

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:

- IPSG-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 – | |
| 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 Jugendgesundheitssurvey (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 Fragebogenhebung 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 personzentrierter 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; Hundsitz, 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 & Schrapp, 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 (Erler, 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 „Entwicklungstatsache“, 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):

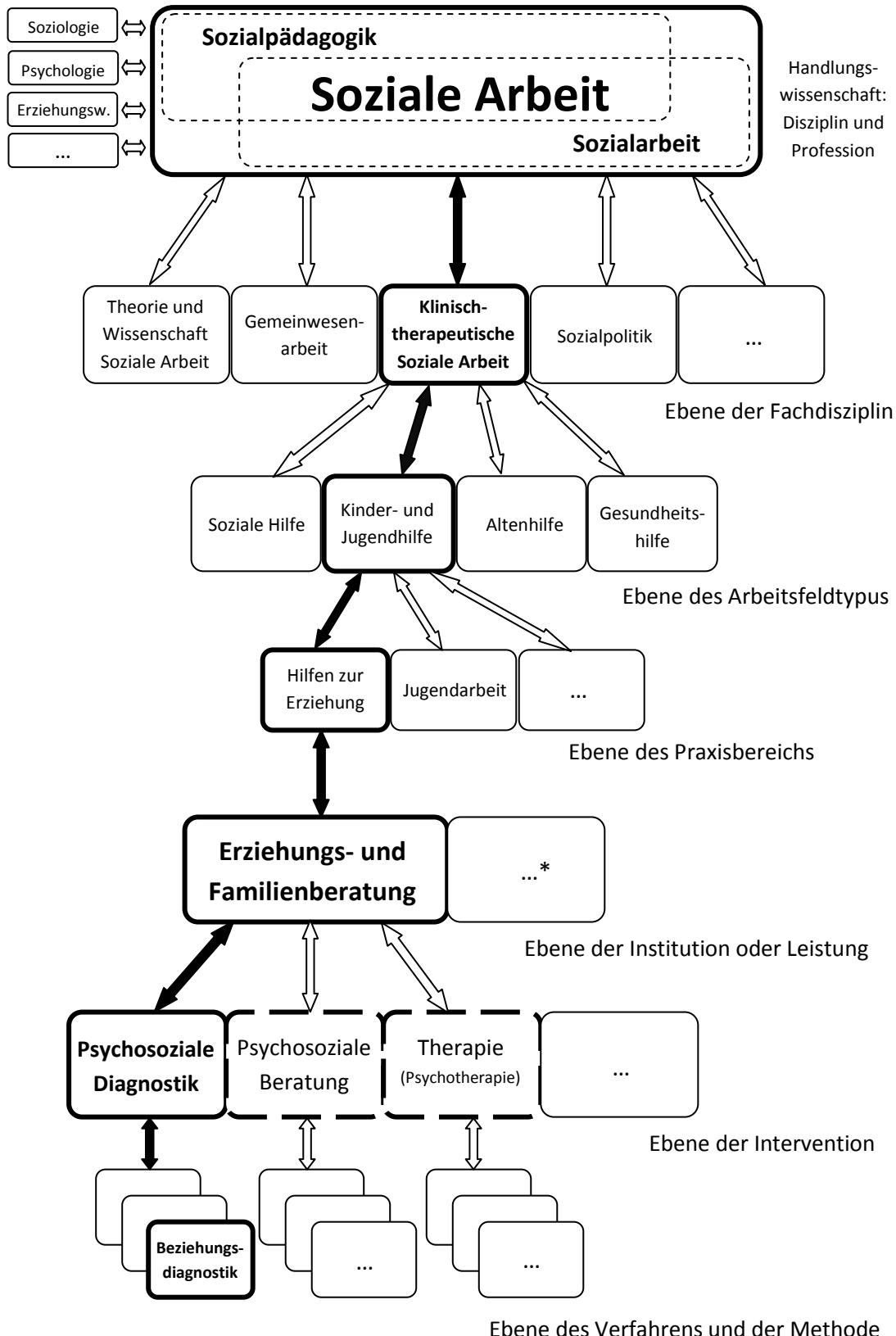


Abb. 1.1: Verortung der einzelnen Themenfelder im Kontinuum der Disziplin und Profession Sozialer Arbeit

* 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 Unterstützungsleistungspotential 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 orientiert.

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.

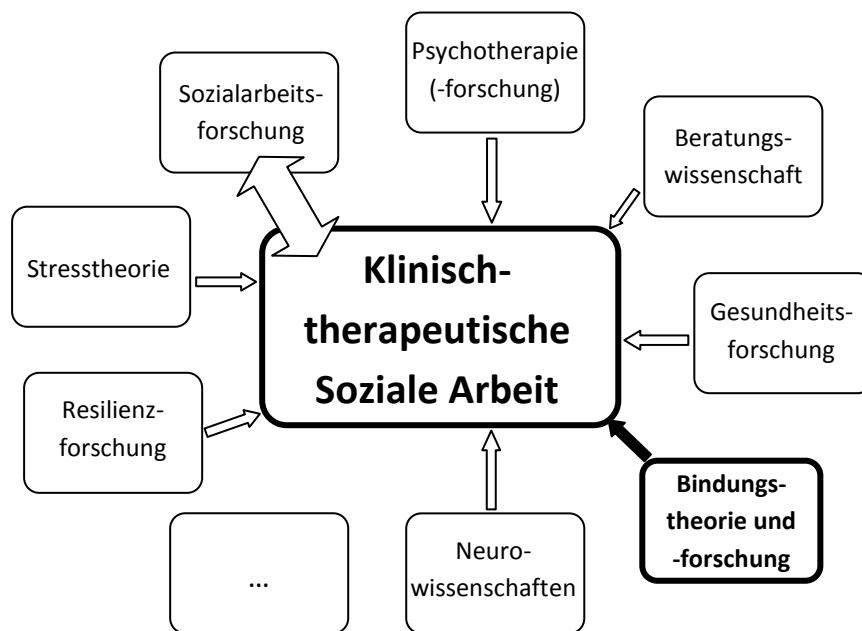


Abb. 1.2: Das Verhältnis von Klinisch-therapeutischer Sozialer Arbeit und Bindungstheorie im Spektrum anderer Bezugstheorien und Wissenschaftsbereiche (in Anlehnung an Pauls, 2011)

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 Bindungsfiguren 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):

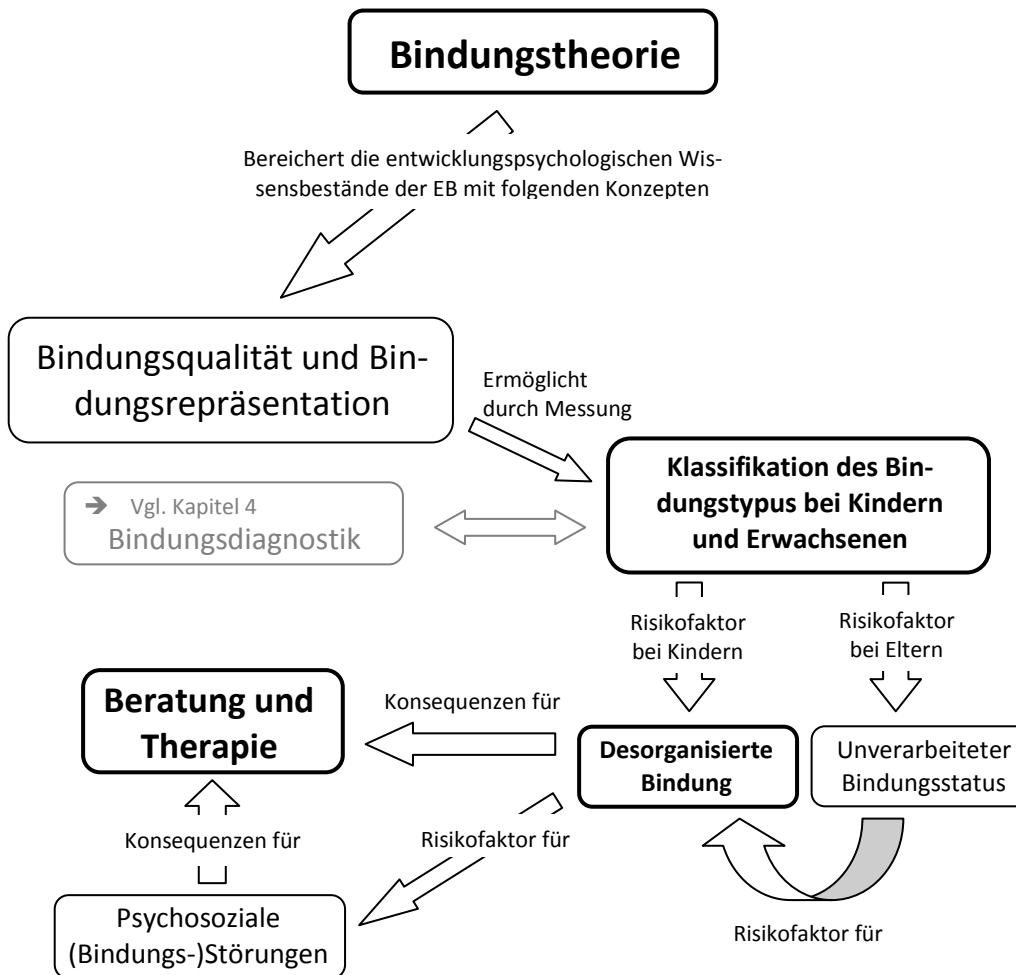


Abb. 2.1: Themenstränge des Kapitels „Bindungstheorie und Bindungsforschung“ und ihre inhaltliche Ordnung

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 Gloer-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.“ (Gloge-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 haupt-sächliche 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 Feinfähigkeit 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 (Gloer-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.

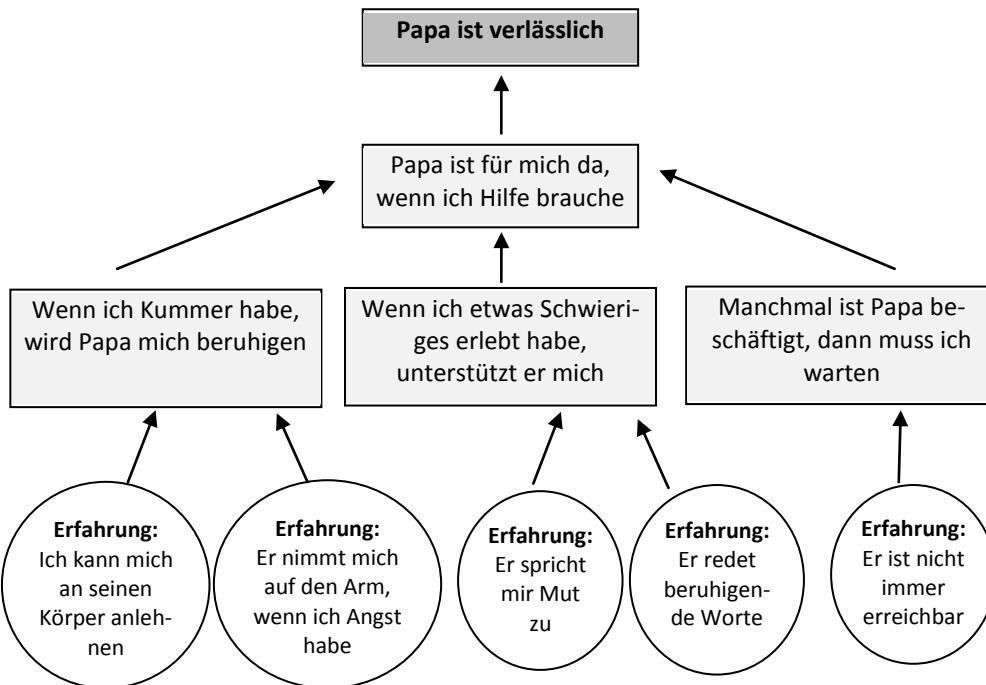


Abb. 2.2: Schematische Darstellung des Prozesses der Verallgemeinerung von konkreter Ereignisrepräsentation im Internalen Arbeitsmodell der Bindung (Gloge-Tippelt & König, 2009, S.11)

2.2 Bindungsqualität

Eine besondere Stärke der Bindungstheorie besteht darin, dass sie neben den normativen, allgemeinen Entwicklungen auch die Entstehung differenzierter, interindividuell unterschiedlicher Bindungsqualitäten im Kindesalter zum Gegenstand hat. Da die Bindungs- und Interaktionserfahrungen von Menschen sehr unterschiedlich ausfallen, bilden sich schon in frühster 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 vierter 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 teilen 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).

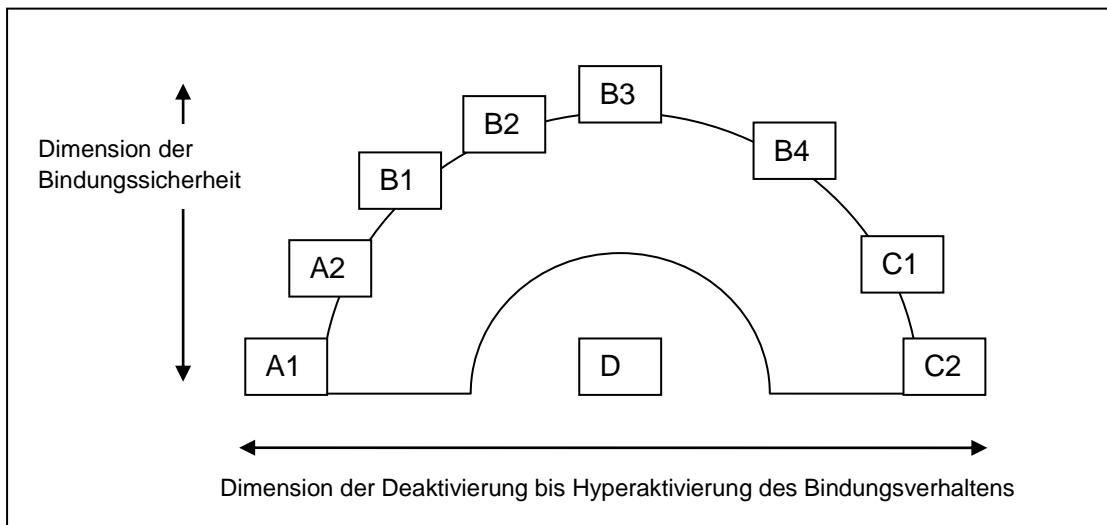


Abb. 2.3: Dimensionen der Bindungsklassifikation mit den Unterklassen (in Anlehnung an Grossmann & Grossmann, 2004, S.142)

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 lebhafte 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 fröhkindlichen 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 verwinkelten 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 bedeutsamste 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 verschieden 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.

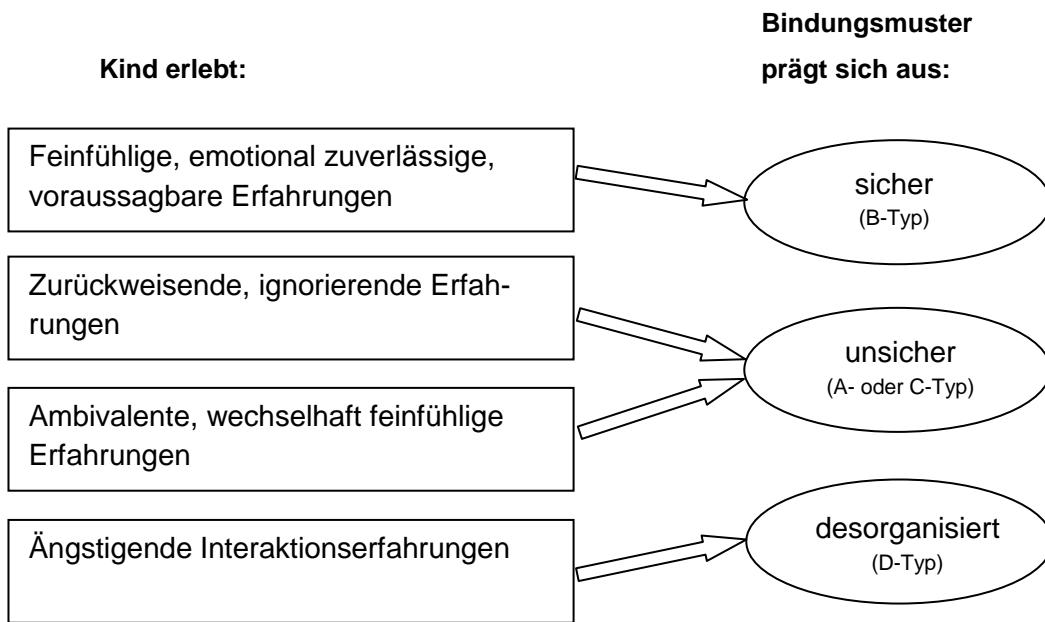


Abb. 2.4: Interaktionserfahrungen und Bindungsmuster (in Anlehnung an Ziegenhain et al., 2006, S.48)

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 Situations-

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 Bemutterung (*good enough mothering*) und eine entsprechende reale 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. Bindungs Personen 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 gehemmerter 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 übersteigerter 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 anderes 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 eine 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 erfragen 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, der 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 Entwicklungsfortschritt 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 schuleneutral 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 (Gloer-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 (Gräwe, 2004), und es scheinen dabei jene Merkmale relevant zu sein, die auch eine feinfühlige 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 (Gloer-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).

3 Erziehungs- und Familienberatung

In diesem Kapitel wird die Erziehungs- und Familienberatung als eine Leistung der Kinder- und Jugendhilfe nach § 28 Sozialgesetzbuch VIII vorgestellt. Diese Verankerung im Kinder- und Jugendhilfegesetz war nicht immer der Fall und Erziehungsberatung musste ihr Angebot und ihre Leistungen fortwährend modifizieren. Dieser Wandel hält bis heute an (Zimmer & Schrappner, 2006). Erziehungsberatung spielt sich nunmehr zwischen Prävention, alltagsorientierter, beraterischer Hilfe und psychotherapeutischer Behandlung ab, obschon der Gesetzgeber für letzteres juristische Rahmenbindungen geschaffen hat (vgl. Kapitel 3.2.2.2). Erste prägende Publikationen zur Erziehungsberatung entstanden bereits sehr früh und kamen vor allem aus der psychoanalytisch-individualpsychologischen Hemisphäre (z.B. Adler, 2009; Aichhorn, 1932; Freudenberg, 1928). Das erste Jahrbuch für Erziehungsberatung wurde dann Jahrzehnte später publiziert und symbolisierte bereits eine paradigmatisch modernisierte Erziehungs- und Familienberatung (Cremer et al., 1994). Arbeitsergebnisse wurden entsprechend vor den 1990er Jahren nur selten in Diskussionen der Jugendhilfe aufgenommen (ebd.). Seither hat Erziehungsberatung im fachlich-sozialpädagogischen wie öffentlichen Bewusstsein stetig an Präsenz gewonnen. Sie ist aktuell sowohl die meistgenutzte wie auch eine der effektivsten Hilfen zur Erziehung (www.bke.de, 2011a, Schmidt et al., 2003). Die Annäherung an die Institution Erziehungs- und Familienberatung verläuft in diesem Kapitel wie bereits beschrieben in zwei größeren Etappen. Zusammenfassend stellt das folgende Schaubild den Kapitelinhalt mit seinen Schwerpunkten dar (vgl. Abb. 3.1).

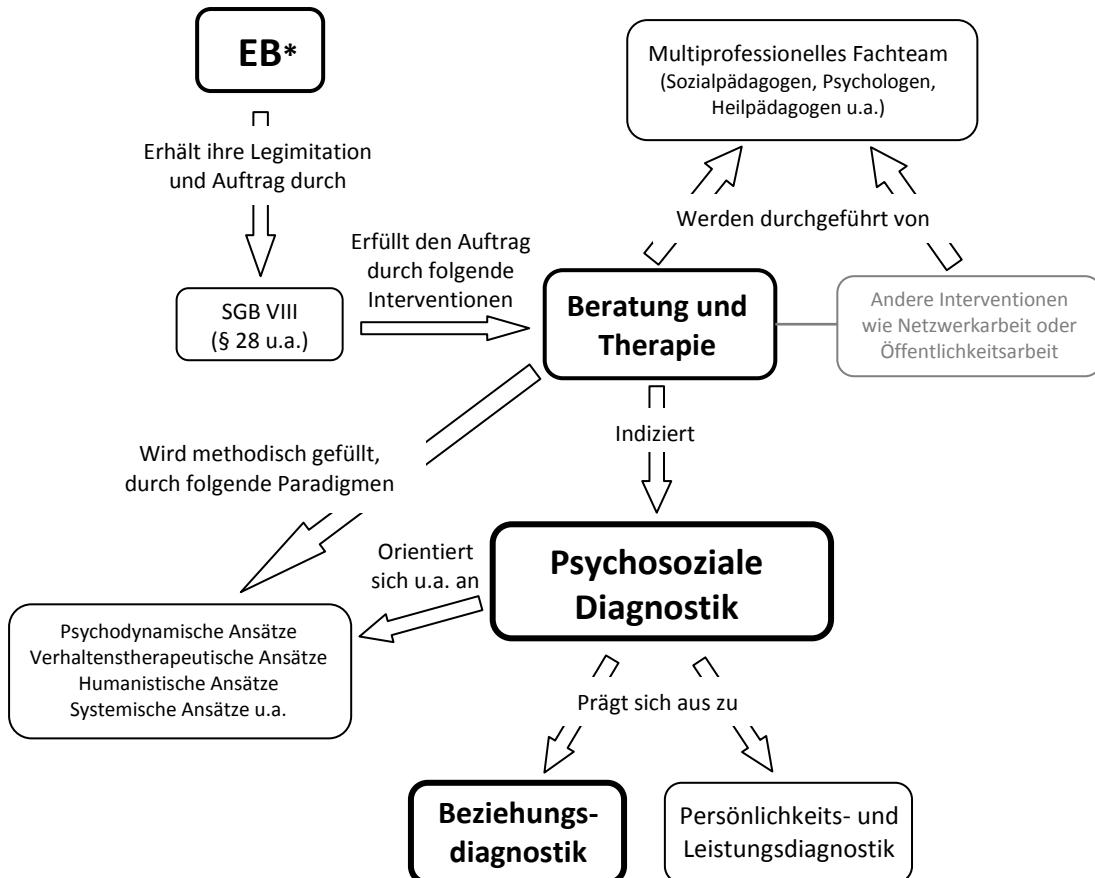


Abb. 3.1: Themenstränge des Kapitels „Erziehungsberatung“ und ihre inhaltliche Ordnung

* EB meint in diesem Fall die Institution Erziehungsberatungsstelle

3.1 Rahmenbedingungen der Erziehungsberatung

Um ein erstes Bild von der heutigen Erziehungsberatung zu entwerfen, müssen zunächst die Rahmenbedingungen dieser Leistung und Institution vergegenwärtigt werden. Mit Erziehungsberatung ist dabei im Folgenden immer die Leistung der Erziehungs- und Familienberatungsstellen gemeint. Obwohl in vielen weiteren Praxisfeldern der Sozialen Arbeit und den benachbarten pädagogisch, psychologisch, medizinisch und therapeutisch arbeitenden Professionen auch Erziehungsberatung stattfindet, stellt sie im Verständnis dieser Arbeit jedoch kein Verfahren an sich dar. Erziehungsberatung bedient sich vielmehr verschiedener Interventionen, die sich in einem historischen, gesetzlichen und institutionellen Rahmen verorten.

3.1.1 Geschichtliche Entwicklung

Die Geschichte der Erziehungs- und Familienberatungsstellen reicht bis ins frühe 20. Jahrhundert zurück. Im Jahr 1903 wurde in Hamburg eine „heilpädagogische Beratungsstelle“ und im Jahr 1906 in Berlin eine „Medico-pädagogische Poliklinik für Kinderforschung, Erziehungsberatung und ärztliche Behandlung“ eröffnet (Hundsatz, 1995; Presting, 1991). Durch eine damalige Bestimmung im Reichsjugendwohlfahrtsgesetz, die „Beratung in Angelegenheiten der Jugendlichen“ vorsah, gründeten sich weitere Beratungsstellen, vorrangig in den größeren Städten (Presting, 1991). In Wien baute Alfred Adler zudem um 1928 individualpsychologisch arbeitende Erziehungsberatungsstellen auf, von denen der auch heute noch in Deutschland verwendete Name „Erziehungsberatungsstelle“ herstammt (Hundsatz, 1995). Diese ersten „Vorläufer“ der heutigen Erziehungs- und Familienberatungsstellen, verbreiteten sich kontinuierlich so dass vor 1933 bereits 42 Beratungsstellen in Deutschland gezählt wurden. Nach einer Vereinigung der Institutionen durch das nationalsozialistische Regime in den Jahren des zweiten Weltkrieges, wurden die Erziehungsberatungsstellen nach 1945 mit Hilfe der USA neu aufgebaut. Nach dem Vorbild der „child-guidance-clinics“ wurden vor allem in Großstädten Beratungsstellen mit multidisziplinären Teams eingerichtet und zwischen den 50er Jahren (96 EBs) und 80er Jahren (800 EBs) massiv ausgebaut (Presting, 1991). In den ersten Wiederaufbaujahren bestand das Fachteam vor allem aus den Professionen Arzt, Psychologe und Sozialpädagoge und es wurde bis in die 90er Jahre verstärkt psychotherapeutisch gearbeitet. Nach den 1973 erlassenen „Grundsätzen für die einheitliche Gestaltung der Richtlinien der Länder für die Förderung von Erziehungsberatungsstellen“, die bis heute Gültigkeit besitzen, ist ein Team in der EB mit mindestens drei hauptamtlichen Mitarbeitern (aus den Disziplinen: Psychologie, Medizin, Sozialarbeit und Psychagogik) zu besetzen (bke, 2009b).

3.1.2 Aktuelle gesetzliche Grundlagen und Auftrag

Eine deutliche Veränderung begann dann mit den 90er Jahren, denn seit dem 01.01.1991 ist Erziehungsberatung eine Leistung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes bzw. eine Hilfe zur Erziehung. Kurz zusammengefasst zielt Erziehungsberatung gesetzlich definiert darauf ab, die Personensorgeberechtigten in

ihrer Erziehung zu unterstützen, um eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung sicherzustellen (Hundsitz, 1995). Folgende Paragraphen des SGB VIII sind als juristische Grundlage der Erziehungsberatung zu verstehen:

§ 28 Erziehungsberatung

„Erziehungsberatungsstellen und andere Beratungsdienste und -einrichtungen sollen Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsbe rechtigte bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrunde liegenden Faktoren, bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennung und Scheidung unterstützen. Dabei sollen Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen zusammenwirken, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind.“

§ 16 Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie

§ 17 Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung

§ 18 Beratung und Unterstützung bei der Ausübung der Personensorge und des Umgangsrechts

In Verbindung mit:

- § 1 Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe
- § 8 Beteiligung von Kindern und Jugendlichen
- § 8a Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung
- § 27 Hilfe zur Erziehung
- § 35a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche
- § 36 Mitwirkung, Hilfeplan
- § 41 Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung

Kästen 3.1 und 3.2: Gesetzesgrundlagen der Erziehungsberatung

Inhaltlich gefüllt werden diese gesetzlichen Definitionen in der Praxis von den vielfältigen Anlässen, zu denen Ratsuchende die Beratungsstellen in Anspruch nehmen. Die häufigsten sind (vgl. Tab. 3.1):

| Anlässe (Quelle: Statistisches Bundesamt 2005) | Nennungen in % an den absoluten Zahlen der Bezugsgruppen gemessen |
|--|---|
| Beziehungsprobleme | 40,2 % |
| Entwicklungsaufläufigkeiten | 26,4 % |
| Schul-/Ausbildungsprobleme | 25,5 % |
| Trennung/Scheidung der Eltern | 23,1 % |
| Sonstige Probleme in und mit der Familie | 19,9 % |
| Anzeichen für sexuellen Missbrauch | 3,1 % |
| Suchtprobleme | 2,3 % |
| Straftat des Jugendlichen/jungen Volljährigen | 1,7 % |
| Anzeichen für Misshandlung | 1,5 % |
| Wohnungsprobleme | 0,8 % |

Tab. 3.1: Beratungsanlässe in der Erziehungsberatung (Körner & Hensen, 2008, S.16)

Interventionen der Erziehungsberatung sollen für die Adressaten neben einem reaktiven, auch ein präventives Angebot darstellen (§ 16 Abs. 1 SGB VIII). Ihre Leistungen beruhen zudem auf den Prinzipien der Niederschwelligkeit, Freiwilligkeit⁸, Gebührenfreiheit, Wahlfreiheit, des Vertrauensschutzes und der fachlichen Unabhängigkeit.

Obwohl lediglich Personensorgeberechtigte einen Rechtsanspruch auf Hilfe zur Erziehung haben, besteht für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige bis 27 Jahre grundsätzlich die Möglichkeit, sich Hilfe suchend an eine EB zu wenden. (§ 28 Satz 1 SGB VIII). Die EB steht somit prinzipiell jedem Ratsuchenden unter den genannten Bedingungen offen. Die Inanspruchnahme verlangt nicht nach einer Prüfung der Zugangsvoraussetzung gem. § 27 SGB VIII, ob eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung gewährleistet ist. Die folgende Grafik aus dem Jahr 2003 zeigt die Altersstruktur gemessen an allen angemeldeten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen⁹ in Deutschland (vgl. Abb. 3.2).

⁸ In dem Maße, in dem sich die Erziehungsberatung im Kontext anderer erzieherischer Hilfen verortet, besteht teilweise keine Freiwilligkeit (vgl. § 156 Abs. 1 Satz 4 FamFG).

⁹ Gezählt und angemeldet werden in der Erziehungsberatung immer die Heranwachsenden (als Hilfeempfänger), unabhängig davon ob der junge Mensch selbst oder, wie weitaus häufiger, seine Eltern zur Beratung kommen.

Dabei wird ersichtlich, dass sich eine Spitze bei den Altersgruppen der sechs- bis neunjährigen (20,4 %) und der neun- bis zwölfjährigen (20,0 %) Kinder bildet.

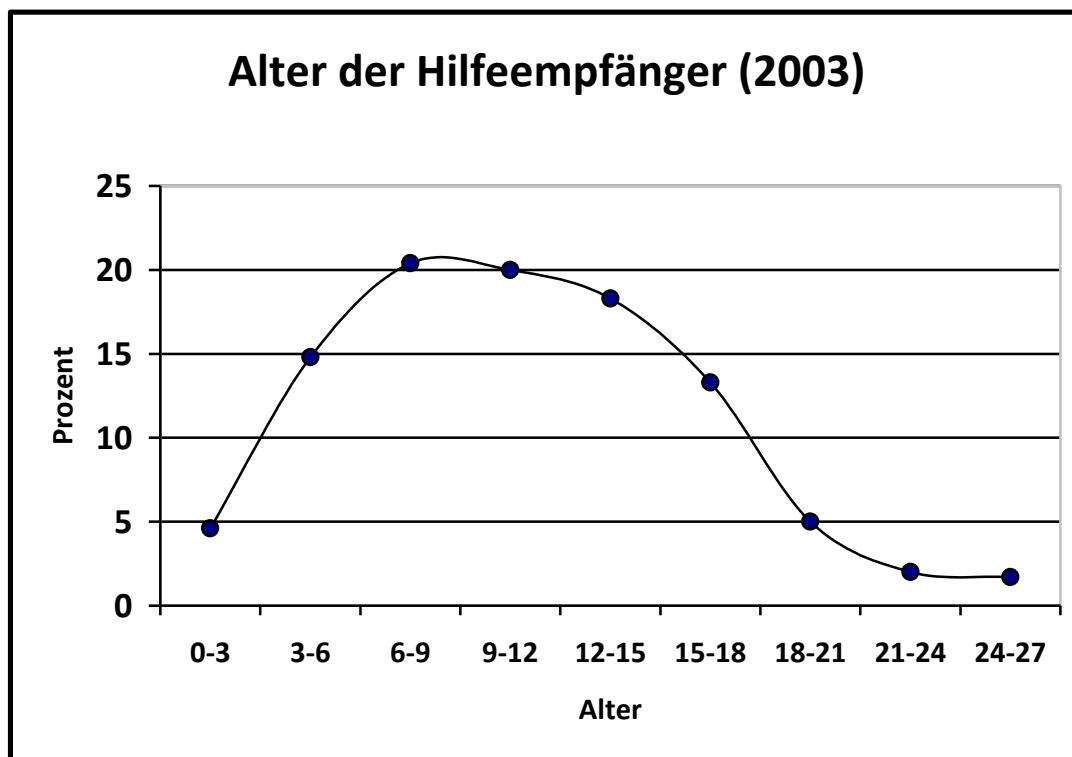


Abb. 3.2: Altersstruktur der Hilfeempfänger (Kinder bis junge Erwachsene) im Jahr 2003 (www.bke.de, 2011a)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die EB in ihrer institutionalisierten Form offenbar zum einen eine Sonderstellung im Bereich erzieherischer Hilfen, zum anderen aber auch im Rechtssystem der Jugendhilfe allgemein einnimmt, da sie weitgehend selbstständig operiert und ihre Leistungen nicht in einem Hilfeplan festgeschrieben werden müssen (Körner & Hensen, 2008).

3.1.3 Definition und Abgrenzung

Auch nach den vorangegangenen Ausführungen lässt sich Erziehungsberatung nur schwerlich definieren. Entsprechende bisherige Bestimmungsversuche leiden zudem unter einer „definitorischen Vagheit“ (Abel, 1996). Erziehungsberatung wird faktisch in der Praxis von den zahlreichen institutionalisierten Erziehungs- und Familienberatungsstellen definiert. Diese zeichnen sich wie eben beschrieben durch ihren vom Gesetzgeber definierten Auftrag samt ihrem ge-

setzlich verankerten Fachteam aus. Die Ausgestaltung der konkreten Leistung und Praxis unterliegt eben diesen Fachkräften. Da auf die Konzepte und Arbeitsweisen der Beratungsstellen im nächsten Abschnitt eingegangen wird, soll hier noch einmal ein Blick auf „originäre“ Erziehungsberatungsstellen und solche Beratungsstellen mit angrenzendem Auftrag und Leistungen geworfen werden. Originäre Erziehungsberatungsstellen können in der Praxis unterschiedliche Namen tragen. So bezeichnen manche Einrichtungen sich als:

- ▶ Erziehungsberatungsstelle,
- ▶ Familienberatungsstelle,
- ▶ Beratungsstelle für Eltern, Jugendliche und Kinder,
- ▶ Psychologische Beratungsstelle für Kinder, Eltern und Jugendliche
- ▶ Psychologischer Beratungsdienst.

Daneben gibt es Beratungsstellen, die prinzipiell keine Erziehungsberatungsstellen sind, von Kommune zu Kommune aber teils unterschiedliche, teils identische Aufgaben übernehmen. Regional wird Erziehungsberatung bisweilen mit diesen Beratungsdiensten zusammengelegt, um Synergieeffekte zu schaffen. Hier wären vor allem zu nennen:

- ▶ Ehe-, Familien- und Lebensberatung
 - ▶ Jugendberatung
 - ▶ Schulberatung/ Schulpsychologischer Dienst
 - ▶ Suchtberatung
 - ▶ Schwangerschafts(konflikt)beratung
- u.a.

Die größten Überschneidungen gibt es dabei mit der Ehe-, Familien- und Lebensberatung sowie der Jugendberatung, die vielerorts zur Erziehungsberatung gerechnet wird.

Erziehungsberatungsstellen werden als Facheinrichtung der Jugendhilfe von öffentlichen oder freien Trägern des Wohlfahrtstaats betrieben und finanziert. Der übergeordnete bundesweite Fachverband der Erziehungsberatung ist die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke). Der Verband existiert seit 1962 und ist der organisatorische Zusammenschluss aller Fachkräfte der Erziehungs-

beratung (www.bke.de, 2011b). Er publiziert Fachzeitschriften und Buchreihen zur Erziehungsberatung, erhebt Statistiken, veranstaltet Fort- und Weiterbildungen, führt Tagungen durch, verleiht nach bestimmten Kriterien ein Qualitätssiegel an Beratungsstellen und ist Träger einer bundesweiten Onlineberatung für Jugendliche und Eltern. Die bke ist aufgeteilt nach Bundesländern in 16 Landesarbeitsgemeinschaften für Erziehungsberatung (LAG), in denen die Fachkräfte der Erziehungsberatungsstellen auf freiwilliger Basis organisiert sind. Alle Erziehungsberatungsstellen in Deutschland sind bei der bke registriert.

Trotz einer noch ausstehenden Definition entstehen weitere Abgrenzungspunkte bzgl. der Leistung Erziehungsberatung. Der Folgende Abschnitt beschäftigt sich nun mit der konkreten Ausgestaltung dieser Hilfe zur Erziehung.

3.2 Konzepte und Arbeitsweisen der Erziehungsberatung

Die Konzepte und Arbeitsweisen der Erziehungs- und Familienberatungsstellen sind äußerst facettenreich und regional unterschiedlich. Dabei unterliegen sie in all ihrer Vielfalt den im vorigen Abschnitt angeführten gesetzlichen, adressaten- wie trägerspezifischen Rahmenbedingungen. Fachkräfte der Erziehungsberatungsstellen können je nach Einrichtung, Position und Qualifikation z.B. tätig sein als Online-Berater, Berater in Kindertageseinrichtungen und Schulen oder als Fallberater für andere Fachkräfte (z.B. Jugendamt). Sie führen Gruppenangebote für Eltern und/oder Kinder durch, vernetzen sich und andere Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens und nehmen Einfluss auf die regionale Kinder- und Jugendhilfepolitik. In Anlehnung an Körner & Hensen (2008) lässt sich das unterschiedliche Interventionsangebot einer EB grob in folgende Bereiche einteilen:

- ▶ Diagnostischer Bereich (z.B. Leistungstests, projektive Testverfahren, Verhaltensbeobachtung, Anamnese etc.)
- ▶ Beraterischer Bereich (z.B. Aufzeigen erzieherischer Methoden, Schullaufbahnberatung, informations- und alltagsweltorientierte Angebote etc.)
- ▶ (Psycho-)Therapeutischer Bereich (z.B. Kinder- und Spieltherapie, humanistische, verhaltenstherapeutische, systemtherapeutische oder psychodynamische Ansätze, kreative und körperorientierte Ansätze etc.)

- ▶ Bereich des Clearings (z.B. Krisenintervention, Maßnahmen bei drohender Kindeswohlgefährdung, Weiterverweisung von Klienten an geeignete Institutionen)
- ▶ Organisatorischer Bereich (z.B. Netzwerkarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Organisation von Unterstützung für Klienten mit verschiedenen Institutionen wie Jugendamt, Sozialamt etc.)

3.2.1 Das multiprofessionelle Fachteam

Organisations- und Qualitätsmerkmal der Institution Erziehungs- und Familienberatungsstelle ist das in gewissem Sinne bereits seit Gründung vorhandene multiprofessionelle Fachteam (§ 28 Satz 2 SGB VIII).

Dieses interdisziplinär zusammenwirkende Team besteht vor allem aus Psychologen, Sozialpädagogen/ Sozialarbeitern, Erziehungswissenschaftlern/ Pädagogen, Heilpädagogen und mit Abstrichen anderen pädagogisch-therapeutischen Fachkräften wie Musikpädagogen, Logopäden, Motopäden oder auch Ärzten (Wattendorf, 2007; Hundsitz, 1995). Konstitutiv für die Arbeit in der EB ist, dass die Fachkräfte neben Ihrer Basisprofession einschlägige Beratungs- und Therapieweiterbildungen absolviert haben. (Hundsitz, 1995; bke 2009b). Hierzu zählen vor allem Weiterbildungen aus den Feldern Systemischer Therapie/ Familientherapie, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Psychoanalyse, Gestalttherapie und Psychodrama (ebd.). Einige Mitarbeiter sind zudem als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) oder Psychologische Psychotherapeuten (PP) approbiert und bringen damit erweiterte klinisch-psychotherapeutische Kompetenzen in das multiprofessionelle Team (bke, 2010c).

Durch das 1999 eingeführte Psychotherapeutengesetz (PsychThG) und die Reform der Hochschulausbildung in Europa wird sich dieses Team in absehbarer Zeit einer größeren Veränderung unterziehen. In einer Kompetenzmatrix hat die bke daher Standards für das zukünftige Fachteam der Erziehungs- und Familienberatungsstellen festgelegt. Eckpunkte dieses Konzepts sehen vor, dass fünf unterschiedlichen Professionen – Psychologie, Soziale Arbeit, Erziehungswissenschaft, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und eine andere berate-

risch-therapeutische Fachkraft¹⁰ – die Aufgaben der Erziehungsberatung erfüllen. Die bke empfiehlt dabei, dass eine Beratungsstelle mit mindestens fünf Vollzeitstellen besetzt ist, die auf mehrere Fachkräfte in Teilzeitform aufgeteilt sein sollen. Jede Fachkraft soll eine mehrjährige berufsfeldspezifische Weiterbildung¹¹ absolviert haben und mindestens die Hälfte der Mitarbeiter soll einen Masterabschluss vorweisen können (bke 2009b).

Im nächsten Abschnitt, werden Beratung und Therapie der Fachkräfte in der Erziehungsberatung sowie die ihnen zugrunde liegenden methodischen Ansätze detaillierter betrachtet. Sie geben Aufschluss darüber, mit welcher Herangehensweise und in welcher Art und Weise das multiprofessionelle Fachteam in den Beratungsstellen arbeitet. Die methodische Ausrichtung der Interventionen an Therapieschulen und Theoriemodellen ist darüber hinaus bedeutsam für die Bindungstheorie und ihre mögliche Rolle in der Erziehungsberatung.

3.2.2 Beratung und Therapie

Beratung ist eine spezifische Form der zwischenmenschlichen Kommunikation. Sie umfasst in der Erziehungsberatung Hilfen bei der kognitiven und emotionalen Orientierung in undurchschaubaren und unübersehbaren Situationen und Lebenslagen (Nestmann & Sickendiek, 2011). Die Fachkräfte in der Erziehungsberatung sind den Ratsuchenden und ihren Familien dabei behilflich, Anforderungen des Alltags oder schwierige Probleme und Krisen zu bewältigen. Beratung ermöglicht und fördert dabei Zukunftsüberlegungen und Planungen und begleitet Handlungsversuche mit Reflexionsangeboten (ebd.) Im Weiteren wird die Beratung in den Erziehungsberatungsstellen daher treffend mit dem Begriff der „psychosozialen Beratung“ beschrieben.

¹⁰ Mit der Kategorie „Andere beraterisch-therapeutischer Fachkraft“ wird ermöglicht, die regionalen Bedürfnisse der Versorgung zu berücksichtigen und so ein individuelles Profil der Beratungsstelle zu gestalten. In Betracht kommen dafür z.B. Heilpädagogik, Logopädie, Ehe- und Lebensberatung, Musikpädagogik oder Rehabilitationspädagogik, Psychologische Psychotherapeuten sowie spezialisierte Master in Beratung/Counseling (bke 2009b).

¹¹ Hiermit sind Weiterbildungen in psychosozialer Beratung und Therapie der einzelnen Verfahrensrichtungen gemeint sowie die spezialisierte Weiterbildung zum Erziehungs- und Familienberater bke (bke 2009b).

Therapie in der Erziehungsberatung meint in der Regel Psychotherapie. Damit ist zunächst die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit durch die fachlichen Mittel eines Psychotherapeuten gemeint (Gahleitner & Pauls, 2011). Neben diesen medizinisch-psychologischen Therapieformen können in der Erziehungsberatung eine Reihe weiterer Verfahren zum Einsatz kommen wie Kunst-, Musik-, Ergo- oder Sozialtherapie. Die psychosoziale Behandlung von Familien(-systemen) und speziell Kindern und Jugendlichen gehört seit Jahrzehnten zum festen Bestandteil der erziehungsberaterischen Arbeit.

Da psychosoziale Beratung und Therapie im Einzelfall, wie sie im § 28 SGB VIII umrissen ist, in Vergleich zu anderen Interventionen immer noch den Schwerpunkt der Arbeit in der Erziehungsberatung darstellt (Vossler, 2003), werden beide Ansätze mit ihren Besonderheiten in der Erziehungs- und Familienberatung skizziert.

Auf die der Beratung- und Therapie teilweise vorausgehende, teilweise analog durchgeführte Diagnostik, wird in einem späteren Abschnitt separat eingegangen.

3.2.2.1 Psychosoziale Beratung

Psychosoziale Beratung ist das konstituierende Element der Erziehungs- und Familienberatung. Der Beratungs- und Behandlungsansatz folgt dabei keiner geschlossenen Theorie psychologischer oder sozialpädagogischer Beratungsarbeit. Dennoch gibt es Merkmale, die die Arbeitsweise in der Erziehungsberatung besonders kennzeichnen. Nach Hundsitz (1995) und Vossler (2003) sind vor allem zu nennen:

- ▶ **Personenbezogenheit** in der Erziehungsberatung: Gemeint ist die persönliche Beziehung zwischen Ratsuchendem und Berater, die zu Einsichten und Verhaltensänderungen führt. Der Klient selbst wird dabei zum Gegenstand der Beratung.
- ▶ **Offenheit bzgl. der Adressaten**: Erziehungsberatung bietet Unterstützung in schwierigen Lebenssituationen, ohne dass dazu eine Krankheitsdefinition wie bei einer Psychotherapie notwendig wäre.
- ▶ **Familieneinbezug**: Da sämtliche Anlässe eine Beratungsstelle aufzusuchen, auch den Kontext der Familie betreffen (vor allem Erziehungs-, Be-

ziehungs- und Entwicklungsprobleme), wird in Beratungsstellen häufig die Familie, des Ratsuchenden bzw. des angemeldeten Kindes miteinbezogen.

- ▶ **Alltagsorientierung:** Erziehungsberatung thematisiert sowohl das intrapsychische Geschehen des Ratsuchenden, aber auch die äußere Welt mit Kontextfaktoren und -bedingungen sowie konkreten Lebensumständen.
- ▶ **Kind im Mittepunkt:** Die Beratungsleistungen in der Erziehungsberatung können nur in Anspruch genommen werden, wenn es betroffene Kinder im Alltag der Ratsuchenden gibt. Das Wohl des Kindes ist dabei Ausgangspunkt jeglicher psychosozialer Intervention in der Beratung.
- ▶ **Konzeptionelle Offenheit** in der Erziehungsberatung: Beratungs- und Therapieansätze bedürfen nicht wie in der Gesundheitsversorgung einheitlicher (Psychotherapie-)Richtlinien. So kommen unterschiedliche Beratungsformen und -verfahren zum Einsatz.

Wie das Gros der psychosozialen Beratungsformen ist Beratung in Erziehungsberatungsstellen ein „auf die Lösung von Problemen abzielendes, prozessorientiertes, interaktionelles dynamisches Geschehen, das in Kontextzusammenhängen stattfindet, zeitlich begrenzt und professionell strukturiert ist“ (Hundsitz, 1995, S. 17).

Die Beratungsleistungen in der Erziehungsberatung sind darüber hinaus nur schwer von Therapieleistungen zu trennen. So stellt Vossler fest, dass Beratung „sich schon immer an den vorherrschenden Entwicklungen und Paradigmen in der wissenschaftlichen Psychologie orientiert“ hat (2003, S. 29). Hundsitz (1995) resümiert zutreffend, dass im Falle der Erziehungsberatung, Therapie gewissermaßen eingebettet ist in die Intervention der Beratung.

Wagt man einen Blick in die Beratungswissenschaft im Rahmen der Sozialen Arbeit, so wird sichtbar, dass Beratung Schwierigkeiten hat, ein eigenes Profil zu etablieren und sich ganz allgemein einem Bild von „kleiner Therapie“ für weniger schwerwiegende Störungen erwehren muss (Nestmann & Sickendiek, 2011). Obwohl spezifische sozialpädagogische Beratungsmethoden existieren (vgl. z.B. Alltags- und Lebensweltorientierte Konzepte), sind diese in der Praxis der Erziehungsberatung deutlich unterrepräsentiert (Vossler, 2003). Es besteht daher die

Gefahr, eines eher pragmatischen, methodischen Eklektizismus, der die professionelle klinisch-sozialpädagogische Perspektive bedingt ausblendet.

3.2.2.2 (Psycho-)Therapie – Ein Abgrenzungsversuch

Ebenso offen wie das Konzept von psychosozialer Beratung in Erziehungsberatungsstellen ist das Konzept von Therapie. Allein aufgrund der Ausgangssituations – seelische Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Störungen in emotionalen und sozialen Bereich – die eine Anmeldung in der Erziehungsberatung anzeigen, liegt eine (psycho-)therapeutische Indikation nahe. Gerade auch, weil Klienten der Beratungsstellen, aufgrund ihrer Lebensbedingungen und Alltagsstrukturierung, aber auch wegen möglicher Zugangsschwierigkeiten im medizinischen System, nicht immer den Weg zum niedergelassenen Therapeuten auf sich nehmen können oder wollen, ist fachliches „Know-How“ bei Fachkräften in der EB unentbehrlich. Nicht zuletzt können therapeutische Interventionen in der Erziehungsberatung auch präventiv wirken und so frühzeitig weitere Schwierigkeiten verhindern.

Therapie und Psychotherapie in Erziehungsberatungsstellen stehen dabei in einem Spannungsverhältnis zur kassenfinanzierten Psychotherapie, wie sie von Psychiatern und approbierten Psychotherapeuten in Praxen und Kliniken durchgeführt wird. Damit ist das Verhältnis von Psychotherapie in der Kinder- und Jugendhilfe (§ 27 Abs. 3 SGB VIII) zur *heilkundlichen* Psychotherapie (SGB V, PsychThG) als Leistung der Krankenversicherung angesprochen.

Im Bereich der Hilfen zur Erziehung, zu dem Erziehungsberatung gehört, ist der *erzieherische Bedarf* die anspruchsgrundende Voraussetzung für therapeutische Leistungen. Für eine Vielzahl von Problemen von Heranwachsenden und ihren Erziehungspersonen gilt, dass es Überschneidungsbereiche mit der „Krankenbehandlung“ im System der heilkundlichen Psychotherapie gibt. Viele Kinder und Jugendliche, wie auch ihre Eltern, können daher sowohl im System der Beratungsstellen als auch beim niedergelassenen Psychotherapeuten behandelt werden. Diese sind jedoch eben nicht gleichzusetzen. Eine Besonderheit der Leistungen der EB ist es, dass sie ihre therapeutischen Interventionen immer auf die Beziehung zwischen Eltern und Kindern ausrichtet (bke, 2009a). Sie stellt damit elterliche Erziehungskompetenz wieder her und stärkt das soziale

System, in dem das Kind lebt. Eine Weiterverweisung zum niedergelassenen Psychiater bzw. Psychotherapeuten ist jedoch angezeigt, wenn die Probleme vorrangig Krankheitswert haben (ebd.). Gleiches gilt für Probleme, die in anderen Institutionen der Jugend-, Sozial- und Gesundheitshilfe angemessener bearbeitet werden können wie z.B. Sucht- und Drogenprobleme, Überschuldung und finanzielle Schwierigkeiten oder Ehe- und Lebensprobleme, die junge Menschen in keiner Weise tangieren.

Psychosoziale Beratung und Therapie in der Erziehungs- und Familienberatung sind demnach heterogene, flexible und sich ergänzende Interventionskonzepte. Ihre methodologischen Orientierungen entnehmen sie dabei grundlegenden Ansätzen von beraterisch-therapeutischer Behandlung (vgl. Kasten 3.3). Diese paradigmatische Ausrichtung der Beratungsarbeit schlägt sich dabei naturgemäß zu gewissen Teilen im „diagnostischen Blick“ und den angewendeten diagnostischen Methoden der Fachkraft nieder. Daher behandelt der folgende Abschnitt die Diagnostik in der Erziehungs- und Familienberatung.

Beraterisch-therapeutische Grundorientierungen und Methoden

Gemäß ihren Ausbildungen und berufsbegleitenden Fortbildungen greifen die Fachkräfte auf unterschiedliche Ansätze und Verfahren der Beratung und Psychotherapie zurück. Kriz (2008) unterscheidet hier vier paradigmatische Ausrichtungen von Beratung und Psychotherapie für die Erziehungsberatung¹². Die Psychodynamik, die Humanistischen Psychologie, der Behaviorismus und die Systemischen Therapie. Die einzelnen Konzepte werden hier noch einmal in Kürze und mit Blick auf die Institution Erziehungsberatung und ihr Verhältnis zur Bindungstheorie vorgestellt. Welche Art der Diagnostik Berater durchführen, in welchem Abstand sie Termine an Ratsuchende vergeben, ob sie vorzugsweise im Einzelsetting oder mit ganzen Familien arbeiten, sie Ihr Augenmerk eher auf intrinsische oder extrinsisch Dynamiken richten und wie sie psychosoziale Entwicklung, emotionale Beziehungen, Bindung, Störungen und Probleme interpretieren, all dies wird durch die nachfolgenden vier Grundrichtungen beraterisch-therapeutischer Arbeit beeinflusst.

¹² Neben diesen vier Grundorientierungen der Beratung und Psychotherapie nach Kriz, gibt es noch weitere Ansätze wie Hypnotherapie, Trauma- oder Kurzzeittherapieverfahren, die Aufgrund ihrer geringeren Verbreitung in der Erziehungsberatung nicht erwähnt werden.

Das psychodynamische Paradigma – die Wurzeln der Erziehungsberatung

Psychodynamische Ansätze prägten die Erziehungsberatung besonders in der Entstehungszeit und in den Nachkriegsjahren. Unter ihrem Einfluss etablierten sich therapeutische Beratungskonzepte unter Beachtung der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse, analytisch-entwicklungspsychologische Modelle von Freud bis Erikson und vor allem tiefenpsychologische Methoden der Kinder- und Jugendlichentherapie. Die diagnostischen Testverfahren der analytischen Kindertherapie werden dabei bis heute noch in Beratungsstellen verwendet. Die psychodynamische Entwicklungstheorie stand lange in einem Spannungsverhältnis zur Bindungstheorie. Seit einigen Jahren ist nicht nur eine Annäherung beider Perspektiven zu beobachten, sondern ein Verhältnis der gegenseitigen Befruchtung und Integration.

Das behavioristische Paradigma – der neue, alte Einfluss auf die Erziehungsberatung

Verhaltenstherapeutische und kognitiv-behaviorale Elemente setzten sich in der Erziehungsberatung im Zuge der immer stärker an der naturwissenschaftlichen ausgerichteten Psychologie in den 60er und 70er Jahren durch (Vossler, 2003). Mit ihnen kamen vor allem psychometrische Testverfahren, stärker symptomorientierte Einzelarbeit und manualisierte Trainingsprogramme für Kinder und Jugendliche z.B. für soziale Unsicherheit (Petermann & Petermann, 1992) oder Aggression (Petermann & Petermann, 1993) in die Beratungsstellen. In den letzten Jahren gewinnt die Bindungstheorie in der modernen Verhaltenstherapie immer mehr an Bedeutung. Wie Borg-Laufs (2005) anführt, ist die Entstehung von Bindungsmustern durch die Lerntheorie gut erklärbar und erste Ansätze einer bindungsorientierten Verhaltenstherapie sind entwickelt worden (Immisch, 2011).

Das humanistische Paradigma – die Wertorientierung und das Grundgerüst der Erziehungsberatung

Die Perspektive der Humanistischen Psychologie bereichert wie die behavioralen Ansätze seit den 60er und 70er Jahren die Praxis der Erziehungsberatung. Sie wurde sicherlich am deutlichsten von der personzentrierten Beratung und Therapie (Gesprächspsychotherapie) und der Gestalttherapie beeinflusst. Die Grundsätze der personzentrierten Vorgehensweise Akzeptanz/Wertschätzung, Kongruenz und Empathie sind heute Grundzüge vieler psycho-sozialer Beratungsmethoden. Sie verhalf der Erziehungsberatung zum Schritt vom teilweise abstinenteren, analytischen Denken hin zu einem Hier-und-Jetzt in der Begegnung. Ebenso gehen Methoden der non-direktiven Spieltherapie auf humanistisches Gedankengut zurück und veränderten die Arbeit mit Kindern in den Spieltherapiezimmern der Beratungsstellen. Zur Bindungstheorie gibt es bisher wenig Berührungspunkte innerhalb der humanistischen Richtungen (Höger, 2007). Am ehesten könnte die Gesprächspsychotherapie Gemeinsam-

keiten mit der Bindungsperspektive nachweisen, da in beiden Bereichen eine besondere Gewichtung auf der Beziehung und der feinfühligen Gestaltung dieser liegt.

Das systemische Paradigma – der Standard der Erziehungsberatung

Seit den 80er Jahren etablieren sich systemische Ansätze in der Erziehungsberatung. Zunächst noch als Familientherapie beschrieben brachte die Systemische Beratung und Therapie einen Paradigmenwechsel mit sich. Symptome wurden nicht mehr als Störung des Individuums beschrieben, sondern als Problemdefinition des Systems gesehen. Damit einher gingen diagnostische Methoden und Fragen, die gleichzeitig Interventionen waren und die konsequente Beachtung von Ressourcen. Für die Erziehungsberatung scheint dieser Ansatz besonders geeignet, befindet er sich doch schon seit Jahren unter den häufigsten Weiterbildungen (www.bke.de, 2011a). Mit der Bindungstheorie gibt es interessante Verknüpfungen, wie das Beispiel der Attachment-based Family Therapy (Diamond) und die theoretische Abhandlung von Sydow belegen (von Sydow, 2008).

Kasten 3.3: Beraterisch-therapeutische Grundorientierungen in der Erziehungsberatung

3.3 Diagnostik in der Erziehungsberatung

Im vorangegangen Abschnitt wurde die Beratung in der Erziehungsberatung als Leistung beschrieben, die inhaltlich durch eine methodische Orientierung an Psychotherapieansätzen gefüllt wird. Ähnliches lässt sich für die Diagnostik in der Erziehungsberatung feststellen.

Dabei darf zunächst einmal gefragt werden, ob es sich dabei um einen eigenen Leistungsbereich handelt, wie er z.B. von Körner und Hensen eingangs des Kapitels definiert wurde, oder ob es sich hier um ein prozessuales Geschehen handelt, das der eigentlichen Beratung/Behandlung zuzuordnen ist, weil es gleichsam Teil eben jener ist. In der Erziehungsberatung als Praxisfeld ist es daneben keineswegs unstrittig, ob methodisch durchgeführtes Diagnostizieren einen legitimen Platz hat und falls ja, welche erziehungsberaterische Funktion damit erfüllt werden soll (Wahlen, 2011). Daher soll in diesem Abschnitt ein Ordnungsversuch der Diagnostikformen und -verfahren in der Erziehungsberatung vorgenommen werden.

3.3.1 Definition

„Diagnose“ entspringt dem Griechischen und bedeutet in etwa „durch Erkenntnis (*diágnosis*) unterscheiden“. Diagnostik in Erziehungsberatungsstellen wird häufig als Psychologische Diagnostik respektive psychologische Untersuchung bezeichnet. Definiert wird Psychologische Diagnostik von Jäger und Petermann (1999) als systematisches Sammeln und Aufbereiten von Informationen mit dem Ziel, Entscheidungen und daraus resultierende Handlungen zu begründen, zu kontrollieren und zu optimieren. Die Anwendung von Tests gehört zur Psychodiagnostik, sie ist jedoch nicht darauf reduzierbar. Eine Vielzahl jener Verfahren, die in der EB angewendet werden, lassen sich damit der Psychologischen Diagnostik zuordnen. Da das Spektrum in diesem Arbeitsfeld allerdings darüber hinaus geht und in der Klinisch-therapeutischen Sozialen Arbeit vor allem die *soziale* Perspektive Berücksichtigung erfährt, soll in dieser Arbeit von psychosozialer Diagnostik gesprochen werden.

Welche Rolle spielt psychosoziale Diagnostik in der Erziehungsberatung? Schaut man 50 Jahre zurück, so wird offenbar, dass vor allem die Testdiagnostik einen wesentlichen Teil der Leistung in Erziehungsberatungsstellen ausmachte. „Sie stand meist am Beginn des Beratungsprozesses und war ausschlaggebend für den weiteren Beratungsverlauf“ (Vossler, 2003, S.30). Diagnostiziert wurden vor allem Kinder- und Jugendliche, um daran anschließend geeignete therapeutische Behandlungsmethoden zu finden oder mit den Eltern die Befunde zu besprechen. Mit Aufkommen der systemisch-familientherapeutischen Orientierung in Beratungsstellen verloren explizite diagnostische Erkenntnisprozesse vielerorts ihre Rolle als regelhafter Bestandteil der Beratungspraxis. Wahlen (2011) spricht hier von „Selbstverordneter Diagnose-Abstinenz“, die im Widerspruch zur „Diagnostik-Kompetenz“ vieler Berater stehe. Psychosoziale Diagnostik blieb dennoch als Intervention der Erziehungsberatung erhalten, nahm andere Formen an und befindet sich in jüngster Zeit sogar wieder im Aufwind (Scheuerer-Englisch et al., 2008). Rechtliche Eckpunkte bieten nicht zuletzt die Paragraphen 35a und 36 SGB VIII, die im Hinblick auf Hilfeplanverfahren und Eingliederungshilfe diagnostische Einschätzungen von Erziehungsberatern verlangen. Dies drückt sich ebenso in den neu formulierten „Fachdienstlichen Aufgaben der Erziehungsberatung“ aus, in denen sowohl die

sozialpädagogische Diagnose, als auch psychodiagnostische Kompetenzen eine gewichtige Rolle einnehmen. Hinzu kommt, dass bei neueren fachlichen Angeboten der Beratungsstellen wie z.B. Hilfen für Kinder und Jugendliche mit einem psychisch kranken Elternteil oder Förderung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, diagnostische Fertigkeiten zusätzlich an Bedeutung gewinnen (bke, 2010a).

3.3.2 Formen psychologischer und psychosozialer Diagnostik

Schaut man sich das Wesen der Diagnostik in der EB an, erscheint konstitutiv, dass Diagnosen in der Jugendhilfe keinen seelischen Krankheitswert bestimmen. Sie sind daher nicht an medizinische Klassifikationen (ICD, DSM) gebunden und werden auch nicht von approbierten Fachkräften in der EB getroffen (bke, 2009a). Versucht man einen groben Überblick über die Menge an diagnostischen Verfahren in der Erziehungsberatung zu gewinnen, bietet eine Einteilung nach Reicherts (1999) eine erste Orientierung. Dort wird unterschieden zwischen:

| | |
|-----------------------------------|--|
| Intuitiver Diagnostik | → methodenbasierter Diagnostik |
| Statusdiagnostik | → Prozessdiagnostik |
| Eingangsdiagnostik | → Interventionsorientierter Diagnostik |
| Normorientierter Diagnostik | → kriteriumsorientierter Diagnostik |
| Individuumorientierter Diagnostik | → systemorientierter Diagnostik |

Zum Wandel der Diagnostikanwendungen in der Erziehungsberatung lässt sich nach der Erfahrung des Autors schlussfolgern:

Nach den psychodiagnostisch affinen Anfängen gibt es eine Verschiebung

- ▶ von einer bisweilen intuitiven Diagnostik hin zu einer eher methodenbasierten Diagnostik
- ▶ von der Statusdiagnostik hin zur eher prozessorientierten Vorgehensweise
- ▶ von einer Kultur der Eingangsdiagnostik hin zur eher interventionsorientierten Diagnostik
- ▶ von einer in Teilen normorientierten Sichtweise hin zu den im Beratungsgespräch definierten Kriterien

- ▶ von einer eher individuumssorientierten Diagnostik hin zur spezifisch systemorientierten Diagnostik.

Diese wahrzunehmenden Veränderungen sind mit der gebotenen Vorsicht aufzufassen und treffen sicherlich nicht auf jede Beratungsstelle und alle Fachkräfte der Erziehungsberatung zu. So haben natürlich auch weiterhin Statusdiagnostik, normorientierte Verfahren und individuumsspezifische Diagnostik ihren Platz in der Beratungsarbeit. Daher formuliert Vossler (2003) zusammenfassend: Im Vergleich zu früher werden diagnostische Verfahren heute in der Erziehungsberatung, „weniger schematisch, dafür mehr am tatsächlichen Bedarf orientiert eingesetzt“ (S.31).

Heute werden Ergebnisse und Erkenntnisse der Diagnostik immer als Momentaufnahme betrachtet und nicht als Abbildung einer singulären, kausalen Wahrheit (Cierpka, 2008). Die befreiende Abkehr vom Verfahren „Diagnose“, das sinnbildlich für eine medizinisch-defizitäre, allmächtige und stigmatisierende Prozedur stand und den unmündigen, ohnmächtigen und problembehafteten Klienten zurückließ, kann insofern als gelungen bezeichnet werden. Der wichtige (Fort-)Schritt, Diagnosen zu „verflüssigen“ und sich aus der häufig induzierten Problemtrace zu befreien, kann jedoch nicht negieren, dass Diagnostik ein integraler Teil des Beratungsprozesses bleibt, denn der (behandelnde) Experte befindet sich von Anfang an in einem mehr oder weniger methodisch gesteuerten Erkenntnisprozess mit seinem Gegenüber, um diesem bei seinen Anliegen behilflich zu sein. Oder anders ausgedrückt: „Ohne psycho-soziale Diagnostik ist eine verantwortliche psycho-soziale Behandlung nicht möglich. Sie durchwirkt gewissermaßen alle Interventionsformen“ (Pauls, 2011, S.194). „Erziehungsberatung baut also immer auf psychologischem Diagnostizieren auf“ (Kubinger & Holocher-Ertl, 2008, S.86). Aus dieser Perspektive kann in der psychosozialen Beratung und Therapie in gewisser Weise nicht *nicht* diagnostiziert werden. Gleichzeitig soll hier nicht behauptet werden, dass *alles* Erkennen gleich Diagnostik wäre. Psychosoziale Diagnostik hebt sich vom rein intuitiv-alltäglichen Erkenntnisprozess durch ein Vorgehen ab, das an fachwissenschaftlichen Regeln orientiert ist und von einem kundigen Experten(-system) durchgeführt wird (Wahlen, 2011).

Da Diagnosen in der Erziehungsberatung also keine Legitimationsfunktion nach außen haben (wie im medizinischen System), muss nach der eigentlichen Funktion von erziehungsberaterischer Diagnostik gefragt werden. Mit Blick auf die bereits erwähnte systemische Wende in der Erziehungsberatung lässt sich formulieren, dass Diagnosen vor allem *nützlich*, *nachvollziehbar* und *ressourcenorientiert* (im Unterschied zum medizinischen „richtig“) sein sollen, um wenigstens drei Aspekte im Beratungsprozess zu erreichen:

- ▶ *Ankoppeln* – Durch die Diagnose sollte es möglich werden, Punkte zu finden, an denen es gelingt, mit dem Klienten(-system) in einen gemeinsamen Prozess einzutreten und an den Ressourcen anzukoppeln.
- ▶ *Verstehen* – Durch die Diagnose soll ermöglicht werden, das Problem(-system) kennenzulernen und zu verstehen. Evtl. auch dem/n Ratsuchenden neue Möglichkeiten des Verstehens zu ermöglichen.
- ▶ *Veränderungsmöglichkeiten* – Im Hinblick auf Veränderungen und Lösungen sollte Diagnostik Punkte finden, von denen aus Bewegung und Entwicklung gewollt und möglich wird.

(Gerth, 2001; Wahlen, 2011).

Folgende Übersicht stellt die Diagnostikbereiche in der Erziehungsberatung im Bezug zum vorgestellten Kind dar (vgl. Abb. 3.3). Stärker hervorgehoben sind die Bereiche der expliziten Beziehungsdiagnostik.

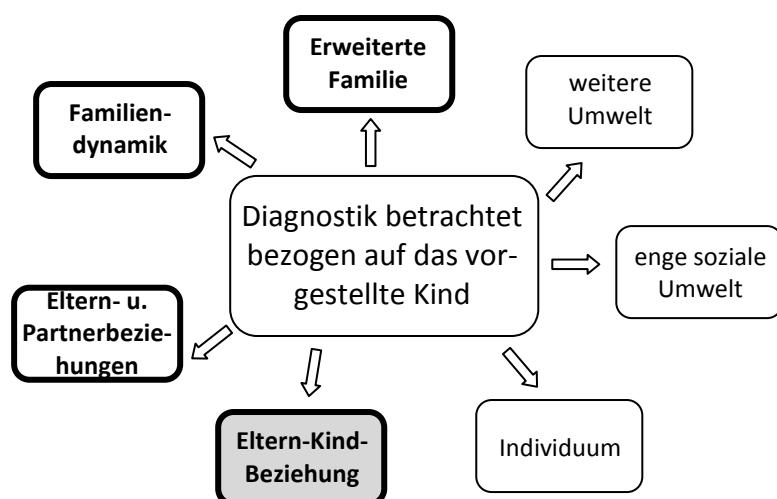


Abb. 3.3: Diagnostikbereiche in der Erziehungsberatung (modifiziert nach Scheuerer-Englisch et al., 2008)

3.3.3 Das Eltern-Kind-System als diagnostischer Gegenstandsbereich

Nach diesen grundsätzlichen und orientierenden Überlegungen zu Diagnostik in Erziehungsberatungsstellen ist es für den nachfolgenden Verlauf sinnvoll, weitere Unterscheidungskategorien für das Diagnostikgeschehen einzuführen.

Erziehungs- und Familienberatung hat es in ihrer Arbeit hauptsächlich mit privaten Erziehungssystemen zu tun. Das bedeutet, dass in Familien in der Regel die Erwachsenen die Aufgabe haben, die mit ihnen zusammenlebenden Kinder zu umsorgen und zu erziehen. Dieses Eltern-Kind-System hat Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Das dabei entstehende Zusammenspiel von elterlicher Erziehung und kindlicher Entwicklung ist störungsanfällig. Da dieses System ständig in Entwicklung ist, und zwar auf beiden Seiten, generieren sich gewissermaßen aus sich selbst heraus Herausforderungen und Problemlagen, die bewältigt werden wollen. Ist die Selbstregulation der Familie überfordert, bietet die Erziehungsberatung Unterstützung. Im Erkenntnisinteresse beim Einsatz von diagnostischen Mitteln in der Beratung befindet sich demnach zunächst die Entwicklung. Diagnostik in Erziehungsberatungsstellen kann daher übergeordnet als *Entwicklungsdiagnostik* bezeichnet werden. Die Entwicklung des Heranwachsenden sowie des Elternsystems kann dabei aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet (und diagnostiziert) werden. Je nach spezifischem Erkenntnisinteresse kann in der Erziehungsberatung weiterhin zwischen *Persönlichkeits- und Leistungsdiagnostik* (Individualdiagnostik) und zwischen *Beziehungsdiagnostik* unterschieden werden. Für beide Bereiche formulieren Scheurer-Englisch et al. (2008) übergreifend bedeutsame Grundsätze. Diagnostik an Erziehungsberatungsstellen sollte ganzheitlich, bedarfsorientiert und optimal, entwicklungs- und ressourcenorientiert, mit Beratungs- und Interventionsprozessen verschränkt, wissenschaftlich fundiert, reflektiert, transparent, partizipativ, kooperativ, in selbstständiger Verantwortung der Fachkraft und an der systemischen und transaktionalen Sichtweise menschlicher Entwicklung orientiert sein.

3.3.3.1 Persönlichkeits- und Leistungsdiagnostik (Individualdiagnostik)

Persönlichkeitsdiagnostik und Leistungsdiagnostik sind zunächst einmal verschiedene Bereiche der Psychologischen Diagnostik Sie werden hier aus prag-

matischen Gründen zusammen vorgestellt, da sie für den Gegenstandsbereich der Eltern-Kind-Beziehung häufig weniger relevant sind und einige Gemeinsamkeiten aufweisen.

Leistungs- und Persönlichkeitstests messen ein oder mehrere Persönlichkeitsmerkmale wie Aufmerksamkeit, Angst, Intelligenz oder Kreativität und deren Ausprägungsgrad. Leistungstests erfassen ein bestimmtes Merkmal wie z.B. Intelligenz dabei durch die Bewältigung von Aufgaben, die der Heranwachsende zu bearbeiten hat. Zuvor wird die Testperson instruiert, die Aufgabe bestmöglich auszuführen. Die Persönlichkeitsdiagnostik erfasst Personenmerkmale hingegen durch den Abruf kognitiv repräsentierter Eigenschaften. Die Testperson soll möglichst wahrheitsgemäß antworten, es geht hierbei seltener um richtig oder falsch (Rentzsch & Schütz, 2009). Leistungs- und Persönlichkeitstests sind in der Regel psychometrische Testverfahren, die stark strukturiert sind und daher ökonomisch ausgewertet werden können. Sie sind zudem orientiert an den Gütekriterien Objektivität, Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit). Auch bei der Leistungs- und gerade bei der Persönlichkeitsdiagnostik können Beziehungsaspekte zu Tage treten, welche einen Rückschluss auf etwaige Familienverhältnisse nahelegen – dennoch liegt ihr Erkenntnisinteresse vorrangig beim Individuum. In der Erziehungsberatung werden zur Diagnostik der Leistung vor allem Intelligenzinventare wie der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK) oder die Kaufmann Assessment Battery for children (K-ABC) eingesetzt. Bezuglich der Konzentrationsleistung werden u.a. Verfahren wie der d2 - Aufmerksamkeitsbelastungstest verwendet. Daneben kommen auch häufig freiere Gestaltungsverfahren wie der Mann-Zeichen-Test (MZT) nach Ziler vor, die ein Bindeglied zwischen Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik darstellen. Bezuglich letzterem finden sich in der Erziehungsberatung vor allem der Baumtest nach Koch und der Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (PSK 9-14) (Scheuerer-Englisch et al., 2008).

3.3.3.2 Beziehungsdiagnostik

Für die Erziehungs- und Familienberatung ist es häufig relevanter sozial-emotionale Beziehungen und Beziehungsdynamiken zu erfassen als bestimmte Leistungs- oder Persönlichkeitsmerkmale von Personen exakt zu bestimmen. Gerade im Gegenstandsbereich der familiären Beziehungen und des Eltern-

Kind-Systems sind daher professionelle und hilfreiche Einschätzungen von Beziehungen von zentraler Bedeutung. Die Schwierigkeit der Beziehungsdiagnostik liegt darin begründet, dass sich soziale Beziehungen schwer messen lassen. Ähnlich wie bei der Persönlichkeitsdiagnostik gibt es kein normatives „falsch“ und „richtig“. Beziehungsdynamiken sind dabei äußerst komplex und bringen das Problem mit sich, dass eine einzelne Person nur bedingt aussagefähig ist, da es ja gerade um das Zwischenmenschliche geht. Verfahren der Beziehungsdiagnostik sind folglich weniger psychometrischer Natur, sondern häufiger Gestaltungs-, Beobachtungs-, Skulptur- oder Interviewverfahren, die auf einen projektiven Befund abzielen (Rentzsch & Schütz, 2009). In der Erziehungsberatung scheint es neben diesen methodischen Erhebungsverfahren auch noch ein weiteres Instrument zur Einschätzung der Beziehung zu geben. Diese eher implizite (inbegriffene oder eingeschlossene) Diagnostik, anhand verbalen wie nonverbalen Informationen im direkten Beratungskontakt, ist bisher wenig empirisch untersucht worden. Dabei ist natürlich zu fragen, inwieweit das Erkennen von Beziehungsmustern, -dynamiken und -problemen bei Kindern, ihren Eltern und anderen wichtigen Bezugspersonen bereits Diagnostizieren nach fachwissenschaftlichen elaborierten Methoden darstellt. Selbige Frage stellt sich, an diesen Gedanken anschließend, für die Auswertung der projektiven und interaktionellen Beziehungstestverfahren. Das nächste Kapitel beschäftigt sich daher explizit mit der Beziehungsdiagnostik in der Erziehungs- und Familienberatung. Um einen speziellen Fall der Beziehungsdiagnostik handelt es sich bei den Verfahren zur Diagnostik der Bindung zwischen Eltern und Kind und ihrer je eigenen Bindungsmuster. Im zweiten Abschnitt des nächsten Kapitels wird infogedessen die Bindungsdiagnostik mit ihren für die Erziehungsberatung relevanten Verfahren vorgestellt.

4 Beziehungsdiagnostik und Bindungsdiagnostik in der Erziehungsberatung

Dieses vierte Kapitel schließt inhaltlich an den Punkt 3.2.3 der vergangenen Kapitels an. Es beschäftigt sich eingehend mit der Beziehungsdiagnostik im Rahmen der Erziehungs- und Familienberatung. Dabei werden zunächst die unterschiedlichen Arten der Beziehungsdiagnostik geklärt, die sowohl mit methodischen Verfahren der Testdiagnostik, als auch mehr oder weniger implizit durch Informationen im Beratungskontakt gestaltet werden können. Im weiteren Verlauf werden in der Erziehungsberatung prominente Erhebungsverfahren zur Diagnostik von Beziehung vorgestellt. Einen besonderen Fokus erhält die Beziehungsdiagnostik, wenn sie speziell die Bindungsbeziehung zwischen Erwachsenen und Kindern betrachtet. Bindungsdiagnostik könnte unter diesem Gesichtspunkt eine wertvolle Methode für die psychosoziale Beratungspraxis sein. Der zweite Abschnitt dieses Kapitels schlägt damit eine Brücke zum ersten Kapitel und der Erforschung der Bindungsqualität. Den bereits vorgestellten diagnostischen Methoden werden daraufhin Verfahren der Bindungsdiagnostik an die Seite gestellt. Da ihre Rolle in der Erziehungsberatung noch zu klären ist, werden alle vorgestellten Erhebungsverfahren zur Bindung in Bezug auf ihre praktische Anwendung hin veranschaulicht. Abbildung 4.1 verdeutlicht schematisch den Inhalt des vierten Kapitels.

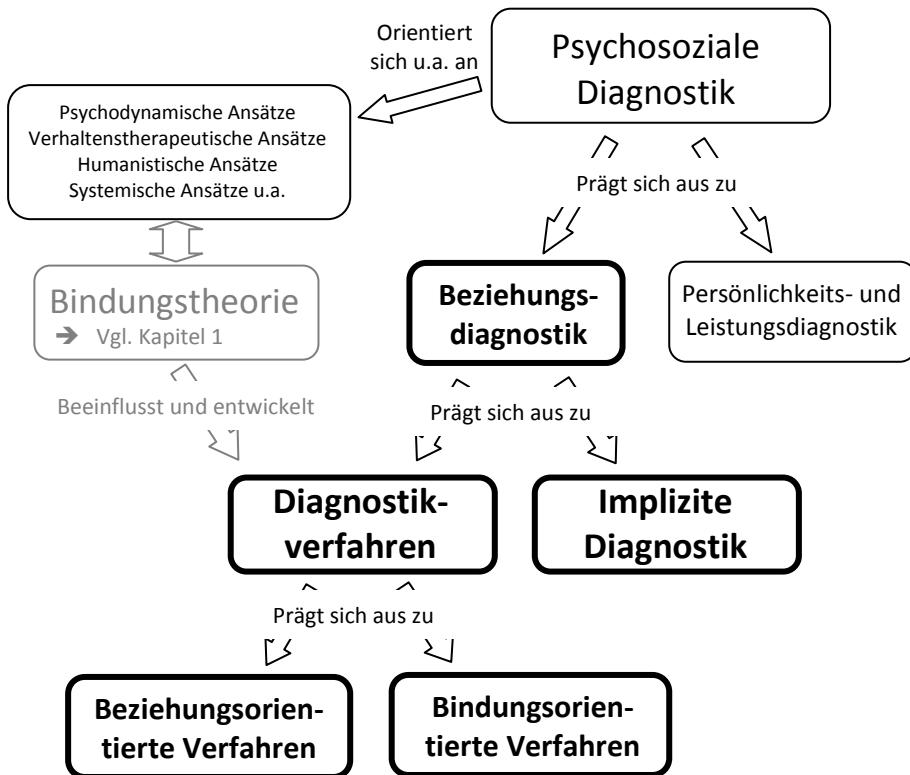


Abb. 4.1: Themenstränge des Kapitels „Beziehungsdiagnostik und Bindungsdiagnostik“ und ihre inhaltliche Ordnung

4.1 Beziehungsdiagnostik durch implizite Vorgehensweisen im Beratungsprozess

Diagnostik steht im klinischen Bereich, wie auch in der Erziehungsberatung, immer im Dienst der Beratung und Therapie. Wie bereits erwähnt wurde, bedient sich Erziehungsberatung jedoch nicht der operationalisierten diagnostischen Klassifikationen wie sie im psychiatrischen Bereich angewandt werden. Während bei einem Rückgriff auf die wissenschaftlich gebräuchliche Störungsumanuale eine relative Deutungseinigkeit zwischen Experten besteht, sind Fachkräfte in der Erziehungs- und Familienberatung dazu aufgefordert, selbst zu beschreiben und im Fachteam mit Kollegen zu diskutieren, um welche Art der zwischenmenschlichen Störung es sich handelt. Ihre Erkenntnisse und Hypothesen über Beziehungsstrukturen und emotionale Befindlichkeiten in Familien gewinnen sie dabei aus psychologischen Tests und Erhebungsverfahren sowie aus Informationen, die sie im Beratungskontakt erhalten.

Der Berater wird im Beratungsgeschehen dabei gleichzeitig zum Diagnostiker und hat nach Cierpka (2008) mindestens drei Möglichkeiten, Informationen zu gewinnen:

1. Über die Informationen, die dem Therapeuten über Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie berichtet werden.
2. Über die Beobachtung der familiären Beziehungen im Hier und Jetzt der Gesprächssituation, wenn mehr als ein Familienmitglied anwesend ist.
3. Über den diagnostischen Fokus der sich entwickelnden aktuellen Beziehung zwischen Berater und Ratsuchendem/Familie. Damit ist die Beziehungs dynamik der Übertragung und Gegenübertragung zwischen beiden Systemen angesprochen.

Aus dieser diagnostischen Erkenntnisgewinnung, die in den Beratungsprozess impliziert ist, ergeben sich in systemtheoretischer Betrachtungsweise wiederum mindestens drei Konsequenzen:

1. Die erziehungsberaterische Fachkraft diagnostiziert ein Beziehungssystem, das von ihr selbst mitkonstituiert wurde. Das bedeutet, dass davon auszugehen ist, dass die Beziehungs dynamik von der Fachkraft selbst mitbeeinflusst wird, da jegliche Kommunikation zwischen beiden Systemen zirkulär ist.
2. Psychosoziale Diagnostik in der Erziehungsberatung ist theoriegeleitet. Daraus folgt, dass der „diagnostische Blick“ immer durch die Brille der Fachkraft erfolgt, und Beschreibungen, Beobachtungen etc. den angewandten wissenschaftlichen Konzepten und der momentanen Lebenssituation und persönlichen Weltanschauung des Therapeuten unterliegen. Weiterhin ist entscheidend, welche diagnostischen Fenster (vgl. Abb. 4.2) die Fachkraft priorisiert.
3. Die Entwicklung einer Beziehung zwischen dem Berater- und dem Klientensystem führt zu der Schwierigkeit, einen klaren Trennstrich zwischen Diagnostik und Beratung/Behandlung zu ziehen. Dies bedeutet auch, dass in der vom Klienten supportiv empfundenen Beziehung diagnostische Interventionen bereits therapeutisch wirksam werden können (Cierpka, 2008).

In gewisser Weise gelten diese Konsequenzen auch für diagnostische Prozesse mit methodischen Erhebungsverfahren, da wie systemisch orientierte Praktiker und Wissenschaftler schon länger kritisieren, eine Unterscheidung zwischen diagnostischer und therapeutischer Phase nur künstlich gezogen werden kann. Allein testpsychologisch ausgerichtete Diagnostik in einem Labor mit vorgegebenen Interaktionaufgaben oder der isolierten Bearbeitung von Fragebögen könnte als Beispiel für eine abgegrenzte Beziehungsdiagnostik herangezogen werden. Dennoch lässt sich sagen, dass je methodisch strukturierter und vereinheitlichter der Prozess der diagnostischen Informationsgewinnung abläuft, desto objektiver und valider sind seine Ergebnisse. Es sei dabei nochmals daran erinnert, dass keine Diagnostik und keine Klassifikation auf objektiver Realität basiert. Deutlich wird allerdings, dass methodische Testverfahren und störungsspezifische Klassifikationen Hilfsmittel sein können, um Arbeitshypothesen zu entwerfen, zu überprüfen und gegebenenfalls zu verwerfen.

Auch bei der in Beratung und Therapie implizierten Beziehungsdiagnostik bleibt der Diagnostiker also „Brillenträger“ und vollzieht die Aufgabe, die gesammelten Aspekte in einer Art Gesamtbild oder -szene zu verdichten. Cierpka (2008) entwirft daher für die Familiendiagnostik ein Schaubild mit familiendiagnostischen Beobachtungsfenstern, die dem Familientherapeuten helfen sollen, die Informationen aus dem Beratungs- und Therapieprozess zu strukturieren. Mit leichten Modifikationen lässt sich dieses Konzept der diagnostischen Fenster auch für die Erziehungsberatung übernehmen (vgl. Abb. 4.2).

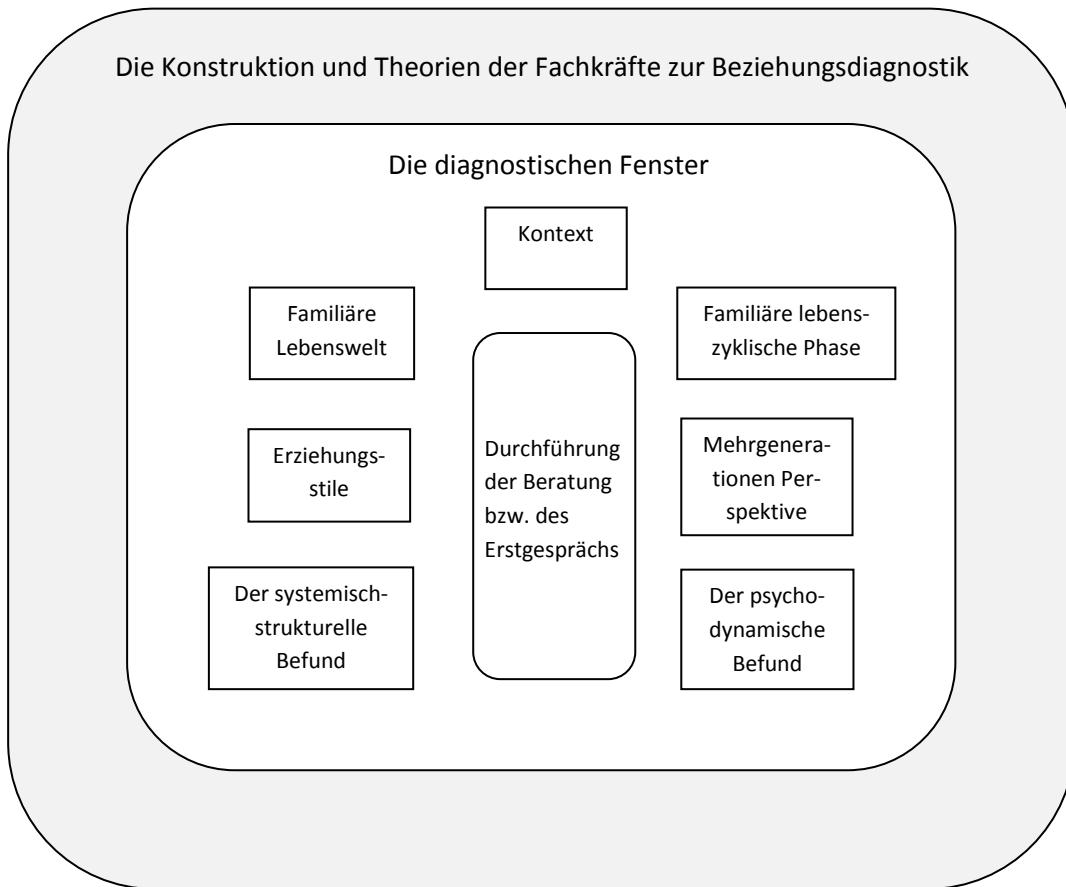


Abb. 4.2: Die diagnostischen Fenster der Beziehungsdiagnostik in der Familienberatung (modifiziert nach Cierpka, 2008)

Den äußeren Rahmen der diagnostischen Fenster bilden die beziehungstheoretischen Konzeptbildungen samt der persönlichen und wissenschaftlichen Theorien der Fachkräfte, ebenso wie der gesellschaftliche Kontext in dem die Beziehungsdiagnostik stattfindet. Sie beeinflussen die Beobachtung und die Erklärungsmöglichkeiten. Im Zentrum befindet sich das eigentliche Beratungsgespräch bzw. der Therapieprozess mit seinen Komponenten wie Erstkontakt und Ersteindruck, Problemdefinition und Beratungsziele, Ressourcen und Hypothesen. Die sieben diagnostischen Fenster gruppieren sich um das Beratungsgespräch herum. Durch sie werden die verschiedenen in der Beratung gewonnenen Informationen reflektiert, Zusammenhänge hergestellt und schließlich in Befunde überführt (Cierpka, 2008). Sie entsprechen den folgenden Perspektiven:

- ▶ Beziehungsdiagnostik als systemisch-strukturelle und konstruktivistische Diagnostik lenkt den Fokus auf das Auffinden von bisher nicht gesehenen Beziehungsmöglichkeiten und die Ressourcen der Familie.
- ▶ Das Fenster der Erziehungsstile lenkt die Aufmerksamkeit auf das Erziehungsverhalten der Erwachsenen und die Reaktionen der Kinder. Damit ist vor allem die Bindungsperspektive angesprochen.
- ▶ Mit dem Fenster der familiären Lebenswelt wird das soziale Umfeld des Kindes und seiner Familie in den Blick genommen.
- ▶ Das Fenster der Beratung und Diagnostik in Kontext reflektiert den Rahmen des Beratungsprozesses und der einhergehenden Diagnostik, da dieser auf die Problemschilderungen Einfluss nimmt.
- ▶ Die innerfamiliäre Dynamik ergibt sich aus individuellen Beziehungs- und Wachstumsprozessen und damit verbundenen Anpassungsleistungen im Lebenszyklus des Kindes und seiner Eltern. Dies wird im Fenster der familiären lebenszyklischen Phase diagnostisch betrachtet.
- ▶ Die Familiengeschichte und die generationsübergreifenden Muster und Beziehungsdynamiken werden im Fenster Mehrgenerationenperspektive beleuchtet.
- ▶ Die psychodynamische Perspektive versucht die präsentierten Probleme in einen Zusammenhang mit den intrapsychischen und interpersonellen Konflikten in der Familie zu bringen.

Je nach Beratungsfall, wissenschaftlicher wie therapeutischer Ausbildung werden unterschiedliche Fenster der Beziehungsdiagnostik von der beraterisch-therapeutischen Fachkraft priorisiert. Systemische Techniken wie beispielsweise Fragen (z.B. zirkuläre Fragen oder Fragen nach Unterschieden) oder Genogrammarbeit geben bereits Aufschluss über unterschiedliche Sichtweisen verschiedener Familienmitglieder, ihrer Beziehungen zueinander und eventuellen Koalitionen. Sie enthalten aber womöglich andere Informationen als z.B. die Übertragungs- und Gegenübertragungspheomene in der Beratung nahelegen. Daher nutzen Berater und Therapeuten in Erziehungsberatungsstellen ein breites Spektrum an Erhebungs- und Testverfahren, um weitere Informationen über die Beziehungen zwischen den Eltern selbst sowie zwischen Eltern und Kindern zu gewinnen.

4.2 Beziehungsdiagnostik mit methodischen Testverfahren

Die Einschätzung von familiären Beziehungen und insbesondere der Beziehung zwischen Eltern und Kindern gehört zum täglichen Geschäft der Fachkräfte der Erziehungsberatung. Methodische Testverfahren zur Beziehungsdiagnostik werden dabei meist mit den vorgestellten Kindern oder Jugendlichen durchgeführt, um weitere Arbeitshypothesen zu entwickeln oder bereits vorhandene zu überprüfen. Ein übergeordnetes Prinzip, wann diagnostische Erhebungsverfahren eingesetzt werden oder wann es bei der impliziten Beziehungsdiagnostik im Beratungsgespräch bleibt, existiert dabei nicht. Die Fachkräfte des multiprofessionellen Teams wenden dabei unterschiedliche Verfahren je nach Ausbildung und Bedarf unterschiedlich häufig an. Einer repräsentativen Befragung an Erziehungsberatungsstellen zufolge nutzten im Jahr 2003 94 % der befragten Stellen testdiagnostische Verfahren (Nestler & Castello, 2003). Dies schließt allerdings Leistungs- und Persönlichkeitstests mit ein. Nach dieser Untersuchung sind zehn der 37 häufigsten vorhandenen Verfahren projektive Verfahren zur Erfassung der inneren Welt des Kindes. Die Verfahren, welche vorrangig zur Beziehungsdiagnostik in Beratungsstellen eingesetzt werden, werden im nächsten Abschnitt vorgestellt. Daran anschließend sollen in der gebotenen Kürze gängige Beobachtungs- und Interviewverfahren skizziert werden.

4.2.1 Projektive Testverfahren

Der Begriff der Projektion geht ursprünglich auf die Psychoanalyse Sigmund Freuds zurück. „Unter einer Projektion ist zu verstehen, dass eigene Gefühle, Eigenschaften und Wünsche, die das Ich bedrohen, nicht an sich selbst wahrgenommen werden, sondern in anderen gesehen werden“ (Rentzsch & Schütz, 2009, S. 61). In der Erziehungsberatung erfolgt ein Rückgriff auf projektive Testverfahren vor allem bei Kindern, um diese selbst „zu Wort“ kommen zu lassen. Kinder verfügen bis zu einem gewissen Reifegrad noch nicht über die Ausdrucksmöglichkeiten wie ihre erwachsenen Bezugspersonen. Daher empfehlen sich spielbasierte und projektive Diagnostikmöglichkeiten, um Beziehungsstrukturen und emotionale Befindlichkeiten aus Kindersicht deutlich werden zu lassen. Bei projektiven Verfahren sind die dann dargestellten Beziehungsaspekte

der Testperson nicht notwendigerweise bewusst, sie werden in der Auswertung in der Regel von mehreren Personen des Fachteams interpretiert. Insgesamt werden die projektiven Verfahren in der wissenschaftlichen psychologischen Diagnostik kritisch gesehen, weil sie in Bezug auf die klassischen Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität entweder kaum untersucht sind oder schlecht abschneiden (Rentzsch & Schütz, 2009). Nestler und Castello (2003) kritisieren, dass diese Art der Diagnostik an Universitäten aus genannten Gründen kaum noch ausgebildet werde und daher Fachkräfte nicht ausreichend für den Umgang mit diesen Verfahren geschult seien. Einer Untersuchung von Scheuerer-Englisch et al. (2008) an bayrischen Erziehungsberatungsstellen zu Folge gehören projektive Verfahren weiterhin zum Standartrepertoire. Zur Verdeutlichung, welche beziehungsdiagnostischen Verfahren in Beratungsstellen durchgeführt werden, schließt eine kurze Beschreibung dreier Testverfahren an.

4.2.1.1 Familie in Tieren

Das Verfahren „Familie in Tieren“ wurde erstmals von Brem-Gräser 1957 publiziert und gehört zu den zeichnerischen Gestaltungsverfahren. Es erhebt den Anspruch, eine differenzierte Analyse der familialen Strukturen zu ermöglichen. Obwohl es diesem Anspruch sicher nicht völlig gerecht wird, bietet es die Möglichkeit, einen Eindruck über die interaktionalen Beziehungen in der Familie und die Persönlichkeit des Kindes zu gewinnen (Hermann, 1999). Von einem alleinigen Einsatz des Verfahrens wird abgeraten, es empfiehlt sich eher, es als Teil in einen multimethodalen (Beziehungs-)Diagnostikprozess einzubinden.

Beim Verfahren Familie in Tieren wird die Testperson aufgefordert, seine Familie, sich selbst eingeschlossen als Tiere zu zeichnen. Dafür stehen in der Regel ein Bleistift und ein weißes DIN A4 Blatt zur Verfügung. Die Auswertung des Verfahrens erfolgt anhand einer formalen und einer inhaltlichen Auswertung. Die formale Auswertung bezieht sich hauptsächlich auf die Strichstruktur und -führung und deutet weitestgehend graphologische Aspekte. Die inhaltliche Auswertung befasst sich damit, was gezeichnet wurde und bezieht die Deutung auf:

- ▶ Die Reihenfolge des Zeichnens der Tiere
- ▶ Die Darstellung der Familie mit gleichen oder verschiedenen Tieren
- ▶ Die Gruppierung der Tierfamilie
- ▶ Das Größenverhältnis der Tiere

- ▶ Das Ausdrucksgebaren der Tiere
 - ▶ Den Charakter der Tiere
- (Hermann, 1999).

Der projektive Befund der Zeichnung lässt anschließend Rückschlüsse auf Persönlichkeitsmerkmale der Testperson und auf die Beziehungen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern, insbesondere zwischen der zeichnenden Testperson und ihren Eltern zu. Der Untersuchung von Scheuerer-Englisch et al. (2008) zufolge gehört er zu den zehn meistvorhandenen Tests in Beratungsstellen und wird am häufigsten von allen Beziehungsdiagnostikverfahren angewendet. Das Verfahren ist als Einzeltest konzipiert und im Kindesalter erprobt, jedoch theoretisch auch bis ins Erwachsenenalter anwendbar (Hermann, 1999).

4.2.1.2 Sceno

Der Sceno oder auch Scenotest ist ein spielerisches Gestaltungs- und Skulpturverfahren, das 1943 von der Ärztin von Staabs erstmals veröffentlicht wurde. Es bietet Kindern die Möglichkeit, ihr Erleben und ihre Phantasien in einer Art Miniaturwelt darzustellen. Dazu stehen ein Kasten, der gleichzeitig als Spiel- und Aufbaufläche dient und ein nach tiefenpsychologischen Kriterien normiertes Testmaterial zur Verfügung. Dabei handelt es sich um Puppenfiguren, Tiere, Bäume, Gebrauchsgegenstände und anderweitiges Symbolmaterial. Die Testperson wird aufgefordert, etwas aufzubauen, was ihr gerade durch den Sinn geht, „etwa so, wie ein Regisseur auf der Bühne eine Szene inszeniert“ (von Staabs, 1964, S. 17). Das Material selbst hat in der Regel trotz seiner Antiquiertheit (der Test ist faktisch seit seiner Einführung nur unmerklich verändert worden) einen hohen Aufforderungscharakter für Kinder und kann ab drei Jahren bis ins Erwachsenenalter eingesetzt werden. Während der Testdurchführung sollte der Berater sich möglichst neutral und abstinenter verhalten, um die Testperson möglichst wenig zu beeinflussen (Dietrich, 1999). Bereits während des Testablaufs ergeben sich für geschulte Therapeuten Hinweise auf Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstsicherheit oder Gehemmtheit des Kindes. Nach Beendigung des Aufbaus wird die Testperson aufgefordert, zu erzählen, was es gebaut hat. Es können dabei Fragen zur Aufklärung emotionaler Zustände vom Testleiter gestellt werden („Wem geht es am besten, wem am schlechtesten?“).

Die bebaute Spielfläche wird anschließend fotografiert, so dass eine detaillierte Auswertung erfolgen kann.

Die Auswertung des Sceno erfolgt aufgrund des Spiels und der aufgebauten Szene und setzt weitreichende psychoanalytische Kenntnisse voraus. Nach von Staabs (1964) ist eine bedeutende Seite des Tests, das häufige Vorkommen von Darstellungen aus dem Unbewussten. Die Autorin schlägt eine Auswertung im folgenden Dreischritt vor:

- ▶ Beobachtungsanalyse (bei Aufbau und Befragung)
- ▶ Formale Analyse der Szene (äußerer Aufbau und Raumanalyse)
- ▶ Inhaltliche Analyse der Szene (tiefenpsychologische Symboldeutung)

Der Sceno wird in der Erziehungsberatung in der Regel als ein Verfahren unter mehreren zur Diagnostik des Kindes eingesetzt. Es ist dabei kein spezifisch beziehungsdiagnostisches Verfahren, kann aber (unbewusste) Elemente der Familiendynamik enthalten. Der Scenotest ist in 92 % aller von Scheuerer-Englisch et al. (2008) befragten Beratungsstellen vorhanden (Bestwert) und wird am zweithäufigsten von allen projektiven Verfahren genutzt.

4.2.1.3 Family-Relations-Test (FRT)

Der FRT für Kinder wurde von Bene und Anthony 1957 veröffentlicht und von Fläming und Wörner (1977) ins Deutsche übertragen. Es ist ein Instrument zur Erfassung des kindlichen Erlebens der sozial-emotionalen Familienbeziehungen und zielt darauf ab, die Vorliebe für bzw. Abneigung gegen einzelne Familienmitglieder zu ermitteln. Weiterhin soll die Sichtweise des Kindes darüber deutlich gemacht werden, wer in der Familie, in welchem Maß ihm selbst Zuneigung oder Ablehnung entgegenbringt (Beelmann & Schmidt-Denter, 1999). Der Test zählt zu den projektiven Verfahren, bedient sich aber einer Auswertung der Testdaten auf metrischem Wege, weshalb er auch als semiprojektiv bezeichnet werden kann. Das Testmaterial des FRT besteht aus 99 Testkärtchen und 21 Testfiguren, die als Briefkästen fungieren. Diese Figuren haben eine symbolische Aussagekraft, die nach tiefen- und entwicklungspsychologischen Kriterien gedeutet werden können. Beim Test wird das Kind aufgefordert, aus den Figuren seine Familie zusammenzustellen. Die Figur des „Herrn Niemand“ wird vom Therapeuten dazugestellt. Dann werden ihm in randomisierter Abfolge die Kärtchen ein-

zeln vorgelesen und das Kind entscheidet, welcher familialen Figur es diese Aussage am ehesten zuordnet. Passt sie nicht bekommt „Herr Niemand“ die Karte.

Die Auswertung erfolgt durch zählen der vergebenen Testkärtchen und übertragen in einen Auswertungsbogen. Die gewonnenen Daten haben Ordinalskalenniveau und erlauben eine Rangfolge der Familienmitglieder bezüglich der vom Kind gefühlten Zuneigung und Abneigung gegenüber seiner Person und der vom Kind ausgehenden Zuneigung bzw. Abneigung seinen Familienmitgliedern gegenüber. Der Test ist standardisiert anwendbar für Kinder zwischen dem vierten und elften Lebensjahr, erfüllt jedoch nur teilweise und unzureichend die Gütekriterien für psychologische Tests (Beelmann & Schmidt-Denter, 1999). Der FRT wurde in der Untersuchung von Scheuerer-Englisch et al. (2008) in mehr als der Hälfte aller Beratungsstellen gefunden (53,1 %). Er ist eines der wenigen originären Beziehungsdiagnostiktestverfahren.

4.2.2 Beobachtungs- und Interviewverfahren

Neben den projektiven Verfahren können in der Erziehungsberatung zwei weitere größere Gruppen beziehungsdiagnostischer Methoden unterschieden werden: Beobachtungs- und Interviewverfahren.

Beobachtungsverfahren können einer systematisierten Versuchsanordnung unterliegen oder nicht-standardisiert ablaufen. In der Erziehungsberatung werden Methoden der Beobachtung mehrheitlich unspezifisch und nicht-standardisiert beispielsweise als Interaktionsbeobachtung durchgeführt. Dabei kann die Fachkraft an der Situation teilnehmen und im Rahmen der Beobachtung das Kind und seine Bezugsperson zu einem Spiel einladen. Weitere Formen der teilnehmenden Beobachtung ergeben sich unter anderem wenn eine Fachkraft in eine Kindertageseinrichtung oder Schule eingeladen ist, um den Begebenheiten vor Ort situativ beizuwohnen. Andere Möglichkeiten der nicht teilnehmenden Beobachtung bestehen, wenn die Beratungsstelle beispielsweise mit Videoaufzeichnung arbeitet oder ein Raum mit einer Einwegscheibe zur Verfügung steht. Darüber hinaus gibt es verschiedene Möglichkeiten der Verschmelzung von diagnostischer Beobachtung und beraterischer Intervention wie Home-Video-Training oder Marte Meo (Aarts), die in der Erziehungsberatung

jedoch nicht flächendeckend angewendet werden und keine Beziehungsdiagnostikverfahren als solche darstellen.

Interviewverfahren werden in der Erziehungsberatung in der Regel in Form von Fragebögen oder Satzergänzungstests durchgeführt. Fragebögen zur Diagnostik der Eltern-Kind-Beziehung sind vielfach auf spezifische Aspekte fokussiert. Zu nennen wären unter anderem das Erziehungsstil-Inventar (ESI), der Diagnostische Elternfragebogen (DEF) und der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18). Das ESI wurde zuletzt 1995 neu aufgelegt und ist ein Verfahren, das für Heranwachsende im Alter von acht bis 16 Jahren geeignet ist. Mit seiner Hilfe können Hinweise auf problematisches Erziehungsverhalten der Mutter, des Vaters oder beider Eltern gewonnen werden. Es dient der Suche nach den Ursachen von, insbesondere angstbedingten, Verhaltensproblemen von Heranwachsenden (www.testzentrale.de, 2011). Der DEF in seiner letzten Auflage aus dem Jahr 1993 richtet sich an Eltern von fünf bis 13 Jahre alten Kindern. Mit ihm können ähnlich wie mit der CBCL kindliche Verhaltensauffälligkeiten und ihre Hintergründe eingeschätzt werden. Die CBCL ist in der deutschen Auflage zuletzt 1998 erschienen. Sie ist für Eltern mit Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 18 Jahren konzipiert und erfasst die Einschätzungen von Eltern hinsichtlich der Kompetenzen und Probleme ihrer Kinder. Die CBCL geht eher syndromspezifisch vor (beachtet wird: Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität, Soziale Probleme, Schizoid/Zwanghaft, Aufmerksamkeitsstörung, Dissoziales Verhalten, Aggressives Verhalten), kann aber auch zur Beziehungsdiagnostikinstrument dienen und entspricht den Anforderungen von Objektivität, Reliabilität und Validität.

Neben diesen Fragebogeninventaren werden in Beratungsstellen häufig Satzergänzungstest wie der Thomas-Erzählttest (Lambert) eingesetzt. Satzergänzungstests im Allgemeinen beginnen einen Satz mit wenigen Worten, der dann frei von der Testperson vervollständigt werden soll. Für die meisten dieser Verfahren liegt kein objektives Auswertungsschema vor, so dass in der Regel der projektive Gehalt der Antworten sowie das Verhalten des Kindes in der Untersuchungssituation interpretiert werden. Satzergänzungstests beziehen sich deutlich mehr auf die Persönlichkeit der Testperson können aber auch Beziehungsaspekte betreffen. In der Erziehungsberatung werden sie vielfach als Screeninginstrument oder innerhalb einer Testbatterie mit mehreren projektiven Testverfahren angewandt.

4.2.3 Das Familienbrett

Das Familienbrett ist ein Skulpturverfahren, das von Ludewig und Mitarbeitern 1983 eingeführt wurde. Es dient dazu, mit Hilfe eines Holzbrettes und Holzfiguren Familienstrukturen darzustellen und spielerisch zu verändern (Arnold et al., 2008). Die Entwicklung des Familienbrettes verlief etwa zeitgleich mit dem Aufkommen systemisch-familientherapeutischer Strömungen in Deutschland. Es wird in dieser Aufzählung unter einem separaten Punkt vorgestellt, da es sich nicht im eigentlichen Sinne um ein Diagnostikverfahren handelt, sondern vielmehr um ein Instrument zur Förderung der Kommunikation über soziale Beziehungen (Ludewig, 2000). Die Darstellungen auf dem Familienbrett haben ebenso wie die Darstellungen von lebendigen Skulpturen und Aufstellungen, dennoch einen diagnostischen Wert, welcher in der Erziehungsberatung genutzt werden kann. Die Testperson wird bei der Durchführung gebeten für jedes Familienmitglied eine aus vier unterschiedlichen Holzfiguren auszuwählen und auf dem Holzbrett zu platzieren. Dabei sollen die Figuren so stehen, „wie sie in der Familie zueinander stehen“ (Ludewig, 2000, S. 21). Die Holzfiguren sind dabei eher spartanisch strukturiert und können nach Größe, Blickrichtung, Nähe und Distanz und Körperperformance (rund bzw. eckig) differenziert werden. Das Familienbrett lässt mehrere Durchführungen zu, so ist einmaliges Aufstellen bis hin zu mehreren „Bildern“ oder einem dynamischen Spielen möglich. In der Regel werden die anwesenden Mitglieder der Familie nacheinander gebeten die Familienstruktur darzustellen. Damit wird das Familienbrett zu einer Intervention im Hinblick auf die familialen Beziehungsstrukturen.

Die Auswertung erfolgt durch analysieren der oben erwähnten Kriterien nach denen das aufgebaute System differenziert werden kann. Die verbalen Erläuterungen des Familienmitglieds/der Familie können dabei bedeutsam sein. Weiterhin kann die Gestalt des Aufgestellten interpretiert werden, so bspw. wenn Formen wie Kreis, Halbkreis, Dreieck, Linie oder Ellipse entstanden sind. Hier bietet das Familienbrett projektive Zugangsmöglichkeiten. Das Verfahren ist in Erziehungsberatungsstellen eher seltener vorhanden und wird unterschiedlich eingesetzt (Scheuerer-Englisch et al., 2008). In der Beziehungsdiagnostik ist es wie beschrieben gleichzeitig familientherapeutisches Interventionsinstrument.

4.3 Bindungsdiagnostik

Die Bindungsdiagnostik ist eng verknüpft mit der experimentellen Bindungsforschung und ist letztlich aus ihr entstanden. Mit dem Begriff sind Erhebungsverfahren umschrieben, die in der psychosozialen Praxis anwendbar sind und die Bindungsqualität der Testperson messen.

Die Geschichte der Bindungsdiagnostik beginnt mit der Erforschung der Bindungsqualität von Kleinkindern in der „Fremden Situation“ (vgl. Kapitel 2.2). Die große Bedeutung dieser Verhaltensbeobachtung ist heute in der Entwicklungspsychologie unbestritten. Die postulierten Bindungstypen für das Kindesalter, entstammen letztlich alle aus den Forschungen mit diesem Testsetting und waren prägend, auch für weitere Verfahren. Der Fremde-Situations-Test als vielfach erprobtes Ur-Bindungsdiagnostikverfahren, hat mehrere Nachteile für eine Anwendung in der Praxis. Zum einen ist es für Kinder zwischen zwölf und ca. 18 Monaten konzipiert. Dies betrifft nur einen geringen Bruchteil der vorgestellten Kinder in der Erziehungsberatung. Zum anderen verlangt seine Durchführung und Auswertung eine bestimmte Versuchsanordnung, die bei der Gestaltung räumlichen Begebenheiten beginnt und beim speziellen Verhalten des Elternteils und der Fremden Person endet. Adaptionen der traditionellen Fremden Situation wie die „*Attachment Organization in Preschool Children*“ von Cassidy und Marvin für Kinder zwischen zweieinhalb und viereinhalb Jahren oder das „*Preschool Assessment of Attachment*“ von Crittenden für Kinder von zweieinhalb bis fünf Jahren, haben sich ebenso unter Laborbedingungen als zuverlässig erwiesen (Gloge-Tippelt & König. 2009). Sie verlangen neben den erwähnten Aspekten der Praktikabilität in der Durchführung, auch ein aufwändiges Training zur Auswertung der Videoaufzeichnung. Während im Kleinkindalter die Verhaltes- und Interaktionsbeobachtung eine direkte Erfassung des Bindungsverhaltenssystems erlaubt, ist dies ungefähr ab einem Alter von vier bis fünf Jahren nur mit Einschränkungen möglich. Ab diesem Alter kontrollieren Kinder ihren Emotionsausdruck, je nach Einschätzung der Situation, stärker als Kinder jüngeren Alters. Für die Praxis der Bindungsdiagnostik in der Erziehungsberatung bedeutet dies, dass sie auf andere Verfahren zurückgreifen muss, um die Bindungsbeziehung zu untersuchen.

Für Kinder im Alter zwischen vier und acht Jahren findet Bindungsdiagnostik daher mit speziell entwickelten projektiven Testverfahren statt. Dabei sollen die

untersuchten Kinder ihre Gefühle, Erlebnisse, Vorstellungen, Wünsche und Bewertungen von bindungsrelevanten Situationen auf jeweils Spielfiguren oder bildlich dargestellte Figuren/Szenen projizieren. Ab der späten Kindheit, zwischen dem achten und 13. Lebensjahr, sind Diagnostikverfahren dann stärker auf der Sprachebene angesetzt. Aufgrund der reiferen kognitiven Funktionen und der besseren sprachlichen Ausdrucksfähigkeit ist ein direkter Zugriff auf das Internale Arbeitsmodell von Bindung durch Interviewverfahren möglich. Ab dem Erwachsenenalter (bei Modifikationen bereits ab dem 16. Lebensjahr) kann Bindung dann in ihrer Repräsentationsebene mit projektiven oder Interviewverfahren erfasst werden. Die Bindungsrepräsentation wird dann anhand der Narrative der Testpersonen in ein, von der Bindungsmustern der Kindheit abweichendes, Klassifikationsschema eingeordnet (vgl. Kapitel 2.2.3). Der wesentliche Fortschritt der Bindungsdiagnostik im Vergleich zur allgemeinen Beziehungsdiagnostik, liegt in der Tatsache begründet, dass die Verfahren sich in der Forschung als weitestgehend reliabel und valide erwiesen haben. Bzgl. der Auswertungsobjektivität sind die Erhebungsverfahren zur Bindung stark abhängig von der Schulung der Beurteilungspersonen. Fachkräfte müssen daraufhin trainiert werden, in der Auswertung mit anderen geschulten Testern übereinzustimmen (Interrater-Reliabilität). Als weiterer Gewinn könnte sich erweisen, dass Bindungsdiagnostikverfahren im Gegensatz zu vielen der zuvor genannten projektiven Verfahren einen klar definierten Bereich erfassen. In ihrer Auswertung führen diese Erhebungsverfahren dann zu einem bereits empirisch untersuchten Bindungstyp, der Prognosen über die zukünftige psychosoziale Entwicklung ermöglicht. Dadurch wird eine präzisere qualitative Einschätzung der Eltern-Kind-Beziehung möglich, die weitere Implikationen für die Beratung, bzw. die Unterstützung des Kindes nach sich ziehen kann.

Im Folgenden werden schlaglichtartig für die Erziehungsberatung relevante Erhebungsverfahren zur Bindungsdiagnostik vorgestellt. Für die mittlere Kindheit des „Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung“ (GEV-B), für das daran anschließende Altersspektrum das „Bindungsinterview für die späte Kindheit“ (BISK) und für das Erwachsenenalter das „Adult Attachment Interview“ (AAI). Tabelle 4.1 zeigt darüber hinaus alle wichtigen Bindungsdiagnostikverfahren in einer Übersicht.

| Alter | Erhebungsverfahren | Methodischer Zugang |
|-----------------|--|--|
| 12 – 18 Monate | <ul style="list-style-type: none"> • Fremde Situation – Kleinkinder • CARE-Index (0 – 30 Monate)¹³ | |
| 2,5 – 5,5 Jahre | <ul style="list-style-type: none"> • Fremde Situation – Kindergarten und Vorschulalter • Attachment Q Sort | Beobachtungsverfahren |
| 5 – 8 Jahre | <ul style="list-style-type: none"> • Trennungsbilder • Geschichtenergänzungsverfahren | projektive Verfahren |
| 8 – 14 Jahre | <ul style="list-style-type: none"> • Child Attachment Interview • Bindungsinterview für die späte Kindheit • Bochumer Bindungstest (projektiv) | |
| ab 16 Jahre | <ul style="list-style-type: none"> • Adult Attachment Interview vereinfacht für Jugendliche | Interviewverfahren (und projektive Verfahren) |
| ab 18 Jahre | <ul style="list-style-type: none"> • Adult Attachment Interview • Adult Attachment Projective (projektiv) | |

Tab 4.1: Erhebungsverfahren zur Bindung (in Anlehnung an Gloger-Tippelt & König, 2009)

4.3.1 Das Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung (GEV-B)

Das GEV-B geht zurück auf die *Attachment Story Completion Task* (ASCT) von Bretherton und Ridgeway (1990; dt. Version: Bretherton et.al., 2001). Bei diesem Geschichtenergänzungsverfahren werden den Kindern fünf Kerngeschichten (*story stems*) erzählt, welche durch eine Aufwärm- und eine Abschlussgeschichte ergänzt werden. Die Kinder erzählen daraufhin die begonnene Geschichte zu Ende. Dabei berichten sie nicht nur verbal über den weiteren Verlauf der Erzählung, sondern spielen diesen gleichzeitig auch mit Figuren. „Die Methode geht zurück auf eine Forschungstradition, die aus der Erzählstruktur von (gespielten) Geschichten, d.h. aus der Organisation von kindlichen Erfahrungen in narrativer Form, einen Zugang zur inneren Welt des Kindes gewinnt.“ (Gloger-Tippelt & König, 2009, S. 63). Bis auf kleine Abweichungen unterscheiden sich

¹³ Der CARE-Index (Crittenden, 2005) gehört streng genommen nicht in diese Auflistung, da er keine Bindungsqualität erhebt, sondern dass feinfühlige Interaktionsverhalten von Erwachsenen zum Kind erfasst. Dabei werden sowohl das Fürsorgeverhalten der Eltern, als auch die Verhaltensweisen des Kindes in Skalen kategorisiert.

ASCT und GEV-B in Konzeption, Aufbau und Durchführung wenig voneinander. Das GEV-B kann vielmehr als Überarbeitung für den deutschen Kultur- und Sprachraum mit einem für die Praxis entwickelten Auswertungssystem verstanden werden. Gloger-Tippelt und König (2009) definieren das Verfahren für Kinder von fünf bis acht Jahren. Bretherton et.al. (2001) wenden das Verfahren bereits ab dem vierten Lebensjahr an.

Mit dem GEV-B wird versucht durch ein projektives Vorgehen, wichtige Anteile des Internalen Arbeitsmodells von Bindung zu erfassen. Die Kinder haben in ihrer Entwicklung bereits ein Stadium erreicht, in dem sie ein Als-Ob-Spiel praktizieren können und es treten geordnete Ereignisrepräsentationen für Alltagsroutinen wie ins Bett gebracht werden oder frühstücken auf. Diese Repräsentationen wiederholter Erfahrungen zeigen sich dann typischerweise im Symbolspiel des GEV-B. Die wesentlichen Elemente des Geschichtenergänzungsverfahrens sind (Gloger-Tippelt & König, 2009):

- ▶ eine Anfangssituation mit einigen Hintergrundinformationen
- ▶ ein Problem für den Protagonisten
- ▶ der Versuch einer Problemlösung durch den Protagonisten
- ▶ und schließlich der Erfolg oder Misserfolg bei diesem Versuch.

Es werden dem Kind sieben Geschichtenanfänge, die Auslöser für Bindungs- oder Fürsorgeverhalten beinhalten in einer festgelegten Reihenfolge erzählt. Als Spiel- und Symbolmaterial dienen beim GEV-B kleine Puppen und Requisiten wie sie aus Puppenhäusern für Kinder bekannt sind. Es können allerdings auch Duplo-, Playmobil- oder entsprechende Figuren in Puppenhausgröße verwendet werden. Die Familie besteht im Test standardisiert aus Figuren für Mutter, Vater, Mädchen, Junge und einer Großelternfigur. Die Hauptfigur hat immer das Geschlecht des untersuchten Kindes und wird mit vorgegebenen Namen (z.B. Jan oder Susanne) eingeführt. Die Anordnung der Figuren und Requisiten erfolgt nach schematisch-standardisierten Vorgaben. Nach jeder gespielten/erzählten Geschichte Fragen werden gestellt. Bei den beiden standardmäßigen Fragen: „Wie geht es Jan/Susanne jetzt?“ und „Denkt Jan/Susanne etwas?“, soll dem untersuchten Kind noch einmal Gelegenheit gegeben werden, die Lösung des Bindungsthemas in seiner eben gespielten Geschichte explizit zur Sprache zu

bringen. Beim Spiel des Kindes bleibt der Untersucher in einer Beobachterrolle und lässt das Kind frei gewähren. (Gloge-Tippelt & König, 2009).

Das GEV-B wird mit einer Kamera während der Erhebungssituation vollständig aufgezeichnet. Anhand dieser Aufnahme wird ein Transkript angefertigt, um alle sprachlichen Äußerungen von Untersucher und untersuchtem Kind genau zu erfassen. Die Auswertung erfolgt hauptsächlich auf der Grundlage der Videoaufzeichnung, das Transkript wird als wünschenswerte Ergänzung angesehen. Ausgewertet werden die fünf Kerngeschichten ohne die Anfangs- und Abschlussgeschichte. Das GEV-B stellt feste Antwortkategorien für die Geschichtenthalte und -ausgänge zur Verfügung die als Kodierregeln fungieren. Anhand dieser nimmt die Fachkraft eine Kodierung vor und vergibt jeder einzelnen Geschichte einen Bindungssicherheitswert von 0 (desorganisiert) bis 4 (sehr sicher). Damit liefert das Diagnostikverfahren mindestens zwei Ergebnisse, einen (globalen) Bindungssicherheitswert und eine Einordnung in ein Bindungsmuster vom Typ B, A, C oder D. Zur Durchführung und Auswertung des GEV-B werden ein fundiertes Training und begleitende Supervision empfohlen.

Hinsichtlich der Gütekriterien zeigt das GEV-B bei geschulten Auswertern eine Übereinstimmung von 87% der Bindungsklassifikationen, die mit anderen Bindungsdiagnostiken erhoben wurden. Es wurde in zahlreichen Studien überprüft und es lassen sich mittlerweile mit dem Geschichtenergänzungsverfahren gute Aussagen über Bindungsstrategien und Bindungssicherheit der Kinder treffen (Gloge-Tippelt & König, 2009; Bretherton et.al., 2001).

4.3.2 Das Bindungsinterview für die späte Kindheit (BISK)

Das BISK ein leitfadengestütztes Interview, das nach wissenschaftlicher Forschung erstmals 2003 für die psychosoziale Praxis beschrieben wurde. Es erhebt zentrale Aspekte innerer Bindungsmodelle bei Kindern ab dem achten Lebensjahr und ist in leichter Abwandlung bis ins Jugendalter verwendbar (Zimmermann & Scheuerer-Englisch, 2003). Das BISK zielt darauf ab, vom Kind subjektiv belastend erlebte Situationen und Themen anzusprechen, die in der Beziehung zu erwachsenen Vertrauenspersonen reguliert werden. Dazu werden im Interview Fragen zur Beschreibung und Bewertung des Verhaltens der Bezugs-person und auch Fragen zu den spezifischen Belastungssituationen gestellt.

Nach einer Auflockerungsfrage werden folgende Themenbereiche befragt (Scheuerer-Englisch, 2003): Spielen (insbesondere Verlieren beim Spiel), Umgang mit Freunden, Wahrnehmung der Schule, Eigenständigkeit und Mithilfe im Haushalt zu Hause, Verbote und Strafen durch die Eltern, Alleinsein, Krankheit, Situationen, die vom Kind subjektiv als traurig, angst- oder ärgerauslösend beschrieben werden, Streit zwischen den Eltern sowie Situationen der Rollenumkehr hinsichtlich der Eltern.

Das BISK erfasst die Bindungsstrategien der untersuchten Kinder auf mehreren Ebenen. Zum einen auf der Ebene der Bindungsrepräsentation des Kindes von den Vertrauensbeziehungen zu den Bindungspersonen, getrennt für jeden Elternteil. Zum anderen auf der Ebene des Bindungsverhaltens des emotional belasteten Kindes und auf der Ebene der Qualität des Zugangs zu bindungsrelevanten Gedanken und Gefühlen. Das Interview dauert 50 bis 90 Minuten und wird auf Video mitgeschnitten. Die Themen sollten in vorgegebener Reihenfolge behandelt werden. Dabei betont Scheuerer-Englisch einen flexiblen Umgang mit den Leitfragen (prozessorientierte Vorgehensweise) und ein festes Frageschema beim Nachfragen einzuhalten.

Die Auswertung des BISK erfolgt im Rahmen der drei eben erwähnten Ebenen. Für diese werden dann, je nach Äußerung des Kindes, Skalenwerte von 1 bis 5 vergeben. Mit Hilfe von zusätzlichen Informationen aus dem Bindungsinterview, ist es dann möglich, die Antworten in ein sicheres Modell mit gelingender Regulation, ein unsicher-vermeidendes Modell mit eingeschränkter oder fehlender Regulation oder ein unsicher-belastendes Modell mit nicht gelingender Regulierung zu überführen. Zur Durchführung und Auswertung ist bislang kein spezielles Training vorgesehen, da das BISK in der Praxis nicht den Anspruch erhebt weitere Forschungsergebnisse zu produzieren. Vielmehr beleuchtet es zentrale Aspekte der Bindungsorganisation des Kindes, seine aktuellen Belastungen und die Möglichkeiten, diese im Rahmen wichtiger Beziehungen zu bewältigen. Das BISK hat sich darüber hinaus in forschungsorientierten Studien als ein bislang reliables und auch längsschnittlich validiertes Instrument zur Erfassung von Bindung erwiesen (Scheuerer-Englisch, 2003).

4.3.3 Das Adult Attachment Interview (AAI)

„Das AAI ist ein halb-strukturiertes, klinisches Interview über die frühen Erfahrungen mit Bezugspersonen in der Herkunftsfamilie und über die Einschätzung der Bedeutung dieser Erfahrungen aus aktueller, heutiger Sicht der interviewten Personen.“ (Gloge-Tippelt, 2001, S.102). Das Interview wurde von George, Kaplan und Main Mitte der 1980er Jahren entwickelt und 1994 mit einem Kodierungs- und Klassifikationssystem ausgestattet. 2001 wurde das Erwachsenen-Bindungs-Interview dann erstmals von Gloge-Tippelt für den deutschen Sprachraum ausführlicher beschrieben. Es erhebt Informationen über die Bindungsrepräsentationen von Erwachsenen, die wie sich später herausstellen sollte, in einer Verbindung zu den diagnostizierten Bindungsmustern ihrer Kinder stehen.

Das AAI unterschiedet sich von anderen biographischen Leitfadeninterviews dahingehend, dass die vorgesehene Reihenfolge der Fragen und Nachfragen strikt eingehalten werden muss, der Testperson andererseits sehr viel Freiraum für ausführliche Erfahrungsberichte eingeräumt wird. Nach ersten Aufwärmfragen über frühere Beziehungen fordert das AAI dazu auf, fünf Wörter/Adjektive zur Kennzeichnung der Beziehung zu Vater und Mutter in der Kindheit zu geben und mit konkreten Ereignissen zu belegen. Weitere Fragen, beschäftigen sich damit, welchem Elternteil sich die Person näher gefühlt hatte, was sie tat wenn sie sich verletzt hatte, krank war, sich unglücklich fühlte, eine Trennung erfahren hatte oder von den Eltern abgelehnt wurden z.B. weil die Eltern aus erzieherischen Gründen eine Strafe verhängt hatten. Im letzten Abschnitt werden Verluste und Misshandlungserfahrungen thematisiert, sowie Fragen zur aktuellen Beziehung zu den eigenen Kindern (Gloge-Tippelt, 2001)

Wesentlich für die Auswertung des AAIs ist die Frage danach, welche Bedeutung die interviewte Person den Kindheitserfahrungen zusisst und wie sie sie sich das Verhalten ihrer Bezugspersonen heute erklärt. Das Interview soll den mentalen Verarbeitungszustand von Bindungserfahrungen erfassen und bewertet u.a. auch die Kohärenz der mitgeteilten Lebensgeschichte. Aus den sprachlichen Darstellungen wird letzten Endes auf die verinnerlichte Bindungsrepräsentation geschlossen, die einem klassifizierbaren Typ entspricht. Die Durchführung dauert zwischen einer und zwei Stunden und kann nur nach umfangreichem Training innerhalb der testpsychologischen Gütekriterien ausgeführt werden.

Insbesondere der Auswertung muss eine 14-tägige Schulung vorausgehen, um die Schilderungen der interviewten Person reliabel den Bindungstypen zuzuführen. Zur Auswertung wird während des AAIs eine Audioaufnahme angefertigt (Gloster-Tippelt, 2001).

Das Adult Attachment Interview ist darüber hinaus Bestandteil der Mentoren-Weiterbildung „SAFE“ (Sichere Ausbildung für Eltern). Dieses von Brisch (2010) entwickelte Programm ist bindungstheoretisch fundiert den Frühen Hilfen zuzu-rechnen.

Mit der Darstellung der Bindungsdiagnostik und ihrer Verfahren schließt das vierte Kapitel, das sich ausgiebig mit der Beziehungsdiagnostik in der Erziehungsberatung auseinandergesetzt hat. Wie viele von diesen Verfahren tatsächlich in der Erziehungs- und Familienberatung genutzt werden und wie verbreitet die Bindungstheorie in diagnostischen Prozessen ist, soll im nun anschließen-den zweiten Teil dieser Arbeit geklärt werden.

TEIL II: EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

5 Bindungswissen und Bindungsdiagnostik in der Erziehungsberatung – Eine Fragebogenerhebung in Nordrhein-Westfalen

Nachdem im ersten Teil die Grundlagen zur Bindungstheorie gelegt, das Arbeitsfeld Erziehungsberatung mit seinen Interventionen skizziert und die Beziehungsdiagnostik im Arbeitsfeld ausführlicher behandelt wurde, soll im zweiten Teil die im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführte Untersuchung dargestellt werden. Es werden hier empirische Daten zur Anwendung von Bindungstheorie und Bindungsdiagnostik in Erziehungsberatungsstellen geliefert, die im Anschluss daran diskutiert werden.

In dieser Untersuchung wurden Mitarbeiter in der Erziehungsberatung im Hinblick auf das handlungsleitende Interesse, welchen Einfluss die Bindungstheorie bereits auf die Praxis der Erziehungsberatung gewonnen hat, befragt.

In einem ersten Schritt werden im Folgenden kurz der Forschungskontext, die Herleitung der Forschungsfragen und die Rekrutierung der Studienteilnehmer erläutert. Daran anschließend wird der methodische Aufbau und das Forschungsdesign der Untersuchung sowie das Erhebungsinstrument näher beschrieben. Die weiteren Punkte widmen sich dezidiert der methodischen Datenerhebung, Datenauswertung und einer Reflexion der durchgeführten Methode. Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung werden im darauf folgenden siebten Kapitel behandelt. Sie sollen dann im letzten Kapitel der Arbeit kritisch reflektiert und diskutiert werden und Implikationen für die Erziehungsberatung bieten.

5.1 Forschungskontext und Ausgangslage

Erziehungsberatung ist ein schwierig zu überblickendes Arbeitsfeld. In Deutschland existieren zahlreiche nur auf den ersten Blick homogen konzipierte Einrichtungen von institutioneller Erziehungsberatung, so dass es eines differenzierten Vorgehens bedarf, das Praxisfeld zu untersuchen.

Die vorliegende Untersuchung ist in einer Kooperation der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Aachen (KatHO NRW, Aachen) und der Familienberatungsstelle Mittelstraße in Kerpen entstanden. Weiterer Unterstützer der Untersuchung war die Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung Nordrhein-Westfalen (LAG EB NRW). Die Hochschule übernahm die wissenschaftliche Betreuung des Forschungsvorhabens und der Masterthesis, während die Familienberatungsstelle als Praxiseinrichtung die Verbindung zum Arbeitsfeld ebnete. Die Koordination erfolgte durch den Autor selbst, der als Studierender an der Hochschule und Fachkraft in der Familienberatungsstelle Kerpen beide Bereiche miteinander verknüpft. Die LAG als landesweiter Fachverband der bke unterstützte die Erhebung zum einen ideell, was sie auch im Anschreiben zum Fragebogen zum Ausdruck brachte. Zum anderen versorgte sie die Studie bei der Stichprobengewinnung konkret mit Auflistungen und Adressen der nordrhein-westfälischen Erziehungsberatungsstellen sowie weiteren fachdienlichen Informationen.

Die letzten veröffentlichten Zahlen der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung für das Bundesland NRW stammen aus dem Jahr 2003 (www.bke.de, 2011a). Zum damaligen Erhebungszeitpunkt gab es in NRW 236 Erziehungsberatungsstellen mit 1005 Erziehungsberaterplanstellen, was durchschnittlich 4,3 Planstellen pro Beratungsstelle entspricht. In Gesamtdeutschland bestanden damals 1081 Erziehungsberatungsstellen mit 3778 Planstellen für Berater.

Die weiteren Statistiken der bke (ebd.) weisen aus, dass von den 236 Beratungsstellen in NRW 141 (59,7 %) unter freier Trägerschaft und 95 (40,3 %) unter öffentlicher Trägerschaft geführt werden. Im deutschlandweiten Vergleich sind von den angestellten Beratungsfachkräften in der EB 35 % männlich und 65% weiblich. Die Verteilung der Professionen des Fachteams gliedert sich in:

- ▶ 46,1 % Dipl.-Psychologen
- ▶ 35,5 % Dipl.-Sozialpädagogen/ Sozialarbeiter
- ▶ 7,5 % Dipl.-Pädagogen
- ▶ 5,0 % Heilpädagogen
- ▶ 1,7 % Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Im Hinblick auf die beraterisch-therapeutische Zusatzqualifikation zeigen die Erhebungen der bke folgende Verteilung auf:

- ▶ 55,5 % Systemische Therapie/Familientherapie
- ▶ 17,7 % Gesprächspsychotherapie
- ▶ 12,8 % Verhaltenstherapie
- ▶ 8,6 % Gestalttherapie
- ▶ 8,2 % Psychoanalyse

Dies macht noch einmal die Heterogenität des Praxisfeldes deutlich, dokumentiert aber auch, dass eine systemisch-familientherapeutische Orientierung mit weitem Abstand die am häufigsten vorkommende Weiterbildung ist.

Eine weitere Statistik der bke weist auf, dass die Gesamtheit aller Beratungsfachkräfte über rund zwei spezifische weitere Qualifikationen im Arbeitsfeld verfügt. 26,9 % aller Berater haben dabei eine Qualifikation zu kindlichen Entwicklungsstörungen dazu gewonnen (ebd.). Genaueres geht aus den veröffentlichten Statistiken nicht hervor. Es ist anzunehmen, dass es sich dabei u.a. um Fortbildungen und Seminareinheiten zur Bindungstheorie gehandelt haben könnte. Bereits seit einigen Jahren findet sich die fünftägige Fortbildung „Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie“ (Prof. Dr. Suess) im Fort- und Weiterbildungskatalog der bke. Seit 2010 ist die dreitägige Veranstaltung „Das Geschichten-Ergänzungsverfahren – Eine Methode zur Erfassung der Bindung 5- bis 8-jähriger Kinder“ (Prof. Dr. Gloger-Tippelt) hinzugekommen (bke, 2011b). In professionellen beraterisch-therapeutischen Kontexten ist den Recherchen des Autors nach noch nicht nach dem bestehenden Wissen oder der Anwendung von Bindungsdiagnostik geforscht worden. Dies wird durch eine schriftliche Mitteilung von Klaus Menne (a.a.O.), dem Vorsitzenden der bke, für das Arbeitsfeld Erziehungsberatung bestätigt.

5.2 Herleitung der Hypothesen und Forschungsfragen

Im Folgenden werden die theoretischen Grundlagen aus dem ersten Teil der vorliegenden Arbeit sowie die in Abschnitt 5.1 zitierten Ausgangsdaten zu drei Forschungsfragen verdichtet, aus denen wiederum drei Hypothesen resultieren, welche der Untersuchung zu Grunde liegen.

Wie beschrieben verfügen die Fachkräfte der Erziehungsberatung über diverse Zusatzqualifikationen und Fortbildungen. Dabei kann nicht geschlussfolgert werden, wie hoch der bindungstheoretische Kenntnisstand der Fachkräfte einzuschätzen ist. Daher ist es zunächst notwendig sich einen Überblick über das Wissen zu Bindung allgemein im Arbeitsfeld zu verschaffen. Wie die theoretische Herleitung und Argumentation im ersten, theoretischen Teil dieser Arbeit aufzeigt, kann die bindungstheoretisch orientierte Perspektive, im Arbeitsbereich Erziehungsberatung ein gewinnbringender Ansatz sein. So das aus wissenschaftstheoretischer Sicht eine Integration nicht nur möglich, sondern sogar gefordert wäre. Daher stellt sich die erste Forschungsfrage.

1. Frage:

Wie viel Wissen zur Bindungstheorie besitzen die beraterisch-therapeutischen Fachkräfte der Erziehungsberatung?

Hypothese: Aufgrund der zuvor angesprochenen anhaltenden Verbreitung der Bindungstheorie im Arbeitsfeld Erziehungsberatung, dürften die dortigen Fachkräfte bereits Grundlagen über Bindung aufgegriffen haben. Es steht daher zu erwarten, dass viele Berater Kenntnisse zur Bindungstheorie haben, diese allerdings nicht übermäßig vertieft sind. Dies lässt sich aus der historischen Entwicklung der Bindungstheorie ableiten, die erst in den letzten Jahrzehnten Eingang in die psychosoziale Praxis gefunden hat (vgl. Kapitel 2). Die mangelnde Verinnerlichung und Tiefung könnte sich dann z.B. in fehlender Anwendung der Bindungstheorie sowie in fehlenden Beschreibungs begriffen ausdrücken.

Diese Forschungsfrage und die Hypothese sind nicht nur aufgrund der unterschiedlichen Ausbildungen im multiprofessionellen Team interessant. Sie ist auch in Hinblick auf eine klinisch-therapeutische Anwendung der Bindungstheorie in Feldern der Sozialen Arbeit von Bedeutung. Es ist nämlich weithin ungeklärt, in wie weit sich Interventionen der Bindungstheorie überhaupt im Arbeitsfeld der Beratungsstellen nutzen lassen und genutzt werden. Die vorliegende Untersuchung thematisiert dabei nicht sämtliche bindungstheoretisch verankerten Verfahren, sondern rekurriert vor allem auf den diagnostischen Erkenntnisprozess, der für das Beratungsgeschehen unerlässlich ist. Daher ergibt sich eine zweite Ausgangsfrage für die Untersuchung.

2. Frage:

Welchen Stellenwert hat die Bindungstheorie in der Erziehungsberatung und hat sie bereits Einfluss auf psychosoziale Erklärungs- und Erkenntnisprozesse (diagnostischer Blick) in der Erziehungsberatung gefunden?

Hypothese: Aufgrund der angenommen fehlenden Verinnerlichung der Bindungstheorie, ist anzunehmen dass sie in Erklärungs- und Erkenntnisprozessen in der Erziehungsberatung keine größere Rolle spielt. Erziehungsberatung ist wie die Erhebungen zur Weiterbildung der bke belegen, dominiert von systemtheoretischen und familientherapeutischen Konstrukten. Daneben hat sich vielfach eine zirkulär-interaktionistische wie systemisch-transaktionale Sichtweise auf entwicklungspsychologische Prozesse und Störungen der sozial-emotionalen Beziehungen durchgesetzt (vgl. Kapitel 3.3). Bindungstheorie hat vermutlich auch hinter systemischen und psychodynamischen Erklärungskonzepten weniger Einfluss gefunden, da kaum bindungstheoretisch-diagnostische Fortbildungen absolviert wurden.

Diagnostische Prozesse in der EB tendieren wie in Kapitel drei und vier verdeutlicht in vielerlei Hinsicht dazu, die psychosoziale Entwicklung des Heranwachsenden sowie seine Beziehung zu seinen hauptsächlichen Bezugspersonen zu beschreiben. Dieser diagnostische Blick auf die Beziehung wird in der Erziehungsberatung mit spezifischen aber auch unspezifischen Verfahren durchgeführt. Daraus ergibt die Frage, ob Berater Kenntnisse zu bestimmten Diagnostikverfahren der Bindungstheorie haben und diese Bindungsdiagnostik in der EB einsetzen.

3. Frage:

Wie verbreitet sind Erhebungsverfahren/Testverfahren zur Diagnostik der Bindungsbeziehung in der Erziehungsberatung?

Hypothese: Zu erwarten ist, dass sich methodische Erhebungsinstrumente der Bindungsdiagnostik bisher wenig in der Erziehungsberatung verbreitet haben. Neben den genannten Gründen könnte daran liegen, dass es in der Erzie-

hungsberatung andere Testverfahren gibt, die Aussagen über die Eltern-Kind-Beziehung und andere wichtige soziale Beziehungen machen (vgl. Kapitel 4.2). Dabei ist anzunehmen, dass Beziehung und Bindung in der Beratungsstellenarbeit gleichgesetzt werden und die Besonderheiten der Bindungstheorie und -diagnostik (vgl. Kapitel 2 und 4.3) nicht beachtet werden.

Anhand dieser drei Hypothesen und den drei Ausgangsfragen wurde ein Fragebogen konzipiert, der das Wissen über Bindung und speziell über Bindungsdiagnostik bei Beratern und Therapeuten in Erziehungsberatungsstellen erheben sollte.

5.3 Studienteilnehmer

Die Untersuchung richtete sich prinzipiell an alle Erziehungsberatungsstellen mit all ihren Beratungsfachkräften im Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW). Hier sind die im bundesweiten Vergleich die meisten Erziehungsberatungsstellen und damit auch die meisten Berater und Therapeuten tätig. Eine Zählung der Beratungsstellen und ihrer Fachkräfte, welche die in Kapitel drei beschriebenen Angebote vorhalten, gestaltet sich indes schwierig. In NRW gibt es eine Vielzahl von Erziehungsberatungsstellen, die außer der Erziehungs- und Familienberatung nach § 28 SGB VIII noch weitere Beratungsangebote vorhalten, welche nicht mehr dem üblichen Angebot von Erziehungsberatung entsprechen. Nach Zahlen der bke aus dem Jahr 2003 (www.bke.de, 2011a) sind 26,1 % aller Erziehungsberatungsstellen auch gleichzeitig Ehe- und Lebensberatungsstellen. Diese sogenannten „Integrierten Beratungsstellen“ (häufig auch: Beratungsstelle für Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensfragen) sind von den klassischen Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen (EFL) zu unterscheiden. Klassische EFL-Beratungsstellen arbeiten in der Regel seltener nach den Hilfen zur Erziehung (v.a. § 28 SGB VIII) und halten somit ein anderes Aufgabenspektrum als die Erziehungsberatungsstellen vor. Selbiges gilt für die 10,6 % der Beratungsstellen, welche darüber hinaus Schwangerschafts(konflikt)beratung anbieten. Zudem gibt es Erziehungsberatungsstellen kombiniert mit Angeboten der Suchtberatung, Schulberatung und Schulpsychologie, Schuldnerberatung, Sozialen Gruppenarbeit und seltener der Sozialpädagogischen Familienhilfe oder der Erziehungsbeistandschaft (www.bke.de, 2011a).

Die Fülle dieser Angebotsstruktur erschwert die Definition, ob es sich bei der Einrichtung um eine Erziehungsberatungsstelle handelt bzw. ob und welche Fachkräfte dieser Einrichtung sich als Berater des von der bke definierten multi-professionellen Fachteams oder doch eher als beispielsweise Schulpsychologe versteht.

Um diese Schwierigkeit zu umgehen, nahm diese Studie die Listen der LAG EB NRW zur Grundlage und damit prinzipiell alle von der bke und den Landesjugendämtern der Landschaftsverbände Westfalen-Lippe (LWL) und Rheinland (LVR) registrierten und von letzteren auch finanzierten Erziehungsberatungsstellen. Zielgruppe der Befragung waren alle beraterisch-therapeutischen Fachkräfte, die in diesen nordrhein-westfälischen Erziehungsberatungsstellen beschäftigt sind, unabhängig vom Stellenumfang, der Berufserfahrung, der Grundprofession oder der therapeutisch-paradigmatischen Ausrichtung.

Alle 242 zusammengetragenen Erziehungsberatungsstellen wurden zunächst nach Trägerzugehörigkeit separiert. Tabelle 5.1 zeigt die Verteilung der Erziehungsberatungsstellen anhand der Trägerstruktur in NRW.

| Träger | Anzahl |
|---|--------------|
| Öffentlich (Stadt, Kommune etc.) | 100 (41,3 %) |
| Katholisch (Caritas, Kath. Kirche etc.) | 78 (32,2 %) |
| Evangelisch (Diakonie, Ev. Kirche etc.) | 51 (21,1 %) |
| Sonstige freie Träger (Kinderschutzbund, AWO, Paritätischer etc.) | 13 (5,4 %) |

Tab. 5.1: Erziehungsberatungsstellen in NRW deren Fachkräfte angeschrieben wurden, gelistet nach Träger

Gemäß der Zählweise der bke wurden sämtliche Beratungsstellen, die weitgehend selbstständig arbeiten, einzeln erfasst. Also auch Zweigstellen vor allem kommunaler Beratungsstellen in größeren Städten (z.B. Familienberatungsstelle Köln im Stadthaus mit Zweigstellen in fünf Kölner Stadtteilen). Nicht erfasst wurden hingegen Außenstellen größerer Beratungsstellen, die nicht selbstständig fungieren und häufig nur an wenigen Tagen in der Woche besetzt sind (z.B. Außenstellen der Beratungsstelle Bergisch Gladbach für den Rheinisch-Bergischen Kreis in Rösrath, Overath und Kürten).

Gemessen an den 4,3 Planstellen pro Erziehungsberatungsstelle in NRW (www.bke.de, 2011a) sollte es 2011 etwa 1041 Planstellen für beraterisch-therapeutische Fachkräfte geben. Eigene Zählungen an den 78 Beratungsstel-

len in katholischer Trägerschaft ergaben, dass dort zum Zeitpunkt der Untersuchung 495 Berater tätig sind. Dies entspricht durchschnittlich 6,3 Fachkräften pro Einrichtung. Die Differenz der Planstellen zu den tatsächlich in den Beratungsstellen tätigen Beratern ergibt sich aus der hohen Teilzeitbeschäftigung, welche in den Institutionen herrscht. So waren 2003 rund 61 % der Fachkräfte in der Erziehungsberatung teilzeitbeschäftigt (ebd.).

Geht man davon aus, dass die Zahlen der Beratungsstellen in katholischer Trägerschaft sich ähnlich in den zwei Dritteln der öffentlichen und anderen freien Trägern widerspiegeln, würde dies bedeuten, dass derzeit in nordrhein-westfälischen Erziehungsberatungsstellen auf den etwa 1041 Planstellen rund 1525 beraterisch-therapeutische Fachkräfte arbeiten.

Um diese 1525 Personen zu erreichen, wurden mit Empfehlung der LAG trägerspezifische Kontaktpersonen angeschrieben, mit der Bitte, als Türöffner und Verteiler des Anschreibens zu fungieren. So wurde der Sprecher der kommunalen Beratungsstellen in NRW sowie die fünf Referenten für Erziehungsberatung in den jeweiligen katholischen (Erz-)Bistümern und die Leiterin der evangelischen Beratungsstellen in Köln als Kooperationspartner gewonnen. Im Erzbistum Köln wurde der Fragebogen zudem von der Leiterin der Familienberatungsstelle Kerpen im bisstumsweiten Leiterkreis beworben und verteilt.

Der Online-Fragebogen wurde samt einem Anschreiben als Link per E-Mail an alle Beratungsstellenleiter verschickt und sollte direkt online auf der verschlüsselten Internetseite <https://www.soscisurvey.de/bindungEB> ausgefüllt werden. Die jeweilige Stellenleitung wurde gebeten, das Anschreiben mit dem Zugang zum Fragebogen anschließend an ihre Teammitglieder weiterzuleiten. Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte demnach in einem Dreischritt:

1. Gewinnung vertrauenswürdiger Fachvertreter, als „Übermittler“ des Anschreibens samt Fragebogen
2. Fachvertreter kontaktiert alle trägerinternen Beratungsstellenleiter mit der Bitte, an der Befragung teilzunehmen und den Fragebogen von allen Teammitgliedern ausfüllen zu lassen
3. Beratungsstellenleiter signalisiert Teilnahmebereitschaft indem er den Fragebogen ausfüllt und das Anschreiben samt Fragebogen an seine Fachkräfte zum Ausfüllen weiterleitet.

Voraussetzung für die Teilnahme war demnach die Annahme, dass alle Fachkräfte in nordrhein-westfälischen Erziehungsberatungsstellen einen PC-Arbeitsplatz besitzen, welcher einen Zugang zum Internet hat bzw. zumindest ein internetfähiger Computer in jeder Beratungseinrichtung vorhanden ist, zu dem unterschiedliche Berater und Therapeuten Zugang haben.

6 Methode

6.1 Untersuchungsdesign

Die Untersuchung wurde als quantitative Fragebogenerhebung konzipiert. Sie ist damit eine typische Querschnittuntersuchung, die den derzeitigen Ist-Zustand von Beratern und Therapeuten im Arbeitsfeld Erziehungs- und Familienberatungsstellen erfasst. Es wurde damit eine Momentaufnahme dokumentiert (Schaffer, 2009). Das Fragebogenverfahren wurde ausgewählt, um die beschriebenen Forschungsfragen möglichst ökonomisch zu beantworten und eine möglichst große Zahl von Fachkräften in der Erziehungsberatung zu befragen. Da es sich um Fragestellungen handelte, zu denen bisher noch keine empirischen Daten im größeren Umfang vorlagen, war es Ziel der Erhebung, eine Datenbasis auf möglichst repräsentativer Grundlage zu generieren, auf der weitere Hypothesen und Untersuchungen möglich sind. Darüber hinaus sollte die Befragung den Stellenwert der Bindungstheorie in der Praxis der Beratungsstellen kritisch reflektieren und anhand der konkret angewendeten bindungsorientierten Diagnostikverfahren exemplarisch überprüfen. Die Zugangsweise lässt sich als deskriptiv beschreiben, das heißt, dass es sich eher um eine Einschätzung von bestimmten Merkmalen handelt als um eine Suche nach Erklärungen und Ursachen. Die Ex-ante-Untersuchung lässt sich schließlich am ehesten der anwendungsbezogenen Forschung zurechnen.

In die Studie einbezogen wurden sämtliche Erziehungsberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen. Diese Auswahl erfolgte aus Gründen der zeitlichen Handhabbarkeit und Planbarkeit der Erhebung sowie dem Standort der Hochschule in diesem Bundesland. Daneben bestehen in NRW im bundesdeutschen Vergleich überdurchschnittlich viele Beratungsstellen, was bei einer aussagekräftigen Beteiligung repräsentative Aussagen ermöglicht.

Die Fragebogenkonstruktion erfolgte im April 2011. Aus finanziellen (erhebliche Kosten bei einem Fragebogen in Papierform) sowie zeitlich bedingten Gründen (Erhebungszeitraum begrenzt innerhalb der Masterthesis) wurde der Fragebogen im Mai auf eine Online-Plattform übertragen. Der fertige Online-Fragebogen zum Bindungswissen in Erziehungsberatungsstellen (OFBw) durchlief daraufhin einen Pre-Test im Arbeitsfeld. Er wurde zunächst vom Vorsitzenden der LAG EB NRW und stellvertretenden Vorsitzenden der bke Herrn Dipl.-

Soz.Päd. Udo Hartings (Willich) auf Praktikabilität im Praxisfeld getestet. Im Anschluss daran wurde der OFBw von Herrn Dr. Hermann Scheuerer-Englisch (Regensburg) als Bindungsexperten der bke auf seine fachliche Schlüssigkeit kommentiert. Nach weiteren Modifikationen erfolgte daran anknüpfend ein Pre-Test durch ausgewählte Mitarbeiter der Familienberatungsstelle Mittelstraße in Kerpen.

Die Untersuchung wurde im Zeitraum von Juni bis September 2011 in mehreren Etappen durchgeführt. Startzeitpunkt war der 15.06.2011. Es wurden zunächst alle Beratungsstellen in kommunaler Trägerschaft angeschrieben, im Anschluss daran alle Beratungsstellen in evangelischer und freier Trägerschaft und abschließend alle katholischen, nordrhein-westfälischen Erziehungsberatungsstellen exklusive der Institutionen im Erzbistum Köln. In einem separaten Zeitraum wurden dann im letzten Schritt der Untersuchung die 17 Beratungsstellen unter katholischer Trägerschaft im Erzbistum Köln angeschrieben. Diese wurden aus trägerspezifischen Gründen gesondert erfasst, um sie im Anschluss gegebenenfalls von der Gesamtstichprobe separieren zu können. Die Erhebung endete am 12.09.2011.

6.2 Erhebungsinstrument

Im Folgenden wird das Erhebungsinstrument der Untersuchung, der Online-Fragebogen zum Bindungswissen in der Erziehungsberatung, detailliert vorgestellt. Der Fragebogenerhebung gingen drei teilstrukturierte Interviews mit Fachkräften der Erziehungsberatung voraus. Die Interviews wurden im April 2011 geführt und bislang nur unsystematisch für Zwecke der Fragenbogenkonstruktion ausgewertet. Der Vollständigkeit halber sollen Sie hier kurz erwähnt werden.

6.2.1 Das leitfadengestützte Interview zur Fragebogenkonstruktion

Das leitfadengestützte Interview ist ein halbstrukturiertes Vorgehen mit vorformulierten Fragen bzw. einem Gesprächsleitfaden zur Gewinnung von Informationen, die jenseits vorgefertigter Antwortkategorien liegen. Die befragten Teilnehmer sollten dabei möglichst offen zu Wort kommen. (Hopf, 1995). Im Vorfeld der Fragebogenkonstruktion und -erhebung wurde ein leitfadengestütztes Interview entworfen und mit drei Fachkräften aus verschiedenen Erziehungsbera-

tungsstellen durchgeführt. Das ca. 20-minütige Interview diente vorrangig dazu, bereits geplante Fragen des Online-Fragebogens im Vorfeld zu validieren und ermöglichte darüber hinaus, neue Fragestellungen zu generieren. Das Interview wurde auch angewendet, um bereits bestehende Hypothesen bezüglich des Kenntnisstandes der zu befragenden Studienteilnehmer zu überprüfen. Die teilnehmenden Fachkräfte sollten offen auf die zum Teil stark strukturierenden Fragen antworten können. Sie waren darüber hinaus frei, über die gestellten Fragen verbal zu reflektieren und lieferten damit wichtige Anhaltspunkte zur Operationalisierung der Fragen im eigentlichen Erhebungsinstrument.

Der Aufbau des Interviewleitfadens sah nach einer Einführungsfrage zu Studium und Berufserfahrung vier Fragekomplexe zum Bindungswissen allgemein und zwei Fragestellungen zu bindungsgeleiteter Diagnostik im Speziellen vor. Die Interviews wurden vor Ort in den Beratungsstellen Bergisch Gladbach, Erftstadt und Kerpen geführt und auditiv aufgezeichnet. Eine Auswertung erfolgte nur in einem für die Fragebogenentwicklung dienlichen Rahmen mit Notizen und Stichpunkten zu den einzelnen Antworten. Eine detaillierte inhaltliche Auswertung für weitere Zwecke steht noch aus.

6.2.2 Der Online-Fragebogen zum Bindungswissen in der Erziehungsberatung (OFBw)

Um einen ersten, möglichst repräsentativen Wissensstand über die Bindungstheorie und Bindungsdiagnostik in Erziehungsberatungsstellen zu generieren, wurde der bereits erwähnte Fragebogen zum Bindungswissen in der Erziehungsberatung zunächst als Papier-, dann als Online-Version (OFBw) vom Autor entwickelt. Diese in Kapitel 5.2 dargestellten Ausgangsfragen wurden für diesen Zweck operationalisiert und in vornehmlich geschlossene sowie seltener offene Antwortformate überführt (Raab-Steiner & Benesch, 2008). Der OFBw wurde nach Auswertung der Leitfaden-Interviews weiter modifiziert und nach erfolgreich durchgeföhrtem Pre-Test nachträglich konkretisiert.

Fertig gestellt wurde der Fragebogen schließlich Ende Mai 2011. Er lehnt an ähnlichen teilstandardisierten Fragebogenformaten an (z.B. innerhalb der Studie von Strauß et al., 2009) und wurde nach allgemein-wissenschaftlichen Richtlinien entworfen (Raab-Steiner & Benesch, 2008). Neben den zuvor formulierten Forschungsfragen sollte der OFBw notwendige weitere Bezugsgrößen erheben.

Er sollte ausschließlich elektronisch versandt werden und war innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums von rund vier Wochen online an einem internetfähigen Computer zu beantworten.

Der OFBw verteilt sich über sieben Bildschirmseiten (zwei optional mit Filterbedingung) und ist nach einer kurzen persönlichen Anrede inkl. Instruktion auf der ersten Seite in drei Teilabschnitte untergliedert:

1. Soziodemographische und arbeitsfeldbezogene Fragen (1 – 13)
2. Fragen zur Bindungstheorie (14 – 20)
3. Fragen zur Bindungsdiagnostik (21 – 25)

1. Soziodemographische und arbeitsfeldbezogene Fragen – Erster Teilabschnitt

Fragen im ersten Teilabschnitt:

1. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.
2. Bitte geben Sie Ihr Alter an.
3. Welchen Studienabschluss haben Sie?
4. Ihr Hochschulabschluss im oben angegebenen Studium?
5. In welchem Jahr haben Sie Ihren letzten Hochschulabschluss gemacht?
6. Wie viele Jahre arbeiten Sie bereits in der Erziehungs- und Familienberatung
7. Haben Sie eine beraterische und/oder therapeutische Zusatzqualifikation erworben?
8. Welches Therapie- oder Beratungsverfahren ist für Sie in Ihrer Praxis besonders handlungsleitend?
9. Sind Sie als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP) approbiert?
10. Arbeiten Sie in der Beratungsstelle in einem Projekt zum Themenkomplex „Frühe Hilfen“/Beratung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern?
11. Haben Sie bereits eine Fortbildung zum Thema Bindung / Bindungstheorie besucht? (Filterfrage)
12. Wie war der Titel / das Thema der Fortbildung(en)?
13. Wann haben Sie an der letzten Fortbildung zum Thema Bindung teilgenommen und welchen Umfang hatte sie?

Kasten 6.1: Fragen des ersten Teilabschnitts des OFBw

Die Fragen eins bis sechs des OFBw erheben standardisiert Informationen zu Geschlecht, Alter, Studienabschluss und Berufserfahrung in der Erziehungsberatung. Die Fragen sieben bis neun zielen auf die beraterisch-therapeutische

Weiterqualifizierung der Fachkraft ab. Die Fragen zehn bis 13 leiten zum nächsten Teilabschnitt des Fragebogens weiter und sollen Information über eine besondere Beschäftigung mit der Bindungstheorie erheben. Frage zehn thematisiert ein in der Erziehungsberatung seit einigen Jahren besonders beachtetes Arbeitsgebiet, das übermäßig häufig als Projekt in Beratungsstellen implementiert wird. Es ist davon auszugehen, dass im Bereich der Frühen Hilfen und damit der Beratungsarbeit mit Familien mit Säuglingen und Kindern unter drei Jahren die Bindungstheorie eine wesentliche Rolle spielt. Frage elf fragt nach Teilnahme an einer Fortbildung zum Thema Bindung und beinhaltet einen Filter. Bei positiver Beantwortung der Frage werden zusätzliche Informationen zu Thema bzw. Titel, zeitlichem Umfang und Teilnahmejahr an der Fortbildung erhoben.

Der erste Teilabschnitt des OFBw umfasst ausschließlich gebundene Antwortformate ggfs. mit der Option ein nicht zur Auswahl gestelltes Item unter dem Merkmal „anderes“ einzutragen. Eine Ausnahme zu diesem Format sind die Fragen acht und zwölf. Frage acht lässt eine offene Antwortkategorie zu, um damit bewusst mehr Informationen zu erhalten, als über eine zahlenmäßig erträgliche Itemauswahl möglich gewesen wäre. Es wird davon ausgegangen, dass einige Fachkräfte mehrere beraterische und therapeutische Aus- und Weiterbildungen absolviert haben und diese Kombination unterschiedlich anwenden. Als zusätzliche Antwortmöglichkeit ist keines angegeben, um deutlich zu machen, dass kein spezielles oder einzelnes Therapieverfahren für die Fachkraft handlungsleitend ist. Frage zwölf fordert dazu auf, den Titel oder das Thema der besuchten Fortbildung zur Bindungstheorie zu erinnern und einzutragen. Dabei wird auch der Möglichkeit Rechnung getragen, dass möglicherweise mehrere Fortbildungen besucht wurden. Ausgehend davon, dass es vielfältige divergierende Fortbildungsangebote auf dem Weiterbildungsmarkt gibt, ist hier die Option gegeben, frei von standardisierten Items zu antworten.

2. Fragen zur Bindungstheorie – Zweiter Teilabschnitt

Fragen im zweiten Teilabschnitt:

14. Welche Theorien und Konzepte nutzen Sie am häufigsten, um die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu erklären?
15. Welche Theorien und Konzepte nutzen Sie am häufigsten, um auffälliges Verhalten (in Beziehungen) von Kindern und Jugendlichen zu erklären?
16. Wie gut schätzen Sie Ihre Kenntnisse zur Bindungstheorie ein?
17. Wenn Sie Kenntnisse zur Bindungstheorie besitzen, wie haben Sie diese erworben?
18. Wie häufig verwenden Sie Konzepte und Begrifflichkeiten der Bindungstheorie als Beschreibung in Fallbesprechungen?
19. Für wie relevant halten Sie die Erkenntnisse der Bindungsforschung für Ihre tägliche Arbeit?
20. Sind Ihnen Begriffe der Bindungstheorie bekannt oder vertraut? Wenn ja, nennen Sie bitte maximal 7 Begriffe der Bindungstheorie.

Kasten 6.2: Fragen des zweiten Teilabschnitts des OFBw

Der zweite Teil des OFBw beginnt mit zwei Fragen, die die Selbstreflexion der jeweiligen Fachkraft beanspruchen. Beide Fragen sind Skalierungsfragen auf einer Skala von „nutze ich sehr häufig“ bis „nutze ich sehr selten oder nie“. Die befragten Fachkräfte sollten dabei eine Rangfolge, der Theorien und Konzepte bilden, die sie nutzen um psychosoziale Entwicklung (Frage 14) sowie auffälliges Beziehungsverhalten (Frage 15) einzuschätzen und zu erklären. Begonnen werden sollte mit dem am häufigsten genutzten Konzept. Abbildung 6.1 verdeutlicht die Zuordnungsaufgabe:

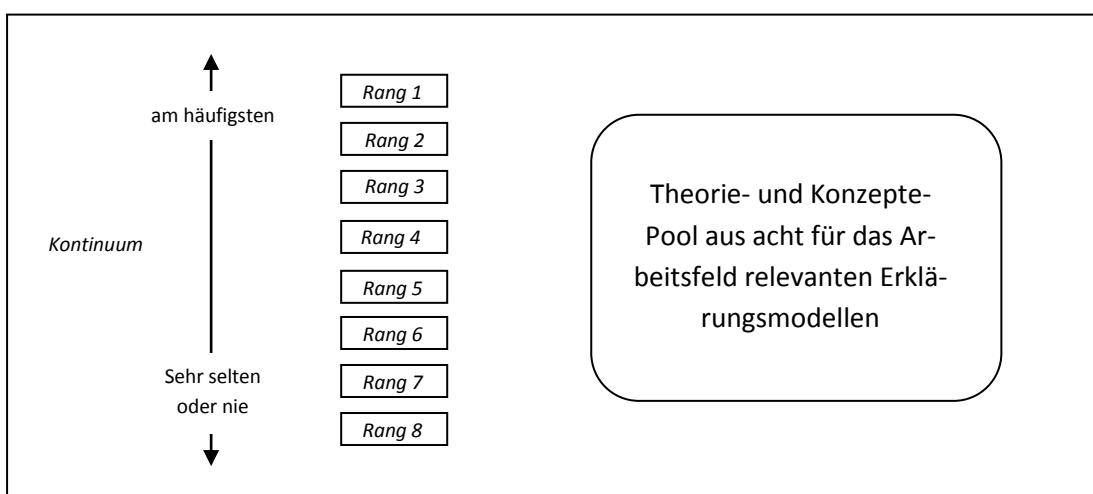


Abb. 6.1: Konstruktion der Fragen 14 und 15 im OFBw

Die Antworten auf die Fragen 16 und 17 geben Auskunft über das zentrale Anliegen der Befragung – nämlich die Selbsteinschätzung der Kenntnisse zur Bindungstheorie auf einer vierstufigen Ratingskala mit verbaler Etikettierung („keine Kenntnisse“ bis „sehr gute Kenntnisse“) und daran anschließend, auf welchem Weg dieses Wissen erworben wurde. Die Fragen 18 und 19 verweisen auf die Verwendung und den Stellenwert der Bindungstheorie im Arbeitsfeld. Indem auf einer jeweils vierstufigen Skalierung einerseits nach der Häufigkeit der eigenen Verwendung der Theorie in internen Fallbesprechungen („fast nie“ bis „sehr häufig“) und andererseits nach der allgemeinen Relevanz der Bindungstheorie („nicht relevant“ bis „sehr relevant“) für die tägliche Arbeit gefragt wird. Frage 20 kommt eine besondere Bedeutung zu. Sie fordert in einem offenen Format dazu auf, sieben Begriffe der Bindungstheorie zu nennen. Hiermit soll untersucht werden, welche Begrifflichkeiten die befragten Fachkräfte mit der Bindungstheorie verbinden, um deren wissenschaftstheoretische Verortung näher zu bestimmen. So könnte sich kategorisieren lassen, ob die genannten Begriffe innerhalb der Bindungstheorie eher auf allgemeine Grundlagen oder auf spezielleres Wissen z.B. zur Bindungsdiagnostik verweisen. Daneben lassen sich möglicherweise Begriffe separieren, welche nicht eindeutig der Bindungstheorie zuzuordnen sind, was möglicherweise Fragen im Bezug zur Selbsteinschätzung der befragten Fachkräfte aufwirft.

3. Fragen zur Bindungsdiagnostik – Dritter Teilabschnitt

Fragen im dritten Teilabschnitt:

21. Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse zur Diagnostik der Bindung ein?
22. Welche Verfahren verwenden Sie, um die Beziehung zwischen dem Kind/Jugendlichen und seinen Bezugspersonen/Eltern zu erfassen?
23. Welche spezifischen Verfahren zur Diagnostik von Bindung kennen Sie?
24. Nutzen Sie eines/mehrere dieser oben genannten spezifischen Diagnostikverfahren zur Bindung in der Erziehungsberatung? (Filterfrage)
25. Sind Sie in dem/den Bindungsdiagnostikverfahren, welche(s) Sie anwenden geschult oder fortgebildet?

Kasten 6.3: Fragen des dritten Teilabschnitts des OFBw

Der dritte Teil des OFBw beschäftigt sich explizit mit der Bindungsdiagnostik aber auch anderen Möglichkeiten zur Diagnose von sozial-emotionalen Beziehungen. Frage 21 stellt ein Pendant zur Frage 16 dar und fordert die Fachkraft dazu auf, die eigenen Kenntnisse in puncto Bindungsdiagnostik selbst einzuschätzen. Dafür steht abermals eine vierstufige Ratingskala zur Verfügung („keine Kenntnisse“ bis „sehr gute Kenntnisse“). Frage 22 erhebt in einem gebundenen Format Verfahren zur Beziehungsdiagnostik, wobei Möglichkeiten der impliziten Diagnostik als auch der Testdiagnostik vermischt als Items angeboten werden. Die Frage geht auf die dritte Forschungshypothese zurück und nimmt an, dass verschiedene andere und unspezifische Verfahren zur Einschätzung der Bindungsbeziehung in der Erziehungsberatung angewendet werden. Zudem soll die Frage durch allgemein bekannte Items Motivation zum Abschluss des OFBw schaffen. Frage 23 und 24 knüpfen an die Diagnostikverfahren an und erheben zunächst im gleichen Frageformat der vorherigen Frage, ob überhaupt ein spezifisches Bindungsdiagnostikverfahren bekannt ist (Frage 23) und im weiteren, ob eines dieser bekannten Verfahren in der Erziehungsberatung genutzt wird (Frage 24). Diese letzte Frage ist mit einer offenen Eingabemöglichkeit versehen und beinhaltet zudem einen Filter, der bei Nennung eines oder mehrerer Diagnostikverfahren zur Bindung zur Frage 25 führt. Bei Ankreuzen der Option „keines“ bzw. keiner Nennung eines Verfahrens der Bindungsdiagnostik schließt der Fragebogen mit einer letzten Seite einschließlich einer Danksagung ab. Frage 25 trägt der Tatsache Rechnung, dass viele Verfahren zur Bindungsdiagnostik einer speziellen Schulung sowie einer kontinuierlichen Überprüfung bedürfen, um sicher und mit klinisch-wissenschaftlicher Exaktheit angewendet werden zu können. Dies ist im Arbeitsfeld Erziehungsberatung zwar nicht zwingend erforderlich, erweist sich aber für weitere Schlüsse möglicherweise als brauchbare Zusatzinformation.

6.3 Datenerhebung

Jede Fachkraft sollte die Möglichkeit haben, den Fragebogen in der Beratungsstelle, nach Möglichkeit am eigenen Arbeitsplatz, bei einem zeitlichen Aufwand von zehn bis 15 Minuten anonym auszufüllen. Es gab zudem die Möglichkeit, den Fragebogen ohne Eingabe bis zum Ende anzusehen und so gewissermaßen, ähnlich einem Papierbogen, zu blättern oder auch vorangegangene Einga-

ben zu korrigieren. Das Befragungssetting war demnach elektronisch und als Einzelbefragung vorgesehen (Raithel, 2006).

Die Befragung wurde aufgrund der verschiedenen Zugänge und Bedarfe der Kooperationspartner zu unterschiedlichen Zeitpunkten gestartet. Tabelle 6.2 zeigt den zeitlichen Ablauf der Datenerhebung.

| Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung | Anzahl |
|--|----------------------|
| 15.06.2011 Befragungsstart: Erziehungsberatung der öffentlichen Träger (Anschreiben übersendet durch W. Schreck, kommunaler Sprecher) | 100 Beratungsstellen |
| 20.06.2011 Befragungsstart: Erziehungsberatung der katholischen Träger (Anschreiben übersendet durch die Referenten für Erziehungsberatung der Bistümer Münster, Essen, Paderborn und Aachen, übermittelt von J. Böhnke, Referent des Diözesan-Caritasverbandes Köln) | 61 Beratungsstellen |
| 30.06.2011 Befragungsstart: Erziehungsberatung der evangelischen und der sonstigen freien Träger (Anschreiben übersendet durch Familienberatungsstelle Kerpen) | 64 Beratungsstellen |
| 20.07.2011 Erinnerungs-E-Mail an alle bisher angeschriebenen Beratungsstellen (E-Mail übersendet durch Prof. Dr. A. Trost, Katholische Hochschule NRW, Aachen) | 225 Beratungsstellen |
| 22.07.2011 Befragungsende an allen bisher teilnehmenden Beratungsstellen | 225 Beratungsstellen |
| 25.07.2011 (gleichzeitig Beginn der Sommerferien in NRW) Befragungsstart: Katholische Erziehungsberatung im Erzbistum Köln (Anschreiben übersendet durch Familienberatungsstelle Kerpen) | 17 Beratungsstellen |
| 29.08.2011 Erinnerungs-E-Mail an allen katholischen Beratungsstellen im Erzbistum Köln (E-Mail übersendet durch Familienberatungsstelle Kerpen) | 17 Beratungsstellen |

| | |
|--|---------------------|
| 12.09.2011 Befragungsende an allen katholischen Beratungsstellen im Erzbistum Köln | 17 Beratungsstellen |
|--|---------------------|

Tab 6.2: Zeitlicher Ablauf der Durchführung der Online-Befragung

6.4 Datenauswertung

Die Auswertung der eingegebenen Fragebögen wurde computergestützt mit SPSS 19.0 für Windows durchgeführt. Der Schwerpunkt lag dabei auf der deskriptiven Auswertung von Häufigkeiten. Zudem wurden an geeigneten Stellen Mittelwerte herangezogen. Zu erwähnen ist, dass die meisten Variablen aufgrund des niedrigen Skalenniveaus (Nominalskalierung) keine weiteren gewinnbringenden statistischen Rechnungen zulassen.

6.4.1 Umgang mit den offenen Antwortformaten

Die offenen Antworten der Fragen 8 und 12 wurden zunächst mit SPSS und dem Programm Microsoft Excel 2010 aufbereitet und dann inhaltlich kategorisiert. Die aufbereiteten Antworten wurden orientiert an der qualitativen strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgewertet. Diese Technik hat das Ziel, eine bestimmte Struktur aus dem jeweilig auszuwertenden Material herauszufiltern. Die Kategorien wurden dabei hauptsächlich induktiv aus dem Datenmaterial gewonnen und daran anschließend anhand theoretischer Vorüberlegungen zusammengefasst. Die Antworten der Frage 20 wurden per Signierung in ein Kategoriensystem mit den Ausprägungen „kein spezifischer Begriff der Bindungstheorie“, „eher unspezifischer Begriff zur Bindungstheorie“ und „spezifischer Begriff der Bindungstheorie“ eingesortiert. Zudem wurden die separierten „spezifischen Begriffe“ einer weiteren inhaltlichen Kategorisierung unterworfen, um zu bestimmen, welche vergleichbaren oder gleichen Begriffe genannt werden. Die Kategoriensysteme wurden während des induktiven Prozesses variabel ergänzt und modifiziert, um das Endergebnis flexibel zu gestalten (Mayring, 2008). Die offenen Antworten wurden auf diese Weise kodiert und in SPSS übertragen, um weitere Operationen zu ermöglichen.

Kategoriensystem zu Frage 8 – Handlungsleitendes Therapieverfahren

| Kategorie | Beispiele |
|--|---|
| systemisch | „Systemische Therapie“, „Familientherapie“, „lösungsorientiert/systemisch“, „hypnosystemischer Ansatz“ |
| Mehrere Therapieverfahren (eklektisch oder integrativ) | „Kombination mehrerer Therapieverfahren“, „Mischung aus psychoanalytischen und systemischen Aspekten“, „Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung, personzentriert, systemisch“ |
| psychodynamisch | „Psychoanalyse“, „tiefenpsychologisch fundiert“, „psychodynamisch“ |
| Humanistisch | „personzentrierte Spieltherapie“, „Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie“, „gestalttherapeutisch“, „Transaktionsanalyse“ |
| verhaltenstherapeutisch | „VT“, „vt-kognitiv“, „Verhaltenstherapie“ |
| nicht zuzuordnen | „EMDR“, „Interkultureller Ansatz nach Auernheimer“, |

Tab 6.3: Kategoriensystem Frage 8 – Handlungsleitendes Therapieverfahren

Kategoriensystem zu Frage 12 – Titel bzw. Thema der Fortbildung zur Bindungsthematik

| Kategorie | Beispiele |
|---|---|
| Grundlagen der Bindungstheorie/ Bindungstheorie allgemein | „Bindungstheorie“, „Bindungsformen“, „Neue Erkenntnisse der Bindungstheorie“, „Wie viel Bindung braucht ein Kind?“, „Bindungstheoretische Grundlagen“ |
| Bindungsstörungen/Bindung und Trauma | „Bindungsstörungen“, „Bindungsstörungen – Trauma“, „Brisch, Bindungsstörungen“, „Bindung und Trauma“ |
| Bindung in der Kindheit (Säuglingsalter bis Grundschule) | „Bindung in der mittleren Kindheit“, „Bindung im Kleinkindalter“, „Bindung in den ersten Lebensjahren“, „Neuere Säuglingsforschung“ |
| Anwendung der Bindungstheorie in der Praxis (Frühe Hilfen und Therapie) | „Bindungstheorie in der Praxis“, „Bindungsorientierte Erziehungsberatung“, „Bindungswissen in der Praxis“, „Frühe Hilfen“, „Von Anfang an – Frühe Hilfen für Eltern mit Kleinkindern“ |

| | |
|--|---|
| Bindungsdiagnostik | „Bindungsdiagnostikverfahren“, „Das Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung 5-8-jähriger Kinder“, „Einführung in den GEB von Gloger-Tippelt“ |
| Weiterbildungspakete | „SAFE-Programm“, „Entwicklungspsychologische Beratung“, „SAFE-Mentorenausbildung“, war innerhalb der ADLER-Ausbildung (Analyse)“ |
| Unspezifische Nennungen/nicht zuzuordnen | „BKE-Fobi“, „eine Fortbildung bei Brisch“, „verschiedene Themen“, „Fachtag bei dem Bindungstheoretiker Brisch“, „diverse Fortbildungen“ |

Tab 6.4: Kategoriensystem Frage 12 – Fortbildungsthema zur Bindungsthematik

Kategoriensystem zu Frage 20 – Begriffe der Bindungstheorie

| Kategorie | Beispiele |
|---|--|
| Kein spezifischer Begriff der Bindungstheorie | „Mutter-Kind-Beziehung“, „Interaktion“, „Halt“, „Parentifizierung“, „Urvertrauen“, „Autonomie“, „sicherer Ort“ |
| Eher unspezifischer Begriff zur Bindungstheorie | „Bindungsstil“, „Bonding“, „attachment“, „unterschiedliches Bindungsverhalten“, „Bindungsbeziehung“, „verdeckte Bindungsängste“, „Sicherheitsbedürfniss“ |
| Spezifischer Begriff der Bindungstheorie | „sicher gebunden“, „unsicher-ambivalent gebunden“, „Feinfühligkeit“, „Desorganisation“, „Explorationsverhalten“ |

Tab 6.5: Kategoriensystem Frage 20 – Begriffe der Bindungstheorie

Sub-Kategoriesystem zu Frage 20 – Spezifische Begriffe der Bindungstheorie

| Kategorie | Beispiele |
|--|--|
| Bindungstypen/ -muster | „sicher gebunden“, „sicheres Bindungsmuster“, „unsicher-ambivalente Bindung“, „desorganisierter Bindungstyp“, „vermeidendes Bindungsmuster“ |
| Subkategorie: mehrere oder allgemeine Angaben | „unsichere Bindung“, „Bindungstypen (sicher, ambivalent, vermeidend)“, „Bindungsmuster sicher vs. unsicher“, „unsicher-ambivalent gebunden, desorganisiert gebunden“ |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Theoretische Konzepte | „Explorationssystem“, „Feinfühligkeitskonzept“, „Bindungsstörungen“, „secure base“, „inneres Arbeitsmodell“, „Bindungsrepräsentation“ |
| Subkategorie: sonstige | „Fürsorgeverhalten“, „Kreis der Sicherheit“, „primäre Bindungsperson“ |
| Erhebungs- und Diagnostikverfahren | „Fremde Situation“, „Fremde-Situations-Test“, „Adult-Attachment-Interview“, „AAI“, „Geschichtenergänzungsverfahren“ |
| sonstiges | „SAFE“, „Bindung bezeichnet emotionales Band“, „Oxytocin/Hormon für Bindung“ |

Tab 6.6: Sub-Kategoriensystem Frage 20 – Spezifische Begriffe der Bindungstheorie

6.5 Methodenreflexion

Die Erhebung wurde wie beschrieben hauptsächlich aus ökonomischen Gesichtspunkten mit einem Online-Fragebogen durchgeführt. Den finanziellen Gründen konnte in dieser Hinsicht voll und ganz Rechnung getragen werden. Die Befragung mit dem OFBw gestaltete sich kostenneutral, so dass eine große Menge an Beratungsstellen angeschrieben werden konnte. Weitere ökonomische Vorteile bezogen sich auf das schnelle Ausfüllen eines Fragebogens, vor allem im Hinblick auf andere Erhebungsmethoden, die Zeitersparnis durch das Wegfallen der Vervielfältigung und Versendung und die bereits digital vorliegenden Daten. Negative ökonomische Effekte zeigten sich, vor allem bei der Aufbereitung der Daten in SPSS. Dadurch, dass der OFBw mehrfach von unterschiedlichen Personen bis zum Ende angeschaut wurde und dabei eine oder zwei Eintragungen (meist Nonsense-Einträge) gemacht wurden, wurden diese Berater als Fälle gezählt und in der Datenmatrix angelegt. Ebenso verhielt es Daten von Fachkräften, die nur die erste Seite ausgefüllt hatten und danach die Befragung abbrachen. Die digitalisierten Daten mussten so nach Abschluss der Studie umfangreich gesichtet und bereinigt werden, um unbrauchbare Fälle nicht mitzurechnen. Daneben waren die computergenerierten Variablen weder im Hinblick auf Skalenniveau noch in der Merkmalsausprägung korrekt oder brauchbar und mussten ebenfalls in Teilen korrigiert und optimiert werden. Der demzufolge ent-

standene Arbeitsaufwand ist vergleichbar mit der Anlage neuer Variablen und der anschließenden Dateneingabe.

Durch die elektronische Kommunikationsart der Befragung tauchten darüber hinaus weitere Schwierigkeiten in der Erhebungs- und Auswertungsphase auf:

- ▶ Nicht in allen Erziehungsberatungsstellen in NRW haben die Fachkräfte einen Onlinezugang.

Bei der Durchführung der Befragung trat das Problem in einigen Beratungsstellen auf, dass Berater keinen eigenen Onlinezugang an ihrem Computer oder überhaupt keinen Computer am Arbeitsplatz hatten und damit den Fragebogen nicht ausfüllen konnten.

- ▶ Einigen, vor allem kommunalen Erziehungsberatungsstellen ist der Zugang zu diversen Internetseiten über einen Sicherheitsserver versperrt.

Weiterhin erhielt der Autor während der Durchführung Rückmeldung von Beratungsstellen, dass die Internetseite des OFBw dort nicht zu öffnen sei. Ein möglicher Grund war bei diesen Beratungsstellen, dass deren Onlinezugang über den Sicherheitsserver der jeweiligen Stadt/Kommune geschaltet ist. Dabei werden geschützte Internetseiten wie die des OFBw abgewiesen und können nicht aufgerufen werden.

- ▶ Nicht alle Computer in nordrhein-westfälischen Beratungsstellen arbeiten mit neuerer Betriebsssoftware.

So trat das Problem bei einigen Beratern auf, dass einige Fragen nicht wie geplant angezeigt wurden oder das der Fragebogen nach der zweiten Bildschirmseite nicht mehr weiter zu blättern war. Das betraf vor allem die Fragen 14 und 15, die eine Zuordnungsaufgabe enthielten, die vom der Browsersoftware eine Darstellung von Animationen abverlangte. Neuere Betriebssysteme und Internetbrowser können diese ohne Probleme anzeigen, während ältere Programmversionen die freie zugängliche Software Java zur korrekten Darstellung benötigen. Nach Rückmeldung einiger Berater aus Beratungsstellen wurde dem Problem nur wenige Std. nach Start der Durchführung Abhilfe geleistet, indem das Fragendesign im OFBw online verändert wurde. Betroffene Berater konnten danach den Fragebogen ohne Probleme ausfüllen.

- ▶ Durch die elektronische Übermittlung fehlt die haptische Wahrnehmung des Fragebogens.

Aufgrund dessen, dass der Fragebogen nur online auszufüllen war, gab es keine haptische Entsprechung auf dem Schreibtisch der befragten Fachkraft. Bei einer Befragung in Erziehungsberatungsstellen ist davon auszugehen, dass viele Fachkräfte sich altermäßig im letzten Dritt ihrer Berufstätigkeit befinden. Daher ist es möglich, dass nicht von jeder Fachkraft ein Online-Fragebogen gut angenommen wurde, ebenso erleichtert die „Nicht-Greifbarkeit“ des Fragebogens das Vergessen eines eben jenen. Daneben hat ein Papierfragebogen den Vorteil, der er nur einmal jedem Berater zur Verfügung steht. Das erleichtert die anschließende Auswertung. Der OFBw konnte dagegen beliebig oft aufgerufen und ausprobiert werden.

- ▶ Es besteht eine Schwierigkeit, den korrekten Rücklauf und die Teilnehmerzahl zu bestimmen.

Aus der im letzten Punkt genannten Tatsache ergibt sich der Umstand, dass die Teilnehmerzahl bei online durchgeföhrten Befragungen nur schwer zu bestimmen ist. Da die Website zunächst einmal jeden Aufruf des OFBw registriert, egal ob die Person schon einmal zuvor den Fragebogen angesehen hat, lässt sich eine konkrete Anzahl der Aufrufe von unterschiedlichen Fachkräften nicht exakt ermitteln. Sobald das Programm einen Eintrag im Fragebogen registriert wird dieser sofort als Fall in der Datenmatrix angelegt, was den Rücklauf zunächst künstlich erhöht. Daher sind die statistischen Angaben auf der Homepage des Online-Fragebogens für die vorliegende Arbeit irrelevant. Es wurde wie beschrieben mit einer bereinigten Datenmatrix gearbeitet.

Abschließend betrachtet, wäre für die Befragung in nordrhein-westfälischen Erziehungsberatungsstellen ein Fragebogeninstrument geeignet, dass nicht über eine Online-Plattform einen Fragebogen anbietet. Denkbar wäre eine rein postalische Befragung (mit Papierfragebogen) oder eine Erhebung über E-Mail, die den Fragebogen dann beispielweise im Anhang, in Form einer am Computer ausfüllbaren pdf-Datei verschickt. Diese wäre dann im Zweifelsfall auch druckbar und als Papierfragebogen zu verwenden.

7 Ergebnisse

Im diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Auswertung des OFBw übersichtsartig dargestellt. Abschnitt 7.1 befasst sich mit Basisdaten zum Rücklauf des Fragebogens und beschreibt soziodemografische Merkmale der Stichprobe. Die erste Forschungsfrage: „*Wie schätzen die beraterisch-therapeutischen Fachkräfte der Erziehungsberatung ihr Wissen zur Bindungstheorie ein?*“, wird im Abschnitt 7.2 illustriert, während der zweiten und dritten Ausgangsfrage „*Welchen Stellenwert hat die Bindungstheorie in der Erziehungsberatung und hat sie bereits Einfluss auf den diagnostischen Blick in der Erziehungsberatung gefunden?*“ und „*Wie verbreitet sind Erhebungsverfahren der Bindungsdiagnostik in der Erziehungsberatung?*“ die Punkte 7.3 und 7.4 gewidmet sind.

7.1 Rücklauf und soziodemographische Merkmale der Stichprobe

Von den angeschriebenen 242 Erziehungsberatungsstellen (100 %) meldeten 101 Stellen zurück, sich an der Befragung beteiligt zu haben (41,7 %). An diesen Beratungsstellen füllten 283 beraterisch-therapeutische Fachkräfte den OFBw aus, was rund 2,3 Beratern pro Einrichtung entspricht. Davon ausgehend, dass durchschnittlich 6,3 Beratungsfachkräfte in jeder der 101 Beratungsstellen arbeiten, ergibt sich bei 636 Fachkräften ein tatsächlicher Rücklauf von 44,5 %. Auf die angenommene Grundgesamtheit aller Berater in NRW bezogen beträgt die Rücklaufquote 18,6 %.

Das Geschlechterverhältnis der Studienteilnehmer lag bei 173 weiblichen Fachkräften (61,1 %) und 106 männlichen Fachkräften (37,5 %) vier enthielten sich. Das durchschnittliche Alter entsprach 49 Jahren ($M = 49,1$) bei einer Altersspanne von 24 bis 64 Jahren. Unter den befragten Fachkräften, waren mit sechs Monaten in der Erziehungsberatung sowohl Berufseinsteiger als auch erfahrene Kollegen mit mehr als 35 Berufsjahren. Die durchschnittlichen Berufsjahre in der Erziehungsberatungsstelle betrugen 15,5 Jahre. Fast alle Teilnehmer haben ein Diplom (90,7 %) bzw. acht Kollegen zudem noch eine Promotion (2,9 %), mit der sie in der Erziehungsberatung angestellt sind. Nur wenige Personen halten einen Titel der neuen Hochschulabschlüsse Bachelor ($N = 2$) oder Master ($N = 4$). Das Jahr des jeweiligen Hochschulabschlusses verteilt sich relativ

gleichmäßig auf einer Spanne von 1966 bis 2010. Eine leichte Ausprägung gibt es in den Jahren 1980 bis 1986 in denen fast ein Drittel der Fachkräfte (29,8 %) ihren Abschluss erhalten haben. Die Profession der Studienteilnehmer ist in Tabelle 7.1 dargestellt:

| Profession/Studienabschluss | Anzahl | Prozent |
|---|---------------|----------------|
| Psychologe(in) | 113 | 40,4 |
| Sozialpädagoge(in)/ Sozialarbeiter(in) | 113 | 40,4 |
| Heilpädagoge(in) | 21 | 7,5 |
| Pädagoge(in)/ Erziehungswissenschaftler(in) | 15 | 5,3 |
| Mehrere unterschiedliche Studienabschlüsse | 11 | 3,9 |
| Andere Studienabschlüsse (z.B. Lehrer(in), Theologe(in) oder Sozialwissenschaftler(in)) | 7 | 2,5 |
| Gesamt | 280 | 100 |

Tab. 7.1: Studienabschlüsse der Stichprobe (N = 280)

Die Psychologen und die Sozialpädagogen stellen damit die größten Gruppen der Untersuchung dar und gemeinsam rund 80 Prozent der befragten Berater und Therapeuten.

Bis auf zwölf Personen hatten alle Befragten eine mehrjährige beraterisch-therapeutische Aus- oder Weiterbildung absolviert. Von diesen zwölf machten allerdings sechs Personen die Angabe, dass sie sich momentan in einer Therapieausbildung befänden und zwei weitere hatten ihre angefangene Therapieausbildung abgebrochen. Alle weiteren Studienteilnehmer hatten im Schnitt mehr als eine ($M = 1,5$) beraterisch-therapeutische Qualifikation. Die häufigsten sind in Tabelle 7.2 zusammengestellt.

| Paradigmatische Ausrichtung der Aus- oder Weiterbildung in Beratung und/oder Therapie | Häufigkeit (N = 276) | Prozent |
|--|---------------------------------|----------------|
| systemisch | 186 | 67,4 |
| psychoanalytisch und/oder tiefenpsychologisch | 67 | 24,3 |
| personzentriert | 60 | 21,7 |
| verhaltenstherapeutisch | 44 | 15,9 |
| gestalttherapeutisch | 19 | 6,9 |
| hypnotherapeutisch | 6 | 2,2 |
| sonstige | 36 | 13,0 |
| keine | 12 | 4,4 |
| | 430 | 155,8 |

Tab. 7.2: Beraterisch-therapeutische Aus- und Weiterbildung(en) der Stichprobe (N = 276)

Mehr als zwei Drittel der Fachkräfte (67,4 %) machten eine systemische Ausbildung in Beratung oder Therapie. Dies ist mit deutlichem Abstand die am häufigsten vertretene Weiterbildung. 67 Studienteilnehmer haben eine psychoanalytische und/oder tiefenpsychologische Ausbildung absolviert (24,3 %), wobei davon die überwiegende Mehrheit (51 Personen) in den tiefenpsychologischen/psychodynamischen Verfahren ausgebildet ist. Am drittmeisten sind die personzentrierten bzw. gesprächspsychotherapeutischen Beratungs- und Therapieverfahren vertreten (21,7 %). Eher weniger Personen haben eine verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Weiterbildung (15,9 %) und noch weniger Fachkräfte eine Zusatzqualifikation in Gestalttherapie/-beratung (6,9 %) oder Hypnotherapie (2,2 %). Seltener und anders ausgerichtete Beratungs- und Therapieausbildungen sind unter „sonstige“ zusammengefasst und enthalten Angaben wie Mediation, Traumatherapie oder Psychodrama.

Diese Fülle an therapeutischen Aus- und Weiterbildungen spezifiziert sich in den Antworten zum handlungsleitenden Therapieverfahren. Von 270 Personen gab etwa die Hälfte der Befragten an, dass der systemische Ansatz für die sie in der Beratungsstellenarbeit handlungsleitend ist (51,9 %). Gut ein Drittel (32,6 %) konnte oder wollte sich nicht auf eine Therapieschule festlegen und nutzt mehrere (mindestens zwei) Verfahren in Kombination bzw. fallspezifisch. Rund 92 %

dieses Drittels nutzt unter anderem den systemischen Ansatz. Verhältnismäßig wenige Berater und Therapeuten sehen andere Therapieansätze für sich als handlungsleitend an. Abbildung 7.1 verdeutlicht die Verhältnisse.

Welches Therapie- oder Beratungsverfahren ist für Sie in Ihrer Praxis besonders handlungsleitend?

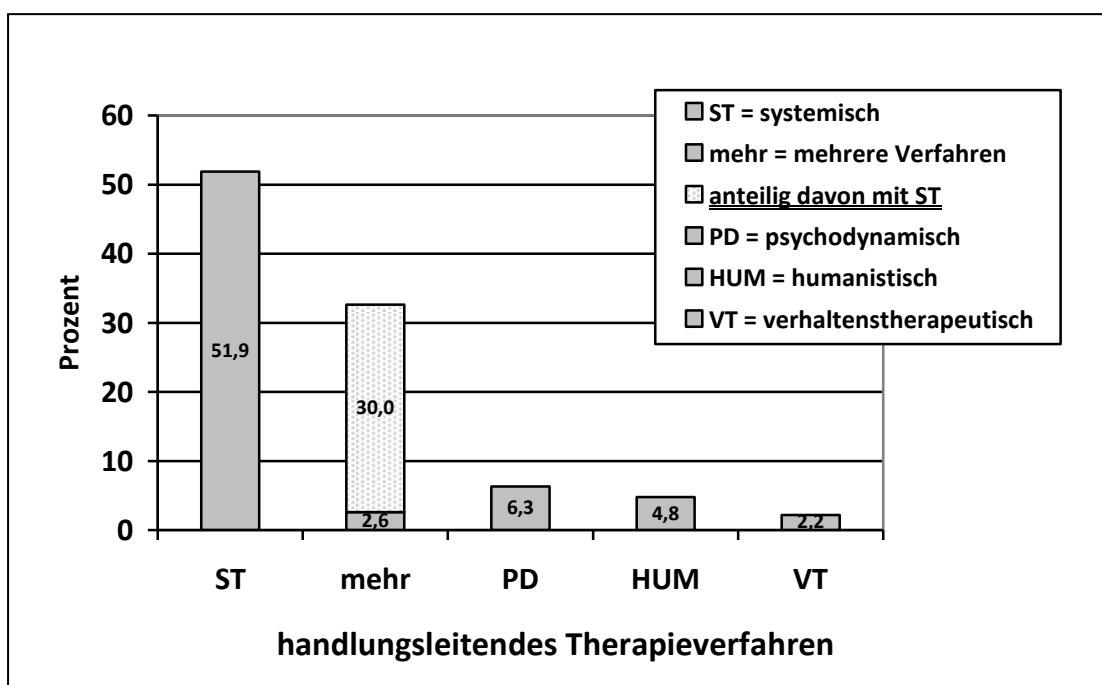


Abb. 7.1: Handlungsleitendes Beratungs- oder Therapieverfahren der befragten Fachkräfte (N = 270)

20,7 % der befragten Fachkräfte geben an, als Kinder- und Jugendlichentherapeuten (KJP) approbiert zu sein. Davon 26,3 % in psychodynamischen Vertiefungsverfahren und 21 % in Verhaltenstherapie. Die restlichen KJP machten entweder keine Angabe oder Angaben wie systemisch, personzentriert, gestalttherapeutisch oder Approbation im Übergangsverfahren.

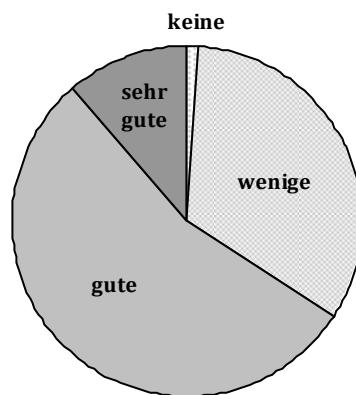
Die wenigsten Teilnehmer der Stichprobe arbeiteten in der Erziehungsberatung im Arbeitsfeld Frühe Hilfen (15,6 %). Diese Personen taten dies in der Regel auch nur mit einem Teil ihres Beschäftigungsumfangs in der Beratungsstelle, nämlich durchschnittlich rund achtseinhalb Wochenstunden ($M = 8,6$). 84,4 % gaben hingegen an, nicht speziell in der Beratung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern zu arbeiten.

7.2 Bindungswissen der Fachkräfte

Von den 283 Studienteilnehmern machten 255 Personen Angaben zu der Frage nach ihrem Wissen und ihren Kenntnissen zur Bindungstheorie. Die Frage war auf einer vierstufigen Skala zu beantworten. Die Ergebnisse sind in Tab. 7.3 dargestellt.

Wie gut schätzen Sie Ihre Kenntnisse zur Bindungstheorie ein?

| | Häufigkeit | Prozent |
|----------------------|------------|---------|
| keine Kenntnisse | 3 | 1,2 |
| wenige Kenntnisse | 84 | 32,9 |
| gute Kenntnisse | 139 | 54,5 |
| sehr gute Kenntnisse | 29 | 11,4 |
| | 255 | 100 |



Tab. 7.3 und Abb. 7.2: Kenntnisstand der Fachkräfte bzgl. der Bindungstheorie (Selbsteinschätzung) (N = 255)

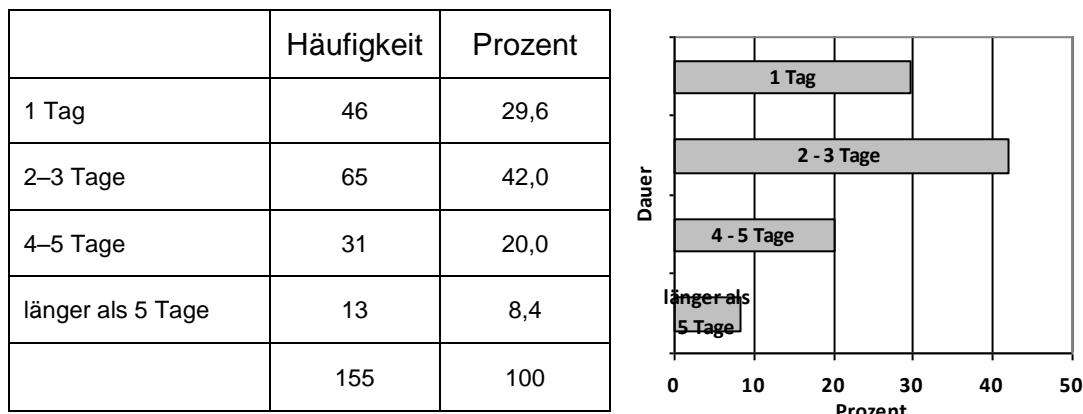
Nahezu alle Befragten besitzen Kenntnisse zur Bindungstheorie (98,8 %). Die meisten schätzten dabei ihre Kenntnisse als gut ein (54,5 %). Dennoch gibt es eine größere Gruppe (32,9 %) an Beratern und Therapeuten mit wenigen Kenntnissen.

Des Weiteren zeigte sich, dass von denjenigen, die Kenntnisse besitzen, mehr als zwei Drittel sich diese über Selbst- und Literaturstudium angeeignet hatten (69,8 %). Knapp dahinter stand der Erwerb des Wissens über diverse Fortbildungen (65,3 %). Für 73 dieser Personen (27,9 %) war eine Kombination von beidem, Selbststudium und Fortbildung, Quelle Ihrer Kenntnisse. Deutlich weniger Fachkräfte eigneten sich ihr Bindungswissen über ihr Hochschulstudium (29,1 %) oder über ihre Therapieausbildung an (21,1 %).

173 von 279 Studienteilnehmern (62 %) gaben an, bereits eine spezifische Fortbildung zum Thema Bindung besucht zu haben. Die meisten dieser Fachkräfte nahmen dabei innerhalb der letzten fünf Jahre an dieser Fortbildung teil (65,3 %). 36,4 % sogar in den Jahren 2011 oder 2010. 17,9 % bildeten sich von

zwischen 1998 und 2006 fort, während 14,5 % der 173 Fachkräfte keine Angaben dazu machten.

Welchen Umfang hatte ihre letzte Fortbildung zum Thema Bindung?



Tab. 7.4 und Abb. 7.3: Dauer der Bindungsfortbildung in Tagen (N = 155)

Wie Abbildung 7.3 in Verbindung mit Tabelle 7.4 zeigt, dauerten das Gros der Fortbildungen der Studienteilnehmer zwischen einem und drei Tagen (71,6 %). Genau 20 % nahmen an vier- oder fünftägigen Fortbildungen teil, während 13 Personen längere als fünftägige Veranstaltungen besucht hatten. Tabelle 7.5 zeigt die Häufigkeitsauswertung in thematischen Kategorien der besuchten Bindungsfortbildungen. Es waren Mehrfachnennungen möglich.

Wie war der Titel/das Thema der Fortbildung zur Bindungstheorie?

| Thema der Fortbildung | Anzahl |
|---|--------|
| Grundlagen der Bindungstheorie/Bindungstheorie allgemein | 40 |
| Bindungsstörungen/Bindung und Trauma | 40 |
| Anwendung der Bindungstheorie in der Praxis (Frühe Hilfen und Therapie) | 38 |
| Weiterbildungspakete (meist SAFE oder EPB) | 29 |
| Bindung in der Kindheit (Säuglingsalter bis Grundschule) | 23 |
| Bindungsdiagnostik | 13 |
| Unspezifische Nennungen/nicht zuzuordnen | 50 |
| Gesamt | 233 |

Tab. 7.5: Thema der Bindungsfortbildung (N = 158)

Die Ergebnisse der Frage 20, bei der sieben Begriffe der Bindungstheorie genannt werden sollten, sind vielfältig. Zunächst werden in der Übersicht (Tab. 7.6) die Häufigkeiten der genannten Begriffe nach den qualitativen Kategorien dargestellt.

Nennen Sie bitte maximal sieben Begriffe der Bindungstheorie.

| | kein spezifischer Begriff | ehrer unspezifischer Begriff | spezifischer Begriff | Prozent |
|-----------|---------------------------|------------------------------|----------------------|---------|
| Nennung 1 | 38 | 42 | 121 | 75,9 |
| Nennung 2 | 33 | 32 | 134 | 75,1 |
| Nennung 3 | 39 | 37 | 118 | 73,2 |
| Nennung 4 | 42 | 27 | 106 | 66,0 |
| Nennung 5 | 39 | 28 | 78 | 54,7 |
| Nennung 6 | 28 | 22 | 67 | 44,2 |
| Nennung 7 | 35 | 19 | 42 | 36,2 |
| Gesamt | 254 | 207 | 666 | 1127 |
| Prozent | 13,7 | 11,2 | 35,9 | 60,8 |

Tab. 7.6: Übersicht der Nennungen der Begriffe zur Bindungstheorie nach qualitativen Kategorien (N = 265)

Von allen befragten Teilnehmern wurden 666 spezifische Begriffe (35,9 %), 207 eher unspezifische Begriffe (11,2 %) und 254 Begriffe, die nicht spezifisch zur Bindungstheorie gehören, genannt (13,7 %). Ebenso ist erkennbar, dass die Anzahl der insgesamt genannten Begriffe von der ersten Nennung bis zur siebten Nennung abnimmt. Während der erste Begriff noch von drei Vierteln (75,9 %) der Fachkräfte genannt wurde, wurde ein siebter Begriff nur noch von etwa einem Drittel (36,2 %) eingetragen. Von theoretisch 1855 einzutragenden Begriffen wurden von den 265 ausfüllenden Fachkräften 1127 Begriffe genannt (60,8 %).

Die als spezifisch signierten Begriffe wurden in einem weiteren Arbeitsschritt in inhaltlich strukturierte Subkategorien unterteilt. Die mengenmäßigen Ausprägungen sind ebenfalls tabellarisch dargestellt (Tab. 7.7).

| Subkategorie | Häufigkeit | Prozent |
|--|------------|-------------|
| Bindungstypen/ -muster | 443 | 66,5 |
| - <i>Sicher (B)</i> | 118 | 17,7 |
| - <i>unsicher-ambivalent (A)</i> | 101 | 15,2 |
| - <i>desorganisiert (D)</i> | 80 | 12,0 |
| - <i>unsicher-vermeidend (C)</i> | 77 | 11,6 |
| - <i>mehrere oder allgemeine Nennungen</i> | 67 | 9,9 |
| Theoretische Konzepte | 164 | 24,6 |
| - <i>Feinfühligkeit</i> | 58 | 8,7 |
| - <i>Explorationsverhalten</i> | 30 | 4,5 |
| - <i>Bindungsstörung</i> | 26 | 3,9 |
| - <i>Bindungsrepräsentation</i> | 18 | 2,7 |
| - <i>Sichere Basis/sicherer Hafen</i> | 14 | 2,1 |
| - <i>Internales Arbeitsmodell</i> | 9 | 1,4 |
| - <i>sonstige</i> | 9 | 1,4 |
| Erhebungs- und Diagnostikverfahren | 52 | 7,8 |
| - <i>Fremde Situation</i> | 41 | 6,2 |
| - <i>Adult-Attachment-Interview</i> | 8 | 1,2 |
| - <i>Geschichtenergänzungsverfahren</i> | 3 | 0,5 |
| sonstige | 7 | 1,1 |
| | 666 | 100 |

Tab. 7.7: Spezifische Begriffe der Bindungstheorie unterteilt nach inhaltlichen Subkategorien (N = 265)

Die häufigsten der genannten spezifischen Begriffe der Bindungstheorie waren die Bindungstypen B, A, C und D in dieser Reihenfolge. Theoretische Konzepte der Bindungstheorie wie das Konzept der Feinfühligkeit von Ainsworth wurden 58 Mal erwähnt. Seltener wurden Erhebungsverfahren zur Bindung genannt. In der Kategorie sonstiges sind einzelne nicht zugeordnete Begriffe wie das Eltern-training SAFE oder praktische Anwendungen wie der Kreis der Sicherheit zusammengefasst.

Punktuelle Analysen des vorgestellten Datenmaterials zeigen weitere Ergebnisse auf:

- Wie die Abbildung 7.4 und Tabelle 7.8 belegen, nennen die 168 Berater die ihre Kenntnisse zur Bindungstheorie mit gut oder sehr gut angegeben haben 80,0 % der 666 genannten spezifische Begriffe zur Bindungstheorie. 73,9 % der 207 eher unspezifischen Begriffe und 67,3 % der 254 Begriffe die nicht spezifisch zur Bindungstheorie gehören.

Die 87 Fachkräfte mit der Selbsteinschätzung von wenigen oder keinen Kenntnissen zur Bindungstheorie, nannten 31,5 % der 254 nicht-spezifischen Begriffe, 25,1 % der 207 eher unspezifischen und 19,5 % der 666 genannten spezifischen Begriffe.

Sowohl Fachkräfte mit guten und sehr guten als auch Fachkräfte mit keinen und wenigen Kenntnissen nennen zu über 40 % keine Begriffe (43,7 % und 47,4 %).

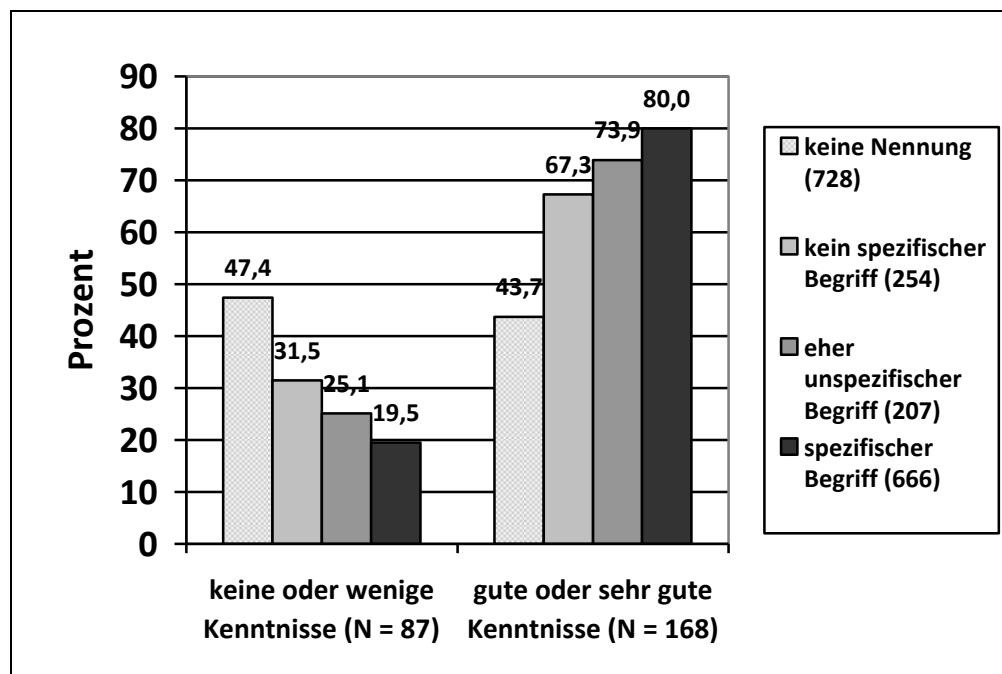


Abb. 7.4: Prozentuale Verteilung der genannten Begriffe (1127) ($N = 265$) im Bezug zum angegebenen Bindungswissen der Befragten ($N = 255$)

| Einschätzung Bindungswissen Begriffe: Nennungen 1 - 7 | keine oder wenige Kennt- nisse (N= 87) | gute oder sehr gute Kenntnis- se (N = 168) | Gesamt (N = 255) | Nennungen insgesamt (N = 265) |
|--|--|--|---------------------|-------------------------------------|
| kein spezifischer Be- griff | 80 | 171 | 251 | 254 |
| eher unspezifischer Begriff | 52 | 153 | 205 | 207 |
| spezifischer Begriff | 130 | 533 | 663 | 666 |
| Gesamt | 262 | 857 | 1119 | 1127 |
| keine Nennung | 345 | 318 | 663 | 728 |

Tab. 7.8: Kreuztabelle: Begriffsnennungen 1 -7 zur Bindungstheorie - Kenntnisse der Bindungs-theorie der Befragten

2. Abbildung 7.5 zeigt in Verbindung mit Tabelle 7.8 die spezifischen (663), eher unspezifischen (205) und nicht-spezifischen Begriffe (251) die den Aussagen zum Bindungswissen der Fachkräfte (N = 255) zugeordnet werden konnten (1119). Zudem ist eine Übersicht der frei gebliebenen Eingabefelder, also des Ausbleibens der Nennung (663) im Bezug zu den Angaben zum Bindungswissen angegeben. Dabei wird sichtbar, dass sowohl Fachkräfte die ihre Kenntnisse zur Bindungstheorie mit gut oder sehr gut angegeben haben, als auch solche die wenige oder keine Kenntnisse angegeben haben deutlich am häufigsten spezifische Begriffe genannt haben. 168 Fachkräfte mit guter/sehr guter Einschätzung ihres Bindungswissens konnten von ihren insgesamt 857 eingetragenen Begriffen 62,2 spezifische, 17,8 eher unspezifische und 20,0 % nicht-spezifische Begriffe zur Bindungstheorie nennen. 87 Fachkräfte mit wenigen/keinen Kenntnissen zur Bindungstheorie nannten 262 Begriffe, welche sich in 49,6 % spezifische, 19,9 % eher unspezifische und 30,5 % Begriffe die nicht zur Bindungstheorie im engeren Sinn gehören aufteilen. Diese Fachkräfte lassen 52,0 % der Nennungen aus, während die Befragten mit guten/sehr guten Kenntnissen 48 % der Begriffe nicht eintra- gen.

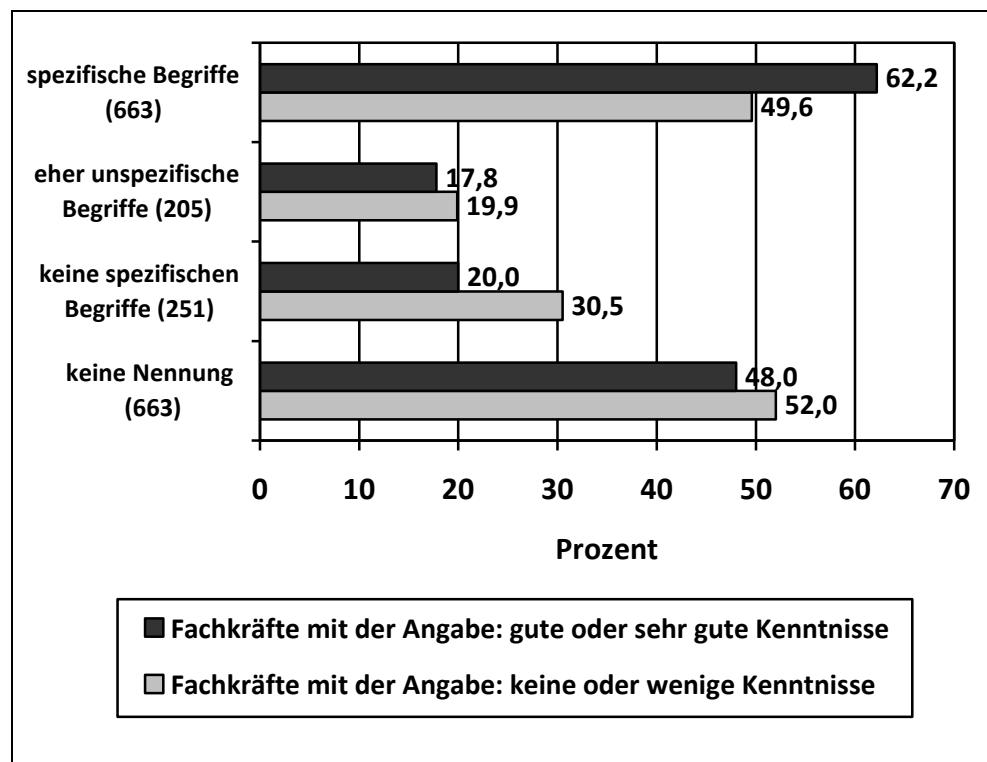


Abb. 7.5: Vergleich genannten Begriffe zur Bindungstheorie (1119) zwischen den Angaben zum Bindungswissen der Befragten (N = 255)

3. In Gruppenvergleichen stellt sich heraus, dass sich die befragten Psychologen leicht besser einschätzen als die befragten Sozialpädagogen. Die Fachkräfte die den Systemischen Ansatz als handlungsleitend in der Therapie und Beratung angegeben haben, schätzen sich leicht schlechter ein als diejenigen die mehrere Verfahren eklektisch oder integrativ nutzen (vgl. Tab. 7.9)

| | Profession | | Therapieverfahren | |
|--------------------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| | Psych. (N = 102) | Soz.Päd. (N = 102) | systemisch (N = 132) | mehrere Verfahren (N = 76) |
| keine oder wenige Kenntnisse | 29,4 % | 40,2 % | 39,4 % | 26,3 % |
| gute oder sehr gute Kenntnisse | 70,6 % | 59,8 % | 60,6 % | 73,7 % |
| | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |

Tab. 7.9: Kreuztabellen Bindungswissen – Profession, Bindungswissen – Therapieverfahren

Unterscheidet man zwischen denjenigen Fachkräften die eine Approbation als KJP bzw. keine haben, und denjenigen Fachkräften die eine Fortbildung zur Bindungstheorie besucht haben und denjenigen, die keine Fortbildung besucht haben, ergeben sich weitere Unterschiede (vgl. Tab. 7.10)

| | Approbation | | Bindungsfortbildung | |
|--------------------------------|-----------------|------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| | KJP (N = 56) | Nicht-KJP (N = 195) | teil- genommen (N = 155) | nicht teil- genommen (N = 100) |
| keine oder wenige Kenntnisse | 19,6 % | 38,5 % | 18,7 % | 58 % |
| gute oder sehr gute Kenntnisse | 80,4 % | 61,5 % | 81,3 % | 42 % |
| | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |

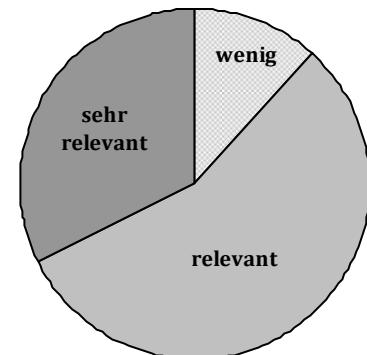
Tab. 7.10: Kreuztabellen Bindungswissen – Approbation, Bindungswissen – Bindungsfortbildung

7.3 Einfluss des Bindungswissens im Arbeitsfeld

Inwieweit die Bindungstheorie und ihre Erkenntnisse für das Arbeitsfeld von Bedeutung sind oder bereits in genutzt werden, sollte vor allen Dingen mit folgenden Fragen untersucht werden:

Für wie relevant halten Sie die Erkenntnisse der Bindungsforschung für Ihre tägliche Arbeit in der Erziehungsberatung?

| | Häufigkeit | Prozent |
|----------------|------------|---------|
| nicht relevant | 0 | 0,0 |
| wenig relevant | 29 | 11,7 |
| relevant | 139 | 56,0 |
| sehr relevant | 80 | 32,3 |
| | 248 | 100 |

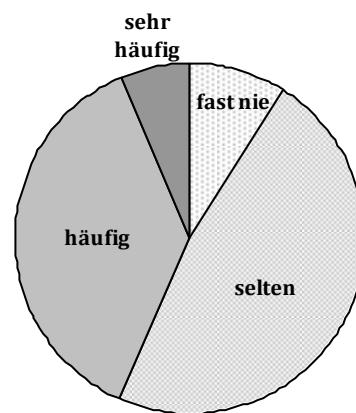


Tab. 7.11 und Abb. 7.6: Relevanz der Bindungstheorie für die Fachkräfte (N = 248)

Die allermeisten befragten Fachkräfte (88,3 %) halten die Erkenntnisse der Bindungsforschung relevant oder sogar sehr relevant für ihre Arbeit in der Erziehungsberatung. Demgegenüber maßen nur 11,7 % der Bindungsforschung wenig Relevanz zu und niemand hielt sie für irrelevant.

Wie häufig verwenden Sie Konzepte und Begrifflichkeiten der Bindungstheorie als Beschreibung in Fallbesprechungen?

| | Häufigkeit | Prozent |
|-------------|------------|---------|
| fast nie | 23 | 9,0 |
| selten | 122 | 47,8 |
| häufiger | 94 | 36,9 |
| sehr häufig | 16 | 6,3 |
| | 255 | 100 |



Tab. 7.12 und Abb. 7.7: Bindung als Begriff in Fallbesprechungen (N = 255)

Mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer verwendet eher selten bis nie Begriffe und Konzepte der Bindungstheorie in Fallbesprechungen (56,8 %). Etwas mehr als ein Drittel nutzt entsprechende Beschreibungskategorien häufiger (36,9 %) und eine Minderheit sogar sehr häufig (6,3 %).

Um für sich selbst und ggfls. auch den Ratsuchenden bestimmte Phänomene bei Kindern und Jugendlichen zu erklären, sollten die Fachkräfte, ihre favorisiert genutzten Erklärungs- und Erkenntnismodelle in eine Rangreihe bringen. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 7.13 und 7.14 abzulesen.

Welche Theorien und Konzepte nutzen Sie am häufigsten, um die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu erklären?

| | Prozent | | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|--------|--------|-------------|-------------|-------------|
| | Rang 1 | Rang 2 | Rang 3 | Rang 4 | Rang 5 | Rang 6 | Rang 7 | Rang 8 |
| Systemische Konzepte (N = 237) | 45,6 | 17,7 | 17,7 | 7,2 | 5,9 | 3,0 | 2,1 | 0,8 |
| Bindungstheorie (N = 222) | 14,9 | 33,3 | 25,7 | 12,6 | 9,0 | 1,8 | 2,3 | 0,5 |
| Alltagstheorie/ Lebenserfahrung (N = 191) | 5,2 | 13,1 | 9,4 | 17,3 | 17,8 | 13,1 | 19,9 | 4,2 |
| Psychodynamische Konzepte (N = 184) | 23,9 | 20,1 | 10,3 | 16,3 | 10,9 | 10,9 | 6,0 | 1,6 |
| Psychosoziale Entwicklungstheorie nach Erikson (N= 179) | 14,0 | 17,9 | 26,3 | 17,9 | 10,6 | 8,9 | 2,8 | 1,7 |
| Kognitiv-behaviorale Konzepte (N = 171) | 11,7 | 15,2 | 19,9 | 19,3 | 12,3 | 12,9 | 7,0 | 1,8 |
| Kognitive Entwicklungstheorie nach Piaget (N= 143) | 5,6 | 9,8 | 15,4 | 16,1 | 16,8 | 21,0 | 11,9 | 3,5 |
| Anderes (N = 93) | 5,4 | 2,2 | 7,5 | 2,2 | 5,4 | 5,4 | 12,9 | 59,1 |

Tab. 7.13: Nutzungshäufigkeit der Theorien zu psychosozialer Entwicklung. Die dunkle Markierung zeigt den jeweiligen Spitzenwert der Theorie

Der Ansatz, der von den Studienteilnehmern am häufigsten genutzt wird, um die psychosoziale Entwicklung von Heranwachsenden zu erklären sind mit deutlichem Abstand die systemischen Konzepte (45,6 %). Die Bindungstheorie wurde in der Rangfolge am häufigsten auf Platz zwei gesetzt (33,3 %). Auf Rang eins wurde sie dagegen weniger oft eingestuft (14,9 %). Insgesamt wurde die Bindungstheorie 222 Mal gerankt, was nach den systemischen Konzepten der zweithäufigste Wert ist.

Welche Theorien und Konzepte nutzen Sie am häufigsten, um auffälliges Verhalten (in Beziehungen) von Kindern und Jugendlichen zu erklären?

| | Prozent | | | | | |
|--|-------------|-------------|--------|-------------|-------------|-------------|
| | Rang 1 | Rang 2 | Rang 3 | Rang 4 | Rang 5 | Rang 6 |
| Systemische Konzepte (N = 251) | 60,6 | 18,3 | 15,5 | 2,4 | 2,0 | 1,2 |
| Bindungstheorie (N = 226) | 11,9 | 35,8 | 32,7 | 12,4 | 6,2 | 0,9 |
| Psychodynamische Konzepte (N = 193) | 22,8 | 28,5 | 22,8 | 18,7 | 5,2 | 2,1 |
| Alltagstheorie/ Lebenserfahrung (N = 184) | 3,3 | 11,4 | 19,6 | 25,5 | 33,7 | 6,0 |
| Kognitiv-behaviorale Konzepte (N = 183) | 11,5 | 20,8 | 21,3 | 29,0 | 15,3 | 2,2 |
| Anderes (N = 100) | 5,9 | 7,9 | 4,0 | 4,0 | 14,9 | 62,4 |

Tab. 7.14: Nutzungshäufigkeit der Theorien zu auffälligen Beziehungsverhalten. Die dunkle Markierung zeigt den jeweiligen Spitzenwert der Theorie

Auch hinsichtlich der „Erklärung von auffälligem Verhalten in Beziehungen“ greifen die befragten Berater und Therapeuten am häufigsten auf die systemischen Konzepte zurück (60,6 %). Mit deutlichem Abstand werden am zweithäufigsten psychodynamische Konzepte (22,8 %), gefolgt von der Bindungstheorie (11,9 %) und kognitiv-behavioralen Konzepten (11,5 %) auf Rang eins gesetzt. Die Bindungstheorie wurde am häufigsten auf Rang zwei und drei eingestuft. Weniger genutzt werden dieser Logik nach die Alltagstheorie (Peak bei Rang fünf = 33,7 %) und andere nicht erwähnte Konzepte (Peak bei Rang sechs = 62,4 %).

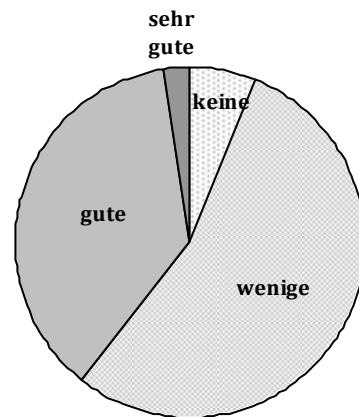
7.4 Bindungsdiagnostik in der Erziehungsberatung

Die Frage bezüglich ihrer Kenntnisse zur Diagnostik von Bindungen beantworteten von 283 nur 235 Studienteilnehmer. Über die Hälfte dieser Personen geben an, nur wenige Kenntnisse zu besitzen (54,5 %). 87 Fachkräfte schätzen ihre

Kenntnisse immerhin als gut (37,0 %) und sechs als sehr gut ein (2,6 %). Weitere 6,0 % aller Befragten haben keine Kenntnisse (vgl. Tab. 7.15).

Wie gut schätzen Sie Ihre Kenntnisse zur Diagnostik der Bindung ein?

| | Häufigkeit | Prozent |
|----------------------|------------|---------|
| keine Kenntnisse | 14 | 6,0 |
| wenige Kenntnisse | 128 | 54,5 |
| gute Kenntnisse | 87 | 37,0 |
| sehr gute Kenntnisse | 6 | 2,6 |
| | 235 | 100 |



Tab. 7.15 und Abb. 7.8: Kenntnisstand der Fachkräfte bzgl. der Bindungsdiagnostik (Selbsteinschätzung) (N = 235)

Weitere Analysen weisen dabei auf eine noch kleine Gruppe von Fachkräften die ihre Kenntnisse sowohl in Bindungstheorie als auch -diagnostik als gut oder sehr beurteilen (vgl. Tab. 7.16). Die darauffolgenden Kreuztabellen zeigen, dass diese Fachkräfte mehrheitlich im Bereich der Frühen Hilfen arbeiten (vgl. Tab. 7.17).

1. Bindungswissen und Wissen zur Bindungsdiagnostik

| Bindungs-diagnostics Bindungs-diagnostik | keine Kenntnisse | wenige Kenntnisse | gute Kenntnisse | sehr gute Kenntnisse | Gesamt |
|---|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------------|--------|
| keine Kenntnisse | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 |
| wenige Kenntnisse | 11 | 57 | 10 | 1 | 79 |
| gute Kenntnisse | 2 | 63 | 62 | 0 | 127 |
| sehr gute Kenntnisse | 0 | 5 | 14 | 5 | 24 |
| Gesamt | 14 | 127 | 86 | 6 | 233 |

Tab. 7.16: Kreuztabelle: Kenntnisse der Bindungstheorie – Kenntnisse der Bindungsdiagnostik (N = 233)

2. Bindungswissen und Frühe Hilfen / Bindungsdiagnostik und Frühe Hilfen

| | keine Kenntnisse | wenige Kenntnisse | gute Kenntnisse | sehr gute Kenntnisse | Gesamt |
|---|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------------|--------|
| Bindungswissen und Arbeit im Be- reich der Frühen Hilfen | 0 | 6 | 26 | 7 | 39 |
| Bindungsdiagnostik und Arbeit im Be- reich der Frühen Hilfen | 2 | 13 | 21 | 1 | 37 |

Tab. 7.17: Kreuztabelle: Kenntnisse der Bindungstheorie – Arbeit im Bereich der Frühen Hilfen (N = 251), Kenntnisse der Bindungsdiagnostik - Arbeit im Bereich der Frühen Hilfen (N = 233)

Der Kenntnisstand der Fachkräfte prägt sich in spezifischen Verfahren zur Erhebung und Diagnostik der Bindung vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter aus. Tabelle 7.18 zeigt in einer Rangreihe die Bekanntheit der vorgegebenen Bindungsdiagnostikverfahren bei 260 Beratern und Therapeuten.

Welche spezifischen Verfahren zur Diagnostik von Bindung kennen Sie?

| Rang | Verfahren | Prozent |
|------|--|-------------|
| 1 | Fremde Situation | 42,3 |
| 2 | Geschichtenergänzungsverfahren (GEV-B/ASCT) | 33,1 |
| 3 | Adult-Attachment-Interview (AAI) | 28,5 |
| 4 | Bindungsinterview für die späte Kindheit (BISK) | 18,5 |
| 5 | Child Attachment Interview (CAI) | 13,1 |
| 6 | Separation-Anxiety-Test (SAT)/Trennungsbilder | 10,8 |
| 7 | CARE-Index | 5,4 |
| 8 | Adult Attachment Projective (AAP) | 3,5 |
| 9 | Attachment Q-Sort | 1,5 |
| - | Kein Verfahren der Bindungsdiagnostik bekannt | 57,7 |

Tab. 7.18: Rangreihe zur Bekanntheit der Bindungsdiagnostikverfahren (N = 260)

Auf den Rängen eins bis drei liegen das Testsetting der Fremden Situation, das Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung (GEV-B) und das Erwachsenen-Bindungs-Interview (AAI). Nur sehr wenigen der befragten Personen ist das Bindungsinterview für die späte Kindheit (BISK), das Child Attachment Interview (CAI) oder das Diagnostikverfahren mit Trennungsbildern (SAT) bekannt. Weitere Erhebungsverfahren zur Bindung werden nur von einzelnen bekannt, während fast 60 % der Stichprobe keines der zur Auswahl stehenden Verfahren ein Begriff ist.

74 von 258 Personen (28,7 %) machten die Angabe, dass sie ein oder mehrere spezifische Bindungsdiagnostikverfahren ihrer Praxis nutzen. Die Auswertung der Angaben zu den genutzten Verfahren ergab in Tab. 7.19 einzusehende Rangreihe nach Häufigkeit. 68,2 % der Stichprobe kreuzten an, kein Verfahren der Bindungsdiagnostik zu verwenden.

| Rang | Verfahren | Nutzer (N = 74) |
|------|---|-----------------|
| 1 | Geschichtenergänzungsverfahren (GEV-B/ASCT) | 39 |
| 2 | Fremde Situation | 21 |
| 3 | Adult-Attachment-Interview (AAI) | 16 |
| 4 | Bindungsinterview für die späte Kindheit (BISK) | 10 |
| 5 | Separation-Anxiety-Test (SAT)/Trennungsbilder | 7 |
| 6 | Child Attachment Interview (CAI) | 6 |
| | Sonstige (Bielefelder Paar-Fragebogen, AAP, Care-Index, Bindungsinterview (unspezifisch), MBQS) | 9 |
| | Gesamt | 108 |

Tab. 7.19: Rangreihe zu den meistgenutzten Bindungsdiagnostikverfahren in der EB (N = 74)

Die Auswertung der Filterfrage 25 ergab zudem, dass von den 74 Anwendern 48,6 % ihre Diagnostikverfahren ohne eine vorherige Fort- oder Ausbildung anwenden. Einige der Fachkräfte lernen den Umgang mit dem Verfahren z.B. durch geschulte Kollegen oder über das Selbststudium eines Praxisbuchs. 41,9 % haben eine entsprechende Fortbildung für die Praxisanwendung des Erhebungsverfahrens absolviert. Eine Person hat darüber hinaus eine längerfristige

Schulung hinter sich und kann aufgrund dessen das Bindungsverfahren reliabel anwenden. Sieben Personen (9,5 %) machten keine Angaben.

Um soziale Beziehungen einzuschätzen, werden in Erziehungsberatungsstellen vielfältige Diagnostikinstrumente eingesetzt. Tabelle 7.20 zeigt die Häufigkeitsverteilung der befragten Stichprobe in einer Rangreihe.

Welche Verfahren verwenden Sie, um die Beziehung zwischen dem Kind/Jugendlichen und seinen Bezugspersonen/Eltern zu erfassen?

| Rang | Verfahren | Prozent |
|------|---|---------|
| 1 | Interaktionsbeobachtung (allgemein) | 85,4 |
| 2 | Familie in Tieren (FIT) | 76,2 |
| 3 | Fragetechniken im Beratungsprozess (allgemein) | 72,3 |
| 4 | Familienbrett | 66,5 |
| 5 | Satz-Ergänzungs-Test(s) | 56,9 |
| 6 | Sceno/Scenotest | 39,2 |
| 7 | Verzauberte Familie | 31,5 |
| 8 | Family-Relations-Test (FRT) | 18,5 |
| 9 | Düss Fabeln/Düss Fabeltest | 16,5 |
| 10 | Thematischer-Apperzeptions-Test (TAT) oder Kinder-Apperzeptions-Test (CAT) | 11,2 |
| 11 | Spezialisierter Fragebogen (z.B. CBCL/4-18, PFK 9-14, DEF, Fragebogen zu ADHS) | 8,8 |
| 12 | Sonstiges (z.B. Sandspieltherapie, Skulptur- und Aufstellungsarbeit, Genogrammarbeit) | 13,5 |

Tab. 7.20: Rangreihe zu den meistgenutzten Verfahren der Beziehungsdiagnostik in der EB (N = 260)

Die meisten Fachkräfte nutzen Beobachtungsmethoden, um sich ein Bild von der Beziehung zwischen Eltern und Kind zu machen (85,4 %). Interaktionsbeobachtung kann dabei direkt oder aber auch indirekt über Videoaufzeichnung und -analyse erfolgen. Etwa drei Viertel der Befragten verwenden zudem den Zeichentest Familie in Tieren (76,2 %). Fast genauso viele gewinnen Ihre diagnostischen Erkenntnisse über zielgerichtete Fragen, die sie im Beratungsgeschehen anwenden. Mehr als die Hälfte nutzt das Familienbrett (66,5 %) oder

diverse Satzergänzungsmethoden (56,9 %) zur Beziehungsdiagnostik. Eher wenige Berater nutzen den Family Relations-Test, die Düss Fabeln, den TAT oder speziellere Fragebögen zur Messung der Beziehung.

7.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

An der Online-Befragung zum Bindungswissen nahmen zwischen Juni und September 2011 283 beraterisch-therapeutische Fachkräfte aus 101 Erziehungsberatungsstellen teil. Die beiden größten teilnehmenden Berufsgruppen waren dabei deutlich Psychologen und Sozialpädagogen/-arbeiter. Durchschnittlich hatten alle befragten Fachkräfte mehr als eine beraterisch-therapeutische Zusatzqualifikation erworben, wobei die systemische Weiterbildung von mehr als zwei Dritteln der Stichprobe weithin am häufigsten gewählt wurde. Entsprechend gaben auch mehr als die Hälfte der Fachkräfte an, systemische Verfahren handlungsleitend zu nutzen. Ein knappes Drittel nutzen zwar meist systemische Ansätze, kombinieren diese aber mit anderen gelernten Verfahren und gehen demnach eher eklektisch oder kombinatorisch bzw. situationsspezifisch in Beratungsprozessen vor.

Fast zwei Drittel schätzen ihr Bindungswissen als gut oder sehr gut ein und haben dieses Wissen meistens über das Selbststudium und über Fortbildungen dazugewonnen. Psychologen schätzen sich dabei etwas besser ein als Sozialpädagogen. Ebenso verhält es sich mit Fachkräften, die sich an mehreren Verfahren orientieren. Diese schätzen ihre Bindungskenntnisse besser ein als hauptsächlich systemisch orientierte Therapeuten und Berater. KJP, das Gros der Fachkräfte die im Feld der Frühen Hilfen arbeiten und Fachkräfte die eine Fortbildung besucht haben geben ihr Bindungswissen deutlich besser an als der Rest der Stichprobe. Die besuchten Fortbildungen zur Bindungstheorie bilden ein breit gefächertes Spektrum ab, dauerten meist ein bis drei Tage und wurden innerhalb der letzten fünf Jahre absolviert. Nahezu alle Fachkräfte halten die Bindungstheorie im Arbeitsfeld für relevant oder sehr relevant. Jedoch nutzen über die Hälfte Begriffe dieser Theorie im Fallaus tausch selten oder fast nie. Zur Einschätzung und Erklärung von psychosozialer Entwicklung und auffälligem Beziehungsverhalten wird die Bindungstheorie je nach Betrachtungsweise als zweithäufigste genutzte Theorie nach den systemischen Konzepten genannt.

Die befragten Fachkräfte konnten insgesamt rund 60 % der offenen Begriffe zur Bindungstheorie zusammentragen, wobei deutlich über die Hälfte spezifische Begriffe zur Bindungstheorie genannt hatten. Fast 40 % der Begriffe wurden nicht genannt, so dass zusammen mit den Begriffen die nicht spezifisch der Bindungstheorie zuzurechnen sind etwas mehr als ein Drittel der maximal möglichen Begriffe spezifisch Bindungstheoretisch sind. Die häufigsten Nennungen die dabei angegeben wurden waren die vier Bindungsmuster B, A, D, C in dieser Reihenfolge. Verfahren aus der Bindungsdiagnostik werden erheblich weniger genannt. Gruppenvergleiche zwischen Beratern mit guten und sehr gut eingeschätzten Kenntnissen und Fachkräften mit der Einschätzung „wenige“ und „keine Kenntnisse“ ergaben Unterschiede in der Häufigkeit der qualitativ kategorisierten Begriffe.

Etwas weniger als zwei Dritteln der Stichprobe schätzen ihr Wissen in der Bindungsdiagnostik als weniger gut bzw. als nicht vorhanden ein. Über die Hälfte der befragten Fachkräfte kennt kein spezifisches Verfahren zur Messung der Bindungsbeziehung. Das deutlich am häufigsten bekannte und genannte Verfahren ist dabei die Fremde Situation. Es gibt innerhalb der Stichprobe sehr wenige Anwender von Bindungsdiagnostikverfahren. Am häufigsten wird das Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung eingesetzt. Die allermeisten Fachkräfte schätzen hingegen die emotional-soziale Eltern-Kind-Beziehung mit Hilfe von Beobachtung der Interaktion im Beratungskontakt ein. Rund drei Viertel nutzen den projektiven Test Familie in Tieren und etwas weniger Befragte diagnostizieren mit spezifischen Fragetechniken im Beratungskontakt.

8 Diskussion

In diesem Abschnitt sollen die Ergebnisse, welche in Kapitel sieben dargestellt wurden zueinander in Bezug gesetzt und aufgrund der theoretischen wie praktischen Ausgangslage erörtert werden. Dabei werden Antworten auf die in Kapitel 5.2 gestellten Fragen gegeben und die dort dargestellten Hypothesen überprüft und diskutiert. Am Ende des Kapitels sollen darüber hinaus Schlussfolgerungen für die Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit in der Erziehungsberatung gezogen werden.

8.1 Zur Bewertung und Aussagekraft der Erhebung

Zur Aussagekraft der Stichprobe

Bei der befragten Stichprobe handelte es sich ausschließlich um Fachkräfte aus nordrhein-westfälischen Beratungsstellen, um evtl. Rückschlüsse auf die Gesamtheit der beraterisch-therapeutischen Fachkräfte in diesem Bundesland ziehen zu können. Bei einer Beteiligung von über 40 % der nordrhein-westfälischen Erziehungsberatungsstellen konnte eine große und repräsentative Menge an unterschiedlichen Einrichtungen gewonnen werden. Allerdings nahmen aus diesen Beratungsstellen durchschnittlich nur 2,3 Fachkräfte teil. Das entspricht 283 Fachkräften, die wiederum ca. 18,6 % aller Fachkräfte in NRW entsprechen. Damit lässt die Menge der befragten Berater nur vorsichtige Rückschlüsse auf eine etwaige Grundgesamtheit in Nordrhein-Westfalen zu. Ob es sich bei der Stichprobe tatsächlich um 18,6 % aller nordrhein-westfälischen Erziehungsberatungsfachkräfte bzw. um 44,5 % aus 101 Beratungsstellen handelt, kann abschließend nicht exakt gesagt werden. Nach Kenntnisstand des Autors existieren keine veröffentlichten Zahlen über die tatsächliche Anzahl der beraterisch-therapeutischen Fachkräfte in der nordrhein-westfälischen Erziehungsberatung. Telefonate mit den Landesjugendämtern in NRW, die alle Fachkraftstellen in Erziehungsberatungsstellen (mit)finanzieren brachten die Erkenntnis, dass lediglich Planstellen ausgewiesen werden könnten. Wie die einzelnen Einrichtungen diese Planstellen dann an Mitarbeiter aufteilen würden (z.B. zweimal 50%-Planstelle), sei Sache der Institutionen. Verlässliche Angaben wie viele Mitarbeiter demnach zurzeit in NRW arbeiten, waren daher vom Autor nicht präzise zu

spezifizieren. Die Berechnung aller Stellen für erziehungsberaterische Fachkräfte erfolgte wie in Kapitel 5.3 dargelegt.

Einige soziodemographische Merkmale der Stichprobe können trotz dieser Unwägbarkeiten mit den erhobenen Zahlen der bke für Gesamtdeutschland verglichen werden (vgl. Kapitel 5.1). Daraus geht hervor, dass die Verteilung der Geschlechter in der durchgeführten Befragung nur unwesentlich von den Zahlen der bke abweicht. Bei der Häufigkeit der Grundprofession gibt es ähnliche Mehrheitsverhältnisse, mit kleineren Unterschieden zur bke-Statistik. Die Studie weist dabei eine stärkere zahlenmäßige Dominanz der Sozialpädagogen und Sozialarbeiter (+ 5,1 %) und eine kleinere Anzahl an Psychologen (- 5,7 %) aus. Bei der Häufigkeitszählung der beraterisch-therapeutischen Ausbildung lassen sich ebenso Gemeinsamkeiten mit der Erhebung der bke darstellen. Einzig die Häufigkeit der Ausbildung in Psychoanalyse ist stärker abweichend (+ 16,1 %), wobei die tiefenpsychologische Orientierung in der OFBw-Untersuchung mit eingerechnet ist, was bei der bke-Erhebung vermutlich nicht der Fall war. Daneben ist die Systemische Ausbildung noch häufiger in der durchgeführten Befragung vertreten (+ 11,9 %).

Da alle diese Zahlen von der bke aus dem Jahr 2003 stammen und für die gesamte Bundesrepublik gelten, können sie nicht äquivalent mit den erhobenen Zahlenwerten des Online-Fragebogens verglichen werden. Dennoch geben sie eine erste Orientierung und legen nahe, dass die Verhältnisse in Nordrhein-Westfalen in etwa realistisch abgebildet sein könnten.

Zur Problematik des Vergleichs zwischen unterschiedlichen Professionen

Vor der empirischen Untersuchung wurde davon ausgegangen, dass in der Erziehungs- und Familienberatung mit ihrem multiprofessionellen Fachteam eine Reihe von Gruppenvergleichen möglich werden, die sich vor allem auf die Grundprofessionen und die therapeutische Orientierung hin durchführen lassen. Zumaldest in der Theorie setzt sich das multiprofessionelle Team aus Fachkräften unterschiedlicher Fachrichtungen, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind zusammen. In der Erhebung konnte aufgrund der erhobenen Menge streng genommen nur zwischen Psychologen und Sozialpädagogen verglichen werden. Weitere Berufsgruppen waren in ihrer Anzahl zu schwach vertreten. Noch zugespitzter ist dies bei den sogenannten Zusatzquali-

fikationen, den beraterisch-therapeutischen Aus- und Weiterbildungen. Über 80 % der Fachkräfte gaben die Systemische Beratung/Therapie als ihr handlungsleitendes oder eines ihrer handlungsleitenden Therapieverfahren an. Das sind sogar mehr Fachkräfte als überhaupt eine Ausbildung in diesem Verfahren angegeben haben. Berater die handlungsleitend nach anderen Verfahren beraten, waren eindeutig in der Minderheit und konnten nicht repräsentativ verglichen werden. Damit konnten Sub-Hypothesen, die auf Unterschiede im Bindungswissen im multiprofessionellen Fachteam rekurrierten, nicht überprüft werden. So wäre z.B. ein Vergleich zwischen psychodynamischen und systemischen Therapeuten in der Frage der bevorzugten psychosozialen Erklärungs- und Erkenntnistheorien in Bezug auf die Bindungstheorie interessant gewesen.

An die erhobenen Mengenverhältnisse knüpfen sich daher Fragen bezüglich des multiprofessionellen Fachteams in NRW im Jahr 2011. In wieweit bei einem Team, das sich zum Großteil aus zwei Berufsgruppen zusammensetzt, die hauptsächlich systemisch-familientherapeutisch diagnostizieren und beraten, noch von Multi- oder Interdisziplinarität gesprochen werden kann bleibt im Auge des Betrachters. Kritisierte Vossler (2003) noch, dass das Profil der Erziehungsberatung nicht der geforderten Multiprofessionalität entspräche, weil zu einseitig mit therapeutischen Verfahren gearbeitet würde, statt z.B. mit sozialpädagogischen Methoden, muss 2011 überprüft werden, ob diese vielzähligen therapeutischen Verfahren, sich allmählich einem einzigen systemischen Verfahren reduzieren.

Zur Aussagekraft einzelner Antworten

Bei den weiteren hier diskutierten Ergebnissen muss beachtet werden, dass es sich dabei zum Teil um Selbsteinschätzungen der Fachkräfte handelt. Antworten auf Einschätzungsfragen, die möglicherweise die eigene Berufskompetenz der Befragten betreffen, unterliegen stärker der sozialen Erwünschtheit, als andere Antworten im OFBw. Bei den offenen Antwortformaten, besonders bei Frage 20 muss beachtet werden, dass ein Auslassen der Antwort(en) keine Rückschlüsse auf eine Unkenntnis der befragten Person zulässt. So könnten hier Antworten auch aufgrund des Arbeitszeitaufwandes oder der Ablehnung der Frage als solches nicht geben worden sein.

Abschließend bewertet der Autor den Rücklauf des Online-Fragebogens als Erfolg, da trotz der Unwägbarkeiten und Schwierigkeiten während der Datenerhebung (vgl. Kapitel 6.5) fast 20 % aller nordrheinwestfälischen Berater und Therapeuten aus der Erziehungsberatung teilgenommen haben. Berücksichtigt man dabei, dass es sich bei der Erziehungs- und Familienberatung um ein häufig befragtes Arbeitsfeld handelt bei dem viele Leiter und Sekretariate eingehende Befragungen von externen Absendern regelmäßig aussortieren weil die Fülle an Anfragen zu groß ist, erscheint der Rücklauf des OFBw in einem anderen Licht. Nach prognostischer Einschätzung des Vorsitzenden der nordrheinwestfälischen LAG war eine Rücklaufquote von rund 10 % zu erwarten (Hartings U., mündliche Mitteilung auf der Mitgliederversammlung der LAG EB NRW am 31.05.2011 in Düsseldorf).

8.2 Zum Bindungswissen der befragten Fachkräfte

Gute bindungstheoretische Kenntnisse in der Selbsteinschätzung

Die Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung legen auf den ersten Blick nahe, dass Berater und Therapeuten in NRW in der Mehrheit über gute bindungstheoretische Kenntnisse verfügen. Dieses Bild vermittelt zumindest die Auswertung der sechzehnten Frage. Hier schätzen über die Hälfte ihr Bindungswissen als gut und 29 Fachkräfte ihre Kenntnisse sogar als sehr gut ein. Nur eine verschwindend geringe Minderheit von drei Beratern hat keine Kenntnisse. Dies mag damit zusammenhängen, dass niemand der Befragten die Erkenntnisse aus der Bindungsforschung für irrelevant hält und nahezu alle die hohe Relevanz dieser Theorie für die EB unterstreichen. Belege für die guten Bindungskenntnisse der Berater finden sich bei den Ergebnissen der zwanzigsten Frage. Hier werden mehrheitlich spezifische Begriffe zur Bindungstheorie genannt. Hauptsächlich kommen diese Begriffe auch von den Fachkräften die ihr Bindungswissen als gut oder sehr gut beurteilt haben. Ebenso ließe sich für die guten Kenntnisse zur Bindungstheorie anführen, dass fast zwei Drittel der Fachkräfte bereits eine Fortbildung zum Thema Bindung besucht hatten und noch mehr Berater ihr Wissen über Literatur- und Selbststudium erworben haben. Dies offensichtlich in Teilen zusätzlich zur besuchten Fortbildung.

Diese Befunde stützen die Annahme zuvor formulierten Hypothese, dass sich die Bindungstheorie bereits im Arbeitsfeld der Erziehungsberatung niedergeschlagen hat. Nimmt man ausschließlich die Selbsteinschätzung der Fachkräfte zum Maßstab, werden die vorherigen Annahmen sogar übertrroffen. Die direkten Antworten zum Bindungswissen sprechen für scheinbar ausgeweitete Kenntnisse, die sich aufgrund dessen auch im erziehungsberaterischen Arbeitsalltag niederschlagen könnten. Dies ist bei einigen Fachkräften sicherlich auch der Fall. Dennoch muss gefragt werden, warum die Hälfte der Berater angibt, Begriffe und Konzepte der Bindungstheorie selten in Fallbesprechungen zu nutzen. 23 Personen äußern an dieser Stelle sogar, dass sie fast nie Formulierungen aus der Bindungstheorie in Fallbesprechungen verwenden. Dafür muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass davon ausgegangen wird das Fallbesprechungen in der Familienberatung stets theorie- und konzeptgeleitet sind. Der Beratungsfall einer Familie/eines Klienten wird von einer Fachkraft so geschildert, dass Kollegen und gegebenenfalls ein Supervisor ihn mit all seinen Fakten, psychosozialen Implikationen, Motivlagen sowie der Perspektive der falleinbringenden Fachkraft nachvollziehen können. Wie in Kapitel drei dargestellt sind rund 75 % der Indexklienten der Erziehungsberatung in einem Alter zwischen drei bis 15 Jahren. Bindung ist in diesem Altersspektrum und gerade auch im Alter von sechs bis neun, was die meisten Kinder der Erziehungsberatung betrifft von enormer Bedeutung. Daher bleibt die Frage offen, warum die befragten Fachkräfte eher seltener oder gar nie ihre Fallbeschreibungen unter Bindungsaspekten durchführen. Offensichtlich beschreiben sie die sozial-emotionalen Beziehungen von Kindern und Jugendlichen mit anderen Begriffen. Dies scheint umso erstaunlicher, da die meistgenannten Begriffe zur Bindungstheorie, die der organisierten wie desorganisierten Bindungsqualitäten waren. Dies legt die Vermutung nahe, dass diese Begriffe eher als Bindungstypen der Kleinstkinder, die die Versuchsanordnung der Fremden Situation durchlaufen haben, identifiziert werden und die Praxisrelevanz des Konzepts nicht genügend erkannt wurde.

Fehlende Hinweise auf Verinnerlichung und praktische Anwendung des Bindungswissens

Daher stellt sich die Frage nach der Verinnerlichung und Tiefung der bindungstheoretischen Kenntnisse der Befragten. Feinfühliges Verhalten zeigen Eltern

nicht nur bei Kindern unter drei Jahren, die Bindungs-Explorationsbalance hält ein Leben lang an und Bindungsstörungen in einem erweiterten Verständnis, liefern Beschreibungen für hochunsichere und scheinbar beziehungsgestörte Heranwachsende (vgl. Kapitel 2). All diese Begriffe wurden bedeutend weniger genannt, wie insgesamt überhaupt nur etwas mehr als ein Drittel von einem Ideal an spezifisch bindungstheoretischen Begriffen (100 %) genannt wurde. Es fällt auch ins Auge, dass auch jene Fachkräfte die angeben haben, dass sie nur wenige Kenntnisse zur Bindungstheorie besitzen nicht in einem erheblich geringeren Maße spezifische Begriffe zur Bindungstheorie nennen als diejenigen, mit selbsteingeschätztem gutem und sehr gutem Bindungswissen. Zwischen wenigen, guten und sehr guten Kenntnissen so lässt sich vermuten könnte es weniger Unterschiede zu geben als die Begriffe suggerieren. Fraglich ist auch wie viel und welches Wissen zur Bindung in ein- bis dreitägigen Fortbildungen verinnerlicht werden konnte. Die thematische Auflistung der gemachten Fortbildungen gibt dabei wenig Aufschluss über die inhaltliche Qualität für die Erziehungsberatung. Ausgenommen werden müssen dabei die sogenannten Weiterbildungspakete „SAFE – Sichere Ausbildung für Eltern“ und „EPB – Entwicklungspsychologische Beratung“, die deutlich bindungstheoretisch und praxisnah ausgerichtet sind. Allerdings betreffen Sie die Spezialgruppe der Eltern mit Kindern unter drei Jahren (Frühe Hilfen). Die Hypothese, dass das Bindungswissen in der Erziehungsberatung eher Grundlagen betrifft, die bei der alltäglichen Arbeit mit den Heranwachsenden und ihren Eltern eher wenig Anwendung finden, wird durch die Ergebnisse der Selbsteinschätzung des Wissens über Bindungsdiagnostik gestützt. Obwohl die Messung der Bindungsqualität ein zentrales Anliegen der Bindungsforschung ist und gerade in diesem Bereich Konzepte der Bindungstheorie die Erziehungsberatung bereichern können, fällt das selbsteingeschätzte Wissen hier diametral zum zuvor angegeben Bindungswissen aus. Verfahren der Bindungsdiagnostik werden kaum als spezifische Begriffe der Bindungstheorie genannt und spiegeln sich auch in der verhältnismäßig geringen Anzahl der dazu besuchten Fortbildungen wieder. Weitere Argumentationen für diese Hypothese finden sich in den Abschnitten 8.3 und 8.4 wieder.

Bezüglich der Aneignung der Kenntnisse zur Bindungstheorie lässt sich schlussfolgern, dass die Bindungstheorie erst in den letzten zehn bis 15 Jahren im psychosozialen Feld an praktischer Bedeutung gewonnen hat. Da die meisten befragten Fachkräfte ihr Studium und ihre therapeutische Ausbildung vor

dieser Zeit absolviert hatten, fand die Aneignung des Bindungswissens an diesen Lernorten eher weniger statt. Neben der Fortbildung macht das Selbst- und Literaturstudium in der Befragung die größte Quelle der Erkenntnisse aus. Es gehört zum Wesen der Erziehungsberatung, dass ihre Fachkräfte sich kontinuierlich fort- und weiterbilden und sich dabei auch selbst Konzepte erschließen. Dabei liegt es allerdings in der Natur des Selbststudiums, dass das hierüber aufgenommene Wissen nicht nur gespeichert sondern in die eigenen Wissensbestände integriert werden muss, so dass es im praktischen Handeln anwendbar wird. Dies ist beim Literatur- und Selbststudium durchaus schwieriger zu realisieren als bei anwendungsbezogenen Fortbildungen oder gar mehrjährigen Weiterbildungen, die Bindungswissen idealerweise als Referenztheorie bspw. für das Betrachten der emotionalen Eltern-Kind-Beziehung in die eigene professionelle Persönlichkeit integrieren.

Letztlich kann zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage resümiert werden, dass gemessen an der Selbsteinschätzung eine Vielzahl der Berater über Kenntnisse zur Bindungstheorie verfügen. Den Vermutungen und Argumentationen folgend kann die Stichprobe grob in drei Gruppen eingeteilt werden:

- ▶ Eine Minderheit an Fachkräften (ca. zwischen zehn Prozent und ein Drittel), die vermutlich über tiefgehende und spezialisierte Kenntnisse verfügt sowohl in Bindungstheorie allgemein als auch im Bezug zur Diagnostik der Bindungsbeziehung. Einige dieser Fachkräfte haben mehrtägige bindungsorientierte Weiterbildungen im Bereich der Frühen Hilfen absolviert und arbeiten teilweise auch in der Erziehungsberatung in diesem Feld. Andere dieser Berater sind höchstwahrscheinlich approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
- ▶ Eine andere Gruppe der befragten Fachkräfte (vermutlich mehr als ein Drittel) verfügt über bindungsspezifische Kenntnisse, die von ihnen selbst zum Teil als gut eingeschätzt werden, aber als Beschreibungskategorien selten im beraterisch-therapeutischen Alltag auftauchen. Daher kann vermutet werden, dass diese Grundkenntnisse für einzelne Fachkräfte subjektiv wenig Anwendungsbezug für die erziehungsberaterische Arbeit haben.
- ▶ Weiterhin wurden Fachkräfte befragt (vermutlich etwas weniger als ein Drittel), die ihr Bindungswissen und vor allem ihre Kenntnisse in Bin-

dungsdiagnostik als eher weniger gut einschätzen. Sie haben häufig keine Fortbildung zum Thema Bindung besucht und nennen keine oder nur wenige spezifische Begriffe zur Bindungstheorie. Sie kennen keine Verfahren der Bindungsdiagnostik und in Fallbesprechungen wie auch impliziten Erklärungs- und Einschätzungsprozessen spielt die Bindungstheorie für sie vermutlich kaum eine Rolle.

Die eben getätigten Aussagen sind empirisch nicht aus den in Kapitel 7 dargestellten Ergebnissen abzuleiten. Dazu bedarf es weiterer Analysen des vorliegenden Datenmaterials. Nimmt man dennoch diese Interpretation zur Grundlage, würde es nahe liegen, dass bei mehr als zwei Dritteln der Berater und Therapeuten, die Bindungstheorie wenig bis keinen Anwendungsbezug hat. Dadurch werden neue Fragen aufgeworfen, bspw. wie von diesen Fachkräften Konzepte wie „desorganisierte Bindung“ interpretiert werden und warum sie in der Erziehungsberatung offensichtlich eine untergeordnete Rolle spielen.

8.3 Zum Stellenwert der bindungstheoretischen Perspektive

Auf der Grundlage der im letzten Abschnitt diskutierten Befunde, ergibt sich bzgl. des Stellenwertes der Bindungstheorie in Erklärungs- und Erkenntnisprozessen in der Erziehungsberatung ein ambivalentes Bild. Allgemeine bindungstheoretische Kenntnisse sind vorhanden, die Ergebnisse der Bindungsforschung werden auch von fast allen Befragten für relevant bis sehr relevant gehalten, jedoch kommen sie in Fallbesprechungen seltener zum Einsatz und drücken sich in einem eher weniger guten Kenntnisstand in bindungsdiagnostischen Prozessen aus.

Weitere interpretationswürdige Ergebnisse liefern die Antworten auf die Fragen nach favorisierten Konzepten zur Einschätzung der psychosozialen Entwicklung und dem auffälligen Beziehungsverhalten von Heranwachsenden. Hier stehen Bindungskonzepte auf Platz zwei, jedoch weit abgeschlagen hinter systemischen Konzepten, die mit Abstand am häufigsten herangezogen werden, vor allem um auffälliges Verhalten zu erklären. Erwähnenswert sind noch die psychoanalytischen Konzepte, die noch relativ häufig von einigen Fachkräften auf den ersten oder zweiten Rang sortiert wurden. Diese Ergebnisse waren insofern zu erwarten, da es sich dabei um die beiden am häufigsten vertretenen

beraterisch-therapeutischen Weiterbildungen der Studie handelt. Auffälligkeiten in der psychosozialen Entwicklung und im Verhalten eines Kindes werden von den befragten Fachkräften demnach meist im Kontext der sozialen, vor allem der familialen Beziehungen betrachtet. Das bindungstheoretische Konzepte dabei am zweithäufigsten genutzt werden, stellt die Hypothese, die davon ausgeht, dass die Bindungsperspektiven keine größere Rolle in der EB spielen, in Frage. Daneben stellt es die Diskussion um das Bindungswissen der Fachkräfte vor die Frage, warum Berater die mutmaßlich keine verinnerlichten bindungstheoretischen Kenntnisse besitzen, relativ häufig psychosoziale Entwicklung und auffälliges Beziehungsverhalten mit der Bindungstheorie erklären. Dies würde einen sicheren Umgang mit den Bindungsqualitäten in der Kindheit und vor allem mit dem Konstrukt der desorganisierten Bindung bedeuten. Vermutlich würde es auch gewisse Kenntnisse der Diagnostik der Bindungsbeziehung voraussetzen. Nicht zuletzt müsste diese Beschreibungskategorien dann in Prozessen wie Fallbesprechungen zum Tragen kommen und beraterisch-therapeutische Indikationen nahelegen (vgl. Kapitel 2.5.1 und 2.6).

Da es sich bei der vierzehnten und fünfzehnten Frage um reflexive Selbsteinschätzungsfragen handelte, müssen die Ergebnisse ähnlich wie bei den Fragen zu den Kenntnissen zur Bindung und zur Bindungsdiagnostik mit Vorsicht interpretiert werden. Es darf dabei angenommen werden, dass der diagnostische Blick der Fachkräfte der Erziehungsberatung aus vielfältigen Merkmalen zusammengesetzt ist, sie aber hauptsächlich einen theoretischen Ansatz nutzen (in dem sie gut ausgebildet sind), um ihre Wahrnehmung zu erklären. Dieser theoretische Ansatz scheint in der Erziehungsberatung primär der der systemischen Theorie zu sein. Nur rund 15 % der Berater nutzen die Bindungstheorie als vorrangiges Konzept um psychosoziale Entwicklung bzw. rund 12 % um auffälliges Beziehungsverhalten einzuschätzen. Dies entspricht in etwa der Vermutung, dass bindungstheoretische Perspektiven weniger Einfluss auf Erkenntnis- und Erklärungsprozesse in der EB gewonnen haben als andere Theorien. Es deckt sich weithin mit der Angabe der selten vorkommenden bindungstheoretischen Beschreibungen in Fallbesprechungen.

Nimmt man noch einmal die hohe Relevanz, die den bindungstheoretischen Befunden im Bereich der Erziehungsberatung zugemessen wird zum Ausgangs-

punkt, muss gefragt werden, in welchem Tätigkeitsbereich sich diese Relevanz ausdrückt. Aus einem anderen Blickwinkel betrachtet geben immerhin etwas mehr als einem Drittel der Fachkräfte an, die Bindungsperspektive in Fallbesprechungen einzubringen. Letztlich scheint Bindungstheorie in Erkenntnisprozessen und den daraus folgenden Erklärungen und Beschreibungen zumindest eine nachgeordnete Rolle zu spielen. Damit lässt sich die These, dass Bindungstheorie bei Fachkräften der Erziehungsberatung (noch) keine größere Rolle spielt, zwar weder verwerfen noch belegen, es wurden jedoch Anhaltspunkte für eine Bestätigung dieser Vermutung gefunden, die damit weitere Fragen aufwirft.

Zur Problematik der Anwendbarkeit des bindungstheoretischen Konstrukts

Die Bindungstheorie ist empirisch nachvollzogen worden und die Ergebnisse dieser Bindungsforschung sind sehr relevant für die Erziehungsberatung. Nur wo lässt sich das bindungstheoretische Konstrukt anwenden? Was nutzt Beratern und Therapeuten ihr Wissen um sichere und unsichere Bindungen in der Erziehungsberatung? Welche Konsequenzen erwachsen aus den besuchten Fortbildungen zur Anwendung der Bindungstheorie? Frühe Hilfen, die prädestiniert sind für bindungstheoretische Konzepte, machen bisher nur einen geringen Teil der erziehungsberaterischen Arbeit aus (vgl. Frage 10). Wie können Eltern infolgedessen bindungsgeleitet beraten werden?

Mit diesen Fragen wird die Problematik der Anwendbarkeit einer psychologischen Theorie in der klinisch-therapeutischen, sozialpädagogischen Praxis umrissen. Die Lücke zwischen (Bindungs-)Theorie und (erziehungsberaterischer) Praxis wird in der Regel durch konkrete Anwendungen und Interventionen gefüllt, die aus der Theorie entwickelt wurden. Fachkräfte schulen sich dann in diesen Anwendungen gemeinhin in Fort- und Weiterbildungen. Obwohl bereits bindungsgeleitete Praxiskonzepte existieren (bspw. die angesprochenen SAFE oder EPB im Bereich der Frühen Hilfen sowie konzeptionelle Vorschläge von Scheuerer-Englisch (2010) für die Pflegeelternberatung oder von Brisch (2010) für die Psychotherapie), ist noch nicht abzusehen auf welche Weise die bindungstheoretische Perspektive die Arbeit mit Familien mit Kindern im mittleren Alter (sechs bis neun Jahre) und darüber hinaus in der Erziehungsberatung ergänzen könnte. Eine vielversprechende Option ist die spezielle Bindungsdiag-

nostik anhand von erprobten Verfahren. Doch unterstreichen die Ergebnisse der Untersuchung, dass es hier an Kenntnissen fehlt.

8.4 Zur Bindungsdiagnostik im Allgemeinen und im Speziellen

Wenige bindungsdiagnostische Kenntnisse in der Selbsteinschätzung

Bindungsdiagnostik meint wie in Kapitel 4.3 skizziert vor allem die konkrete Bestimmung eines Bindungstyps bei der untersuchten Testperson. Bindungsdiagnostik im Allgemeinen stellt eine differenzierte Möglichkeit der Beziehungsdiagnostik dar, bei der sozial-emotionale Beziehungsanteile in qualitativen, empirisch überprüften Kategorien beschrieben werden können. Davon, so lässt sich aus den Ergebnissen der Untersuchung schlussfolgern, machen eher weniger Berater und Therapeuten Gebrauch. So zeigt die Auswertung der Frage 21 in Verbindung mit Frage 23, dass rund 60 % ihre Kenntnisse zur Diagnostik der Bindung als wenig oder nicht vorhanden einschätzen und ebenso fast 60 % kein spezielles Erhebungsverfahren zur Bindungsdiagnostik kennen. Dies ist umso erstaunlicher da bei der letztgenannten Frage Diagnostikverfahren aufgelistet wurden, die angekreuzt werden konnten. Deutlich weniger als die Hälfte kennt dabei die Fremde Situation/Fremde-Situations-Test (vgl. Kapitel 2.2 und 4.3), die als wichtigstes Verfahren der Bindungsforschung angesehen werden kann. Dies korrespondiert mit den Hypothesen, dass sich die Bindungstheorie noch nicht bei den Fachkräften vertiefen konnte und sie daher keine größere Rolle in psychosozialen Erkenntnisprozessen in der Erziehungsberatung spielt. Weitere Verfahren der Bindungsdiagnostik werden von maximal einem Drittel der Befragten bekannt. Die Zahl der Anwender von Diagnostikverfahren zur Bindungsbeziehung liegt nochmals darunter. Daher kann geschlussfolgert werden, dass Erhebungsmethoden der Bindungsdiagnostik bisher wenig verbreitet in der Erziehungsberatung sind.

Diagnostik der Beziehung vs. Diagnostik der Bindung

Trotzdem bewerten rund 40 % ihre Kenntnisse zur Bindungsdiagnostik mit gut oder sehr gut. Dies scheint auch angesichts der weiteren Ergebnisse zunächst erstaunlich. So haben nur die wenigsten aller Berater eine Fortbildung zur Bin-

dungsdiagnostik absolviert und ein einschlägiger Begriff wie „desorganisierte Bindung“ wird nur von 80 Personen bei der Frage nach spezifischen Bindungsbegriffen genannt (Frage 20, dritthäufigste Nennung). Hintergrund könnte hierbei sein, dass von einigen befragten beraterisch-therapeutischen Fachkräften der Begriff der Bindung mit dem Begriff der Beziehung gleichgesetzt wurde. Diese Hypothese entstand bereits während der Durchführung der Interviews zur Fra gebogenkonstruktion. Dafür lassen sich Anhaltspunkte bei der Auswertung der vierundzwanzigsten Frage finden, bei der von einigen Fachkräften darauf verwiesen wurde, dass sie auch die bei Frage 22 angekreuzten projektiven Verfahren zur Bindungsdiagnostik verwenden würden. Bei diesen Antworten wird deutlich, dass Berater und Therapeuten sehr häufig in der EB etablierte Verfahren einsetzen, um die Eltern-Kind-Beziehung zu untersuchen. Dabei werden vor allem die in Kapitel 4.2 dargestellten projektiven Verfahren Familie in Tieren, Familienbrett, Satz-Ergänzungs-Test und mit Abstrichen der Sceno verwendet sowie die beiden eher implizit wie explizit einsetzbaren Beziehungsdiagnostikmittel der Beobachtung und der Informationsgewinnung über Fragentechniken während der Beratung. Auch wenn alle diese Diagnostikmethoden schlussendlich dazu dienen die sozial-emotionalen Beziehungen des Kindes einzuschätzen und einen Blick auf die „innere Welt“ des Heranwachsenden gewähren, hält keine von ihnen Kriterien für eine gelungene, sichere Beziehung oder eine problematische, unsichere Beziehung bereit. Um es noch konkreter auszudrücken, das was entwicklungspsychologisch unter Bindung verstanden wird, lässt sich mit diesen Verfahren und Methoden nicht messen. Im Gegenteil: projektive Verfahren besitzen den Nachteil, dass ihre Erhebungen erst durch möglichst viele gut geschulte Fachkräfte gedeutet/interpretiert werden müssen. Die Ergebnisse sprechen daher selten für sich selbst und sind von der durchführenden Fachkraft kaum objektiv und reliabel auszuwerten. Daher werden projektive Tests vielerorts eher als Kommunikationsmittel eingesetzt, anstatt als diagnostisches Erhebungsinstrument (Rentzsch & Schütz, 2009). Zu erwähnen ist außerdem, dass keines der erwähnten Verfahren explizit zur Beziehungsdiagnostik konstruiert ist. Das einzige, über ein andere Methode auszuwertende und ausdrücklich für die Beziehungsdiagnostik entwickelte Verfahren, der Family-Relations-Test, wird nur von weniger als 20 % der befragten Fachkräfte verwendet. Das Familienbrett das explizit mehr Kommunikations- als Diagnostikmittel ist, mag hilfreich für die Visibilisierung von Beziehungen sein, liefert aber ebenso wenig Anhaltspunk-

te über die Bindungsqualität der Kinder zu ihren Eltern. Wie in Kapitel 2 dargestellt, ist ein Erkennen dieser Bindungsmuster von Nöten, um Aufschluss darüber zu erhalten wie sicher das Kind an seine Bindungsperson(en) gebunden ist. Unsichere oder gar desorganisierte Elemente in Bindungen sind nur so klar zu identifizieren. Sie bergen damit die Möglichkeit der frühzeitigen Intervention, da es sich bei einer desorganisierten Bindung wie beschrieben noch nicht um eine Störung im klinischen Sinne handelt. Aus dieser Perspektive erscheint es dem wissenschaftlichen Stande der angewandten Psychologie und Sozialwissenschaften nicht nur unangemessen, Bindung mit projektiven Diagnostikverfahren zu erheben oder eben mit Beziehung gleichzusetzen, es erscheint darüber hinaus grob fahrlässig, problematisch erscheinende Bindungsbeziehungen nicht auf desorganisierte Anteile hin zu überprüfen.

Geringe Verbreitung der Erhebungsverfahren zur Bindung

Diagnostische Methoden die dies vermögen existieren bereits (vgl. Kapitel 4.3) und werden auch von einigen wenigen Beratern in der Erziehungsberatung eingesetzt. Zu erwähnen sind vor allem das Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung und das Bindungsinterview für die späte Kindheit, die zusammen den Altersbereich der fünf bis 13-jährigen abdecken und damit einen Kernbereich der Erziehungsberatung. Während das GEV-B bereits von einem Drittel der Befragten bekannt und in Einzelfällen schon angewandt wird, ist das BISK nur etwas mehr als einem Sechstel ein Begriff und wird kaum in der Praxis der Fachkräfte genutzt. Die bisher geringe Verbreitung dieser Erhebungsinstrumente, kann darauf zurückgeführt werden, dass sie gerade einmal acht Jahre (BISK) bzw. zwei Jahre (GEV-B) in gut beschriebenen Versionen für die psychosoziale Praxis in Deutschland vorliegen. Erst mit ihrer Hilfe ist es allerdings möglich einen anderen Blick auf die engen und vertrauten Beziehungen von Kindern zu werfen. Bindung wird dabei von einem theoretischen Konstrukt zu einer überprüfbarer Variable, die sich konkret in Antworten auf Fragen wie:

- ▶ Wie emotional unterstützend erlebt das Kind seine Eltern/Bindungspersonen,
- ▶ Wie reagiert das Kind auf angstmachende, bedrohliche Situationen und wie regulieren seine Eltern/Bindungspersonen diese,

- ▶ Wie stark und wodurch wird das Kind belastet und wie geht es mit diesen emotionalen Belastungen um,
- ▶ Was braucht das Kind von seinen Eltern/Bindungspersonen, um emotional sicher aufzuwachsen,
ausgestaltet (vgl. Kapitel 2.3 und 4.3).

Eine weitere Bedeutung kommt dem Fürsorgeverhalten der erwachsenen Bindungsperson gegenüber ihrem Kind zu. Wie in den Kapiteln 2.2.3 und 2.3 beschrieben ist dies stark abhängig von der eigenen Bindungsrepräsentation des Elternteils. Das Adult Attachment Interview bietet daher eine valide Möglichkeit, die Qualität der Bindungsrepräsentation der Fürsorgepersonen zu erfassen (vgl. Kapitel 4.3.3). Es wird nur von 16 befragten Personen in der beraterisch-diagnostischen Arbeit genutzt. Auch andere Fragebogenverfahren, die die Einschätzungen von Eltern methodisch erheben (vgl. Kapitel 4.2.2), kommen in den Ergebnissen der Befragung selten oder überhaupt nicht vor. Es stellt sich die Frage, wie Berater und Therapeuten die Struktur der Beziehungsfähigkeit der Eltern einschätzen. Es darf vermutet werden, dass dies in den seltensten Fällen überhaupt explizit in der Erziehungsberatung passiert. Wesentliche Informationen über Beziehungsverhalten der einzelnen Familienmitglieder und über das Erziehungsverhalten der Eltern, erhalten viele Fachkräfte direkt in den Beratungsgesprächen. Mit den Methoden der Beobachtung (häufigste Nennung, Frage 22) und der gezielten bzw. aufdeckenden (mutmaßlich systemischen) Fragestellung (dritthäufigste Nennung, Frage 22), dürften viele Berater Hinweise über das elterliche Erziehungs- und Beziehungsverhalten bekommen. Was passiert mit diesen Eindrücken? Wie spiegeln sie sich ggf. in der Beratungs- bzw. Therapieplanung wieder, wenn Hinweise auf höchst problematische Beziehungen z.B. zwischen Mutter und Tochter entdeckt werden? Wie können solche Beziehungen dann aus der Elternsicht detaillierter erfasst werden, um z.B. einen unverarbeiteten Bindungsstatus offenzulegen? Auf diese und weitere Fragen bedarf es Antworten, der professionellen Erziehungsberatung, die sich den Ergebnissen der hier zitierten Befragung entziehen. Die Resultate des OFBw belegen jedoch, im Hinblick auf die spezielle Bindungsdiagnostik, die insgesamt sehr geringe Verbreitung von entsprechenden Verfahren in der Erziehungsberatung.

Zur Problematik der Anwendbarkeit von Erhebungsverfahren der Bindungsdiagnostik

Hintergrund der eher geringen Verbreitung der bindungsdiagnostischen Verfahren sind möglicherweise die zum Teil hohen Anforderungen, die diese in Durchführung und vor allem Auswertung mit sich bringen (vgl. Kapitel 4.3). Trotz vieler, für die praktische Anwendung, gewinnbringender Modifikationen entstammen die bindungsdiagnostischen Verfahren der klinischen Forschung. Diese haben den Vorteil, wissenschaftlich exakt und objektiv, reliabel und valide anwendbar zu sein, sie bergen jedoch auch den Nachteil eines hohen Aufwandes zu Durchführung. Bspw. dauert die Anwendung des AAI mindestens eine Zeitstunde und sollte zur exakten Auswertung auditiv mitgeschnitten werden. Es erfordert ein vorheriges Interviewtraining vom Berater, bei dem er die Fragen des AAIs weitestgehend verinnerlicht haben sollte, um es gut anwenden zu können. Das GEV-B ist deutlich praxisorientierter, benötigt aber immerhin eine Videoaufzeichnung der Testsituation, von der eine schriftliche Transkription anzufertigen ist. Das BISK operiert ebenso mit Videoaufzeichnung und veranschlagt, ähnlich wie das AAI, eine Zeitstunde oder länger. Zur aussagekräftigen Auswertung aller drei Verfahren, ist es notwendig, eine gewisse Anzahl an vorherigen Klassifizierungen durchgeführt zu haben. Dafür gibt es beim AAI und beim GEV-B spezielle Schulungen, in denen die Exaktheit der Identifizierung der Bindungsmuster trainiert wird. Die genaue Auswertung ist dabei überaus aufwendig und kann mehrere Stunden veranschlagen.

Erziehungsberatung aber braucht Verfahren, die schnell und einfach durchzuführen wie auszuwerten sind. Projektive Testverfahren zur Beziehungsdiagnostik suggerieren diese Merkmale. Sie arbeiten weder mit Ton- oder Videoaufzeichnung, noch mit Transkription und dauern in der Regel nur wenige Minuten in ihrer Anwendung. Dabei wird allerdings leicht übersehen, dass projektive Verfahren, im Grunde ähnlich wie die bindungsdiagnostischen Verfahren, eine äußerst geschulte Auswertung voraussetzen, um überhaupt brauchbare Ergebnisse zu liefern. Trotzdem könnten die zuvor genannten Eigenschaften der Erhebungsverfahren zur Bindung, gewissermaßen ihr klinischer Forschungscharakter, den Weg in das Praxisfeld Erziehungsberatung erschwert haben.

8.5 Schlussfolgerungen und Implikationen für die Praxis der Erziehungsberatung

Die Bindungstheorie ist in Teilen in der Erziehungsberatung angekommen. So könnte ein erstes Fazit der vorliegenden Untersuchung lauten. Die Ergebnisse der Untersuchung geben dabei kein eindeutiges Bild ab. Bei der Beantwortung des Fragebogens legen die Fachkräfte an vielen Stellen nahe, dass ihnen Kenntnisse zur Bindungstheorie zu eigen sind und dass einige von ihnen diese sogar in diagnostischen Interventionen umzusetzen wissen. Auf der anderen Seite spricht einiges dafür, dass die Bindungstheorie bisher an vielen Stellen nicht mehr als eine bloße Theorie geblieben ist, deren Grundaussagen bekannt sind, aber wenig Auswirkung auf die alltägliche Praxis haben. Ausgenommen wären hier die Fachkräfte, die Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, entwicklungspsychologisch oder als sogenannte SAFE-Mentoren beraten. Über diese Personengruppe hinaus, scheint es vor allem im Bereich der diagnostischen Anwendungen der Bindungstheorie, die als bedeutende Praxismethoden zu verstehen sind, kärglich auszusehen. Die Bindungsdiagnostik ist noch nicht bei der breiten Masse der befragten erziehungsberaterischen Fachkräfte angekommen. So könnte ein weiteres Fazit der Untersuchung lauten.

Aus welchem Grunde braucht das Arbeitsgebiet Erziehungsberatung die Bindungstheorie überhaupt, könnte hier naiv gefragt werden. Sind bestehende erziehungsberaterische Methoden, Konzepte und Verfahren vor allem im Bereich der psychosozialen Diagnostik nicht bereits präziserprobt und überaus funktional? Sowohl als auch, könnte die Antwort lauten. Die Bindungstheorie könnte dennoch wie die theoretischen Grundlagen dieser Arbeit in einzelnen unterstreichen eine Bereicherung für die beraterisch-therapeutische und demnach auch für die diagnostische Arbeit in der Erziehungsberatung darstellen ohne bereits vorhandene Konzepte zu entwerten. Bindungstheorie könnte z.B. im Verhältnis zur systemischen oder tiefenpsychologischen Behandlung, die gewisse Grundorientierungen in der Erziehungsberatung wiederspiegeln, als eine Art integrative Basistheorie fungieren. Bindung, als evolutionär gewachsenes und allgegenwärtiges Grundsystem des Menschen existiert in jedem Fall, nur ob sie vom Berater beachtet wird, steht in Frage. Erziehungsberatung ist neben den Wirklichkeitskonstruktionen und Aufträgen der Adressaten auch immer eine Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Eltern die orientiert ist an „normalen“ Ent-

wicklungsprozessen. Dies wird vor allem deutlich, wenn diese normalen, für Kinder förderlichen Prozesse, überdeutlich gestört sind und Erziehungsberatung seinem im Kinder und Jugendhilfegesetz verankerten Schutzauftrag (§ 8a SGB VIII) nachkommen muss. Eine präventive, bindungsorientierte Perspektive setzt bereits vorher an. Ihre Interventionen zielen darauf ab, das Bindungssystem, das Fürsorgesystem und das Explorationssystem im besten Falle im Sinne eines sicheren Modells arbeitsfähig zu machen. „Sie sind damit stark ressourcenorientiert, achten auf vorhandene Stärken in Beziehungen und nutzen jeden noch so kleinen Anhaltspunkt für eine Unterstützung gelingender Beziehungsprozesse.“ (Scheuerer-Englisch et al., 2003, S.12-13).

Besonders unter dem Gesichtspunkt, der eingangs der Arbeit zitierten Studien zur psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, ist die Jugendhilfe und die besonders die Erziehungsberatung, in vielerlei Hinsicht dazu aufgerufen, diese Befunde ernst zu nehmen und darauf zu reagieren. Die Ermittlung der Bindungsqualität der Eltern-Kind-Beziehung in der Erziehungsberatung, könnte dabei einen wichtigen Baustein darstellen. Sie erlaubt bspw. eine Prognosestellung hinsichtlich der weiteren psychosozialen Entwicklung des Kindes. Besonders die Kategorie der nicht-organisierten Bindungsstrategie bei Eltern, aber vor allem bei den vorgestellten Kindern stellt einen entscheidenden Indikator der Frühintervention dar. Desorganisierte Bindungen spielen sich wie beschrieben im Vorfeld der Störung ab und sind genereller Risikofaktor für unangepasstes Verhalten bis hin zu einer pathologischen Entwicklung. Vielfach sind diese Heranwachsenden Indexklienten in Beratungsstellen, die wie beschrieben u.a. damit beauftragt sind, präventiv tiefgreifende Entwicklungsstörungen abzuwenden. Innerhalb der Diagnostik sind desorganisiertes Bindungsverhalten bzw. ein unverarbeiteter Bindungsstatus innerhalb der anderen Bindungsmuster derzeit jedoch nicht einfach zu messen. Zur sicheren Unterscheidung der Bindungstypen, gehört viel Erfahrung und zur wissenschaftlich exakten Bestimmung eine langfristige Schulung. Anzeichen einer Bindungsdesorganisation innerhalb dieser Diagnostik sind in der Regel auf eine Videoanalyse angewiesen, die einen bestimmten Zeitaufwand mit einschließt. Würde es aber gelingen, die einzelnen Bindungsmuster nur hinreichend genug nachzuweisen, könnte Erziehungsberatung ein erster wichtiger Schritt zur Prävention von pathologischen Verhaltensstörungen gelingen. Ähnlich der bereits für die Praxis adaptierten Bindungsdiag-

nostikverfahren (vor allem das GEV-B), käme es dabei nicht auf die Präzision der klinischen Forschung an, sondern auf eine gewisse Ökonomie und Handhabbarkeit in der Praxis. Der entscheidende Fortschritt gegenüber den bisherigen Diagnostikverfahren in der EB, wäre eine Beschreibungskategorie, die empirisch erforscht und fachwissenschaftlich *nachvollziehbar* wäre. Sie wäre indes *brauchbar, nützlich* und würde vor allem Implikationen für die (weitere) Beratung nahelegen.

Damit ist der Spagat zwischen normativer Orientierung und systembezogener (kriteriumsorientierter) Offenheit angesprochen. Ebenso ist damit auf die Systemische Therapie verwiesen, die nicht an Normen orientiert sondern an Wirklichkeitskonstruktion Adressaten ankoppelt und ausgehandelte Kontrakt- und Zielvereinbarungen zur Orientierung nimmt (von Sydow, 2008). Neben der Weiterentwicklung einer praxistauglichen Bindungsdiagnostik könnte es Ziel der Klinisch-therapeutischen Sozialen Arbeit sein, eine konzeptionelle Verbindung zwischen Systemischer Therapie und Bindungstheorie für die Behandlung in der Erziehungsberatung zu entwickeln. Eine Erziehungsberatung die stellenweise in normativen Kriterien einer normalen, gesunden kindlichen Entwicklung operiert und gleichzeitig die Offenheit braucht, um Systeme familialer Wirklichkeiten und Logiken überhaupt zu erreichen und ressourcenorientiert zu beraten, würde von einem solchen Konzept profitieren. Ansatzpunkte einer bindungssensiblen Beratung und Therapie (vgl. Kapitel 2.6) und diverser Implikationen für die Familienberatung und -therapie (Marvin, 2001; Scheuerer-Englisch, 2001) sind bereits gemacht. Erziehungsberatung die sich darüber hinaus ausdrücklich an der Prävention von sozialen- und psychischen Störungen beteiligt, braucht ein Beratungskonzept, das Bindungsdiagnostik beinhaltet und mit Eltern an der Veränderung der Bindungsqualität Richtung Sicherheit arbeitet. Ähnlich dem Konzept von Ziegenhain et al. (2006) könnten zentrale Anliegen einer bindungsorientierten Erziehungsberatung ein ressourcenorientiertes Vorgehen zur Verbesserung des elterlichen Interaktionsverhaltens und der elterlichen Feinfühligkeit sein. Methodische Überlegung könnte dabei der Einsatz von Videoaufzeichnungen sein, die später mit dem Eltern-Kind-System zusammen ausgewertet werden. Ein Konzept dieser Art müsste im Blick behalten, dass sich die (Selbst-)Regulation von emotionalen Belastungen im Kindesalter verändert, aber weiterhin Bin-

dungspersonen benötigt werden, um das Bindungssystem zu beruhigen und Sicherheit zu gewährleisten.

Die Ergebnisse der durchgeführten Studie zum Bindungswissen der Fachkräfte weisen darauf hin, dass eine Anwendung der Bindungstheorie in Rahmen der Diagnostik nicht weit verbreitet ist. Ebenso scheint es an Anwendungen in der Beratung zu fehlen, welche die Bindungssicherheit des drei bis 15 Jahre alten Kindes vorrangig in den Blick nimmt. Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit, mit ihrer ressourcenorientierten, bio-psycho-sozialen Ausrichtung scheint eine geeignete Grundlage zu sein ein systemisch-bindungsorientiertes Beratungsmodell für die Zukunft der Erziehungsberatung zu konzipieren. Bis dahin bleibt es jeder beraterisch-therapeutischen Fachkraft selbst überlassen, bindungstheoretische Elemente in ihren diagnostischen Blick und ihre Beratung zu integrieren und anschließend im Fachaustausch mit Kollegen Bindung explizit zu betrachten oder gegebenenfalls unter bisherigen Beschreibungskategorien von Beziehung zu subsummieren.

Literatur- und Quellenverzeichnis

ABEL, A. H. (1996): Beratung in der Jugendhilfe. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 28, 49-69.

ADLER, A. Schriften zur Erziehung und Erziehungsberatung (1913 - 1937) (Studienausgabe) Herausgegeben von Datler, W., Gstach, J., Wininger, M. (2009). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

AHNERT, L. (2011): Bindungsbeziehungen. Aufbau, Aufrechterhaltung und Abweichung. In: Otto, H.-U. / Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. München: Reinhardt. S.189-197.

AICHHORN, A. (1932): Erziehungsberatung. Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik. Wien. 445-488.

AINSWORTH, M. D. S. / BLEHAR, M. C. / WATERS, E. / WALL, S. (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

ARNOLD, S. / JORASCHKY, P. / CIERPKA, A. (2008): Skulpturverfahren. In: Cierpka, M. (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagnostik. Heidelberg: Springer. S.305-334.

BEELMANN, W. / SCHMIDT-DENTER, U. (1999): Der Family Relations Test (FRT). In: Sturzbecher, D. (Hrsg.): Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung, Beratung und Forschung. Göttingen: Hogrefe. S. 64-73.

BORG-LAUFFS, M. (2005): Bindungsorientierte Verhaltenstherapie. Eine Erweiterung der Perspektive. In: Junglas, J. (Hrsg.): Geschlechtergerechte Psychotherapie und Psychiatrie. "Zwei Seelen wohnen, acht! In meiner Brust". Beiträge zur allgemeinen PSYCHOtherapie. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

BORG-LAUFFS, M. / DITTRICH, K. (2010): Die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse als Ziel psychosozialer Arbeit. In: Borg-Laufs, M. / Dittrich, K. (Hrsg.): Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 7-22.

BOWLBY, J. (1969): Attachment and loss. Vol. I: Attachment. London: The Hogarth Press (Dt.: 2006, Bindung. München: Reinhardt).

BOWLBY, J. (1973): Attachment and loss. Vol. II: Separation, anxiety and anger. London: The Hogarth Press (Dt.: 2006, Trennung, Angst und Zorn. München: Reinhardt).

BOWLBY, J. (1980): Attachment and loss. Vol. III: Loss, sadness and depression. London: The Hogarth Press (Dt.: 2006, Verlust, Trauer und Depression. München: Reinhardt).

BOWLBY, J. (1988): A Secure Base. Parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books (Dt.: 1995, Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Heidelberg: Dexter).

BRETHERTON, I. (1987): New perspectives on attachment relations: Security, communication, and internal working models. In, Osofsky, J. D. (Hrsg.): Handbook of infant development. New York: Wiley. pp. 1061-1100.

BRETHERTON, I. / SUESS, G. / GOLBY, B. / OPPENHEIM, D. (2001): >Attachment Story Completion Task< (ASCT). Methode zur Erfassung der Bindungsqualität im Kindergartenalter durch Geschichtenergänzungen im Puppenspiel. In: Suess, G. J. / Scheuerer-Englisch, H. / Pfeifer, W. K. (Hrsg.): Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 83-124.

- BRISCH, K. H. (2010): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- BRISCH, K. H. (2010): SAFE© - Sichere Ausbildung für Eltern. Sichere Bindung zwischen Eltern und Kind. Stuttgart: Klett-Cotta.
- BUCHKA, M. (2003): Theoriemodelle der Sozialpädagogik. In: Badry, E. / Buchka, M. / Knapp, R. (Hrsg.): Pädagogik. Grundlagen und sozialpädagogische Arbeitsfelder. München: Luchterhand. S. 191-208.
- BUNDESKONFERENZ FÜR ERZIEHUNGSBERATUNG (bke) (Hrsg.) (2009a): Rechtsgrundlagen der Beratung. Empfehlungen und Hinweise für die Praxis. Fürth: bke-Eigenverlag.
- BUNDESKONFERENZ FÜR ERZIEHUNGSBERATUNG (bke) (Hrsg.) (2009b): Bachelor und Master. Konsequenzen der Hochschulreform für das multidisziplinäre Fachteam der Erziehungsberatung. Fürth: bke-Eigenverlag.
- BUNDESKONFERENZ FÜR ERZIEHUNGSBERATUNG (bke) (2010a): Beratung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Informationen für Erziehungsberatungsstellen 3/2010. 3-6
- BUNDESKONFERENZ FÜR ERZIEHUNGSBERATUNG (bke) (Hrsg.) (2010b): Das Kind im Mittelpunkt. Das FamFG in der Praxis. Fürth: bke-Eigenverlag.
- BUNDESKONFERENZ FÜR ERZIEHUNGSBERATUNG (bke) (2010c): Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten im multidisziplinären Team der Erziehungsberatung. Informationen für Erziehungsberatungsstellen 1/2010. 3-7
- BUNDESKONFERENZ FÜR ERZIEHUNGSBERATUNG (bke) (2011a): Ergebnisse statistischer Erhebungen zur Erziehungsberatung Stand: 31.12.2003 Fürth. Zugriff am 01.10.2011 auf <http://www.bke.de/content/application/explorer/public/statistik-der-erziehungsberatung/personeller-stand-der-erziehungsberatung.pdf> und <http://www.bke.de/content/application/explorer/public/statistik-der-erziehungsberatung/inanspruchnahme-von-erziehungsberatung.pdf>
- BUNDESKONFERENZ FÜR ERZIEHUNGSBERATUNG (bke) (Hrsg.) (2011b): Fort- und Weiterbildung. Das Programm 2012 für die Erziehungs- Familien- und Jugendberatung. bke-Eigenverlag.
- CASSIDY, J. / SHAVER, P. R. (Eds.) (2008): Handbook of Attachment (Second Edition). Theory, Research, and Clinical Applications. New York: The Guilford Press.
- CIERPKA, M. (2008): Über Familiendiagnostik. In: Cierpka, M. (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagnostik. Heidelberg: Springer. S.11-24.
- CREMER, H., HUND SALZ, A., MENNE, K. (Hrsg.) (1994): Jahrbuch für Erziehungsberatung. Band 1. Weinheim: Juventa.
- CRITTENDEN, P. M. (2005): Der CARE-Index als Hilfsmittel für Früherkennung, Intervention und Forschung. Frühförderung interdisziplinär, 24, Nr. 3, 99-106.
- DE WOLFF, M. S. / VAN IJZENDOORN, M. H. (1997): Sensitivity and attachment. A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. Child Development, 68, 571-746.
- DIETRICH, P. S. (1999): Der Scenotest. In: Sturzbecher, D. (Hrsg.): Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung, Beratung und Forschung. Göttingen: Hogrefe. S. 228-241.

- ERLER, M. (2010): Soziale Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch zu Geschichte, Aufgaben und Theorie. Weinheim: Juventa.
- FLÄMING, J. / WÖRNER, U. (1977): Standardisierung einer deutschen Fassung des Family Relations Test (FRT) an Kindern von 6 bis 11 Jahren. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 26, 5-11 und 38-46.
- FONAGY, P. (2006): Bindungstheorie und Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- FREUDENBERG, S. (1928): Erziehungs- und heilpädagogische Beratungsstellen. Leipzig: Hirzel.
- GAHLEITNER, S. B. (2011): Bindung/Beziehung in der sozialen Arbeit. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. Auflage. Baden-Baden: Nomos. S.121-122.
- GAHLEITNER, S. B. / PAULS, H. (2011): Therapie. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. Auflage. Baden-Baden: Nomos. S. 905-906.
- GEISSLER-PILTZ, B. / MÜHLUM, A. / PAULS, H. (2005): Klinische Sozialarbeit. München: Reinhardt (UTB).
- GEORGE, C. / KAPLAN, N. / MAIN, M. (2001): Adult Attachment Interview (Orig. 1985). In: Gloger-Tippelt, G. (Hrsg.): Bindung im Erwachsenenalter. Bern: Huber. S. 364-387.
- GEORGE, C. / SOLOMON, J. (2008). The caregiving system. A behavoiral systems approach to parenting. In: Cassidy, J. / Shaver, P. R. (Eds.) (2008): Handbook of Attachment (2nd Ed.). Theory, Research, and Clinical Applications. New York: The Guilford Press. pp. 833-856.
- GERTH, U. (2001): Befreiende Diagnosen. Systemische Diagnostik in der Erziehungsberatung. In: Menne, K. / Hundsitz, A. (Hrsg.): Jahrbuch für Erziehungsberatung. Band 4. Weinheim: Juventa. S. 137-154.
- GLOGER-TIPPELT, G. (Hrsg.) (2001): Bindung im Erwachsenenalter. Bern: Huber.
- GLOGER-TIPPELT, G. / KÖNIG, L. (2009): Bindung in der mittleren Kindheit. Das Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung 5- bis 8-jähriger Kinder (GEV-B). Weinheim: Beltz.
- GRAWE, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- GROSSMANN, K. / THANE, K. / GROSSMANN, K. E. (1981): Maternal tactual contact of the newborn after various postpartum conditions of mother-infant contact. Developmental Psychology, 17, 158-169.
- GROSSMANN, K. / GROSSMANN, K. E. (2004): Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- HEEKERENS, H.-P. (1998): Evaluation von Erziehungsberatung. Forschungsstand und Hinweise zu künftiger Forschung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie , 47, 589-606.
- HÉDERVÁRI-HELLER, E. (2011): Emotionen und Bindung bei Kleinkindern. Entwicklungen verstehen und Störungen behandeln. Weinheim: Beltz.
- HERMANN, U. (1999): Das Verfahren „Familie in Tieren“. In: Sturzbecher, D. (Hrsg.): Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung, Beratung und Forschung. Göttingen: Hogrefe. S. 224-259.

- HOPF, C. (1995): Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In: Flick, U. / von Kardorff, E. / Keupp, H. / von Rosenstiel, L. / Wolff, S. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Weinheim: Beltz. S. 177-181.
- HUND SALZ, A. (1995): Die Erziehungsberatung. Grundlagen, Organisation, Konzepte und Methoden. Weinheim: Juventa.
- HUND SALZ, A. (2003): Die Organisation der Erziehungsberatungsstelle auf dem Prüfstand. In: Weber, M. / Schilling, H. (Hrsg.): Beratung bei Konflikten. Wirksame Interventionen in Familie und Jugendhilfe. Weinheim: Juventa. S. 195-210.
- HÖGER, D. (2007): Der personzentrierte Ansatz und die Bindungstheorie. In: Kriz, J. / Sluneccko, T. (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes. Wien: facultas (UTB). S. 64-78.
- IMMISCH, P. F. (2011): Bindungsorientierte Verhaltenstherapie. Behandlung der bindungsbedingten Veränderungsresistenz bei Kindern und Jugendlichen. Tübingen: dgvt-Verlag.
- JÄGER, R. S. / PETERMANN, F. (Hrsg.) (1999): Psychologische Diagnostik. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz.
- JULIUS, H. (2009): Bindung und familiäre Gewalt-, Verlust-, und Vernachlässigungserfahrungen. In: Julius, H. / Klicpera-Gasteiger, B. / Kißgen, R. (Hrsg.): Bindung im Kindesalter. Diagnostik und Interventionen. Göttingen: Hogrefe. S. 13-26.
- JUNGBAUER, J. (Hrsg.) (2010): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit. Opladen: Budrich.
- KÖRNER, W. / VOGT-SITZLER, F. (2005): Elterliche Gewalt gegen Kinder. In: Körner, W. / Hörmann, G. (Hrsg.): Handbuch der Erziehungsberatung. Band 1. Anwendungsbereiche und Methoden der Erziehungsberatung. Göttingen: Hogrefe. S. 619-638.
- KÖRNER, W. / HENSEN, G. (2008): Erziehungsberatung: Strömungen, Entwicklungen und Standortbestimmung der institutionellen Beratung in der Jugendhilfe. In: Hörmann, G. / Körner, W.: Einführung in die Erziehungsberatung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 10-26.
- KRIZ, J. (2008): Grundorientierungen in der Erziehungsberatung. In: Hörmann, G. / Körner, W.: Einführung in die Erziehungsberatung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 101-120.
- KUBINGER, K. D. / HOLOCHER-ERTL, S. (2008): Diagnostische Verfahren. In: Hörmann, G. / Körner, W.: Einführung in die Erziehungsberatung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 86-100
- KURZ-ADAM, M. (1995): Modernisierung von innen? Wie der gesellschaftliche Wandel die Beratungsarbeit erreicht. Erziehungsberatung zwischen Vielfalt und Integration. In: Kurz-Adam, M. / Post, I. (Hrsg.): Erziehungsberatung und der Wandel der Familie. Opladen: Leske & Budrich.
- KURZ-ADAM, M. (1997): Professionalität und Alltag in der Erziehungsberatung. Entwicklungslinien und empirische Befunde. Opladen: Leske & Budrich.
- LENZ, A. (1990): Ländlicher Alltag und familiäre Probleme: eine qualitative Studie über Bewältigungsstrategien bei Erziehungs- und Familienproblemen auf dem Land. München: Profil-Verlag.
- LENZ, A. (1994): Die Wirksamkeit von Erziehungsberatung aus Sicht der Eltern. Jugendwohl, 75, 303-312.
- LENZ, A. (2001): Partizipation von Kindern in Beratung und Therapie. Entwicklungen, Befunde und Handlungsperspektiven. Weinheim: Juventa.

- LIEBERMAN, A. F. / ZEANAH, C. H. (1995): Disorders of attachment in infancy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, 571-687
- LUDEWIG, K. (2000): Das Familienbrett. Theorie, Methode, Entwicklungen. In: Ludewig, K. / Wilken, U. (Hrsg.): Das Familienbrett. Ein Verfahren für die Forschung und Praxis mit Familien und anderen sozialen Systemen. Göttingen: Hogrefe. S. 13-36.
- MAIN, M. / KAPLAN, N. / CASSIDY, J. (1985): Security in infancy, childhood, and adulthood. A move to the level of representation. In: Bretherton, I. / Water, E. (Eds.): Growing points in attachment theory and research. Monographs of the society for Research in Child Development, 50, pp. 66-106.
- MAIN, M. / SOLOMON, J. (1986): Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. In: Brazelton, T. B. / Yogman, M. (Eds.): Affective development in infancy. Norwood, NJ: Ablex. pp. 95-124.
- MARVIN, R. (2001): Beiträge der Bindungsforschung zur Praxis der Familientherapie. In: Suess, G. J. / Scheuerer-Englisch, H. / Pfeifer, W. K. (Hrsg.): Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 209-240.
- MAYRING, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- MENNE, K. (o.J.): Persönliche E-Mail-Mitteilung am 31.03.2011.
- NESTLER, J. / CASTELLO, A. (2003): Testdiagnostik an Erziehungsberatungsstellen. Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung in der Bundesrepublik. Unveröffentlichter Forschungsbericht Universität Freiburg i.Br., Institut für Psychologie. Informationen für Erziehungsberatungsstellen, 1/2003, 31-35 (gekürzte Form).
- NESTMANN, F. / SICKENDIEK, U. (2011): Beratung. In: Otto, H.-U. / Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. München: Reinhardt. S. 109-119.
- OTTO, H.-U. / THIERSCH, H. (Hrsg.) (2011): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. München: Reinhardt.
- PAULS, H. (2011): Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden der psycho-sozialen Behandlung. Weinheim: Juventa.
- PAPOUŠEK, M. (1994): Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Anfänge der sprachlichen Entwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. Bern: Huber.
- PAPOUŠEK, M. (1999): Regulationsstörungen der Frühen Kindheit. Entstehungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehungen. In: Oerter, R. / von Hagen, C. / Röper, G. / Noam, G. (Hrsg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz. S. 119-147.
- PAPOUŠEK M. (2006): Bindungssicherheit und Intersubjektivität. In: Brisch, K. H. / Hellbrügge, T. (Hrsg.): Kinder ohne Bindung. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 61-85.
- PETERMANN, F. / PETERMANN, U. (1992): Training mit sozial unsicheren Kindern. Weinheim: Beltz.
- PETERMANN, F. / PETERMANN, U. (1993): Training mit aggressiven Kindern. Weinheim: Beltz.

- PFEIFFER, E. / LEHMKUHL, U. (2007): Bindungsstörungen. In: Herpertz-Dahlmann, B. / Resch, F. / Schulte-Markwort, M. / Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, Stuttgart: Schattauer. S. 645-651.
- PRESTING, G. (Hrsg.) (1991): Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven. Weinheim: Juventa.
- RAAB-STEINER, E. / BENESCH, M. (2008): Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS/PASW-Auswertung. Wien: facultas (UTB).
- RAITHEL, J. (2006): Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs. Wiesbaden: VS-Verlag.
- RAUSCHENBACH T. / ZÜCHNER, I. (2007): Sozialarbeit/Sozialpädagogik. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Auflage. Baden-Baden: Nomos. S. 844-845.
- REICHERTS, M. (1999): Comment gérer le stress? Le concept des règles cognitivocomportementales. Contributions fribourgeoises en psychologie. Volume 9. Editions Universitaires. Fribourg (Suisse)
- RENTZSCH, K. / SCHÜTZ, A. (2009): Psychologische Diagnostik. Grundlagen und Anwendungsperspektiven. Stuttgart: Kohlhammer.
- ROBERT KOCH-INSTITUT (2006): Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin
- SALOMON, A. (1926): Soziale Diagnose: Die Wohlfahrtspflege in Einzeldarstellungen 3. Berlin: Carl Heymanns.
- SAMEROFF A. / EMDE, R. N. (1989): Relationship disturbances in early childhood. A developmental approach. New York: Basic Books.
- SCHAFFER, H. (2009): Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. Eine Einführung. Freiburg: Lambertus.
- SCHEUERER-ENGLISCH, H. (1999): Bindungsdynamik im Familiensystem und familientherapeutische Praxis. In: Suess, G. J. / Pfeifer, W. K. (Hrsg.): Frühe Hilfen. Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung. Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 141-164.
- SCHEUERER-ENGLISCH, H. (2001): Wege zur Sicherheit - bindungsgeleitete Diagnostik und Intervention in der Erziehungs- und Familienberatung. In: Suess, G. J. / Scheuerer-Englisch, H. / Pfeifer, W. K. (Hrsg.): Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 315-346
- SCHEUERER-ENGLISCH, H. (2003): Die innere Welt des Kindes: Das Bindungsinterview für die späte Kindheit in Beratung und Therapie. In: Scheuerer-Englisch, H. / Suess, G. / Pfeiffer, W. K. (Hrsg.): Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 277-310.
- SCHEUERER-ENGLISCH, H. / DILLING, P. / EWALD, S. K. / RENGES, A. / SEUSSEBERICH, E. / THORWART, D. (2008): Testdiagnostik in der Erziehungsberatung. Empfehlungen auf der Grundlage einer Erhebung in Bayern. In: Scheuerer-Englisch, H. / Hundsatz, A. / Menne, K. (Hrsg.): Jahrbuch für Erziehungsberatung. Band 7. Weinheim: Juventa. S. 129-150.
- SCHEUERER-ENGLISCH, H. / GABLER, S. / BOVENSCHEN, I. (2010): Erziehungsberatung von Pflegefamilien. In: Hundsatz, A. / Menne, K. / Scheuerer-Englisch, H. (Hrsg.): Jahrbuch für Erziehungsberatung. Band 8. Weinheim: Juventa.

- SCHMIDT, M. / SCHNEIDER, K. / HOHM, E. / PICKARTZ, A. / MACSENAERE, M. / PETERMANN, F. / FLOSDORF, P. / HÖLZL, H. / KNAB, E. (Hrsg.) (2003): Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe. Band 219, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.
- SCHRAPPE, A. (2010): Beratung für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Neuer Wein in gute Schläuche. In: Hundsatz, A. / Menne, K. / Scheuerer-Englisch, H. (Hrsg.): Jahrbuch für Erziehungsberatung. Band 8. Weinheim: Juventa.
- SEIFFGE-KRENKE, I / ZIEGENHAIN, U. (2009): Adoleszenz, junges Erwachsenenalter und Bindung. In: Fegert, J. M. / Streeck-Fischer, A. / Freyberger, H. J. (Hrsg.): Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und der jungen Erwachsenenalters. Stuttgart: Schattauer. S. 142-153.
- SPANGLER, G. / FREMMER-BOMBIK, E. / GROSSMANN, K. (1996): Social and individual determinants of attachment security and disorganisation during the first year. *Infant Mental Health Journal*, 17, 127-139.
- SROUFE, L. A. (1978): Attachment and the roots of competence. *Human Nature*, 1, 50-57.
- SROUFE, L. A. / EGELAND, B. / CARLSON, E. / COLLINS, W. A. (2005): The development of the person. The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood. New York: The Guilford Press.
- STAUB-BERANSCONI, S. (2007): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemische Grundlagen und professionelle Praxis. Ein Lehrbuch. Bern: Haupt (UTB).
- STERN, D. (2007): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.
- STRASSER, J. (2006): Erfahrung und Wissen in der Beratung. Theoretische und empirische Analysen zum Entstehen professionellen Wissens in der Erziehungsberatung. Göttingen: Cuvillier Verlag.
- STRAUSS, B. / BARNOW, S. / BRÄHLER, E. / FEGERT, J. / FLIEGEL, S. / FREYBERGER, H. / GOLDBECK, L. / LEUZINGER-BOHLEBER, M. / WILLUTZIKI, U. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Zugriff am 10.04.2011 von http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publikationen/Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten_200905.pdf
- SUESS, G. J. / PFEIFER, W. K. (Hrsg.) (1999): Frühe Hilfen. Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- SUESS, G. J. / SCHEUERER-ENGLISCH, H. / PFEIFER, W. K. (Hrsg.) (2001): Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- THOLE, W. (Hrsg.) (2010): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden: VS-Verlag.
- VAN IJZENDOORN, M. H. (1995): Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment. A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin* 117, 387-403.
- VON SCHLIPPE, A. / LÖSCHE, G. / HAWELLEK, C. (2001): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung: Die Chancen des Anfangs. Münster: Votum.
- VON STAABS, G. (1964): Der Scenotest. Beitrag zur Erfassung unbewusster Problematik und charakterologischer Struktur in Diagnostik und Therapie. Bern: Huber.

- VON SYDOW, K. (2008): Bindungstheorie und systemische Therapie. Familiendynamik, 33(3), 260-273.
- VOSSLER, A. (2003): Perspektiven der Erziehungsberatung. Kompetenzförderung aus Sicht von Jugendlichen, Eltern und Beratern. Tübingen: dgvt-Verlag.
- WAHLEN, K. (2011): Diagnostizieren in der Erziehungs- und Familienberatung? Informationen für Erziehungsberatungsstellen 2/2011. 10-17.
- WATERS, E. / VAUGHN, B. E. / POSADA, G. / KONDO-IKEMURA, K. (Eds.) (1995): Care-giving, cultural, and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models: New growing points of at attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development. Serial No. 244.
- WATTENDORF, J. (2007): Erziehungsberatung zwischen Theorie und Praxis. Eine Vergleichende Analyse professioneller Handlungsstrukturen. Berlin: Logos Verlag.
- WENDT, W.-R. (1995): Die klinische Sozialarbeit braucht ein Profil. Blätter der Wohlfahrtspflege. Zeitschrift für Soziale Arbeit 10/1995. 256-257
- WINNICOTT, D. W. (1976): Kind, Familie und Umwelt. München: Reinhardt.
- WWW.TESTZENTRALE.DE. Zugriff am 01.10.2011 auf
<http://www.testzentrale.de/programm/elternfragebogen-uber-das-verhalten-von-kindern-und-jugendlichen.html> und
<http://www.testzentrale.de/programm/diagnostischer-elternfragebogen.html> und
<http://www.testzentrale.de/programm/erziehungsstil-inventar.html>
- ZIEGENHAIN, U. / FEGERT, J. M. (2004): Frühkindliche Bindungsstörungen. In: Eggers, C. / Fegert, J. M. / Resch, F. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg: Springer. S. 875-890.
- ZIEGENHAIN, U. / FRIES, M. / BÜTOW, B. / DERKSEN, B. (2006): Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern: Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.
- ZIMMER, A. / SCHRAPPER, C. (2006): Zukunft der Erziehungsberatung. Herausforderungen und Handlungsfelder. Weinheim, München
- ZIMMERMANN, P. (2007). Bindungsentwicklung im Lebenslauf. In: Hasselhorn, M. / Schneider, W. (Hrsg.): Handbuch der Entwicklungspsychologie. Göttingen: Hogrefe. S. 326-335.
- ZIMMERMANN, P. / SCHEUERER-ENGLISCH, H. (2003): Das Bindungsinterview für die späte Kindheit (BISK): Leitfragen und Skalenauswertung. In: Scheuerer-Englisch, H. / Suess, G. / Pfeiffer, W. K. (Hrsg.): Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 241-276.
- ZIMMERMANN, P. / SPANGLER, G. (2008): Bindung, Bindungsdesorganisation und Bindungsstörungen in der frühen Kindheit: Entwicklungsbedingungen, Prävention und Intervention. In: Oerter, R. / Mondada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz. S. 689-704.
- ZEANAH, C. H. / BORIS, N. V. (2005): Disturbances and Disorders of Attachment in Early Childhood. In: Zeanah, C. H. (Ed.): Handbook of Infant Mental Health. New York: Guilford. pp. 353-368.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

1. Abbildungen

| | |
|---|-----|
| Abb. 1.1: Verortung der einzelnen Themenfelder im Kontinuum der Disziplin und Profession Sozialer Arbeit..... | 11 |
| Abb. 1.2: Das Verhältnis von Klinisch-therapeutischer Sozialer Arbeit und Bindungstheorie im Spektrum anderer Bezugstheorien und Wissenschaftsbereiche (in Anlehnung an Pauls, 2011)..... | 15 |
| Abb. 2.1: Themenstränge des Kapitels „Bindungstheorie und Bindungsforschung“ und ihre inhaltliche Ordnung..... | 19 |
| Abb. 2.2: Schematische Darstellung des Prozesses der Verallgemeinerung von konkreter Ereignisrepräsentation im Internalen Arbeitsmodell der Bindung (Gloger-Tippelt & König, 2009, S.11)..... | 23 |
| Abb. 2.3: Dimensionen der Bindungsklassifikation mit den Unterklassen (in Anlehnung an Grossmann & Grossmann, 2004, S.142)..... | 26 |
| Abb. 2.4: Interaktionserfahrungen und Bindungsmuster (in Anlehnung an Ziegenhain et al., 2006, S.48)..... | 30 |
| Abb. 3.1: Themenstränge des Kapitels „Erziehungsberatung“ und ihre inhaltliche Ordnung..... | 43 |
| Abb. 3.2: Altersstruktur der Hilfeempfänger (Kinder bis junge Erwachsene) im Jahr 2003 (www.bke.de , 2011)..... | 47 |
| Abb. 3.3: Diagnostikbereiche in der Erziehungsberatung (modifiziert nach Scheuerer-Englisch et al., 2008)..... | 61 |
| Abb. 4.1: Themenstränge des Kapitels „Beziehungsdiagnostik und Bindungsdiagnostik“ und ihre inhaltliche Ordnung..... | 67 |
| Abb. 4.2: Die diagnostischen Fenster der Beziehungsdiagnostik in der Familienberatung (modifiziert nach Cierpka, 2008)..... | 70 |
| Abb. 6.1: Konstruktion der Fragen 14 und 15 im OFBw..... | 101 |
| Abb. 7.1: Handlungsleitendes Beratungs- oder Therapieverfahren der befragten Fachkräfte..... | 114 |
| Abb. 7.2: Kenntnisstand der Fachkräfte bzgl. der Bindungstheorie (Selbsteinschätzung)..... | 115 |
| Abb. 7.3: Dauer der Bindungsfortbildung in Tagen..... | 116 |
| Abb. 7.4: Prozentuale Verteilung der genannten Begriffe (1127) im Bezug zum angegebenen Bindungswissen der Befragten..... | 119 |
| Abb. 7.5: Vergleich genannten Begriffe zur Bindungstheorie (1119) zwischen den Angaben zum Bindungswissen der Befragten..... | 121 |
| Abb. 7.6: Relevanz der Bindungstheorie für die Fachkräfte..... | 122 |

Abb. 7.7: Bindung als Begriff in Fallbesprechungen 123

Abb. 7.8: Kenntnisstand der Fachkräfte bzgl. der Bindungsdiagnostik (Selbsteinschätzung) 126

2. Tabellen

Tab. 2.1: Grundbegriffe der Bindungstheorie (in Anlehnung an Grossmann & Grossmann, 2004, S. 71-72) 29

Tab. 2.1.1: ICD-10- und DSM-IV-Kriterien für Bindungsstörungen (Pfeiffer & Lehmkuhl, 2007, S.646) 162

Tab. 2.2: Schematischer Aufbau der Entwicklungsaufgaben bzgl. Bindung und Exploration (in Anlehnung an Grossmann & Grossmann, 2004, S. 598) 39

Tab. 3.1: Beratungsanlässe in der Erziehungsberatung (Körner & Hensen, 2008, S.16) 46

Tab 4.1: Erhebungsverfahren zur Bindung (in Anlehnung an Gloger-Tippelt & König, 2009) 81

Tab. 5.1: Erziehungsberatungsstellen in NRW deren Fachkräfte angeschrieben wurden, gelistet nach Träger 93

Tab 6.2: Zeitlicher Ablauf der Durchführung der Online-Befragung 104

Tab 6.3: Kategoriensystem Frage 8 – Handlungsleitendes Therapieverfahren 106

Tab 6.4: Kategoriensystem Frage 12 – Fortbildungsthema zur Bindungsthematik 106

Tab 6.5: Kategoriensystem Frage 20 – Begriffe der Bindungstheorie 107

Tab 6.6: Sub-Kategoriensystem Frage 20 – Spezifische Begriffe der Bindungstheorie 107

Tab. 7.1: Studienabschlüsse der Stichprobe 112

Tab. 7.2: Beraterisch-therapeutische Aus- und Weiterbildung(en) der Stichprobe 113

Tab. 7.3: Kenntnisstand der Fachkräfte bzgl. der Bindungstheorie (Selbsteinschätzung) 115

Tab. 7.4: Dauer der Bindungsfortbildung in Tagen 116

Tab. 7.5: Thema der Bindungsfortbildung 116

Tab. 7.6: Übersicht der Nennungen der Begriffe zur Bindungstheorie nach qualitativen Kategorien 117

Tab. 7.7: Spezifische Begriffe der Bindungstheorie unterteilt nach inhaltlichen Subkategorien 118

Tab. 7.8: Kreuztabelle: Begriffsnennungen 1 -7 zur Bindungstheorie – Kenntnisse der Bindungstheorie der Befragten 120

Tab. 7.9: Kreuztabellen Bindungswissen – Profession, Bindungswissen – Therapieverfahren 121

| | |
|---|-----|
| Tab. 7.10: Kreuztabellen Bindungswissen – Approbation, Bindungswissen – Bindungsfortbildung..... | 122 |
| Tab. 7.11: Relevanz der Bindungstheorie für die Fachkräfte | 122 |
| Tab. 7.12: Bindung als Begriff in Fallbesprechungen..... | 123 |
| Tab. 7.13: Nutzungshäufigkeit der Theorien zu psychosozialer Entwicklung..... | 124 |
| Tab. 7.14: Nutzungshäufigkeit der Theorien zu auffälligen Beziehungsverhalten..... | 125 |
| Tab. 7.15: Kenntnisstand der Fachkräfte bzgl. der Bindungsdiagnostik (Selbsteinschätzung)..... | 126 |
| Tab. 7.16: Kreuztabelle: Kenntnisse der Bindungstheorie – Kenntnisse der Bindungsdiagnostik..... | 126 |
| Tab. 7.17: Kreuztabelle: Kenntnisse der Bindungstheorie – Arbeit im Bereich der Frühen Hilfen, Kenntnisse der Bindungsdiagnostik - Arbeit im Bereich der Frühen Hilfen..... | 127 |
| Tab. 7.18: Rangreihe zur Bekanntheit der Bindungsdiagnostikverfahren..... | 127 |
| Tab. 7.19: Rangreihe zu den meistgenutzten Bindungsdiagnostikverfahren in der EB..... | 128 |
| Tab. 7.20: Rangreihe zu den meistgenutzten Verfahren der Beziehungsdiagnostik in der EB..... | 129 |

3. Textkästen

| | |
|---|-----|
| Kasten 3.1: Gesetzesgrundlagen der Erziehungsberatung..... | 45 |
| Kasten 3.2: Gesetzesgrundlagen der Erziehungsberatung..... | 45 |
| Kasten 3.3: Beraterisch-therapeutische Grundorientierungen in der Erziehungsberatung..... | 55 |
| Kasten 6.1: Fragen des ersten Teilabschnitts des OFBw | 99 |
| Kasten 6.2: Fragen des zweiten Teilabschnitts des OFBw | 101 |
| Kasten 6.3: Fragen des dritten Teilabschnitts des OFBw | 102 |

Anhang

Anhang A: Tabelle 2.1.1: ICD-10- und DSM-IV-Kriterien für Bindungsstörungen (Pfeiffer & Lehmkuhl, 2007, S.646)

Anhang B: Interviewleitfaden zur Fragebogenkonstruktion

Anhang C: Online-Fragebogen zum Bindungswissen in der Erziehungsberatung (OFBw) – Ausdruck des Fragebogens. Zugriff am 25.11.2011 auf <https://www.soscisurvey.de/bindungEB>

Anhang A

| ICD-10 | DSM-IV |
|---|---|
| <p>Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (F 94.1)</p> <p>A) Beginn vor dem fünften Lebensjahr B) widersprüchliche soziale Reaktionen in verschiedenen sozialen Situationen C) emotionale Störungen (Rückzug, Aggressivität, Unglücklichsein, Überempfindlichkeit) D) Nachweis von zeitweiser sozialer Ansprechbarkeit in der Interaktion mit gesunden Erwachsenen E) keine tiefgreifende Entwicklungsstörung</p> | <p>Reaktive Bindungsstörung im Säuglingsalter oder in der Frühen Kindheit (313.89)</p> <p>A) bedeutsam gestörte soziale Bezogenheit in den meisten Situationen, beginnend vor dem Alter von fünf Jahren in Form von:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. durchgehender Mangel in den meisten sozialen Interaktionen mit gehemmtem, hypervigilantem oder ambivalent-widersprüchlichem Verhalten (z.B. Mischung aus Annäherung und Vermeidung, „frozen watchfulness“); 2. diffuse Bindungen mit wahllosen Bindungen, ausgeprägter Distanzlosigkeit zu Fremden und einem Mangel an Selektivität in der Auswahl von Beziehungen <p>B) Die Störung ist nicht bedingt durch Entwicklungsrückstände oder tiefgreifende Entwicklungsstörungen.</p> <p>C) Nachweis einer pathogenen Umgebung/Fürsorge (mind. 1 der 3 folgenden Merkmale)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. andauernde Nichtberücksichtigung der grundlegenden emotionalen Bedürfnisse des Kindes 2. andauernde Nichtberücksichtigung der physischen Grundbedürfnisse 3. wiederholte Wechsel der Bezugspersonen mit Verhinderung stabiler Beziehungen <p>D) Es kann angenommen werden, dass die pathogene Umgebung (Kriterium C) verantwortlich ist für das gestörte Verhalten (Kriterium A).</p> |
| <p>Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung* (F 94.2)</p> <p>A) anhaltende diffuse Bindungen in den ersten fünf Lebensjahren, Fehlen selektiver Bindungen (keine Trostsuche bei Unglücklichsein oder wahllose Trostsuche) B) wenig modulierte soziale Interaktionen C) anklammerndes, Aufmerksamkeit heischendes oder unterschiedslos freundliches (distanzloses) Verhalten D) Kontakt- und Bindungsverhalten sind situationsübergreifend.</p> | <p>Spezifizierung des Subtyps:</p> <p>inhibited type: Kriterium A1 dominiert das klinische Bild. disinhibited type: Kriterium A2 dominiert das klinische Bild.</p> |

Tab. 2.1.1: ICD-10- und DSM-IV-Kriterien für Bindungsstörungen

* Der unglückliche Begriff „Enthemmung“ sollte in der nächsten Revision u.E. durch den Begriff „ungehemmt“ ersetzt werden.

Anhang B

Empirische Untersuchung zur Master-Thesis **Bindungswissen in der Erziehungsberatung**

Interviewleitfaden. (Interviewdauer: ca. 20 min.)

Einführung

1. Was haben Sie studiert (und wann)?
→ Wie lange sind Sie bereits in der EB tätig?
→ In welchen Beratungs-/Therapieverfahren oder Methoden sind sie aus- oder weitergebildet (und welche sind davon für Sie handlungsleitend)?

Wissen über Bindung und Bindungstheorie

2. Haben Sie Kenntnisse zur Bindungstheorie?
→ Woher haben Sie dieses (Bindungs-)wissen?
→ Was haben Sie sich noch davon behalten?
3. (Bewertung der Bindungstheorie im Hinblick auf die Tätigkeit in der EB)
→ Ist die Bindungstheorie für Sie eine handlungsleitende Theorie in der alltäglichen Praxis?
→ Welchen Stellenwert hat das Thema Bindung bei Ihren internen Fallbesprechungen?
4. Welche Theorien ziehen Sie heran, um Beziehungsverhalten von Kindern und Jugendlichen zu erklären?
→ Welche Theorien nutzen Sie, um die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu erklären?
→ Ist für Sie die Bindungstheorie in der Fallarbeit hilfreich? Wann ist sie hilfreich?
5. (Zentrale Begriffe der Bindungstheorie)
→ Was sagt Ihnen desorganisierte Bindung?
→ Was sagt Ihnen mütterliche Feinfühligkeit?
→ Was sagt Ihnen der Begriff „Fremde Situation“?
→ Was sagt Ihnen Internales Arbeitsmodell?
→ Was sagt Ihnen Explorationsverhalten?
→ Für welche Altersgruppe Ihrer Klienten ist die Bindungstheorie Ihrer Ansicht nach eine relevante Arbeitsgrundlage?

Wissen über bindungsgeleitete Diagnostik

6. Was wissen Sie zur bindungsgeleiteten Diagnostik / Diagnostikverfahren zur Bindung?
→ Woher haben Sie dieses Wissen?
7. Kennen Sie bindungsgeleitete Diagnostikverfahren?
→ Nutzen Sie bindungsgeleitete Diagnostikverfahren?
→ Welche Verfahren benutzen Sie stattdessen, um die Beziehung zwischen dem Kind/Jugendlichen und seinen Bezugspersonen zu erfassen?

Schluss

8. Beabsichtigen Sie in näherer Zukunft eine Fortbildung zur Bindungstheorie zu machen?

Anhang C

KatHO NRW
Aachen | Köln | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Familien Beratungsstelle Mittelstraße für Eltern Kinder Jugendliche

Dipl.-Sozialpäd. Matthias Berg
Familienberatungsstelle Mittelstraße
Münster 1, 50149 Krefeld-Hüls
Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit (M.A.)
KatHO NRW, Aachen

0% ausfüllt

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,
heute erbitte ich Ihre 10 minütige Mithilfe zum Thema **Bindung** in der **Erziehungs- und Familienberatung**.

Die Bindungstheorie beschäftigt sich mit der menschlichen Neigung, enge emotionale Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuhalten, sowie den Konsequenzen für die Persönlichkeitsentwicklung und psychische Gesundheit im Lebenslauf.

Anhand dieses Fragebogen, den ich im Rahmen meiner Masterthesis im Studiengang "Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit" entwickelt habe, soll ein Überblick über den Bekanntheitsgrad und den effektiven Nutzen der Bindungstheorie in unserem Arbeitsfeld gewonnen werden. Hierzu gibt es bisher keine empirischen Daten.

Ich bitte Sie, alle Fragen möglichst spontan zu beantworten. Die Auswertung wird **anonym** durchgeführt und die Ergebnisse werden Ihnen im Anschluss zugänglich gemacht.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

1. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

männlich
 weiblich

2. Bitte geben Sie Ihr Alter an:

Alter Jahre

3. Welchen Studienabschluss haben Sie?
(bei mehreren Studienabschlüssen sind Mehrfachnennungen möglich)

Sozialpädagoge(in) / Sozialarbeiter(in)
 Psychologe(in)
 Heilpädagoge(in)
 Pädagoge(in) / Erziehungswissenschaftler(in)
 anderer und zwar

4. Ihr Hochschulabschluss im oben angegebenen Studium:
(bei mehreren unterschiedlichen Abschlüssen sind Mehrfachnennungen möglich)

Diplom
 Promotion
 Bachelor
 Master
 Magister
 anderer und zwar

5. In welchem Jahr haben Sie Ihren letzten Hochschulabschluss gemacht?
(bitte tragen Sie eine vierstellige Jahreszahl ein)

Jahr :

6. Wie viele Jahre arbeiten Sie bereits in der Erziehungs- und Familienberatung?

Berufsjahre in der EB [Bitte auswählen]

Weiter

KathO NRW
Aachen | Köln | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Familien Beratungsstelle
Mittelstraße
für Eltern Kinder Jugendliche

Dipl.-Sozialpäd. Mathias Berg
Familienberatungsstelle Mittelstraße
Mittelstr. 1, 50169 Kerpen-Horrem
Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit (M.A.)
KathO NRW, Aachen

11% ausgefüllt

7. Haben Sie eine beraterische und/oder therapeutische Zusatzqualifikation erworben?

Bitte wählen Sie die (psychotherapeutische) Grundorientierung:

psychoanalytisch

tiefenpsychologisch / psychodynamisch

personzentriert / gesprächspsychotherapeutisch

systemisch / familientherapeutisch

verhaltenstherapeutisch

andere und zwar

keine Zusatzqualifikation erworben

Raum für etwaige Anmerkungen oder Erläuterungen

8. Welches Therapie- oder Beratungsverfahren ist für Sie in Ihrer Praxis besonders handlungsleitend?

keines

9. Sind Sie als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP) approbiert

Ja, und zwar in folgendem Verfahren

Nein

10. Arbeiten Sie in der Beratungsstelle in einem Projekt zum Themenkomplex „Frühe Hilfen“?

(Beratung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern)

Ja, und zwar bin ich mit Std./Wo. im Projekt tätig

Nein

11. Haben Sie bereits eine Fortbildung zum Thema Bindung / Bindungstheorie besucht?

Ja

Nein

Zurück **Weiter**

Mathias Berg und Prof. Dr. Alexander Trost, KatHO NRW, Aachen - 2011

KatHO NRW
Aachen | Düsseldorf | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

12. Wie war der Titel / das Thema der Fortbildung(en)?
(mehrere Fortbildungen können nacheinander, mit Komma getrennt, eingetragen werden)

Titel oder Thema:

13. Wann haben Sie an der letzten Fortbildung zum Thema Bindung teilgenommen und welchen Umfang hatte sie?

Jahr der Fortbildung **Umfang der Fortbildung** **Tage**

Dipl.-Sozialpäd. Mathias Berg
Familienberatungsstelle Mittelstraße
Mittelstr. 1, 50169 Kerpen-Horrem
Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit (M.A.)
KatHO NRW, Aachen

Zurück **Weiter**

33% ausgefüllt

Mathias Berg und Prof. Dr. Alexander Trost, KatHO NRW, Aachen - 2011

KatHO NRW
Aachen | Köln | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Familien Beratungsstelle Mittelstraße für Eltern Kinder Jugendliche

Dipl.-Sozialpäd. Mathias Berg
Familienberatungsstelle Mittelstraße
Mittelstr. 1, 50169 Kerpener-Horrem
Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit (MA)
KatHO NRW, Aachen

44% ausgefüllt

14. Welche Theorien und Konzepte nutzen Sie am häufigsten, um die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu erklären?
(Bilden Sie bitte eine Rangfolge indem Sie den Konzepten mit der Maus einen Platz zuweisen. Das Konzept, welches Sie am häufigsten nutzen erhält Rang Nr. 1 usw.)

| | | |
|---|--|---|
| 1 | Kognitiv-behaviorale Konzepte (einschl. Lernpsychologie) | Psychodynamische Konzepte |
| 2 | Psychosoziale Entwicklungstheorie (Erikson) | Bindungstheorie |
| 3 | Systemische Konzepte (einschl. Kommunikationstheorie) | Kognitive Entwicklungstheorie (Piaget, Kohlberg...) |
| 4 | Alltagstheorie / Lebenserfahrung | Anderes |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |

15. Welche Theorien und Konzepte nutzen Sie am häufigsten, um auffälliges Verhalten (in Beziehungen) von Kindern und Jugendlichen zu erklären?
(Bilden Sie bitte eine Rangfolge indem Sie den Konzepten mit der Maus einen Platz zuweisen. Das Konzept, welches Sie am häufigsten nutzen erhält Rang Nr. 1 usw.)

| | | |
|---|----------------------------------|---------------------------|
| 1 | Systemische Konzepte | Psychodynamische Konzepte |
| 2 | Kognitiv-behaviorale Konzepte | Bindungstheorie |
| 3 | Alltagstheorie / Lebenserfahrung | Anderes |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |

Zurück Weiter

Mathias Berg und Prof. Dr. Alexander Trost, KatHO NRW, Aachen - 2011

KatHO NRW
Aachen | Köln | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Familien Beratungsstelle Mittelstraße für Eltern Kinder Jugendliche

Dipl.-Sozialpäd. Mathias Berg
Familienberatungsstelle Mittelstraße
Mittelstr. 1, 50169 Kerpener-Horren
Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit (M.A.)
KatHO NRW, Aachen

67% ausgefüllt

21. Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse zur Diagnostik der Bindung ein?
Bewerten Sie bitte auf einer Skala von 1 bis 4.

22. Welche Verfahren verwenden Sie, um die Beziehung zwischen dem Kind/Jugendlichen und seinen Bezugspersonen/Eltern zu erfassen?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Interaktionsbeobachtung
- Familie in Tieren (FIT)
- Satz-Ergänzungs-Test (SET)
- Verzauberte Familie
- verbale Fragetechniken im Beratungskontakt
- Sceno
- Family-Relations-Test (FRT)
- Düss Fabeln
- Children's Apperception Test (CAT) oder TAT
- Familienbrett
- Fragebogen, bitte näher spezifizieren
- andere und zwar _____

23. Welche spezifischen Verfahren zur Diagnostik von Bindung kennen Sie?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Trennungsbilder (SAT)
- Fremde-Situation (FST)
- Bindungsinterview für die späte Kindheit (BISK)
- Geschichtenergänzungsverfahren (GEV-B / ASCT)
- Adult Attachment Interview (AAI)
- Attachment Q-Sort
- Child Attachment Interview (CAI)
- CARE-Index
- Adult Attachment Projective (AAP)
- anderes und zwar _____
- keines

24. Nutzen Sie eines/mehrere dieser oben genannten spezifischen Diagnostikverfahren zur Bindung in der Erziehungsberatung?
(wenn ja, bitte Verfahren eintragen – Mehrfachnennungen möglich)

_____ keines

Zurück **Weiter**

Mathias Berg und Prof. Dr. Alexander Trost, KatHO NRW, Aachen - 2011

KathO NRW
Aachen | Köln | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

caritas
Familien Beratungsstelle
Mittelstraße
für Eltern Kinder Jugendliche

Dipl.-Sozialpäd. Mathias Berg
Familienberatungsstelle Mittelstraße
Mittelstr. 1, 50169 Kerpen-Horrem
Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit (MA)
KathO NRW, Aachen

25. Sind Sie in dem/den Bindungsdiagnostikverfahren welche(s) sie anwenden geschult oder fortgebildet?

Ja – und zwar so, dass ich als Tester das/die Verfahren reliabel anwenden kann (geprüfte Rater-Reliabilität)

Ja – und zwar so, dass ich das/die Verfahren für die Praxis anwenden kann (keine geprüfte Rater-Reliabilität)

Nein – ich wende das/die Verfahren ohne extra Fortbildung/Schulung an

anderes und zwar _____

Zurück **Weiter**

Mathias Berg und Prof. Dr. Alexander Trost, KathO NRW, Aachen - 2011

89% ausgefüllt