

Tobias Callmeier

**Bindungsorientierung in der  
psychosozialen Praxis mit Menschen  
mit geistiger Behinderung**



Schriften zur psychosozialen Gesundheit

Tobias Callmeier

Bindungsorientierung in der  
psychosozialen Praxis mit Menschen  
mit geistiger Behinderung



## **Impressum**

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Tobias Callmeier

### **Bindungsorientierung in der psychosozialen Praxis mit Menschen mit geistiger Behinderung**

Goßmannsdorf b. Würzburg: ZKS / Verlag für psychosoziale Medien

Alle Rechte vorbehalten

© 2018 Tobias Callmeier

ISBN 978-3-947502-08-0

Technische Redaktion: Meike Kappenstein

Lektorat: Tony Hofmann

Cover-Design: Leon Reicherts / Tony Hofmann

### **Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:**

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

### **Anschrift Zentralverlag für Klinische Sozialarbeit /**

#### **Verlag für psychosoziale Medien:**

ZKS / Verlag für psychosoziale Medien

Winterhäuser Str. 13

97199 Goßmannsdorf/Ochsenfurt

### **Kontakt:**

info@zks-verlag.de

www.zks-verlag.de

Tel.: +49 (0) 6430 – 9257766

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>8</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Theorie.....</b>	<b>11</b>
2.1 Begriffsbestimmung geistige Behinderung .....	11
2.1.1 Medizinische Perspektive (ICD-10) .....	12
2.1.2 Soziologische Perspektive .....	13
2.1.3 Bio-psycho-soziale Perspektive.....	13
2.2 Bindungstheorie und ihre grundlegenden Konzepte.....	15
2.2.1 Bindung, Exploration und Bindungsentwicklung.....	15
2.2.2 Bindungsqualitäten .....	18
2.2.3 Innere Arbeitsmodelle von Bindung.....	20
2.2.4 Konzept der Feinfühligkeit.....	20
2.2.5 Bindung im weiteren Lebensverlauf.....	21
2.2.6 Stabilität von Bindung im Verlauf des Lebens .....	23
2.2.7 Transgenerationale Kontinuität von Bindung.....	23
2.3 Bindungsorientierte psychosoziale Praxis mit Menschen mit geistiger Behinderung .....	24
2.3.1 Bindung als Schutz- oder Risikofaktor als Ausgangspunkt.....	24
2.3.2 Ansatzpunkte bindungsorientierter Intervention .....	26
2.3.3 Die helfende Beziehung als Bindungsbeziehung.....	28
2.3.4 Strukturelle Rahmenbedingungen .....	32
<b>3. Empirie.....</b>	<b>35</b>
3.1 Fragestellung und methodisches Vorgehen .....	35

3.1.1	Entwicklung der Forschungsfrage .....	35
3.1.2	Sampling.....	36
3.1.3	Das problemzentrierte Interview und seine Instrumente .....	38
3.1.4	Transkription .....	43
3.1.5	Qualitative Inhaltsanalyse .....	44
3.2	Auswertung der Interviews.....	51
3.2.1	Darstellung des institutionell-organisationalen Rahmens.....	51
3.2.2	Interview mit Berit Becker .....	51
3.2.2.1	Bedeutung und Auswirkung von bindungsorientierter Praxis .....	52
3.2.2.2	Bindungsorientierte Praxis .....	53
3.2.2.3	Einflussfaktoren und Voraussetzungen .....	58
3.2.3	Interview mit Carla Clemens .....	60
3.2.3.1	Bedeutung und Auswirkung von bindungsorientierter Praxis .....	61
3.2.3.2	Bindungsorientierte Praxis .....	61
3.2.3.3	Einflussfaktoren und Voraussetzungen .....	65
3.2.4	Interview mit Antonia Albrecht.....	66
3.2.4.1	Bedeutung und Auswirkung von bindungsorientierter Praxis .....	67
3.2.4.2	Bindungsorientierte Praxis .....	67
3.2.4.3	Einflussfaktoren und Voraussetzungen .....	73
3.2.5	Vergleich der Interviews .....	75
3.2.5.1	Bedeutung und Auswirkung von bindungsorientierter Praxis .....	75
3.2.5.2	Bindungsorientierte Praxis .....	76

3.2.5.3 Einflussfaktoren und Voraussetzungen .....	82
<b>4. Diskussion .....</b>	<b>85</b>
4.1 Hypothese: Sichere Bindung als Grundlage für Entwicklung .....	85
4.2 Hypothese: Methoden bindungsorientierter Praxis.....	88
4.3 Hypothese: Strukturelle Rahmenbedingungen bindungsorientierter Praxis .....	94
<b>5. Fazit .....</b>	<b>97</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>101</b>
<b>Danksagung .....</b>	<b>111</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Modell der ICF .....	15
Abbildung 2: Bindungs-Explorations-Balance .....	17
Abbildung 3: Fremde Situation.....	18
Abbildung 4: Strukturelle Parallelität Bindungsqualität und Bindungsrepräsentation .....	22
Abbildung 5: Auswirkungen von Bindungserfahrungen auf Bindungsorganisation .....	27
Abbildung 6: Sample .....	36
Abbildung 7: Informationsblatt und Einverständniserklärung .....	37
Abbildung 8: Ablaufmodell des problemzentrierten Interviews .....	39
Abbildung 9: Interviewleitfaden .....	41
Abbildung 10: Kurzfragebogen .....	42
Abbildung 11: Postskriptum .....	43
Abbildung 12: Transkriptionsregeln .....	44
Abbildung 13: Ablaufmodell der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse .....	46
Abbildung 14: Kodierleitfaden .....	50



## 1. Einleitung

In meiner psychosozialen Praxis, vornehmlich im Betreuten Einzelwohnen eines großen Trägers der Behindertenhilfe in Berlin, habe ich seit 2007 umfangreiche Erfahrungen mit erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung gesammelt. Die Erfahrung, dass die Qualität der helfenden Beziehung für einen erfolgreichen Verlauf von Unterstützungsprozessen von zentraler Bedeutung ist, vermittelte sich mir als grundständigem Politikwissenschaftler schon vor Aufnahme des berufsbegleitenden und in Kooperation von der Alice Salomon Hochschule und der Hochschule Coburg angebotenen Masterstudiengangs Klinische Sozialarbeit im Sommersemester 2010. Während dieses Studiengangs konnte ich neben anderen praktischen Erfahrungen auch die genannte theoretisch fundieren und reflektieren.

Die zentrale Bedeutung der Beziehungsdimension im Rahmen professioneller Unterstützungsprozesse wird mehr als deutlich von der Psychotherapieforschung bestätigt. Auf der Grundlage von „Dekaden von Forschung und Jahren des Analysierens von Forschungsstudien“ (Lambert & Barley, 2008, S. 111) wird so die relative Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehung auf den Effekt der Therapie mit 30 % geschätzt. Die Relevanz der Beziehungsgestaltung wird auch für psychosoziale Handlungsfelder Klinischer Sozialarbeit hervorgehoben. „Der Erfolg professioneller Begleitung steht und fällt mit der Qualität der helfenden Beziehung“ (Gahleitner, 2009, S. 145). Dabei kann der Bindungsaspekt als Aspekt mit zentraler Bedeutung für die Beziehungsdimension erachtet werden. So sind Bindungen zwar „lediglich als ein Teil des komplexen Systems der Beziehung“ (Brisch, 2011a, S. 35) zu verstehen, gleichzeitig sind sie „aber der wichtigste“ (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 71). Dennoch konstatiert Trost (2014, S. 7) in einem jüngst zur Thematik der Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit publizierten Sammelband: „Gleichwohl hat die Soziale Arbeit das Bindungswissen noch nicht für sich entdeckt. Weder bei der psychosozialen Diagnostik noch in der Alltagspraxis finden sich explizit auf bindungstheoretische Erkenntnisse gestützte Konzepte.“

Vor diesem Hintergrund praktischer Erfahrungen und theoretischer Erkenntnisse, kann davon ausgegangen werden, dass Bindung als ein relevanter Faktor im Rahmen von Unterstützungsprozessen von Menschen mit geistiger Behinderung einzustufen ist. In der vorliegenden Arbeit wird daher untersucht, in-

wiefern psychosoziale Fachkräfte ein bindungsorientiertes Vorgehen umsetzen. Insbesondere schließt dies die Gestaltung der helfenden Beziehung als Bindungsbeziehung ein, in der KlientInnen positive Bindungserfahrungen ermöglicht werden und die eine sichere Basis zur Bearbeitung von Problemen und für Entwicklungsprozesse darstellt. Die Umsetzung einer bindungsorientierten psychosozialen Praxis soll untersucht werden, da Fachkräften häufig nicht bewusst ist, dass sie bindungsorientiert handeln und daher zum Beispiel auch nicht gegenüber Kostenträgern auf dieser Grundlage theoretisch fundiert argumentieren können. „Allerdings handeln SozialarbeiterInnen und SozialpädagoInnen häufig intuitiv bindungsorientiert“ (Trost, 2014, S. 7). Stellt eine wissenschaftliche Begründungsbasis ein Kriterium für Professionalität dar (Kraimer, 2011, S. 669), ist auch ein Bewusstsein für diese Basis von grundlegender Bedeutung für professionelles Handeln. Die Zielsetzung dieser Arbeit besteht darin, die hohe Bedeutung bindungstheoretischer Erkenntnisse für psychosoziale Unterstützungsprozesse von Menschen mit geistiger Behinderung herauszustellen. Im Sinne eines Bewusstmachens des Bindungsaspekts trägt sie damit zum Professionalisierungsdiskurs Sozialer Arbeit bei und zeigt darüber hinaus anhand der Untersuchung der konkreten Umsetzung einer bindungsorientierten Praxis theoretisch fundierte und reflektierte Handlungsmöglichkeiten für Fachkräfte auf.

Die Umsetzung einer bindungsorientierten Praxis in Unterstützungsprozessen von Menschen mit geistiger Behinderung wird in der vorliegenden Arbeit auf der Grundlage theoretischer Erkenntnisse empirisch untersucht. Im theoretischen Teil der Arbeit wird zunächst der Begriff der geistigen Behinderung bestimmt. Anschließend werden die Grundlagen der Bindungstheorie dargestellt und darauf aufbauend zentrale Aspekte einer bindungsorientierten Praxis mit Menschen mit geistiger Behinderung herausgearbeitet. Im empirischen Teil der Arbeit werden im Rahmen eines halbstrukturierten Verfahrens problemzentrierte Interviews mit drei psychosozialen Fachkräften durchgeführt, die nach dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2008) ausgewertet werden. Aus den Ergebnissen der Inhaltsanalyse gebildete Hypothesen werden sodann vor dem Hintergrund der theoretischen Erkenntnisse im vierten Kapitel der Arbeit diskutiert. In einem abschließenden Fazit werden die zentralen Erkenntnisse der Arbeit zusammengefasst und Implikationen für die psychosoziale Praxis formuliert.

## 2. Theorie

### 2.1 Begriffsbestimmung geistige Behinderung

Obwohl der Begriff der geistigen Behinderung ein in der Alltagssprache gebräuchlicher ist und mit ihm auch sozialrechtliche Leistungsansprüche verbunden sind, unterscheiden sich inhaltliche Bestimmungsversuche in Abhängigkeit von der jeweils eingenommenen theoretischen Perspektive.<sup>1</sup> Schon die beträchtlichen Schwankungen bei Angaben zur Häufigkeit des Phänomens können als Indiz dafür gesehen werden, dass eine allgemein anerkannte Definition nicht existiert: Während Kulig, Theunissen und Wüllenweber (2006, S. 126) von insgesamt etwa 400.000 Menschen mit geistiger Behinderung (ca. 0,45 bis 0,50 % der deutschen Gesamtbevölkerung), geben Rothenhäusler und Täschner (2007, S. 463) den Anteil von Menschen mit geistiger Behinderung an der Allgemeinbevölkerung mit „rund 5 %“ an. Dieser erhebliche Unterschied kann erklärt werden mit unterschiedlich gesetzten Grenzwerten des bei epidemiologischen Schätzungen zumeist als maßgebliches Beurteilungskriterium verwendeten Intelligenzquotienten. Theunissen (2009, S. 9 f.) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass „[i]m Unterschied zur internationalen Fachdiskussion sowie zu klinischen Klassifikationssystemen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) und der American Psychiatric Association (DSM-IV), die sich weithin an diesen Bestimmungsmerkmalen orientieren, ... ‚geistige Behinderung‘ hierzulande enger gefasst (bis IQ 55/60)“ wird und zwischen Lernbehinderung und geistiger Behinderung unterschieden wird. In der vorliegenden Arbeit wird eine solche Unterscheidung nicht vorgenommen.

---

<sup>1</sup> Auf die Diskussion um eine – zumindest aus Sicht der BefürworterInnen – weniger stigmatisierende Alternative zum Begriff der geistigen Behinderung wird im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen und dafür verwiesen auf Kulig, Theunissen und Wüllenweber (2006, S. 116 ff.) sowie Pörtner (2007, S. 9 ff.).

### 2.1.1 Medizinische Perspektive (ICD-10)

Die medizinische Perspektive auf das Phänomen der geistigen Behinderung spiegelt sich in der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen *Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)*. Geistige Behinderung wird in diesem Klassifikationssystem als Intelligenzstörung dem ‚Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen‘ zugeordnet und definiert als „[e]in Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzstörung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten“ (DIMDI, 2011, S. 213).

Als maßgebliches Bestimmungsmerkmal geistiger Behinderung wird also ein Defizit der kognitiven Fähigkeiten gesehen, das durch Intelligenztests bestimmt wird. „Für die endgültige Diagnose muss ein vermindertes Intelligenzniveau mit der Folge der erschwerten Anpassung an die Anforderungen des alltäglichen Lebens bestehen“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011, S. 309). Die ICD-10 sieht eine Einteilung in vier Schweregrade vor:

- Leichte geistige Behinderung (F70.-): IQ-Bereich von 50 bis 69,
  - Mäßige geistige Behinderung (F71.-): IQ-Bereich von 35 bis 49,
  - Schwere geistige Behinderung (F72.-): IQ-Bereich von 20 bis 34,
  - Schwerste geistige Behinderung (F73.-): IQ unter 20
- (DIMDI, 2011, S. 213 f.).

Die in der ICD-10 vorgenommene Definition von geistiger Behinderung steht aus mehreren Gründen in der Kritik. Diese Kritik bezieht sich auf das Kriterium der Intelligenz an sich (Kulig et al., 2006, S. 120; Speck, 2003, S. 204). Außerdem stellt sie mit Hinweis auf die Engführung des Intelligenzbegriffs die Abgrenzung zwischen dem Kriterium der Intelligenz und dem der sozialen Anpassungsleistungen in Frage (Röh, 2009, S. 48). Darüber hinaus wird kritisiert, dass die Definition ausschließlich an Defiziten orientiert ist und „Behinderung ausschließlich als eine individuelle Kategorie, als dem Einzelnen zugehörig, beschrieben und als krankhafter Defekt oder krankhafte Abweichung festgestellt“ (ebd.) wird.

### 2.1.2 Soziologische Perspektive

Soziologisch orientierte Beschreibungsversuche grenzen sich von der medizinischen Sichtweise auf geistige Behinderung als Personenmerkmal deutlich ab und betrachten dieselbe als „soziales Zuschreibungskriterium“ (Lingg & Theunissen, 2008, S. 14). „Was bisher am Individuum als typische Ausprägung einer Schädigung oder Funktionsbeeinträchtigung beschrieben und interpretiert worden war, erwies sich in viel stärkerem Maße als bisher gesehen als Resultat umweltlicher bzw. gesellschaftlicher Verhältnisse“ (Speck, 2003, S. 216). Als einer der grundlegenden Ansätze für diese Perspektive kann die von Goffman (1975) entfaltete Stigmatheorie gelten (Kastl, 2010, S. 42). Aus dieser Sicht ist geistige Behinderung eine – aus Sicht der „Normalen“ (Goffman, 1975, S. 13) – negative Abweichung des Individuums von gesellschaftlichen Normen und Erwartungen. Dies führt auf Seiten der auf diese Art und Weise Stigmatisierten zur gesellschaftlichen Ausgrenzung (Goffman, 1975, S. 10 ff.; Speck, 2003, S. 222 ff.). „Ein solcher Ansatz ist als alleinige Erklärung für das Phänomen geistige Behinderung nicht ausreichend, denn ein ausschließliches Rekurrenieren auf soziale Phänomene ist letztlich ebenso einseitig wie eine strikt individualtheoretische, schädigungsbezogene Sichtweise“ (Kulig et al., 2006, S. 120).

### 2.1.3 Bio-psycho-soziale Perspektive

Nachdem mit der medizinisch und der soziologisch orientierten Perspektive theoretische Konzeptionen skizziert wurden, die jeweils nur bedingt in der Lage sind, die Komplexität des Phänomens der geistigen Behinderung zu erfassen, wird im Folgenden die Perspektive Klinischer Sozialarbeit auf das Phänomen vorgestellt. Da sich mit dieser Perspektive die Komplexität geistiger Behinderung angemessen erfassen lässt, bildet sie den Bezugspunkt der vorliegenden Arbeit.

Geistige Behinderung stellt sich aus dieser Sicht als ein bio-psycho-soziales Phänomen dar, das in der Regel zu einer wechselseitigen Passungsstörung zwischen der Person und ihrer Umwelt führt. „Bei einem umfassenden bio-psycho-sozialen Verständnis sind biologische Konstitution, psychische Potentiale (Dispositionen, Bewältigungskompetenzen, usw.), Entwicklungsanforderungen und Belastungen (z.B. familiär, schulisch, Arbeitsfeld, subkulturelles Umfeld und alters-, geschlechts-, funktions- und bereichsspezifische Stan-

dards), Entwicklungsziele und (Selbst-)Einschätzungen des Individuums, Entwicklungs- und Unterstützungsangebote in der Umwelt, die soziale Chancenstruktur (soziale und materielle Ressourcen und Mittel) immer mehr oder weniger günstig aufeinander abgestimmt“ (Pauls, 2013, S. 117).

Aus einer bio-psycho-sozialen Perspektive manifestiert sich geistige Behinderung in der biologischen Dimension dann als funktionelle oder strukturelle Schädigung des Gehirns (Seidel, 2006, S. 161). Die Ursachen für diese biologische Schädigung können biologisch (z.B. genetisch), aber auch psychosozial bedingt sein (z.B. Drogenmissbrauch der Eltern, fehlender Zugang zur Geburtshilfe). Die Wechselbeziehungen der drei Dimensionen sind auch hinsichtlich der Auswirkungen bzw. des Verlaufs in den Blick zu nehmen. Psychosoziale Faktoren können sich positiv oder negativ auswirken und somit maßgeblich zum Ausmaß der resultierenden Passungsstörung beitragen.

Auch der von der WHO in Ergänzung zur ICD-10 herausgegebenen *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)* liegt ein bio-psycho-soziales Verständnis von Behinderung zugrunde (DIMDI, 2005). Behinderung stellt sich im Modell der ICF dar „als problematische oder fehlgeschlagene Wechselbeziehung zwischen den individuellen bio-psycho-sozialen Aspekten vor dem Hintergrund relevanter Kontextfaktoren“ (Schäfers, 2009, S. 25). Die ICF „verbindet medizinische, individual- und sozialpsychologische und schließlich sozialwissenschaftliche Sichtweisen auf Behinderung miteinander in einer Form, die als multidimensionaler Blick der Sozialen Arbeit schon lange bekannt ist, etwa in der sozialökologischen Perspektive des Person-in-Environment-Modells“ (Röh, 2009, S. 10).

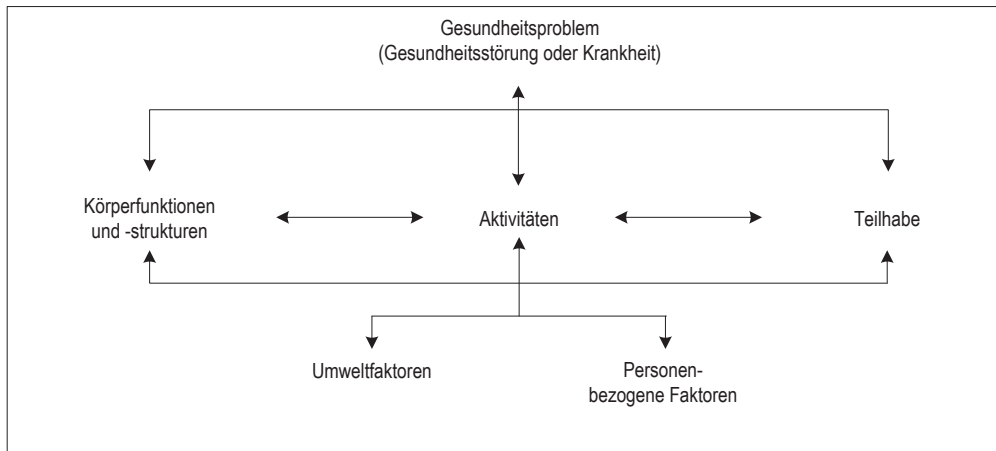


Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Modell der ICF (DIMDI, 2005, S. 23)

## 2.2 Bindungstheorie und ihre grundlegenden Konzepte

Den Ausgangspunkt für die Entwicklung der Bindungstheorie stellen die klinischen Erfahrungen und Beobachtungen des britischen Psychoanalytikers und Psychiaters John Bowlby (1907-1990) dar. Bei diesen erkannte er bei Kindern mit psychischen Störungen einen Zusammenhang zwischen realen frühkindlichen Traumatisierungen durch Trennungs- und Verlusterlebnisse mit ihren Bezugspersonen und ihrer weiteren Persönlichkeitsentwicklung (Brisch, 2011a, S. 26). Von dieser Erkenntnis ausgehend entwickelte Bowlby (2006a, 2006b, 2006c) die Bindungstheorie, die ethologisches, entwicklungspsychologisches, psychoanalytisches sowie systemisches Denken verknüpft. „Die grundlegende Hypothese ist, daß Unterschiede in der Art und Weise, wie sich solche Bindungen entwickeln und zu welcher Organisation es bei verschiedenen Personen im Verlauf der kindlichen Entwicklung kommt im wesentlichen bestimmen, ob eine Person psychisch gesund aufwächst oder nicht“ (Bowlby, 2009, S. 20).

### 2.2.1 Bindung, Exploration und Bindungsentwicklung

Die Bindungstheorie geht davon aus, dass Menschen von Geburt an über das genetisch verankerte Bindungsverhaltenssystem verfügen und daher die Neigung haben, emotionale Bindungen zu anderen Menschen aufzubauen. Dem Bindungsverhaltenssystem wird mit der Sicherung des Überlebens eine evolutionäre Funktion zugeschrieben, das einen primären Charakter hat. „Ebenso

wie Nahrungsaufnahmeverhalten die Ernährung sicherstellt, so hat auch Bindung seine eigene Funktion, nämlich die des Schutzes“ (Bowlby, 2009, S. 21). Ziel des adaptiven Bindungssystems ist es, in ängstigen und bedrohlichen Situationen durch Bindungsverhalten die Nähe zur Bindungsperson und somit Sicherheit herzustellen. „Bindungsverhalten ist besonders deutlich während der frühen Kindheit (und im Säuglingsalter) erkennbar, doch geht man davon aus, dass es menschlichen Wesen von der Wiege bis zum Grab eigen ist“ (Bowlby, 2003, S. 23). Bindung kann so definiert werden „als ein selektives, spezifisches, emotional und kognitiv verankertes Band zwischen zwei Personen ... , das sie über Raum und Zeit hinweg miteinander verbindet“ (Gahleitner, 2009, S. 146).

Ebenfalls von evolutionärer Bedeutung ist die Explorationsneigung des Menschen, also die Neigung des Menschen, seine Umwelt zu erkunden. Die Bindungstheorie geht davon aus, dass Explorationsverhalten und Bindungsverhalten in einem antagonistischen Verhältnis stehen. „Wenn eine Person gleich welchem Alters sich sicher fühlt, wird sie sich sehr wahrscheinlich erkundend von ihrer Bindungsfigur wegbewegen“ (Bowlby, 2009, S. 21). Im Falle von Verunsicherung wird sie hingegen versuchen, die Nähe zu ihrer Bindungsperson wiederherzustellen. Gelingt es dieser durch entsprechend fürsorgliches Verhalten das Bindungssystem zu deaktivieren, kann das explorative System wieder aktiviert werden (Abb. 2). „Die Abwesenheit der Bindungsfigur verhindert die Exploration. Deshalb kann man davon ausgehen, dass sich eine sichere Bindung vorteilhaft auf eine Reihe kognitiver und sozialer Fähigkeiten auswirkt“ (Fonagy, 2009, S. 15). Eine verfügbare Bindungsperson als sichere Basis ist so grundlegend dafür, damit die Welt erkundet werden kann.



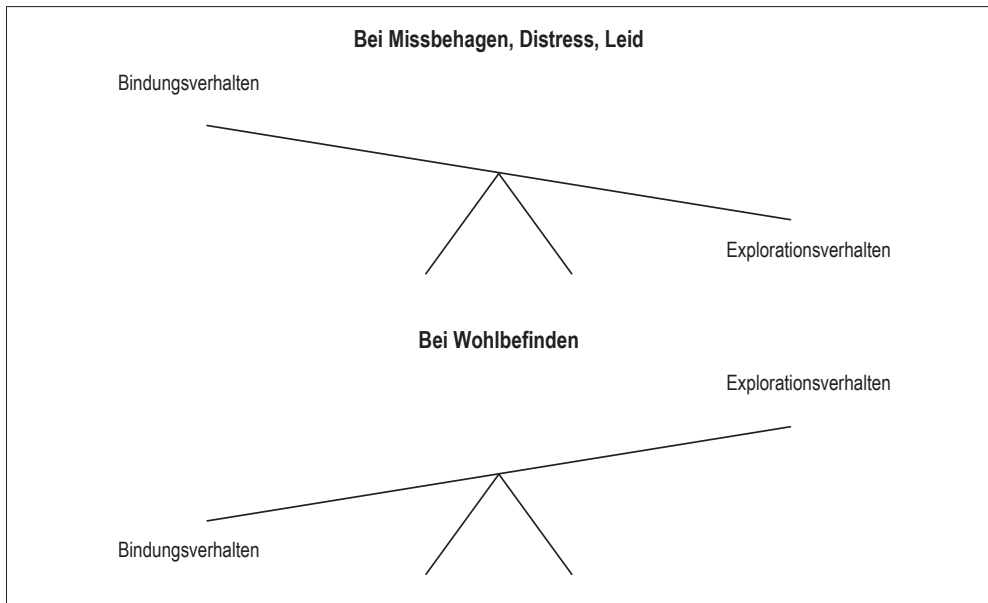


Abbildung 2: Bindungs-Explorations-Balance (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 137)

Eine Bindung zwischen einem neugeborenen Kind und seiner späteren primären Bindungsperson besteht dabei nicht von Geburt an, sondern entwickelt sich in vier Phasen (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 74 ff.):

- Phase der unspezifischen sozialen Reaktion (etwa bis 2. Lebensmonat): Verhaltensweisen des Säuglings richten sich nicht an spezifische Personen, sondern erfolgen eher reflexartig;
- Phase der unterschiedlichen sozialen Reaktionsbereitschaft/zielorientierte Phase (etwa bis 6. Lebensmonat): Der Säugling beginnt zwischen verschiedenen Personen zu differenzieren, Verhaltensweisen und Reaktionen erfolgen personenspezifisch, Bindungsbeziehung entwickelt sich;
- Phase des aktiven und initiierten zielkorrigierten Bindungsverhaltens (etwa ab 6. Lebensmonat): Der Säugling kann sich nun selbstständig fortbewegen, differenzierter vokalisieren und lernt, das Verhalten der Bindungsperson in Reaktion auf geäußerte Bindungsbedürfnisse vorherzusagen, so dass er sein Bindungsverhalten nun zielkorrigiert an die Bindungsperson richten kann;

- Phase der zielkorrigierten Partnerschaft (etwa ab dem 3. Lebensjahr): Durch das Einbeziehen der Absichten und Ziele der Bindungsperson in eigenes Denken und Planen, entwickelt sich eine zielkorrigierte Partnerschaft zwischen Kind und Bindungsperson.

### 2.2.2 Bindungsqualitäten

Die sich entwickelnde Bindung des Säuglings an seine Bindungsperson kann dabei unterschiedliche Qualitäten annehmen. Zur Klassifizierung der unterschiedlichen Bindungsqualitäten von Kindern steht die federführend von Ainsworth konzipierte so genannte *Fremde Situation* zur Verfügung (Ainsworth & Wittig, 2003). „Die Fremde Situation ist methodisch gesehen weder ein psychologischer Test noch ein Experiment, sondern eher ein provoziertes Mini-Drama, eine kontrollierte, systematisierte Situation für ethologische Beobachtungen, die eine kundige Diagnose von Bindungsverhaltensstrategien unter standardisierten Spiel- und Trennungssituationen erlaubt“ (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 140; vgl. Abb. 3). Dabei ist die Fremde Situation inzwischen für den Altersbereich zwischen 11 und 20 Monaten validiert, bei älteren Kindern ist nicht sichergestellt, ob sie zuverlässig die intendierte Wirkung erzielt, also das Bindungsverhaltenssystem des Kindes aktiviert. Für die Klassifizierung der Bindungsqualität sind dabei die Episoden der Wiedervereinigung des Kindes mit seiner Mutter von hoher Bedeutung (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 142).

Episode		Zeit	Betreten und Verlassen des Raumes
1	Mutter, Baby, einführende Person	30 sec	Einführende Person verlässt Raum
2	Mutter, Baby	3 min	
3	Mutter, Baby, fremde Person	3 min	Fremde Person betritt Raum
4	Baby, fremde Person	3 min*	Mutter verlässt Raum
5	Mutter, Baby	variabel	Mutter betritt Raum, fremde Person geht
6	Baby	3 min*	Mutter verlässt Raum
7	Baby, fremde Person	3 min*	Fremde Person betritt Raum
8	Mutter, Baby	variabel	Mutter betritt Raum, fremde Person geht
* Bei starker Verzweiflung des Babys wird die Episode verkürzt.			

Abbildung 3: *Fremde Situation* (Ainsworth & Wittig, 2003, S. 115; Grossmann & Grossmann, 2012, S. 138)

Auf Grundlage der Beobachtungen in der Fremden Situationen wird die Bindungsqualität des Kindes an seine primäre Bindungsperson entweder als sicher, unsicher-vermeidend oder unsicher-ambivalent klassifiziert. Das sichere

Bindungsmuster (in nicht-klinischen Stichproben ca. 65 % der Kinder) verdeutlicht sich in der Fremden Situation anhand der offenen Kommunikation negativer Gefühle des Kindes gegenüber seiner primären Bindungsperson. Die Kinder lassen sich von der wiederkehrenden primären Bindungsperson erfolgreich trösten und ihr unbekümmertes Weiterspielen während der Abwesenheit der Bindungsperson lässt darauf schließen, dass sie trotzdem auf deren Verfügbarkeit vertrauen (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 150).

Unsicher-vermeidend gebundene Kinder (in nicht-klinischen Stichproben ca. 25 %) zeigen in der Fremden Situation kaum Trennungsleid und vermeiden es der wiederkehrenden Bindungsperson Bindungsühle zu zeigen. „Bei Distress versucht das Kind, die Gefühle der Trost- und Schutzbedürftigkeit so lange wie möglich unter Kontrolle zu halten, so dass der Ausdruck von Bindungsbedürfnissen vermieden wird“ (ebd., S. 153). Die Aktivierung des Bindungssystems zeigt sich bei diesen Kindern jedoch physiologisch, in der Steigerung der Herzfrequenz und im Anstieg des Kortisolspiegels. In die Verfügbarkeit der Bindungsperson bei (emotionalen) Belastungen vertrauen diese Kinder nicht.

Das unsicher-ambivalente Bindungsmuster (in nicht-klinischen Stichproben ca. 10 % der Kinder) zeigt sich in der Fremden Situation darin, dass die Kinder in der Situation der Wiedervereinigung zwar die Nähe zur Bindungsperson suchen, sie aber gleichzeitig zurückweisen und sich nur langsam beruhigen lassen. „Die Schwelle, bei der bei diesen Kindern Bindungsverhalten ausgelöst wird, ist sehr niedrig“ (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 154). Das Verhalten ist Ausdruck der Angst dieser Kinder vor dem Verlust ihrer Bindungsperson. Die ständige Aktivierung des Bindungssystems geht mit einer Deaktivierung des Explorationssystems einher.

Zusätzlich zu der sicheren Bindungsqualität und den beiden unsicheren Bindungsqualitäten, die als organisiert bezeichnet werden, können sich desorganisierte Bindungsanteile zeigen. Desorganisierte Bindungsanteile zeigen sich in einem phasenweisen Zusammenbruch organisierter Bindungsverhaltenstrategien. In der Fremden Situation zeigt sich dies in widersprüchlichem Verhalten, beispielsweise der Annäherung an die Bindungsperson mit abgewendeten Kopf, in Stereotypen, im plötzlichen Erstarren oder in Aggressionen gegenüber der Bindungsperson. Als Ursachen hierfür werden traumatisierende Erfahrungen wie Vernachlässigung, Misshandlung oder unfreiwillige Trennung gesehen. Während in nicht-klinischen Studien etwa 10 % der untersuchten

Kinder desorganisierte Bindungsanteile zeigen, liegt deren Anteil bei Risikogruppen bei bis zu 80 % (ebd., S. 156 ff.).

### 2.2.3 Innere Arbeitsmodelle von Bindung

Die in der Fremden Situation klassifizierten Bindungsqualitäten spiegeln die aufgrund bisheriger Interaktionserfahrungen gebildeten Erwartungen des Kindes hinsichtlich des Verhaltens der Bindungsperson dar (ebd., S. 447). Aus den Interaktionserfahrungen des Kindes mit seiner primären und möglichen weiteren Bindungspersonen entwickelt sich so für jede Bezugsperson ein eigenständiges inneres Arbeitsmodell, das Vorstellungen über das eigene Selbst und die Bindungsperson enthält (Fremmer-Bombik, 2009, S. 109). Das innere Arbeitsmodell ermöglicht so die Interpretation und Vorhersagbarkeit des Verhaltens der Bindungsperson in Bezug auf geäußerte Bindungsbedürfnisse, trägt zur Regulierung des eigenen Bindungsverhaltens, von Gefühlen sowie Gedanken bei und beeinflusst die spätere Beziehungsgestaltung mit anderen Menschen (Bretherton, 2006, S. 13). Die Plausibilität des von Bretherton (2006, S. 15) vorgenommenen Vergleichs innerer Arbeitsmodelle mit gedruckten Landkarten steigt im digitalen Zeitalter – Landkarten sind nunmehr nicht mehr als statisch, sondern als dynamisch zu betrachten.

### 2.2.4 Konzept der Feinfühligkeit

Wie mittlerweile durch eine Vielzahl von Untersuchungen belegt wurde, ist für die Entwicklung von Bindungssicherheit die feinfühligkeitsvolle Beantwortung der kindlichen Bindungsbedürfnisse durch die Bindungsperson in deren Interaktion von entscheidender Bedeutung (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 165 f.). Feinfühligkeit beschreibt dabei die Passung von geäußerten Bindungsbedürfnissen des Kindes und deren Beantwortung durch die Bindungsperson: „Das regulierende bemutternde Verhalten der Mutter, das mehr oder weniger gut auf die Bedürfnisse, den Rhythmus und die Eigenart des Säuglings abgestimmt sein kann, haben wir in Anlehnung an die Forschungen von Mary Ainsworth *mütterliche Feinfühligkeit* genannt“ (ebd., S. 119). Diese setzt sich nach Ainsworth (2003) mit dem Wahrnehmen und der richtigen Interpretation der kindlichen Bedürfnisse sowie der angemessenen und prompten Reaktion aus vier Kriterien zusammen.

Für das *Wahrnehmen* der Bedürfnisse sind dabei nicht nur die Anwesenheit und Zugänglichkeit der Bindungsperson erforderlich, sondern auch eine niedrige Wahrnehmungsschwelle bezüglich geäußerter Bedürfnisse. Eine *richtige Interpretation*, die ein entsprechendes Wahrnehmen voraussetzt, erfordert „empathisch die Wünsche des Säuglings aus dessen Perspektive anzuerkennen und sie von den eigenen Bedürfnissen zu unterscheiden“ (Schleiffer, 2014, S. 43). Als *angemessen* wird die Reaktion der Bindungsperson eingestuft, „die dem kleinen Kind das gibt, was es wirklich nötig hat, also nicht zu viel und nicht zu wenig“ (ebd.). Indem ein Kind durch die *prompte* Reaktion seiner Bindungsperson einen Zusammenhang zwischen seinem Verhalten und der Reaktion der Bindungsperson herstellen kann, erlebt es sich als selbstwirksam. „In dem Maße, in dem sich das Kind mit seinen Äußerungen die Zuwendung und Fürsorge der Mutter zuverlässig holen kann, lernt es schon früh, dass seine auf die Bindungsperson gerichteten Signale Leid beenden und Bedürfnisse erfüllen können, so dass es geschützt und in positiver Befindlichkeit seine Umwelt erforschen kann. Dies sind die Grundlagen für eine sichere Bindung“ (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 123). Dabei besteht ein enger Zusammenhang zwischen feinfühligem Reaktionen auf der Verhaltensebene und der sprachlichen Ebene. „Das kleine Kind spürt, wenn es ihm nicht gutgeht, und äußert dies durch Quengeln. Aber ob der Hunger es quält, es sich entleeren muss oder müde ist, das muss der betreuende Erwachsene aus den vorangegangenen Abläufen erschließen. Wenn er dann angemessen und prompt reagiert und dem kleinen Kind das passende Wort für sein Unwohlsein gibt, lernt das kleine Kind, sein Unwohlsein sowohl differenziert zu interpretieren als auch zu kommunizieren“ (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 196).

### 2.2.5 Bindung im weiteren Lebensverlauf

Die aufgrund der Interaktionsaktionserfahrungen gebildeten inneren Arbeitsmodelle sind anfangs noch flexibel und entwickeln sich im andauernden Austausch mit dem sozialen Umfeld zu Bindungsrepräsentationen (Gahleitner, 2009, S. 149). Während sich die in der Fremden Situation durch Verhaltensbeobachtung erschlossenen frühen inneren Arbeitsmodelle auf die Bindungsqualität zu einer spezifischen Bindungsperson beziehen, handelt es sich bei den Bindungsrepräsentationen von Erwachsenen um „ein generalisiertes inneres Arbeitsmodell von Bindung“ (Zimmermann, 2002, S. 159). Zur Erfassung der Bindungsrepräsentation von Erwachsenen steht das federführend von Main (George, Kaplan & Main, 2001) entwickelte *Adult Attachment Interview (AAI)*,

das den „mentalen Zustand in Verbindung mit der gesamten Bindungsgeschichte“ (Main, 2006, S. 193) beurteilt, zur Verfügung (Gloger-Tippelt, 2001). Dabei sind weniger die Inhalte als vielmehr die sprachliche Kohärenz der Darstellung der eigenen Bindungsgeschichte für die Klassifizierung von Bedeutung. „Eine Schilderung gilt als kohärent, wenn der Sprecher seine Aussagen belegt, wenn er sich kurz faßt, ohne wesentliche Punkte auszulassen, wenn er themenrelevante Aussagen macht ohne abzuschweifen, und wenn er sich klar und verständlich ausdrückt und seine Aussagen gliedert“ (Fonagy, 2009, S. 31).

Auf dieser Grundlage wird zwischen einer sicher-autonomen, einer unsicher-distanzierten und einer unsicher-verstrickten Bindungsrepräsentation unterschieden, zusätzlich zu diesen kann gegebenenfalls ein unverarbeiteter Bindungsstatus aufgrund nicht verarbeiteter traumatischer Ereignisse klassifiziert werden (Hesse, 2008). Dabei besteht eine strukturelle Parallelität zwischen den in der Fremden Situation klassifizierten kindlichen Bindungsqualitäten und den im AAI erhobenen Bindungsrepräsentationen von Erwachsenen (Abb. 4).

<b>Bindungsqualität (Kindheit)</b>	<b>Bindungsrepräsentation (Erwachsene/r)</b>
sicher	sicher-autonom
unsicher-vermeidend	unsicher-distanziert
unsicher-ambivalent	unsicher-verstrickt
<i>Gegebenenfalls zusätzlich zu klassifizieren:</i>	
desorganisierte Bindungsanteile	unverarbeiteter Bindungsstatus

Abbildung 4: Strukturelle Parallelität Bindungsqualität und Bindungsrepräsentation (Gloger-Tippelt, 2001, S. 104)

Erwachsene mit sicher-autonomer Bindungsrepräsentation sind Bindungen gegenüber positiv eingestellt, ihre früheren Bindungserfahrungen erachten sie als grundlegend für ihre persönliche Entwicklung, sie haben einen guten Zugang zu ihren Gefühlen und eine ausgewogene Balance von Autonomie- und Bindungsbedürfnissen, emotionale Verbundenheit zu anderen Menschen ist für sie charakteristisch (Fremmer-Bombik, 2009, S. 114; Ziegenhain, 2001, S. 155). Erwachsene mit unsicher-distanzierter Bindungsrepräsentation betonen hingegen ihre Autonomie und distanzieren sich gegenüber Beziehungsthemen (Fremmer-Bombik, 2009, S. 116). Erwachsene mit unsicher-verstrickter Bindungsrepräsentation scheinen in früheren Bindungserfahrungen verstrickt zu sein, bewerten diese widersprüchlich und erleben aktuelle Beziehungen häufig als ambivalent (ebd., S. 115). „Die Bindungsrepräsentationen sind dabei nicht

als absolute, sondern relative Größen, also jeweilige ‚Bindungsanteile‘ zu verstehen“ (Gahleitner, 2009, S. 150). In einer Meta-Analyse von Bakermans-Kranenburg und IJzendoorn (1993 zit. n. Seiffge-Krenke, 2009, S. 74) wurden 58 % als sicher, 24 % als unsicher-distanziert und 18 % als unsicher-verstrickt klassifiziert.

### 2.2.6 Stabilität von Bindung im Verlauf des Lebens

Auch wenn eine strukturelle Parallelität zwischen den in der Fremden Situation klassifizierten Bindungsqualitäten und den im AAI erschlossenen Bindungsrepräsentationen von Erwachsenen besteht, ist damit kein Determinismus im Sinne einer altersübergreifenden Stabilität von frühkindlichen Bindungserfahrungen bis zum Erwachsenenalter beschrieben. In längsschnittlichen Untersuchungen erwiesen sich so Vorhersagen späterer Bindungsrepräsentationen aufgrund zuvor klassifizierter Bindungsqualitäten als wenig belastbar, insbesondere bei ausgedehnten Zeiträumen zwischen den Erhebungen (Ahnert & Spangler, 2014, S. 421). Als mögliche Ursachen dafür kommen einerseits kritische Lebensereignisse oder aber auch positive Veränderungen in Frage. Andererseits spiegeln die frühkindlich erhobenen Bindungsqualitäten die dyadischen Merkmale einer spezifischen Bindungsbeziehung, während spätere Bindungsrepräsentationen von Erwachsenen weniger spezifisch sind und „sowohl bereits erworbene als auch aktuelle Bindungserfahrungen repräsentieren“ (ebd. S. 422).

### 2.2.7 Transgenerationale Kontinuität von Bindung

Vor dem Hintergrund, dass für die Entwicklung von kindlicher Bindungssicherheit die Feinfühligkeit der primären Bindungsperson von hoher Bedeutung ist, stellt sich die Frage nach einem Zusammenhang zwischen mütterlicher Bindungsrepräsentation und kindlicher Bindungsqualität. Eine so genannte transgenerationale Kontinuität von Bindungsmustern konnte in einer Reihe von Untersuchungen gezeigt werden. IJzendoorn (1995) konnte in einer Meta-Analyse mehrerer Studien zur transgenerationalen Kontinuität von Bindungssicherheit bzw. -unsicherheit diese in 75 % der untersuchten Fälle zeigen, so dass zwar bezüglich der Weitergabe von Bindungsmustern kein Determinismus, allerdings eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht (Ahnert & Spangler, 2014, S. 423).



Fonagy (2009, S. 35) ist der Überzeugung, dass „die elterliche Fähigkeit, eine intentionale Haltung gegenüber einem noch intentionslosen Kind einzunehmen, sich um die innere Welt des Säuglings ebenso wie um die eigenen Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse zu kümmern, der entscheidende Vermittler bei der Übertragung von Bindung“ ist und verweist damit auf die Bedeutung der elterlichen Mentalisierungsfähigkeit. Auf Fonagy, Gergely, Jurist und Target (2004) Bezug nehmend definiert Dornes (2004, S. 176) Mentalisierung folgendermaßen: „Unter Mentalisierung wird ... nicht nur die Fähigkeit verstanden, hinter Verhalten seelische Zustände zu vermuten, sondern auch die weitergehende Fähigkeit, die vermuteten mentalen Zustände selbst wieder zum Gegenstand des (Nach-)Denkens zu machen. Diese Fähigkeit zum Denken über das Denken wird Metakognition genannt und entsteht mit etwa 4 Jahren.“ Dabei wird auf einen Zusammenhang zwischen einer stark ausgeprägten Mentalisierungsfähigkeit, deren Einfluss auf eine feinfühligere Interaktionsgestaltung und somit die Entwicklung von Bindungssicherheit hingewiesen (Ahnert & Spangler, 2014, S. 423; Fonagy, 2009, S. 35). Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass sich die Mentalisierungsfähigkeit im Rahmen frühkindlicher Bindungserfahrungen entwickelt und es konnte gezeigt werden, dass ein positiver Zusammenhang zwischen frühkindlicher Bindungssicherheit und der Mentalisierungsfähigkeit besteht (Dornes, 2004, S. 175; Fonagy, 2009, S. 176). „Als zentral wird die Erfahrung des Kindes erachtet, in seinen eigenen Zuständen von Erwachsenen ‚gespiegelt‘ zu werden“ (Dornes, 2004, S. 176). Schleiffer (2014, S. 58 f.) und Brisch (2014, S. 19 f.) sehen diese selbstreflexive Fähigkeit als Voraussetzung für die Entwicklung von Empathie und weisen auf ihre Folgen für die Beziehungsgestaltung mit anderen Menschen hin.

## 2.3 Bindungsorientierte psychosoziale Praxis mit Menschen mit geistiger Behinderung

### 2.3.1 Bindung als Schutz- oder Risikofaktor als Ausgangspunkt

Aus einer entwicklungspsychopathologischen Perspektive sind die verschiedenen Bindungsorganisationen als Schutz- bzw. Risikofaktor zu verstehen. Während eine sichere Bindungsorganisation als bedeutender Schutzfaktor zu betrachten ist, stellen sich die beiden unsicheren Bindungsorganisationen als Risikofaktor dar. Dabei sind die beiden unsicheren Bindungsorganisationen jedoch nicht mit einer Psychopathologie gleichzusetzen (Zimmermann & Spangler, 2008, S. 698). „Vielmehr sind sie als kreative Copingmechanismen



zu verstehen, die ein möglichst optimales Überleben und Leben in den umgebenden Verhältnissen darstellen“ (Gahleitner, 2009, S. 153). Eine sichere Bindungsorganisation erhöht so die Widerstandsfähigkeit gegenüber psychischen Belastungen, führt sie doch zu besseren Bewältigungsmöglichkeiten und besseren Empathiefähigkeiten. „Studien zur emotionalen Stabilität und Belastbarkeit von Kindern („resilience“) kommen einhellig zu dem Ergebnis, dass das Vorhandensein zumindest *einer* verfügbaren Bezugsperson einen Schutzfaktor darstellt“ (Brisch, 2011a, S. 73). Als Folge traumatischer Erfahrungen mit Bindungspersonen entwickeln Kinder desorganisierte Bindungsanteile oder sogar Bindungsstörungen, die dann eine Psychopathologie darstellen (Brisch, 2011a, S. 93 ff.)

Im Zusammenhang mit Schutz- und Risikofaktoren ist auf die hohe Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung einzugehen. Die Prävalenzrate für psychische Störungen ist bei Menschen mit geistiger Behinderung Dilling et al. (2011, S. 308) zufolge „mindestens drei- bis viermal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung.“ Als Ursache für die erhöhte Vulnerabilität von Menschen mit geistiger Behinderung für psychische Erkrankungen werden sowohl individuelle wie auch soziale Faktoren angenommen (Senckel, 2011, S. 23 ff.). Im Vulnerabilitätskonzept wird dem Vorhandensein von Schutzfaktoren eine entscheidende Bedeutung beigemessen, da es erst dann zur Ausbildung einer psychischen Störung kommt, wenn psychosoziale Belastungen durch protektive Faktoren nicht mehr kompensiert werden können (Pauls, 2013, S. 78 f.). So könnte bei Menschen mit geistiger Behinderung „eine sichere Bindung als stabilisierender Schutzfaktor wirken, insofern sie durch die Vermittlung von emotionaler Sicherheit und von Selbstvertrauen den Boden bereitet für eine bestmögliche Autonomie-Entwicklung, das Ausschöpfen der kognitiven Ressourcen und den Erwerb befriedigender Kompetenzen“ (Senckel, 2003, S. 130). Gleichzeitig kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Menschen mit geistiger Behinderung bezüglich der Verteilung der Bindungsklassifikationen mit klinisch auffälligen Gruppen vergleichbar sind: „Wir dürfen annehmen, dass die (frühe) Sozialisation für viele Menschen mit geistiger Behinderung mit erheblichen Risiken behaftet ist, so dass die Chance, Widerstandskräfte (Coping) zu entwickeln, eher gering ist“ (Lingg & Theunissen, 2008, S. 32). In einer Untersuchung von Bakermans-Kranenburg und IJzendoorn (1993 zit. n. Seiffge-Krenke, 2009, S. 86) bezüglich der Verteilung der Bindungsklassifikationen in klinischen Gruppen wurden so nur 13 % als sicher und jeweils über 40 % als unsicher-distanziert bzw. unsicher-verstrickt

eingestuft. Niederhofer (2001, S. 166) kommt in einer Untersuchung zur Verteilung der Bindungsqualitäten zu dem Ergebnis, „dass geistig behinderte Kinder signifikant seltener sicher gebunden sind als nicht behinderte Kontrollen.“ Die Wahrscheinlichkeit sich zusätzlich entwickelnder desorganisierter Bindungsanteile kann als hoch eingeschätzt werden. So wurden in einer Untersuchung von Rauh (2004 zit. n. Unzer, 2009, S. 19) 31 % der Kinder mit Trisomie 21 als desorganisiert klassifiziert.

### 2.3.2 Ansatzpunkte bindungsorientierter Intervention

Die Relevanz bindungsorientierter Interventionen in der psychosozialen Praxis mit Menschen mit geistiger Behinderung verdeutlicht sich vor diesem Hintergrund. Bindungsorientierte Interventionskonzepte für diese Zielgruppe sind trotzdem nur in Ansätzen vorhanden. Eine der Schlussfolgerungen von Schuengel, Schipper, Sterkenburg und Kef (2013, S. 43) diesbezüglich lautet: „Attachment theory may become increasingly important as a tool to support care workers and parents in providing persons with ID [intellectual disability; Erg. d. Verf.] with a high-quality social context.“ Außerdem konstatieren sie: „More work needs to be performed, especially with adults with ID and professional care givers“ (ebd., S. 43). Im Folgenden wird daher der Fokus erweitert, um relevante Aspekte einer bindungsorientierten Praxis herauszustellen.

Der Aspekt, dass bei Menschen jeden Alters in Situationen von Angst, Stress, Krankheit oder Überforderung das Bindungssystem aktiviert wird mit dem Ziel, Nähe zu Bindungspersonen herzustellen, ist von grundlegender Bedeutung für eine bindungsorientierte Praxis. „In jedem Alter sind Bindungsgefühle und Bindungsverhalten eng mit der gesamten Entwicklung verbunden, mit der Entwicklung von Denken, Planen, Wollen, der Entwicklung der Selbständigkeit, der Selbstkontrolle und der sozialen Fähigkeiten“ (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 24). Ebenso zentral ist die Erkenntnis, dass das Bindungssystem „zeitlebens offen für neue Bindungserfahrungen und somit für Veränderung“ (Brisch, 2011b, S. 20) bleibt, wobei mit zunehmenden Alter von einer abnehmenden Wirkung von positiven oder negativen Bindungserfahrungen auf die Bindungsorganisation auszugehen ist (Abb. 5).

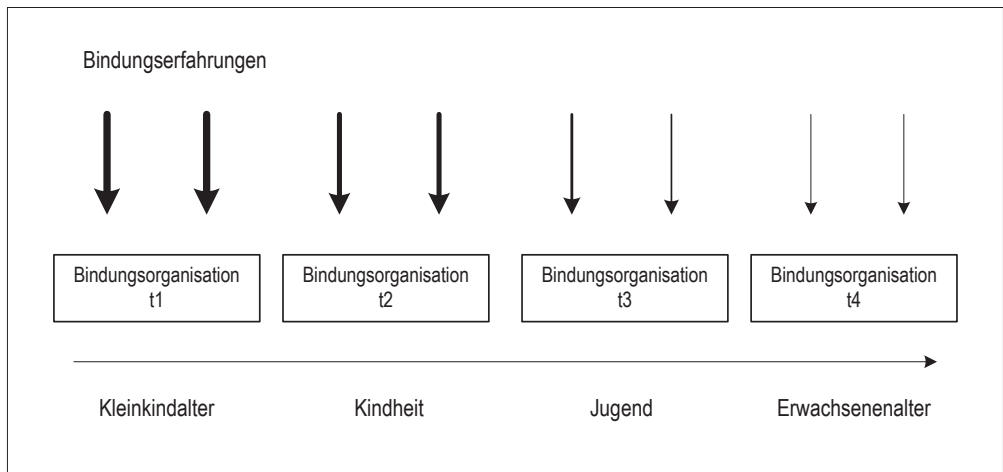


Abbildung 5: Auswirkungen von Bindungserfahrungen auf Bindungsorganisation (in Anlehnung an Spangler & Zimmermann, 1999, S. 176)

Auch Schleiffer (2014, S. 233) schätzt die Möglichkeiten einer Veränderung von inneren Arbeitsmodellen in Richtung einer sicheren Bindungsorganisation von im Heim lebenden Jugendlichen als begrenzt an, da sie sich aufgrund jahrelanger Interaktionserfahrungen als adaptive Strategie entwickelt haben (vgl. zur Veränderung von Bindungsmerkmalen durch Psychotherapie Strauß & Schwark, 2007, S. 421 f.). Obgleich die Veränderbarkeit von Bindungsrepräsentationen begrenzt erscheinen mag, kann doch davon ausgegangen werden, dass die Feststellung von Brisch (2011b, S. 28), dass für bindungsgestörte Kinder jeder Schritt in Richtung einer sicheren Bindungsorganisation von großer Bedeutung sei, analog für Erwachsene Geltung hat. In diesem Zusammenhang von Bedeutung ist auch das „Phänomen der ‚Earned Secures‘“ (Hauser & Endres, 2002, S. 166). „Menschen mit einem ‚verdient sicheren‘ Bindungsmodell zeichnen sich dadurch aus, daß sie über ihre negativen Erfahrungen und die damit verbundenen Gefühle sprechen können und diese nicht abwehren müssen. Sie besitzen meist ein hohes Maß an Reflexivität und haben ihre Lebensgeschichte soweit verarbeitet, daß sie kohärentes Bild davon zeichnen können“ (ebd., S. 167). Die im AAI so klassifizierten Erwachsenen profitierten häufig von Beziehungserfahrungen, die sie bei der Verarbeitung der negativen Bindungserfahrungen unterstützen (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 469). Die Bedeutung unterstützender Beziehungserfahrungen zeigt sich auch im *Konzept der schützenden Inselerfahrungen* – so kann „das Bestehen nur einer einzigen förderlichen Bindung ... trotz sonstigem Vorherrschen negativer Erfahrungen einen bedeutsamen Schutzfaktor darstellen“ (Gahleitner, 2008, S. 158 f.).

### 2.3.3 Die helfende Beziehung als Bindungsbeziehung

Aus einer bindungstheoretischen Perspektive stellen sich sowohl therapeutische Beziehungen als auch helfende Beziehungen in psychosozialen Handlungsfeldern als Bindungsbeziehungen dar (Pauls, 2013, S. 54; Strauß, 2008). „Bereits John Bowlby (1988) betonte die Bedeutung der professionellen Bindungsbeziehung, ihre Funktion als ‚sichere Basis‘ für freies Explorieren, welches belastende Erlebnisse einschließlich ihrer emotionalen Repräsentationen in Übereinstimmung mit der gegenwärtigen Wirklichkeit zu bringen vermag und vergangene negative Bindungserfahrungen revidieren hilft“ (Gahleitner, 2009, S. 163; vgl. Bowlby, 2010, S. 112 ff.).

Auf dieser Grundlage hat sich im deutschsprachigen Raum in den vergangenen Jahren Brisch (2002; 2006; 2011a; 2011b; 2014) mit einer Reihe von Veröffentlichungen zur Umsetzung einer bindungsorientierten Praxis in psychosozialen Handlungsfeldern hervorgetan. So hebt Brisch (2014) in Anlehnung an Bowlby (2010, S. 112 ff.) folgende Aspekte einer bindungsorientierten psychosozialen Praxis hervor:

- Es ist davon auszugehen, dass das Bindungssystem der KlientInnen aufgrund ihrer Problemlagen bei Aufsuchen der Hilfe aktiviert ist, so dass sie „nach einer Person suchen, die die Rolle der Bindungsperson übernehmen wird“ (Brisch, 2014, S. 24; vgl. Hauser & Endres, 2002, S. 167 f.).
- Zusätzlich zu einem Bewusstsein für diesen Zusammenhang ist ein entsprechend fürsorgliches Reagieren der Fachkraft auf die Bindungsbedürfnisse der KlientInnen in Form von zeitlicher, räumlicher und emotionaler Verfügbarkeit notwendig, so dass die helfende Beziehung zur sicheren Basis wird, „von welcher aus der Klient seine Probleme mit emotionaler Sicherheit bearbeiten kann“ (Brisch, 2014, S. 25; vgl. Abb. 2).
- Die Interaktionsgestaltung der Fachkraft erfolgt auf der Grundlage bindungstheoretischen Wissens (Brisch, 2014, S. 25). Bei KlientInnen mit unsicher-distanzierter Bindungsrepräsentation ist hierbei insbesondere auf die Regulierung von Nähe und Distanz zu achten, bei KlientInnen mit unsicher-verstrickter Bindungsrepräsentation „wird neben der verlässlichen, vorhersagbaren emotionalen Präsenz des Sozialarbeiters die Klarheit und Rahmen setzende Struktur des Settings der Arbeit von besonderer Bedeutung sein“ (Brisch, 2014, S. 28, vgl. Schleiffer, 2014, S. 238 f.).

- „Der Sozialarbeiter sollte den Klienten dazu ermutigen, sich Gedanken darüber zu machen, in welcher Beziehungsform er heute seinen wichtigen Bezugspersonen begegnet“ (Brisch, 2014, S. 25).
- „Der Klient muss angeregt werden, und der Sozialarbeiter muss darauf fokussieren, die sozialarbeiterische Beziehung genau zu überprüfen, weil sich hier alle von den Selbst- und Elternrepräsentanzen geprägten Beziehungswahrnehmungen widerspiegeln“ (ebd.).
- „Der Klient sollte behutsam aufgefordert werden, seine aktuellen Wahrnehmungen und Gefühle mit denen aus der Kindheit zu vergleichen“ (ebd.).
- „Dem Klienten sollte einsichtig gemacht werden, dass seine schmerzlichen Bindungs- und Beziehungserfahrungen und die daraus entstandenen verzerrten Selbst- und Objektrepräsentanzen für die aktuelle Lebensbewältigung von relevanten Beziehungen vermutlich nicht mehr angemessen, also überholt sind“ (ebd.).
- Bei der Beendigung des Unterstützungsprozesses verhält sich die Fachkraft vorbildhaft in Bezug auf den Umgang mit Trennungen. „Die Initiative für die Trennung wird dem Klienten überlassen ... Die physische Trennung ist nicht gleichbedeutend mit dem Verlust der ‚sicheren Basis‘. Die Möglichkeit, bei erneuter ‚Not und Angst‘ zu einem späteren Zeitpunkt auf den Sozialarbeiter zurückzugreifen, bleibt bestehen“ (Brisch, 2014, S. 25.).

Korrigierende Bindungserfahrungen im Rahmen der helfenden Beziehung sind dabei zentraler Bestandteil: „Neue feinfühligkeits- und emotional verfügbare Interaktionserfahrungen, die über einen längeren Zeitraum vorhersagbar sind ..., helfen dem Gehirn vermutlich, sich neu zu strukturieren und es besteht nochmals eine neue Chance für eine sichere emotionale Entwicklung“ (ebd.). Wurde die zentrale Bedeutung von Feinfühligkeit zur Entwicklung (frühkindlicher) Bindungssicherheit bereits herausgearbeitet (Kap. 2.2.4), bestätigt sich diese im Rahmen einer bindungsorientierten Praxis. Dies spiegelt sich auch in bindungstheoretisch fundierten Präventions- und Interventionsprogrammen der Frühen Hilfen. Auch wenn sich Programme wie „Circle of Security“ (Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2002), das „SAFE“-Programm (Brisch, 2011a, S. 296 ff.) oder das „STEEP“-Programm (Carlitscheck & Kißgen, 2014) hinsichtlich ihres Ablaufs, der Dauer und ihrer Zielgruppe unterscheiden, ist die Förderung der elterlichen Feinfühligkeit der Eltern bedeutender Bestandteil derselben.

Dass Feinfühligkeit auch und gerade in der Interaktion mit Menschen mit geistiger Behinderung von Bedeutung ist, findet in der Literatur Bestätigung. So

stellt (Rauh, 1999, S. 214) hinsichtlich der Bindungsqualität von Kindern mit Down-Syndrom fest, dass die Mütter der sicher gebundenen Kinder noch feinfühlicher auf ihre Kinder reagierten als die Mütter der Vergleichsgruppe. Schuengel, Kef, Damen und Worm (2010, S. 45) bestätigen dies im Hinblick auf die hohen Anforderungen an die Feinfühligkeit von Pflegekräften in Interaktionen mit erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung im stationären Betreuungskontext und begründen dies mit den zumindest bei schwerer geistiger Behinderung stark eingeschränkten Mitteilungsmöglichkeiten. „Extraordinary sensitivity and interest in the client as an individual are required from caregivers to be able to perceive often very subtle cues, connect them to the context, and interpret these cues correctly“ (Schuengel et al., 2010, S. 45). Auch Fischer (2010) hebt die Bedeutung von Feinfühligkeit für die Kompetenz- und Autonomieentwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung hervor.

Im Zusammenhang mit der Bedeutung von Feinfühligkeit im Rahmen einer bindungsorientierten Praxis ist auf Berührungspunkte zwischen der Bindungstheorie und dem von Rogers (2009) formulierten personenzentrierten Ansatz einzugehen, der ein von bedingungsloser Akzeptanz, Empathie und Kongruenz gekennzeichnetes therapeutisches Beziehungsangebot „als Kern beraterischen und therapeutischen Handelns“ (Gahleitner, 2009, S. 162) erachtet. Die in diesem Ansatz geforderte bedingungslose Akzeptanz und das Konzept der Feinfühligkeit „beschreiben ein- und denselben Sachverhalt aus unterschiedlichen Perspektiven und ergänzen einander“ (Höger, 2007, S. 73). An anderer Stelle hat Höger (1990, S. 49) bereits dargestellt, dass Feinfühligkeit und Empathie „einen ähnlichen, wenn nicht den gleichen Sachverhalt“ bezeichnen. „Wahrscheinlich fühlen sich Klienten in dem Maße von uns verstanden, in dem wir Therapeuten ihre Signale wahrnehmen, sie richtig interpretieren sowie prompt und angemessen auf ihre Bedürfnisse eingehen“ (ebd.).

Auf die Zusammenhänge zwischen Feinfühligkeit, Bindungssicherheit und Mentalisierung wurde bereits eingegangen (Kap. 2.2.7). Auch im Rahmen einer bindungsorientierten Praxis ist Mentalisierung von Bedeutung, „[s]chließlich besteht die psychologische Funktion der Mentalisierung darin, die personale Umwelt verstehen und somit als vorhersehbar und beeinflussbar erleben zu können“ (Schleiffer & Gahleitner, 2010, S. 202). Gleichzeitig kann mit Brisch (2014, S. 20) davon ausgegangen werden, dass diesbezüglich bei KlientInnen Defizite bestehen: „Manche Jugendliche, die in pädagogischen Hei-

men betreut werden, sind auf einem sehr frühen Stadium vor dem Erwerb dieser selbstreflexiven Fähigkeiten stehen geblieben und haben nie eine Empathiefähigkeit entwickelt.“

Wird die helfende Beziehung aus bindungstheoretischer Perspektive in Analogie zur Mutter-Kind-Beziehung betrachtet, so stellt sich vor dem Hintergrund der in dieser Arbeit vorgestellten bindungstheoretischen Grundlagen die Frage nach den Auswirkungen der Bindungsrepräsentationen der Fachkräfte auf Unterstützungsprozesse (Kap. 2.2.7). Vor diesem Hintergrund untersuchten Suess, Mali und Bohlen (2010) die Verteilung von sicheren und unsicheren Bindungsrepräsentationen bei den STEEP-Beraterinnen und den Einfluss ihrer Bindungsrepräsentation auf das Interventionsergebnis. Der Anteil der Beraterinnen mit unsicherer Bindungsrepräsentation betrug dabei 78 % – „[e]in für nicht-klinische Stichproben ungewöhnlich hoher Anteil“ (ebd., S. 152; vgl. zur Verteilung von Bindungsrepräsentationen bei PsychotherapeutInnen und deren Ursachen auch Eckert, 2008) Bezüglich der Auswirkungen der Bindungsrepräsentation der Beraterinnen auf das Interventionsergebnis „zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen einem sicheren Bindungshintergrund und einer sicheren Eltern-Kind-Bindung“ (Suess et al., S. 153). Auch Schuengel et al. (2010) kommen bei ihrer Untersuchung des Einflusses der Bindungsrepräsentation von Fachkräften zu dem Ergebnis, dass zwischen einer sicheren Bindungsrepräsentation der Fachkräfte und der Qualität der Interaktion mit Menschen mit geistiger Behinderung ein positiver Zusammenhang besteht.

Dabei ist jedoch mit der Erkenntnis des Einflusses von Bindungsrepräsentationen auf Interventionen kein Ausschlusskriterium für Fachkräfte mit unsicherer Bindungsrepräsentation formuliert, sondern es wird auf die Wichtigkeit der Reflexion dieses Zusammenhangs und damit der eigenen Bindungsgeschichte hingewiesen (Suess et al., 2010, S. 158; vgl. für psychotherapeutische Kontexte Eckert, 2008, S. 346 f.). In diesem Zusammenhang weist Schleiffer (2014, S. 271 f.) darauf hin, dass pädagogische Ausbildungsgänge nicht nur bindungstheoretisches Wissen vermitteln sollten, sondern auch eine bindungstheoretisch orientierte Selbsterfahrung bedeutend wäre, „die aufklärt über die jeweils eigenen Strategien, die gewohnheitsmäßig zur Bewältigung bindungsrelevanten Stresses eingesetzt werden. Ein Wissen um die Strukturen des eigenen Bindungskonzepts wäre wünschenswert, sind doch die Erfahrungen im Umgang mit den eigenen Problemen durchaus wichtige Ressourcen im Umgang mit den Kindern und Jugendlichen“ (ebd., S. 272).



Bezogen auf den Kontext der Heimerziehung betont Schleiffer (2014, S. 267) die Wichtigkeit der Reflexion von negativen Gefühlen, die in Reaktion auf Kinder und Jugendliche bei der Fachkraft entstehen, „sind sie doch eine Bedrohung für die pädagogische Beziehung.“ Der Umgang mit Nähe und Distanz in helfenden Beziehungen geht mit dem Erfordernis einer andauernden „Persönlichkeitsentwicklung der Professionellen“ (Gahleitner, 2014, S. 63) einher. „Dazu gehört u.a., dass ich mir selbst und meiner augenblicklichen Möglichkeiten und Grenzen als Person bewusst bin und dass ich dieses Bewusstsein laufend durch Reflexionen, durch Supervision und Teamarbeit aktualisiere“ (ebd., S. 63 f.).

### 2.3.4 Strukturelle Rahmenbedingungen

Brisch (2014, S. 23) hebt hervor, dass „[t]rotz oft schwieriger Arbeitsbedingungen“ die Umsetzung einer bindungsorientierten Praxis gelingt und weist damit auf eine mangelnde Passung struktureller Rahmenbedingungen und den Erfordernissen einer bindungsorientierten Praxis hin. Dieser Aspekt wurde in den vergangenen Jahren im Rahmen traumapädagogischer Konzepte aufgegriffen und ausgearbeitet. So bietet sich das von Kühn (2013) entwickelte Konzept der *Pädagogik des sicheren Ortes* an, um zusätzlich zur Interaktion zwischen KlientInnen und Fachkräften auch institutionelle Strukturen zu reflektieren. Bezüglich der institutionellen Strukturen stehen dabei nach Kühn (2013, S. 32) zum einen „die Gestaltung ‚sicherer Orte‘ für die Betroffenen“ und zum anderen „die Gestaltung ‚geschützter Handlungsräume‘ für die PädagoInnen“. Während so für die Betroffenen ein Umfeld, das sich durch Verlässlichkeit und Einschätzbarkeit auszeichnet, herzustellen ist, ist gleichzeitig der Schutz der Fachkräfte vor Überlastung und die Aufrechterhaltung ihrer Handlungsfähigkeit durch die institutionellen Strukturen sicherzustellen (ebd., S. 33 f.). Mit diesem Konzept vergleichbar sind die Ausführungen von T. Lang (2013, S. 207 ff.): Als sichere Basis sowohl für die Fachkräfte als auch für die Kinder bietet die Institution Sicherheit und nutzt verschiedene bindungsorientierte Kommunikations- und Interventionsmöglichkeiten.

B. Lang (2013, S. 222 f.) betont die Bedeutung der Korrespondenz von in der pädagogischen Interaktion durch die Fachkräfte umzusetzenden Prinzipien auf der einen Seite und dem Umgang von Leitungskräften und Fachdiensten mit Fachkräften auf der anderen Seite. Eine durch die Prinzipien Transparenz, Ein-



schätzbarkeit, Partizipation, Individualisierung und Wertschätzung der Individualisierung geprägte Führung von MitarbeiterInnen trägt so zu deren Stabilisierung bei (vgl. auch Schirmer, 2013, S. 251). In den von ihr formulierten Anregungen, „die unter dem Fürsorgeaspekt gegenüber den Betreuungspersonen von Leitungspersonen und Fachdiensten zu beachten sind“ (B. Lang, S. 227) hebt sie neben anderen Aspekten die Bedeutung regelmäßiger Supervision und dem regelmäßigen Besuch von Fachtagen und Fortbildungen hervor (B. Lang, 2013, S. 227).

Die Etablierung traumapädagogischer Konzepte wird dabei als Prozess der Organisationsentwicklung gesehen (Schirmer, 2013). Im Rahmen dieses Prozesses „gelten folgende Kriterien als hilfreiche Stabilitäts- und Orientierungsanker für die Institutionen ...:

- Schaffung einer gemeinsamen Vision und Grundhaltung
- Entfaltung wertgeleitete Qualitäts-, Organisations- und Personalentwicklungsprozesse
- Partizipation der MitarbeiterInnen
- Verankerung von Reflexions- und Feedbackprozessen
- Entwicklung eines modernen humanistischen Führungsmodells
- Einbeziehung der institutionellen Ressourcen (Methodenvielfalt, Kooperation, Netzwerk)“ (ebd., S. 265).