Aspekte schulenneutral in die psychotherapeutische Diagnostik und Intervention einbezogen werden können (Cassidy & Shaver, 2008).

Heute lässt sich weitgehend ein Konsens finden, dass Probleme in der Kindheit sich vornehmlich als Probleme von Beziehungen verstehen lassen (Sameroff & Emde, 1989). Daran hat nicht zuletzt die Bindungstheorie Anteil. Bowlby (1988), der seine Theorie immer schon auch als klinische Theorie verstand, formulierte einige Thesen zur therapeutischen Arbeit aus bindungstheoretischer Sicht:

- ▶ Weniger die Fantasien als vielmehr die realen Erfahrungen der Patienten mit realen Bindungspersonen sind von Bedeutung. Fantasien spielen in der Behandlung eine untergeordnete Rolle, da Modellszenen vor allem Abbildungen von Beziehungserfahrungen aus der Kindheit des Klienten sind.
- ▶ Der Therapeut sollte seine Aufmerksamkeit in besonderer Weise auf den Anfang und das Ende der Therapiesitzung legen. In diesen Situationen ist das Bindungssystem der Patienten aktiviert.
- ▶ Die Förderung einer positiven therapeutischen Beziehung ist von hoher Relevanz, um Veränderungen zu schaffen.
- ▶ Da Qualität der Bindungsbeziehung in der Kindheit des Klienten Einfluss auf heutige Beziehungen nimmt (Bindungsrepräsentation), ist es wichtig, die Erwartungen des Patienten in Bezug auf den Therapeuten herauszufinden und zum Gegenstand der Arbeit zu machen.

Konkrete pädagogische, psychosoziale wie auch therapeutische Ansätze, die von der Bindungstheorie profitieren, zielen darauf ab, ein Mehr an Bindungssicherheit beim Gegenüber zu erreichen. Bei älteren Kindern und Erwachsenen ist es darüber hinaus bedeutsam, Bindungsmuster als relativ stabiles Merkmal der Person einzubeziehen und die weiteren Interventionen danach auszurichten. Bowlby postulierte zusammengefasst fünf wesentliche Aufgaben für die klinische Arbeit (Gloger-Tippelt & König, 2009):

1. Der Therapeut steht als sichere Basis für die Selbstexploration zur Verfügung.
2. Der Therapeut regt zur Reflexion über Bindungsrepräsentationen in gegenwärtigen wichtigen Beziehungen an.
3. Die therapeutische Beziehung wird vor dem Hintergrund der Selbst- und Elternrepräsentanzen des Klienten reflektiert.
4. Die Entstehungsgeschichte des aktuellen Problemverhaltens des Patienten wird auf der Grundlage der Bindungsrepräsentation exploriert.
5. Etablierte Internale Arbeitsmodelle sollen daraufhin geprüft werden, ob sie für die gegenwärtige Realität des Klienten angemessen sind.

Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung ist mittlerweile gut belegt (Graue, 2004), und es scheinen dabei jene Merkmale relevant zu sein, die auch eine feinfühligke Beziehung charakterisieren.

Es lässt sich zusammenfassend schlussfolgern, dass Erkenntnisse der Bindungstheorie implizit wie explizit bereits in vielen Beratungs- und Therapiemethoden Beachtung finden. Darüber hinaus liefern sie für die Analyse und das Verständnis der sozialpädagogisch-therapeutischen Arbeitsbeziehung wichtige Ansatzpunkte.

In den letzten Jahren sind zahlreiche Ansätze und Programme entstanden, die auch das Praxisfeld der Erziehungsberatung befruchten (Gloger-Tippelt & König, 2009). Durch an der Bindung orientierte Diagnostikmöglichkeiten und manualisierte Konzepte zur Beratung und Behandlung von Kindern und Eltern entstehen so neue Möglichkeiten für die Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit in der Familienberatung. Ihr wird das nächste Kapitel gewidmet sein. Erziehungs- und Familienberatung wird dabei zunächst in seinen historischen wie aktuellen Rahmenbedingungen skizziert (Kapitel 3.1). Anschließend werden die

Konzepte und Arbeitsweisen der Beratungsstellen untersucht und insbesondere die Punkte Beratung und Therapie beleuchtet (Kapitel 3.2). Das letzte Unterkapitel widmet sich ausgiebig der Diagnostik und ihrer Anwendung in der Erziehungsberatung (Kapitel 3.3).