

Universität Hansestadt Hamburg
Institut für Psychologie

Wissenschaftliche Arbeit zum Erwerb
des Abschlusses Master of Science (M. Sc.)

Empirische Exploration bindungsenergetischer Interventionen bei Kindern

verfasst von Thekla Lorenz

Lienastr. 7 in 22159 Hamburg
Matrikelnummer 5946968

September 2014

Erster Gutachter: Dr. Jens Joachim Rogmann
Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Alexander Redlich

Zusammenfassung

Die explorative Studie untersucht die noch sehr junge Therapieform Bindungsenergetik. In der Projektgruppe Bindung & Entwicklung treffen sich Bindungsenergetiker_innen, um eine Bindungsenergetik für Kinder zu entwickeln und zu etablieren. Mit den Praktiker_innen, die schon Erfahrung in der bindungsenergetischen Arbeit mit Kindern haben, wurden Interviews geführt und die Inhalte qualitativ analysiert. Ein vorläufiges Kategoriensystem wurde erstellt und bei einem Gruppen-Workshop kommunikativ validiert. Die meist benannten und somit wichtigsten Inhalte der Kategorien lauten: Die therapeutische Arbeit mit Kindern benötigt sehr viel weniger Zeit und kann am nachhaltigsten wirken, wenn die Eltern in den therapeutischen Prozess integriert sind. Vor allem die körpertherapeutischen Methoden (wie die Herz-, Haut- und Baucharbeit) sind besonders gut für die Arbeit mit Kindern geeignet, kognitive Verfahren hingegen weniger. Dabei wird zwischen den Altersgruppen Babys, Kindern und Jugendlichen unterschieden. Da die Bindungsenergetik den Fokus auf die Bindungen eines jeden Menschen legt, ist sie laut der Praktiker_innen besonders gut für die bindungsfördernde Arbeit mit Eltern und Kindern geeignet.

Mein Dank gilt

meiner Familie, die mir den Rücken für die Umsetzung gestärkt hat,
Jenny, die mir freundschaftlich und professionell zur Seite stand,
Jens Rogmann, der es mir ermöglichte über etwas zu schreiben, das mich persönlich fasziniert,
den tollen engagierten Interviewpartner_innen mit spannenden Gesprächen,
Michael Munzel für seine Offenheit mir gegenüber
und den fleißigen Korrekturleserinnen Silke, Rike, Irina und Valentina.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	5
2 Vorstellung der Bindungsenergetik	7
2.1 Entstehungsgeschichte der Bindungsenergetik.....	7
2.2 Literatur und Forschung zur Bindungsenergetik.....	8
2.3 Theorie der bindungsenergetischen Therapie.....	9
2.4 Bindungsenergetik mit Kindern.....	15
3 Persönlicher Hintergrund	16
3.1 Zugang zum Feld durch eine Schlüsselperson (Schritt 1).....	17
4 Fragestellung und Ziel der Arbeit	19
5 Methodik	20
5.1 Indikation eines qualitativen Forschungsprozesses.....	20
5.2 Ablauf des Forschungsprozesses.....	22
5.3 Stichprobenauswahl (Schritt 2).....	23
5.4 Interviews (Schritt 3).....	24
5.5 Qualitative Inhaltsanalyse (Schritt 4).....	30
5.6 kommunikative Validierung (Schritt 5).....	33
5.7 Interview mit Michael Munzel (Schritt 6).....	35
6 Darstellung der Ergebnisse	36
6.1 Stichprobenbeschreibung.....	36
6.2 Darstellung des Kategoriensystems vor der kommunikativen Validierung.....	38
6.3 Beschreibung der Situation der kommunikativen Validierung.....	41
6.4 Darstellung des Kategoriensystems nach der kommunikativen Validierung.....	41
6.4.1 Bindungsenergetische Grundlagen im Therapieverlauf.....	42
6.4.2 Bindungsenergetik mit Babys.....	48
6.4.3 Bindungsenergetik mit Kindern.....	53

6.4.4 Bindungsenergetik mit Jugendlichen.....	57
6.4.5 Feedback des Kindes.....	58
6.4.6 Rolle der Eltern im Therapieprozess.....	60
6.4.7 Rahmen für Bindungsenergetik mit Kindern.....	64
6.4 Verbesserungsvorschläge und Ergänzungen von Michael Munzel	66
7 Diskussion.....	72
7.1 Zur Forschungsfrage.....	72
7.2 Zur Forschungsumsetzung.....	73
7.3 Zur Stichprobe: Unterschiedlichkeit der Interviewpartner_innen.....	74
7.4 Zu den Ergebnissen.....	75
7.5 Wissensproduktion im bindungsenergetischen Kosmos.....	81
7.6 Diskurs zur Wissenschaftlichkeit der Bindungsenergetik.....	83
7.7 Reflektierte Subjektivität im Forschungsprozess.....	90
7.8 Ausblick: Workshop mit dem Projekt B&E im Herbst 2014.....	93
Literaturverzeichnis.....	95
Abbildungsverzeichnis.....	98
Tabellenverzeichnis.....	98
Anhang.....	99
Anhang 1: Brainstorminganregung: Workshop 7.-8-12.2013.....	99
Anhang 2: Anschreiben an potentielle Interviewpartner.....	100
Anhang 3: Interviewleitfaden für die Interviews 1 – 6.....	101
Anhang 4: Kommentierter modifizierter Interviewleitfaden für die Interviews 7 – 10.....	103
Anhang 5: Einverständniserklärung.....	105
Anhang 6: Interview-Reflexion mit Hilfe des Kommunikationsquadrates.....	106

1 Einleitung

Die bunte und weite Psychotherapielandschaft in Deutschland teilt sich in drei Arten von Psychotherapien auf. An erster Stelle stehen die drei kassenärztlich – und somit auch wissenschaftlich - anerkannten Verfahren der Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierten Therapie und der Verhaltenstherapie. Andere Verfahren sind zwar wissenschaftlich, jedoch nicht kassenärztlich anerkannt, wie beispielsweise die systemische Therapie. Auf dem Marktplatz der seelischen Heilung tummeln sich zudem in unübersichtlicher Zahl weitere Psychotherapien, die weder wissenschaftlich, noch kassenärztlich anerkannt sind. Eine dieser zuletzt genannten Psychotherapieformen ist 14 Jahre jung und wird in dieser Studie näher untersucht.

Warum wähle ich gerade die **Bindungsenergetik** zur wissenschaftlichen Untersuchung aus?

Ich stieß auf die Bindungsenergetik (BE) durch meine Bachelor-Kommilitonin Jenny Ohrt. Durch sie erlebte ich an mir selbst, was die Bindungsenergetik beim Klienten bewirken kann. Diese Erfahrung hat mein Leben nachhaltig geprägt und auch eine professionelle Faszination für diese Art der Psychotherapie in mir geweckt. Als nun die Masterarbeit an meine Tür klopfte, suchte ich nach einem Thema, mit dem ich mich persönlich beschäftigen möchte, das nicht aus der karriereorientierten Feder eines Professors stammt. Da kam ich wieder zur Bindungsenergetik und mein studentisches Interesse traf auf praktizierende Bindungsenergetikerinnen, die Interesse an diesem wissenschaftlichen Blick hatten und Bedarf an einer strukturgebenden Herangehensweise zeigten.

Diese Praktikerinnen standen gerade am Beginn des Projektes „Bindung und Entwicklung“, das Jenny Ohrt und Alexandra Rotermund-Federer koordinieren. Im Austausch mit ihnen entstand die Idee, dass ich Interviews mit Bindungsenergetiker_innen¹ führe, die Kinder behandeln oder in einem an Psychotherapie grenzenden Rahmen mit Kindern arbeiten, und sie zu ihren Erfahrungen bezüglich bindungsenergetischer Methodik bei Kindern befrage. Ein Wunsch der Projektteilnehmerinnen war eine Art Methodenkoffer, der eine Arbeitsgrundlage für die weitere Entwicklung einer BE mit Kindern bilden kann. Ich nahm an zwei Workshops dieses Projektes teil und wurde so fast ein Mitglied der Gruppe. Ich habe dort und in den Interviews Begegnungen gehabt, die mich persönlich berührten und bewegten. Und trotzdem galt es, immer wieder eine wissenschaftliche Distanz einzunehmen, einen Schritt zurück zu treten und diesen Prozess reflektierend und kritisierend zu betrachten.

¹ In dieser Arbeit wird eine mehrgeschlechtliche Schreibform mit der Gender Gap präferiert. Gelegentlich wird sie aufgrund der besseren Lesbarkeit auf eine männliche oder weibliche Form reduziert, die aber das ganze Kontinuum der Geschlechter beinhalten soll.

Ich habe für diese Arbeit das Ziel gesetzt, die bindungsenergetische Methode hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf Kinder zu betrachten. Die Grundprinzipien der Bindungsenergetik werden im Folgenden näher erläutert. Daraufhin wird die Bindungsenergetik theoretisch betrachtet. Der theoretische Hintergrund führt zu der Fragestellung dieser Arbeit. Anschließend wird der qualitative Forschungsprozess beschrieben. Ergebnis dieser Arbeit ist ein Kategoriensystem, welches in Kapitel 6 dargestellt wird. Den letzten Teil der Arbeit bildet die Diskussion, in der Raum für Gedanken ist, die während der Entstehung der Arbeit bei mir oder auch im Kontakt mit anderen Beteiligten auftauchten und meines Erachtens bedenkenswert sind.

*„mein herz mein herz
es schlägt so laut
als ob es sprechen will
ich hör es mit dem bauch
im kopf ist es ganz still
da ist die melodie
die jedes wesen spürt
eine überlieferung
die vom herzen rührt
ein gebet
das sich selber singt
und durch alle mauern dringt*

*komm rüber hier
wir öffnen das tor
in ungeahnte möglichkeiten
sei dein eigner puls
lass dich davon leiten*

(...)

*das ist leicht
doch etwas
spricht immer dagegen
doch ein drachen
braucht den gegenwind
um in den himmel
zu schweben
so wie mein herz
das jetzt flügel hat
die schwerkraft überwindet
jetzt kann ich das ganze sehen
und bedauern schwindet“*

(Axl Makana, Musiker, 2008)

2 Vorstellung der Bindungsenergetik

Was ist Bindungsenergetik? Woher kommt sie? Was beinhaltet sie und wo will sie hin? Wo ist sie in der Psychotherapielandschaft zu verorten? Bindungsenergetiker_innen bezeichnen sie selbst als körperorientierte Gesprächspsychotherapie – Was heißt das konkret?

Dem Leser oder der Leserin wird der Begriff *Bindungsenergetik* erst einmal unbekannt sein, selbst wenn er oder sie in der psychologischen Terminologie beheimatet ist. Im Folgenden wird die Bindungsenergetik deshalb nach dem heutigen Stand veröffentlichter Literatur, sowie mit Hilfe eines Interviews mit Michael Munzel, dem Begründer der Bindungsenergetik, im Mai 2014 dargestellt. Die einleitend gestellten Fragen werden beantwortet und die typisch bindungsenergetische Sprache soll ansatzweise erlebt werden.

2.1 Entstehungsgeschichte der Bindungsenergetik

Der Psychologe Michael Munzel ist der Begründer, der seit den 2000er Jahren die Bindungsenergetik entwickelt (Munzel, 2013). Auf der Internetseite des von ihm gegründeten Zentrums für Bindungsenergetik in Bremen (<http://www.bindungsenergetik.de>, 2014) benennt er das MS-Projekt (Multiple Sklerose-Projekt) 1999 als die Geburtsstunde der Bindungsenergetik. Dort habe er eine Schar ausgebildeter Therapeut_innen um sich versammelt, die sich den Fragen und Praktiken der Psychotherapie von Klienten widmete, die an Multiple Sklerose erkrankten. „Seither sind so viele Arbeitsentwicklungen entstanden, dass sie den Namen eines neuen Therapieverfahrens rechtfertigen“ (Munzel, 2014). Mittlerweile haben bindungsenergetisch arbeitende Therapeuten ihr Methodenspektrum für psychische Störungen, partnerschaftliche Probleme und psychosomatische Erkrankungen erweitern können, sodass die Zielgruppe für dieses Verfahren gewachsen ist.

Die Entwicklung der BE wurde außerdem durch die körperpsychotherapeutische Grundausbildung von Munzel beeinflusst, wo vor allem *points and positions* nach Will Davis (Pitzal, 2005) zu nennen ist. Gemeinsam mit Thomas Harms trennte sich Munzel von Will Davis; Kolleg_innen trennten sich ebenfalls von Davis und folgten Munzel (Interview CD, GH, IJ, KL, MN). Während Harms daraufhin die emotionelle Erste Hilfe (EEH) entwickelte, prägte Munzel dessen Ausbildung zeitweilig durch die Leitung des Workshops „Ergreifende Worte“ (u.a. Interview IJ). Das ist erwähnenswert, da vier der Interviewpartnerinnen, die mit Säuglingen arbeiten, nicht nur bindungsenergetisch ausgebildet wurden, sondern auch die Ausbildung der EEH nach Thomas Harms durchliefen, was ihre praktische Arbeit prägte und prägt. Als Einfluss auf Munzel sind

ebenso die moderne Tiefenpsychologie, sowie die Bindungs- und Gehirnforschung und die Neurokardiologie zu nennen (Munzel, 2011, Rotermund-Federer et al., 2009). In seinen Büchern, die den Versuch unternehmen, die BE theoretisch zu untermauern, sind vor allem John Bowlby (Bindungsforscher) und Gerald Hüther (Gehirnforscher) sowie Doc Childre (Begründer des HeartMath Institut und der Herzintelligenz-Methode) als Quellen zu finden.

2.2 Literatur und Forschung zur Bindungsenergetik

Seit ihrer Geburtsstunde wird die Bindungsenergetik stetig weiter entwickelt. Zum jetzigen Zeitpunkt kann es bisweilen verwirrend sein, sich mit Hilfe der öffentlich verfügbaren Materialien mit der bindungsenergetischen Theorie zu beschäftigen. Im Jahr 2009 erschien Munzels Buch „In besseren Kreisen. Über Herzkreisläufe, Teufelskreisläufe und die bindungsenergetische Psychotherapie“ - das erste veröffentlichte Buch über die BE. Der Fokus des Buches liegt auf den von Munzel entwickelten sieben Bindungsdimensionen (u.a. Realitäts-, Sprachbindung). In seinen neueren Büchern hingegen werden die Bindungsdimensionen nicht erwähnt; der Fokus liegt vielmehr auf Motivation, Bewegung und Begabung. Band 1 der geplanten Buchreihe zur bindungsenergetischen Therapie veröffentlichte Munzel im Jahr 2011 mit dem Titel „Das erfolgreiche Streben nach Sicherheit. Über emotionale Bindung, Selbstsicherheit und das gehirndominierende Bindungsmuster.“ Dort legt er die theoretischen Hintergründe zur BE dar. Ergänzt wird das durch Band 2 und 3, die 2013 in „Zufrieden, zuversichtlich und bei klarem Verstand. Wie die Herztherapie psychische Gesundheit festigt.“ erschienen und das Vorgehen der BE näher erläutern. Als Ziel der Therapie wird psychische Gesundheit gesehen. Als Merkmale von Gesundheit definiert Munzel einen klaren Verstand, Zufriedenheit und die Zuversicht, dies erreichen zu können, also auf der Basis von Selbstwirksamkeitserwartung zu handeln. Weitere Bände sind in Arbeit. Allesamt sind sie im eigens dafür gegründeten Verlag Doris Maria Schweigstill erschienen.

In den anerkannten psychologischen Datenbanken PsycINFO und PSYINDEX gibt es keinen Treffer für das Stichwort „Bindungsenergetik“. Für den gesuchten Autor Michael Munzel erscheinen zwei Treffer. In „Zeit für Erfüllung“ (2000) stellt er eine Erweiterung der körperpsychotherapeutischen Arbeit mit narzißtischen Menschen durch den Fokus auf das Instroke-Prinzip und das Gespräch vor. Das Instroke-Prinzip ist ein von Will Davis geschaffenes Konzept in Ergänzung zum Reichianischen Outstroke-Prinzip (Pitzal, 2005). Diese Richtung verfolgt Munzel weiter mit der Entwicklung der BE, wo das Gespräch einen größeren Stellenwert besitzen soll als in der Reichianischen Körperpsychotherapie. Dem folgt die Veröffentlichung eines Artikels, der erste

Erkenntnisse oder eher theoretische Ansätze über die psychologische Ursache von Multiple Sklerose (MS) erörtert (Munzel, 2002). Dieses Produkt des MS-Projektes zeigt eine Verbindung zwischen der frühkindlichen Bindung zur Bezugsperson, traumatischen Erlebnissen des Verlassenseins, der Hirnentwicklung in Form von Myelinisierung und der körperlichen Folgen beim Erwachsenen (MS) auf. Diese Bausteine sind ebenfalls in der BE zu finden. Munzel (2002) eröffnet, dass dies nur die Ergebnisse aus einzelnen Fallbeobachtungen sind und fordert die psychotherapeutische Gemeinschaft auf, diese an ihren MS-Patienten zu prüfen. Diese Artikel, die eine erste Ahnung über Munzels Gedankengut geben, sind die einzigen, die in den gängigen wissenschaftlichen Datenbanken zu finden sind.

„Die Bindungsenergetik als eine neue Form der Therapie wurde wissenschaftlich noch nicht auf Effektivität und Nutzbarkeit hin überprüft, sondern basiert bis dato einzig auf Erfahrungswerten“, verdeutlicht auch Jenny Ohrt (2010, S. 25). Die Bindungsenergetikerin explorierte in einer offenen Studie, ob Versuchspersonen in der Lage sind, Kontakt zu ihrem Herzen herzustellen. Diese qualitative, erfahrungsbasierte Untersuchung wurde an einer nicht repräsentativen Student_innengruppe durchgeführt. Ohrt (2010) interpretiert die schriftlichen Antworten auf offene Fragen als positiv. Das Ergebnis war, dass Kontakt zum Herzen und bei der Hälfte der Teilnehmer_innen eine Herzfunktion wahrgenommen werden konnte. „Kontakt zum Herzen“ und „Herzfunktion“ sind spezifische bindungsenergetische Methoden. Der Kontakt zum Herzen erhält im folgenden Kapitel Beachtung, die Herzfunktion hingegen nicht, da sie weder in den aktuellen Büchern Munzels auftaucht, noch in den Workshops oder Interviews erwähnt wurde. Die Herzfunktion scheint in der aktuellen Praxis der Bindungsenergetik keine Rolle zu spielen.

2.3 Theorie der bindungsenergetischen Therapie

Im Folgenden skizziere ich das Vorgehen der BE, wobei ich mich an den 2011 und 2013 erschienen Büchern von Michael Munzel orientiere. Die Therapie ist gerade durch ihren individuellen Ansatz sehr komplex und für einen Außenstehenden wie mich, die diese Methode nicht praktiziert, nur in Umrissen zu verstehen. So beinhaltet die folgende Beschreibung keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern das Ziel, eine erste Ahnung von dieser Therapieform zu bekommen.

Bindung

Der wichtigste und alles durchdringende Baustein in der Therapie ist die Bindung. Einerseits geht es um die Bindungen zu Menschen, die der Klient hat und die ihn beeinflussen, wenn er zur Therapie kommt, aber auch zu Vorstellungen, Tätigkeiten und anderen lebenszentralen Themen.

Andererseits geht es auch um die Therapeut_innen-Klient_innen-Beziehung, die sich heilsam auswirken kann. Die BE sieht die Bindung als zentral in unserem Sein in dieser Welt, weshalb Bindung in all seinen Facetten auch zentral in der Therapie sein sollte. Die Wurzel des in der Therapie thematisierten Bindungsverhaltens liegt in der Kindheit des Menschen und den ersten Beziehungen, die eingegangen werden, meist zur Mutter und zum Vater. Das Kind hat von Geburt an ein „Bindungssicherungsverhalten, das dazu dient, das emotionale Band zur Mutter wieder zu sichern, wenn es in Gefahr geraten ist. Für das Kind ist dies geschehen, wenn die gewohnte emotionale Zuwendung wieder gewährleistet ist“ (Munzel, 2011, S. 13).

In einer gesunden Beziehung bekommt das Kind meist sofort oder nach einer nur sehr kurzen Wartezeit diese Zuwendung. Dadurch ist es beruhigt und kann sich seiner anderen angelegten Aufgabe widmen: der Zuwendung zur Welt, d.h. der Erkundung und Entdeckung der eigenen Fähigkeiten und dessen, was außerhalb der Mutter-Kind-Beziehung ist.

Wenn das Kind jedoch diese emotionale Zuwendung nicht so erfährt, wie es das einfordert, dann ist es ausschließlich damit beschäftigt, diese zu erhalten, auf welchem Weg auch immer. Der Zuwendung zur Welt fällt dabei weniger Aufmerksamkeit zu. So eine misslungene Bindung mündet meist in einem Bindungsmuster, das sich darin äußert, dass das Kind sein Verhalten an die Mutter anpasst und sich in allem an ihr orientiert. Es muss sich sozusagen immer wieder seiner Bindung versichern, da es nicht die Erfahrung machen konnte, dass diese sowieso immer da ist. So ein an die Mutter angepasstes Verhalten kann beim Kleinkind beispielsweise als Klammern deutlich werden. Beim schon etwas älteren Kind äußert sich ein angepasstes Verhalten beispielsweise darin, dass es sich wenig bewegt, wenn dies von der Mutter als Hauptbezugsperson missachtet wird und nur das Stillsitzen mit emotionaler Nähe belohnt wird.

Dieses Verhalten kann der betroffene Mensch dann bis zum Erwachsenenalter behalten, denn das Gehirn hat diese Verknüpfungen besonders gut gespeichert, da es besonders oft durchlebt wurde. Munzel (2011) nennt die Gefühlsgrundlage dieses Verhaltens *emotionale Sicherheit*. Dieser Begriff beschreibt das Verhalten, das zwar innerlich ein Gefühl der Sicherheit vermittelt, aber es ist an das spezielle Verhalten, wie das Sitzenbleiben und nicht Bewegen, gekoppelt und somit sehr begrenzt und beschränkt.

Gesund ist hingegen eine *Selbstsicherheit*, die darauf baut, dass der Mensch seinen eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten vertraut und sich bewegt, wenn er es für sein Wohlbefinden braucht (unabhängig davon, was andere oder verinnerlicht andere darüber denken). Diese Selbstsicherheit wieder aufzubauen wird in der bindungsenergetischen Therapie als eine zentrale Aufgabe gesehen. Der emotionalen Sicherheit wird die Notwendigkeit entzogen, wenn der_die Klient_in sich in erster

Linie an sich selbst orientiert und damit nicht an frühen Erfahrungen.

Einen wichtigen Bestandteil in diesem Prozess stellen die *Bindungsfähigkeiten* dar. Munzel (2013) definiert diese als „alle die emotionalen Grundfähigkeiten, die erforderlich sind, um eine emotionale Bindung dauerhaft herzustellen“ (Munzel, 2013, S. 243). Der Begriff bezeichnet also die individuelle Fähigkeit eines Menschen, wie er_sie besonders gut zu anderen Menschen eine Bindung aufbauen kann. Zum einen wendet der Therapeut seine ureigenen und gelernten Bindungsfähigkeiten in Bezug zum Klienten an. Die Fähigkeit, sich in andere hineinversetzen zu können, und die Feinfühligkeit haben im therapeutischen Prozess besondere Wichtigkeit. Zum anderen liegt ein therapeutischer Fokus auf der Bindungsfähigkeit, die der Klient als Anlage² in sich trägt, die er also besonders leicht umsetzen kann. Sie soll geweckt und in Bewegung gesetzt werden, also wieder umgesetzt werden. So lassen sich neue und gesunde Erfahrungen machen, die die eigene Bindungsfähigkeit (bsp. sich in andere hineinzudenken oder Dinge mit den Augen des anderen zu sehen) für den Klienten Gewohnheit werden lassen. Bindungsenergetisch gesprochen würde es heißen, dass die eigene Bindungsfähigkeit für die Klientin wieder bindend wird.

Die Bindungsfähigkeit kommt nicht nur in Bezug auf andere Menschen, sondern auch in der Beziehung der Menschen zu sich selbst zum Tragen. Die Bindung zu sich selbst kann wiederum entweder durch Fähigkeiten aus dem Bindungsmuster heraus oder durch anlagebedingte Bindungsfähigkeiten gekennzeichnet sein. Das therapeutische Ziel besteht darin, auch zu sich selbst eine Bindung zu pflegen, die den eigenen Anlagen entspricht.

Energetik

Der Name dieser Therapieform umfasst neben dem Wort Bindung auch den Begriff Energetik. Dieser Aspekt bezieht sich auf die Energetik des Herzpulses, die den Menschen beeinflusst (Munzel, 2013). Durch eine Orientierung am Herzen entsteht Bewegung und Gefühle offenbaren sich. Während die Bindungstheorie in der Psychologie eine breite Akzeptanz erfährt, ist der Einfluss des Herzpulses auf die Gefühlswelt des Menschen in der gängigen Psychologie wenig bekannt bzw. anerkannt. Die Bindungsenergetik geht jedoch davon aus, dass über die Herzwahrnehmung ein Zugang zu gelungenen Bindungserfahrungen geschaffen werden kann. Dadurch entsteht ein Gefühl von Sicherheit und es wird möglich, das Ureigene im Menschen, das dieser von Anfang an als Anlage in sich trägt, zu erkennen und zu öffnen (Interview mit Munzel, Mai 2014). Von dem, was

² Munzel nutzt den Begriff der Anlage für alles, was im Menschen von Anfang an angelegt ist. Im Interview im Mai 2014 verdeutlichte er mir die Irrelevanz des Ursprungs der Anlage (Gene, Gott oder etwas anderes). Sie sind dennoch eine Grundannahme der bindungsenergetischen Therapie.

ich bisher an Psychotherapien kennengelernt habe, ist dies das herausragend Neue, was die BE der Psychotherapie-Landschaft gibt: Die *Herzwahrnehmung* als psychotherapeutische Methode, um Kontakt zu den Ressourcen (in der bindungsenergetischen Sprache: Anlagen) des Individuums zu bekommen. In der Praxis sieht dies so aus, dass der Klient oder die Klientin auf einer Matte liegt und die Hand des Therapeuten oder der Therapeutin über dem Herzen auf dem Brustkorb liegt. Dabei konzentrieren sich beide nach innen auf das Schlagen des Herzens und kommen in den Austausch darüber, was sie wahrnehmen (Ohr, 2010).

Ressourcenorientierung

Der zweite Punkt, der meiner Ansicht nach neben der Herzwahrnehmung die Originalität des bindungsenergetischen Ansatzes verdeutlicht, ist die hohe Ressourcenorientierung. Ich möchte sie geradezu als radikal bezeichnen. Sie wird darin deutlich, dass aus dem Kontakt zu den ureigensten Fähigkeiten und Begabungen heraus die unbewältigte Noterfahrung, die zu Leiden und zu dieser emotionalen (und daher unzureichenden) Sicherheit führten, bearbeitet und bewältigt werden kann (Munzel, 2013).

Damit das Gehirn motiviert wird, anders als im Leiden zu funktionieren, werden eben gerade nicht die prägenden schwierigen Erfahrungen immer wieder durchgesprochen. Die Erkenntnisse der Gehirnforschung interpretiert Munzel für die Psychotherapie so, dass durch das wiederholte Besprechen des Leidensweges die Bahnen des Gehirns immer weiter in die Richtung gestärkt werden, so dass kein Ausweg aus dem Leiden wahrgenommen und erlebt werden kann. Munzels Weg aus diesem Muster (ein Begriff, den er ähnlich wie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nutzt) heraus ist die Stärkung des Eigenen und die Eröffnung neuer Erfahrungswelten. Damit baut sich eine Selbstsicherheit auf, die auf den Fähigkeiten des Individuums selbst beruht. Mit dem Aufbau dieser Selbstsicherheit beginnt auch eine Lösung von alten Mustern. Um aber zu erkennen, welche bisherigen Bestandteile der Persönlichkeit genau dem Muster entsprechen, muss das Muster auch angeschaut, besprochen und bearbeitet werden (Munzel, 2013).

In diesem sogenannten *Prinzip der Gegenläufigkeit*, d.h. die Selbstsicherheit wird größer und die emotionale Sicherheit wird kleiner, unterscheidet sich die BE deutlich von den anerkannten Psychotherapieformen. „Die Methode, die den Herz-Kreislauf und die Herzwahrnehmung gezielt anspricht, möchte also den Menschen wieder dafür öffnen, worauf er im Innersten hofft, was er ersehnt und welche mutige Tat in ihm schlummert“ (Munzel, 2013, S. 29). Die Fähigkeiten eines

Menschen basieren auf motivierenden Grundemotionen (Bsp. Freude). Wenn diese erkannt werden und im Leben des Menschen eine größer werdende Rolle spielen, wächst die Selbstsicherheit. Der/die Klient_in erkennt mit therapeutischer Hilfe emotionale Sicherheiten und ersetzt sie durch Selbstsicherheiten. Zudem werden mit der Freilegung der Grundemotionen die einschneidenden Erfahrungen erkannt, da mit der wachsenden eigenen Motivation auch erkannt wird, was genau sie behindert hat.

Mit dieser Veränderung kommt der Mensch in Bewegung und handelt anders als er es bisher gewohnt war, er hat die gewohnte Bahn bereits verlassen, was wiederum die Selbstsicherheit stärkt.

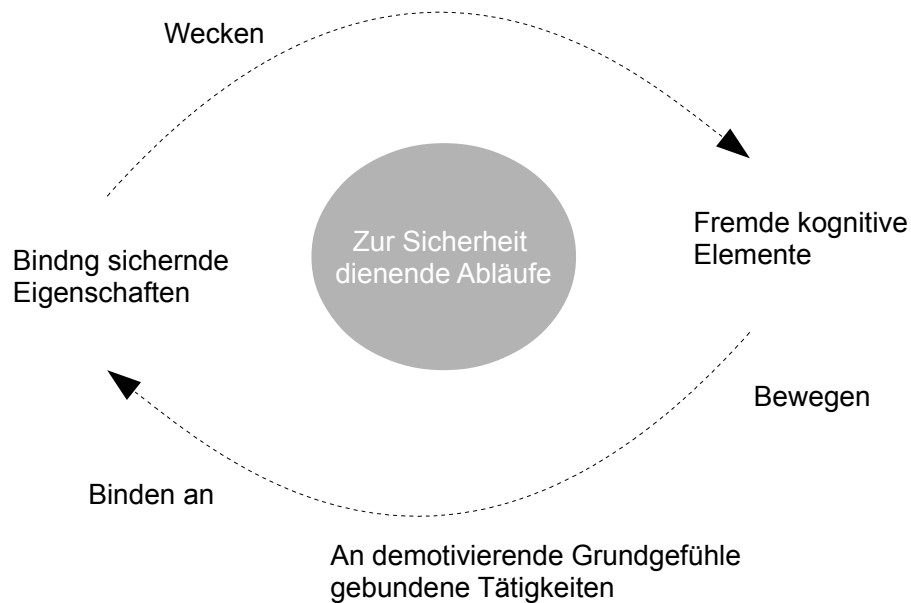


Abbildung 1: Zur Sicherheit dienende Abläufe: "Die bindungsenergetische Psychotherapie entbindet von notgeprägten Kreisläufen, indem sie gegenläufige Abläufe etabliert" (Munzel, 2013, S. 128)

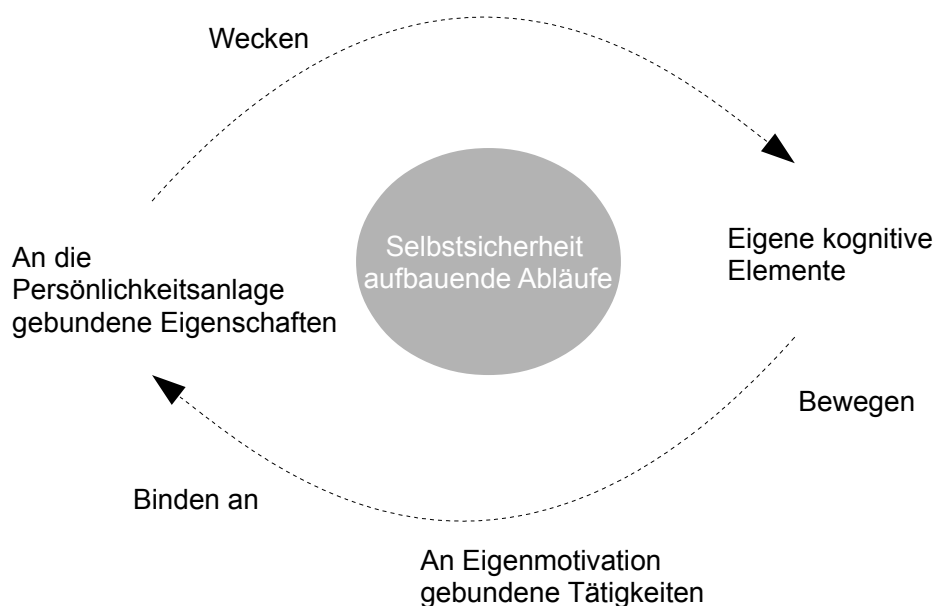


Abbildung 2: Selbstsicherheit aufbauende Abläufe: "Es ist die Absicht der bindungsenergetischen Psychotherapie, in diesen aufbauenden Kreislauf hineinzukommen und ihn zu FESTIGEN" (Munzel, 2013, S. 129)

Der Teufelskreis ist in Abbildung 1 und der Herzkreislauf in Abbildung 2 zu sehen.

Die Ressourcenaktivierung der BE unterscheidet sich von der verhaltenstherapeutischen Ressourcenaktivierung meines Erachtens darin, dass zwischen den Ressourcen, die sich dem Therapeuten zeigen, noch einmal unterschieden wird. Ressourcen könnten auf den ersten Blick wie Ressourcen scheinen, zeigen sich aber beim näheren Betrachten als Eigenschaften, die aus dem Teufelskreis geboren wurden. Ein Beispiel dafür wäre eine fleißige Studentin, die die Fähigkeit besitzt, sich in die Denkweise der Lehrenden einzudenken und auf diese Weise fachliche Arbeiten genau so zu formulieren, dass sie dafür sehr gute Noten bekommt. Es mangelt ihr aber an Spaß und Freude in ihrem Studium. Möglicherweise hat diese Studentin schon ganz vergessen, dass zu ihren ureigenen Fähigkeiten gehört, dass sie Gedanken selbst entwickelt und ausformuliert. In der bindungsenergetischen Therapie wird viel Wert darauf gelegt, zwischen den echten (im Menschen angelegten) und scheinbaren (durch misslungene Bindungserfahrung erworbenen) Ressourcen unterscheiden zu lernen, auch wenn die scheinbare Ressource schon so sehr zu der Identität der Klientin gehört, dass sie denkt, es sei eine Ressource.

In der therapeutischen Praxis

In der Praxis beginnt eine therapeutische Stunde immer im Sitzen von Therapeut und Klient, wobei die Therapeutin das Gespräch eröffnet: „Du hast das Wort!“ (Workshop April 2014). Dadurch hat der Klient oder die Klientin die Möglichkeit, mit dem zu kommen, was hier und jetzt relevant ist. Das wird von therapeutischer Seite aufgenommen und entschieden, welche weitere bindungsenergetische Methode sinnvoll sein kann, z.B. die bindungsenergetische Gesprächsführung, kognitive Techniken zur Ermittlung, „wie der Klient sein Gehirn benutzt“ (Rotermund-Federer et al., 2009), Herzkontakt oder die Arbeit mit anderen Körperbereichen, wie Bauch-, Haut-, Ohren- oder Augenarbeit.

Zusammenfassung nach Munzel

Die bindungsenergetische Therapie „sieht ihren Sinn und Zweck darin, auf bindende Prozesse Einfluss zu nehmen. Sie nutzt den Tatbestand, dass Bindung körperlich bewegt und geistig öffnet. Ändern sich bindende Prozesse, dann ändern sich Bewegungsabläufe und Erfahrungshorizonte. Der Standpunkt, der die Entwicklung des Therapieverfahrens leitet, kann klar formuliert werden:

Bindende Prozesse sind ausschlaggebend für die Eigenregulation eines Menschen“ (Munzel, 2013, S.129).

2.4 Bindungsenergetik mit Kindern

Zur Bindungsenergetik mit Kindern gibt es bisher noch keine Veröffentlichungen. Dieses Thema ist neu und wird erstmalig von Jenny Ohrt und Alexandra Rotermund-Federer als Koordinatorinnen des Projektes „Bindung und Entwicklung“ gezielt betrachtet. Für dieses Projekt nahmen sie Kontakt mit Bindungsenergetikerinnen auf, die sich bindungsenergetisch ausbilden ließen, praktische Erfahrungen in der therapeutischen Arbeit mit Erwachsenen gesammelt haben und in ihrer bindungsenergetischen Praxis oder in angrenzenden Berufen (bsp. Physiotherapie) therapeutisch mit Kindern gearbeitet und neue bindungsenergetische Wege beschritten haben. Die vorliegende Arbeit stellt einen ersten Versuch dar, sich strukturiert mit den bereits gemachten Erfahrungen auseinanderzusetzen. Es ist der erste Schritt von vielen.

3 Persönlicher Hintergrund

Die reflektierte Subjektivität gilt als eines der Gütekriterien qualitativer Forschung. Darunter fallen folgende Aspekte: Reflexion der persönlichen Voraussetzungen für die Erforschung des Gegenstandes, Reflexion während des Feldeinstiegs, Selbstbeobachtung während des Forschungsprozesses und die Frage, ob eine Vertrauensbeziehung zwischen Forscher und InformantInnen besteht (Steinke, 2005).

Um die persönliche Reflexion zu gewährleisten, führte ich während des Forschungsprozesses ein Forschungstagebuch. Darin beschrieb ich vor Beginn der Untersuchung meine Voraussetzungen, mit denen ich das Feld betrat und während der unterschiedlichen Forschungsphasen wurden auftauchende Emotionen, Irritationen und Feldkontakte, die nicht für die Auswertung in Form der qualitativen Inhaltsanalyse aufbereitet werden sollten, dokumentiert. Eine Zusammenfassung der persönlichen Voraussetzungen während des Feldzugangs soll nachfolgend dargestellt werden. Die Reflexion der Subjektivität während des Forschungsprozesses findet sich in der Diskussion.

Im Oktober 2007 lernte ich mit dem Beginn meines Bachelor-Studiums Jenny Ohrt als eine Kommilitonin und bald auch als Freundin kennen. Sie berichtete mir von der Bindungsenergetik, da sie sich in der Ausbildung zur bindungsenergetischen Therapeutin befand und eigene Erfahrung als Klientin sammelte. Sie beendete die Ausbildung Anfang 2009 und plante ihre Selbstständigkeit. Ihr Wunsch war als bindungsenergetische Therapeutin tätig zu werden, doch interessierte Klient_innen ließen noch auf sich warten. Daraufhin entwickelte sie die Idee, dass ich ihre „Probe-Klientin“ werde. Ich war sofort begeistert von der Idee, da mich psychologische und vor allem körpertherapeutische Selbsterfahrung reizt und schnell in den Bann zieht. Sie behandelte mich dann ungefähr 3 Monate. Nachdem der vorher festgesetzte Zeitraum beendet war, bat ich um weitere *Sessions* (bindungsenergetische Therapiesitzung) zu einem Freundschaftspreis. So konnte ich meine persönliche Erfahrung mit der Bindungsenergetik vertiefen. Ich erfuhr eine Liebe und Kraft in mir, die ich vorher nicht so klar wahrnehmen, benennen und leben konnte. Ich wurde mir meines Selbst bewusster und habe vor allem durch die bindungsenergetische Methode der Herzwahrnehmung einen alltäglichen Begleiter gefunden. Trotz dieser durchweg positiven Erlebnisse war mir die Theorie der Bindungsenergetik ein Rätsel. Durch Veranstaltungen in der Gemeinschaftspraxis für Bindungsenergetik in der Blücherstraße in Hamburg versuchte ich meine Erfahrungen mit Theorie zu untermauern; doch ein ganzheitliches Bild eröffnete sich mir nicht. Immer wieder tauchten unterschiedliche Begriffe und unterschiedliche Foki auf: In den Gesprächen mit Jenny, beim Tag der offenen Tür der bindungsenergetischen Gemeinschaftspraxis, bei Munzels Buchvorstellung 2011

und bei Vorträgen 2012/13. So schrieb ich vor dem Feldzugang im November 2013: „Ich habe keine klaren schlüssigen Gedanken dazu, mit denen ich Zweiflern einleuchtend erklären könnte, warum die Bindungsenergetik Sinn macht. Für mich ist es logisch, den Menschen als eine Einheit von Körper, Geist und Seele wahrzunehmen. So kann über die körperliche Ebene Kontakt zum seelischen aufgenommen werden und seelische Zustände können sich körperlich manifestieren und andersherum.“ Um zu verstehen, was hinter den eigenen Erfahrungen stecken könnte, wuchs in mir der Wunsch, mich im Rahmen meiner Masterarbeit näher mit der Bindungsenergetik zu beschäftigen. Dieser persönliche Wunsch birgt die Gefahr, zu subjektiv in den Forschungsprozess zu gehen. Um dem entgegen zu wirken, entschied ich mich für eine Fragestellung, die sich auf einen Bereich der Bindungsenergetik bezieht, mit dem ich keine persönlichen Erfahrungen gemacht habe: Bindungsenergetik mit Kindern. Außerdem setzte ich mir zum Ziel, mir meiner Subjektivität stets bewusst zu sein und diese kontinuierlich zu reflektieren.

Zusammenfassend möchte ich festhalten, dass mein Kontakt zur Bindungsenergetik zuerst und am intensivsten durch Jenny Ohrt geschah. Sie war außerdem an der Planung der Fragestellung beteiligt und stellt somit die Schlüsselperson dieser Studie dar; durch sie bekam ich Zugang zum Feld der Bindungsenergetik mit Kindern.

3.1 Zugang zum Feld durch eine Schlüsselperson (Schritt 1)

In der qualitativen Forschung wird die Frage des Zugangs zum sogenannten Feld mit besonderer Aufmerksamkeit behandelt (Flick, 2012). Das *Feld* ist im vorliegenden Fall die Projektgruppe „Bindung & Entwicklung“. Die *Schlüsselperson* bezeichnet die Person, durch die der Feldzugang ermöglicht wird und Kontakte zu potentiellen Interviewpartnern hergestellt und erleichtert werden (Bogner & Menz, 2009a, Flick, 2012). Die Schlüsselperson ist hier, wie schon deutlich werden konnte (→³ 3), Jenny Ohrt. Da ich zu ihr eine freundschaftliche Beziehung pflegte und immer noch pflege, hatte ich schon in der Planungsphase der Studie eine offene, mir zugewandte Person aus dem Feld an meiner Seite. Als Koordinatorin des Projektes „Bindung & Entwicklung“ (Projekt B&E) organisierte sie, dass ich beim ersten Treffen der Gruppe vom 7. bis 8. Dezember 2013 dabei sein und die Bekanntschaft mit ersten potentiellen Interviewpartnerinnen machen konnte. Außerdem erhielt ich Raum für die Vorstellung meines Forschungsvorhabens. Ich stellte mich als Person vor und schilderte meine bisherigen Erfahrungen mit der Bindungsenergetik, um zu verdeutlichen, dass ich Vertrauen in die Methode habe. So wollte ich den Kontakt zu den Therapeutinnen, mit denen ich

3 Durch das Zeichen des Pfeiles „→“ verweise ich auf andere Kapitel dieser Arbeit, die inhaltlich mit dem an dieser Textstelle Beschriebenen verknüpft sind. Dem_der Leser_in soll auf diese Weise die Orientierung innerhalb der Arbeit erleichtert werden.

zusammen arbeiten sollte, herstellen. Anschließend leitete ich die Gruppe durch ein Brainstorming mit dem Thema „Was braucht das Projekt Bindung & Entwicklung?“. Ich formulierte auf einem Arbeitsblatt (→ Anhang 1) anregende Fragen, angelehnt am Modell der Themenzentrierten Interaktion nach Ruth Cohn (Langmaack, 2009). Jede der fünf Teilnehmerinnen beantwortete sie für sich. Anschließend wurden Schlagworte vorgestellt und ein Gespräch entstand. Ich leitete es in die Richtung meiner Frage: Welchen Bedarf des Projektes könnte meine Masterarbeit decken? Neben den Punkten „Austausch über Erfahrung“ und „Vernetzung mit KollegInnen“ erhielt die Sehnsucht nach einem „Methodenkoffer“ Aufmerksamkeit. Ich teilte noch vor Ort den Teilnehmerinnen meine vorläufige Entscheidung mit, Interviews zu führen. Diese sollten die bisherigen Erfahrungen mit der bindungsenergetischen Therapie an Kindern fokussieren. Durch die Analyse der Interviews wollte ich einen Plan für einen Workshop entwickeln, an dem dann die Therapeutinnen selbst ihren Methodenkoffer füllen könnten.

Nach dem Workshop erschien mir dieses geplante Verfahren jedoch kompliziert und ich änderte den Untersuchungsplan. Diese Möglichkeit zog ich erst in Betracht, nachdem ich mir meiner mich hemmenden Angst, den Bindungsenergetiker_innen nicht gerecht zu werden, bewusst wurde. Ich ließ die Angst zu angemessenem Respekt für die Tätigkeit der erfahrenen Therapeut_innen werden, indem ich ein neues Ziel der Forschungsarbeit formulierte:

Die Interviews sollen die bisher gemachten Erfahrungen von Bindungsenergetik mit Kindern im Fokus haben. Auf Basis der Interviews soll ein Kategoriensystem entwickelt werden, welches bindungsenergetische Interventionen mit Kindern enthält.

4 Fragestellung und Ziel der Arbeit

Die bindungsenergetische Therapie mit Kindern befindet sich in der frühen Entwicklungsphase. Die Gründung des Projektes „Bindung & Entwicklung“ ist ein erster Schritt. Dort treffen bindungsenergetische Therapeutinnen zusammen, die Erfahrungen mit Bindungsenergetik und Kindern in unterschiedlichster Art gemacht haben und sich mit dieser Thematik konzentriert auseinandersetzen wollen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegt dort das Hauptaugenmerk auf der gemeinsamen Reflexion über bisherige Erfahrungen und auf der gegenseitigen Inspiration durch Falldarstellungen und der Diskussion über bindungsenergetische Konzepte. Die vorliegende Arbeit zielt darauf ab, diesen Prozess zu unterstützen. Außerdem soll eine Bestandsaufnahme möglicher bindungsenergetischer Interventionen bei Kinder gemacht werden.

Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

Was sind Besonderheiten bindungsenergetischer Interventionen mit Kindern?

Anders formuliert könnte sie auch lauten: Wie können bindungsenergetische Interventionen bei Kindern aussehen? Mit welchen bindungsenergetischen Interventionen wurden bei Kindern schon positive Erfahrungen gesammelt?

Um mit dieser Arbeit einen realen Bedarf zu decken, lautet die Zielsetzung:

Bildung eines Kategoriensystem zur Beschreibung der bindungsenergetischen Interventionen bei Kindern

In den Worten der Teilnehmerinnen des Projektes gesprochen würde sie lauten: Füllen des Methodenkoffers.

Der Schwerpunkt liegt auf einer Erfassung dessen, was bisher in der Praxis erfahren wurde. Somit besteht das Ziel der Arbeit nicht darin, alle möglichen oder denkbaren Interventionen zu erfassen. Es soll hier ein erster Anhaltspunkt gebildet werden, an dem das Projekt oder auch andere interessierte Forschende weiter arbeiten können.

5 Methodik

In diesem Kapitel soll erhell werden, warum ich mich hier für ein qualitatives Studiendesign entschieden habe und wie es im Detail aussieht.

In der Psychotherapieforschung sind qualitative Studien selten, gewinnen aber an Bedeutung, was an der aktuellen Ausgabe „Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change“ ersichtlich wird. Hier gibt es erstmals ein eigenes Kapitel zu qualitativer Forschung (McLeod, 2013). Während der Recherche zu qualitativer Psychotherapieforschung fiel außerdem auf, dass wenig über qualitative Forschung zur Entwicklung einer Therapieform zu lesen ist. Dies verdeutlicht, dass in der Entwicklung von Therapien ganz eigene Prozesse und Ideen zum Tragen kommen und es für diesen Bereich keine anerkannte, standardisierte Form der Forschung gibt. Die Forschung setzt meist erst ein, wenn bereits ein großer Pool an Erfahrungen vorliegt, aus dem geschöpft werden kann. Zur BE mit Kindern ist der Erfahrungsschatz übersichtlich und begrenzt. Im Abwägen verschiedener Forschungsmethoden wurde sich für die vorliegende entschieden. Dabei stand das Ziel vor Augen, die praktisch tätigen Therapeuten produktiv beim Entwicklungsprozesses zu begleiten und gleichzeitig wissenschaftlich klar und in den einzelnen Schritten nachvollziehbar zu arbeiten.

Ich suchte also eine individuell passende Möglichkeit, um der oft formulierten Forderung, die Forschung praxisorientierter zu gestalten (u.a. Castonguay et al., 2013, Kriz, 2004), gerecht zu werden

5.1 Indikation eines qualitativen Forschungsprozesses

Eine gewisse Geringschätzung der qualitativen Forschung in der Psychologie liegt an der begrenzten Überprüfbarkeit und Gültigkeit quantitativer Gütekriterien für qualitative Forschung. Steinke (2005) schlägt daher Gütekriterien vor, die besser zur der Realität qualitativer Forschung passen. Während des gesamten, hier dargelegten Forschungsprozesses wirkten sie wie Postulate, auf denen die Forschung fußt.

Eines dieser Gütekriterien nennt Steinke (2005) die *Indikation des Forschungsprozesses*. Es beinhaltet die Angemessenheit einzelner Methoden oder des Gegenstandes, aber auch die Angemessenheit des gesamten Forschungsprozesses. Warum ist in diesem Fall überhaupt ein qualitatives Vorgehen indiziert?

Die Erklärung beginnt mit der Vorstellung der Tabelle 1, die die Phasen der Therapieentwicklung mit den dazugehörigen Forschungsmethoden darstellt.

Phase	Inhaltlicher Schwerpunkt	Art der Studie
Phase I	Konzeptentwicklung	Explizierung theoretischer Annahmen, Analogstudien, Kasuistiken, Manualentwicklung
Phase II	Exploration mit (nicht-kontrollierten) Pilot-Studien	Verlaufsbeschreibende Einzelfallstudien, Prä-Post-Analysen in verschiedenen Populationen, Offene Studien, Durchführbarkeitsstudien, Prozess-Outcome-Studien
Phase III	Wirksamkeitsprüfung	Efficacy-Studien/RCTs, Experimentelle Einzelfallstudien
Phase IV	Anwendung unter Routinebedingungen, klinische Nützlichkeit	Nicht randomisierte Effectiveness-Studien, erweiterte Einschlusskriterien, zunehmend naturalistische Bedingungen, Anwendungsbeobachtungen

Tabelle 1: Phasen der Therapieentwicklung (Lincoln, 2011; Rief, 2006)

Wenn die Bindungsenergetik dort eingeordnet werden soll, lässt sich feststellen, dass die Phase I der Konzeptentwicklung mit der Fertigstellung der Buchreihe zur bindungsenergetischen Therapie abschließt und zur Phase II der Exploration mit Pilotstudien übergehen wird bzw. übergehen sollte. Um die BE mit Erwachsenen in seiner Entwicklung, Bekanntwerdung und Anerkennung voran zu treiben, wären Kasuistiken, Prä-Post-Analysen, Prozess-Outcome-Analysen u.ä. die nächsten Schritte.

Die Bindungsenergetik mit Kindern hingegen befindet sich ganz klar in der Phase I, denn es muss erst noch ein Konzept für diese Zielgruppe gefunden werden. Die vorliegende Arbeit kann der Manualentwicklung der Phase I zugeordnet werden, denn es wird nach den bindungsenergetischen Methoden, die auch bei Kindern angewendet werden können, gefragt. Diese Formulierung sorgt jedoch möglicherweise für Missverständnisse, denn der Begriff des Manuals kommt aus der Tradition der Verhaltenstherapie. Denn dort liegt der Schwerpunkt darin, anhand der Symptome zu diagnostizieren, was für eine psychischen Störung vorliegt, und dann je nach Symptomgruppe ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen zu verfolgen. In der Bindungsenergetik wird zwar auch hinsichtlich der Störungskategorien diagnostiziert, wie sie bsp. der ICD-10 liefert, der Fokus der Therapie hingegen liegt auf dem Individuum. Hier stellt sich die Frage nach dem Mangel, der der Störung bei der jeweiligen Person zugrunde liegt und nach der Gebundenheit dieser Person (Interview mit Munzel, Mai 2014). Daraus ergibt sich dann die Entscheidung für oder gegen eine Intervention. Das heißt, es werden nicht bei bestimmten ICD-10-Diagnosen immer dieselben Interventionen durchgeführt, weil das Symptom nicht immer dieselbe Funktion besitzt, so wie es in der manualbasierten Psychotherapie gesehen wird. Munzel drückt das in seinen Worten folgendermaßen aus: „Ich sehe meine Arbeit überhaupt nicht so, dass man Leute einer Methode

unterzieht, sondern die Beziehung, das was ich über diese Menschen erfahre, das was besonders an Anlagen deutlich wird (...), das entscheidet, welches Instrumentarium ich verwende“ (Interview 2014, 5.Min).

Die Bindungsenergetik mit Kindern befindet sich erst am Anfang und steht vor der Aufgabe einer Konzeptentwicklung. Solche Grundlagenforschung wird als wesentlicher Aspekt qualitativer Psychotherapieforschung gesehen (Faller, 1994). Folglich ist ein qualitatives Vorgehen zur Exploration der sinnvollste Weg, um diesen Prozess wissenschaftlich zu begleiten.

5.2 Ablauf des Forschungsprozesses

Zusammengefasst lässt sich der Forschungsprozess wie folgt darstellen:

Schritt 1: Workshop des Projektes „Bindung & Entwicklung“: Themenfindung

Der Forschungsprozess begann mit der Definition der Fragestellung. In diesen Schritt wurde die Zielgruppe integriert, damit Forschung und Praxis nah beieinander sind und so Forschung auch relevant für die Praxis ist. Das entspricht der Forderung von Casper (2013) und anderen hinsichtlich der Psychotherapieforschung, die sich oft fernab klinisch relevanter Fragestellungen befindet. Ein Überblick über den Ablauf des Workshops zur gemeinsamen Entwicklung der Fragestellung findet sich im Kapitel 3.1. Die darauf folgenden Schritte des Forschungsprozesses werden hier grob skizziert und anschließend ausführlicher dargestellt.

Schritt 2: Stichprobenauswahl

Kontaktaufnahme mit den potentiellen Interviewpartner_innen

Schritt 3: Treffen mit den Interviewpartner_innen:

- **Interview**
- **anschließend die Beobachtung der praktischen Arbeit mit einem Nachgespräch**
oder eine Fall Erzählung (wenn keine Beobachtung möglich ist)

Im Kontakt mit den Interviewpartner_innen zeigte es sich nur in einem Fall als praktikabel, dass ich bei einer beispielhaften therapeutischen Sitzung mit einem Kind hospitieren durfte. Der Normalfall war somit die Falldarstellung am Ende des Interviews.

- **nach dem Interview: Selbstreflexion**

Schritt 4: Qualitative Inhaltsanalyse der Daten mit dem Ergebnis eines vorläufigen Kategoriensystems

Die mit dem Diktiergerät aufgenommenen Interviews wurden sprachbereinigt transkribiert. Die so entstandenen Daten wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet. Das Ziel der Inhaltsanalyse bildete ein vorläufiges Kategoriensystem, das bindungsenergetische Interventionen mit Kindern beinhaltet.

Schritt 5: kommunikative Validierung mit Therapeutinnen mit dem Ergebnis eines modifizierten Kategoriensystems

Bei dem zweiten Workshop des Projektes „Bindung & Entwicklung“ wurde den dort Anwesenden, die zum Großteil auch zu den Interviewpartnern zählen sollten, das vorläufige Kategoriensystem vorgestellt. Dieses wurde angeleitet diskutiert, verändert und ergänzt, so dass am Ende ein Kategoriensystem entstand, das alle Anwesenden als „Bindungsenergetik mit Kindern“ akzeptierten.

Schritt 6: Interview mit Michael Munzel

Michael Munzel wurden bei einem Interview inhaltliche Fragen zur Bindungsenergetik, die bisher unklar blieben, gestellt. Ihm sollte außerdem das Kategoriensystem vorgestellt werden, damit er es kommentiert. Die Ergebnisse dieser weiteren Form der kommunikativen Validierung sollen in dieser Arbeit lediglich aufgezeigt werden und nicht das Kategoriensystem modifizieren. Sie stellen Denkanstöße für die zukünftige Tätigkeit der Projektgruppe B&E und andere forschend Tätige dar.

5.3 Stichprobenauswahl (Schritt 2)

Für die Stichprobenauswahl war die Praxis von Gerhardt (nach Flick, 2012) leitend. Aufgrund der überschaubaren Anzahl an potentiellen Interviewpartnern kam nur eine Vollerhebung in Frage.

Folgende Bedingungen wurden definiert:

Die Interviewpartner_innen

- (a) haben die bindungsenergetische Ausbildung abgeschlossen oder befinden sich im letzten der vier Lehrjahre.
- (b) arbeiten als bindungsenergetische TherapeutInnen mit Babys oder Kindern oder sie sind in einem anderen Beruf mit Kindern tätig, wobei sie sich von der Bindungsenergetik in ihrem Handeln leiten lassen.

Zu (b): Wenn es heißt, dass sich die Therapeut_innen von der Bindungsenergetik in ihrem Handeln

leiten lassen, ist dies eine subjektive Sichtweise und ist absichtlich nicht näher definiert. Da die Gesamtheit der Menschen, auf die diese beiden Bedingungen zutrafen, sehr gering war, hätte eine engere Fassung der Bedingungen zu weniger Interviewpartnern geführt, was einen Informationsverlust hätte bedeuten können. Zu Beginn eines jeden Interviews wurden mit der Erhebung des soziokulturellen Hintergrundes nähere Fragen zum bindungsenergetischen Anteil der Arbeit gestellt.

Am 4. Januar 2014 wurden die Teilnehmerinnen des Forschungsprojektes „Bindung und Entwicklung“ vom Institut für Bindungsenergetik in Hamburg via E-Mail angeschrieben, ob sie sich als Interviewpartner zur Verfügung stellen könnten. Ich duzte die Adressaten, da dies in dieser Gruppe üblich ist. Ich stellte mich, meinen persönlichen Hintergrund bezüglich des Forschungsvorhabens und das geplante Prozedere vor (→ Anhang 2). Die Schlüsselperson Jenny Ohrt riet mir zu solch einer ausführlichen und persönlichen Nachricht, da sie so mehr Resonanz erwartete.

Außerdem fragte ich via E-Mail eine weitere Probandin an, die die bindungsenergetische Ausbildung absolvierte und mit Kindern arbeitet, wie ihre persönliche Darstellung im Internet verdeutlichte. Sie leitete meine Anfrage an ihren Mann weiter.

Über das Internet und die Schlüsselperson konnten keine weiteren bindungsenergetischen Therapeut_innen, die auch mit Kindern arbeiten, gefunden werden.

5.4 Interviews (Schritt 3)

Qualitative Psychotherapieforschung ist Grundlagenforschung, in der deskriptiv erhoben werden soll, was in der Psychotherapie geschieht, „denn das empirisch vorfindliche Geschehen muss nicht unbedingt mit dem übereinstimmen, was in den Lehrbüchern geschrieben steht“ (Faller, H., 1994, S. 19). Die bindungsenergetischen Lehrbücher sind zwar noch in Arbeit und die Bindungsenergetik mit Kindern ist bis dato noch nicht so weit fortgeschritten, dass Lehrbücher formuliert werden können, aber trotzdem wurde mir durch diese Aussage etwas deutlich: Auch wenn die Bindungsenergetiker_innen nach einer Idee mit Kindern therapeutisch arbeiten, heißt das noch nicht, dass sie ihre Ideen so umsetzen. Es bedeutet auch nicht, dass sie über Alles eine Idee haben, was sie therapeutisch umsetzen. Das Wort in einem Interview bietet mir also nur begrenzten Raum, die Möglichkeiten bindungsenergetischer Therapie mit Kindern zu erfassen. Durch die Möglichkeit anderer, zusätzlicher Messinstrumente kann eine größere Menge Daten produziert werden (Alberti, 1994), was dem Ziel der Arbeit, möglichst viel über die Arbeit mit BE bei Kindern zu erfassen,

entspricht. So entstand die Idee, nach dem Interview die jeweilige Person bei ihrer Arbeit zu beobachten und anschließend über die bindungsenergetischen Aspekte der Behandlung ein Gespräch zu führen. Leider bestätigte sich in der Phase der Kontaktaufnahme mit den Interviewpartner_innen die Befürchtung, dass dies im Normalfall ein unrealistischer Plan war. Nur einmal erhielt ich die Möglichkeit, die Arbeit zu beobachten und so eine größere Vielfalt an Daten zu sammeln. Als Konsequenz wurde die Beobachtung der Arbeit durch die Bitte an die Interviewte oder den Interviewten ersetzt, mir einen beeindruckenden Fall ihrer bindungsenergetischen Arbeit mit Kindern zu schildern.

Die Interviews wurden nach dem Vorbild der Experteninterviews geplant und durchgeführt. Es folgt eine Erläuterung der theoretischen Grundlagen von Experteninterviews und der spezifischen Anwendungswerkzeuge in dieser Studie.

Experteninterviews

Experteninterviews gelten als angebracht, wenn es - wie im vorliegenden Fall - um die Strukturierung eines Untersuchungsfeldes geht, das bislang unerforscht ist (Bogener & Menz, 2009a&b, Flick, 2012). Neben der Exploration liegt ein Schwerpunkt der Experteninterviews mit Bindungsenergetiker_innen auch auf der Systematisierung des Expertenwissens. Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf dem sogenannten „aus der Praxis gewonnene[n], reflexiv verfügbare[n] und kommunizierbare[n] Handlungs- und Erfahrungswissen“ (Bogener & Menz, 2009b, S. 64). Das Ziel systematisierender Experteninterviews besteht in einer lückenlosen Erhebung der relevanten Handlungsabläufe und sonstiger Prozesse. Das ist hier jedoch nicht möglich, da in der bindungsenergetischen Theorie noch nicht definiert wurde, welche bindungsenergetischen Interventionen mit Kindern sinnvoll, durchführbar und überhaupt denkbar sind. Im Bereich des Möglichen liegt also nur eine Systematisierung bisheriger, einprägsamer Erfahrungen in der bindungsenergetischen Arbeit mit Kindern.

Allgemein formuliert ist ein Experte jemand „der/die aufgrund langjähriger Erfahrung über bereichsspezifisches Wissen/Können verfügt“ (Mieg & Näf, 2005, S. 7). Genauer betrachtet orientiere ich mich hier an einem konstruktivistischem Expertenbegriff, wonach ein Experte durch andere zu diesem gemacht wird (Bogener & Menz, 2009). Die Teilnehmerinnen des Projektes B&E wurden von den Koordinatorinnen nach dem Kriterium angesprochen, ob sie bindungsenergetisch mit Kindern arbeiten oder zumindest in ihre Arbeit mit Kindern bindungsenergetische Elemente einfließen lassen. Sie definierten die Zielpersonen als Expertinnen und ich reproduzierte diese Zuschreibung, indem ich sie für die geplanten Interviews anscrieb. Außerdem definierte ich zwei

weitere Personen außerhalb des Projektes als Expertin und Experte, weil sie meiner Ansicht nach ebenfalls den Kriterien entsprechen, da sie mit Kindern arbeiten und bindungsenergetisch ausgebildet wurden. Drei der Interviewpartnerinnen sagten im telefonischen Vorgespräch oder antworteten per Mail, dass sie wenig bindungsenergetische Erfahrung mit Kindern hätten. Ich interpretierte, dass sie sich nicht als Experten verstünden. Laut Mieg und Näf (2005) wäre das ein ausreichender Grund gewesen, die betreffenden Personen nicht zu befragen. Ich sehe die Fälle als Grenzfälle, denn nachdem ich den Personen das Anliegen meiner Forschungsarbeit noch einmal näher erläuterte und verdeutlichte, dass nicht die Quantität an Erfahrung wichtig sei, willigten sie zur Teilnahme an einem Interview ein.

Wodurch zeichnet sich das Wissen aus, über das die als Expert_innen betitelten Personen verfügen und zu denen ich sie befragen möchte? Eine historische Sicht auf *Expertenwissen* umschreibt ganz klar, dass dieses innerhalb des Berufes erworben wird und bei der Erhebung nur im Kontext des Beruflichen zu sehen ist. Mit dem gesellschaftlichen Wandel erweiterte sich diese Sicht auf den Aspekt der außerberuflichen Erfahrungen, die den Blick weiten und neue Erfahrungen ermöglichen können. Berufliche und außerberufliche Erfahrungen und damit erworbenes Wissen wirken wechselseitig aufeinander. Das führt dazu, dass für den Forscher der *soziokulturelle Kontext* des Experten relevant wird (Meuser & Nagel, 2009). In dieser Studie beziehen sich die ersten Fragen des Interviewleitfadens auf den soziokulturellen Hintergrund der Person, der sie_ihn zu diesem Wissen führte.

Bogner und Menz (2009b) unterscheiden zudem zwischen drei Arten von Expertenwissen: Das *technische Wissen* beschreibt den expliziten Wissensvorsprung des Experten hinsichtlich von bsp. Regelabläufen und fachspezifischen Anwendungsroutinen. Das *Prozesswissen* beinhaltet eher praktisches Erfahrungswissen bezüglich Handlungsabläufen und Interaktionsroutinen. Das *Deutungswissen* umschreibt die subjektiven Relevanzen, Regeln, Sichtweisen und Interpretationen des Experten. Da es noch kein technisches Wissen über bindungsenergetische Interventionen gibt, kann dieses auch nicht erhoben werden. Der Fokus liegt hier auf dem Prozesswissen mit der Kernfrage: Was für Erfahrungen wurden mit bindungsenergetischen Interventionen bei Kindern gemacht und wie war der Ablauf dieser Interventionen?

Interviewleitfaden

Die Interviews wurde als offene Leitfadeninterviews geplant. Meuser und Nagel (2009) empfehlen diese Praxis, um sich durch den Leitfaden mit den zuvor konzipierten Fragen bei den Experten als kompetenter Gesprächspartner zu erweisen. Die Fragen dienen der Interviewerin aber auch als

Gedächtnisstütze, damit sie alle zu dem Thema interessierenden Aspekte erfragt (Mieg & Näf, 2005). Die Offenheit des Leitfadeninterviews ermöglicht jedoch auch die Erhebung von Daten, mit denen zuvor nicht gerechnet wurde, was gerade bei dem explorativen Charakter dieser Arbeit indiziert ist. Außerdem ermöglicht die Offenheit die Entwicklung eines Gesprächsflusses und ein Einlassen der Interviewerin auf die individuelle Interviewpartnerin mit ihrem persönlichen Erzählstil (Flick, 2012). Das bedeutet bei der Durchführung der Interviews zum Beispiel, dass ich eine Frage des Leitfadens nicht stellte, wenn sie zuvor bereits beantwortet wurde. Oder ich stellte eine Frage an einer anderen Stelle, als es eigentlich vorgesehen war, wenn das besser zum Erzählrhythmus der interviewten Person passte.

Der hier genutzte Interviewleitfaden (→ Anhang 3) lässt sich in drei Teile untergliedern. Die ersten Minuten des Gespräches waren für organisatorische Fragen und das Unterschreiben der Einverständniserklärung (→ Anhang 5) vorgesehen.

Der *erste Gesprächsabschnitt* sollte den soziokulturellen Kontext erfassen, in dem das Expertenwissen gebildet wurde. Eine der zentralen Fragen lautete: „Bitte erzähl mir kurz etwas zu deinem beruflichen Werdegang und wie du zur Bindungsenergetik gekommen bist!“ Das bereits beschriebene Duzen, das in der Gruppe der Bindungsenergetiker_innen üblich ist, wurde ebenfalls während des Interviews beibehalten. Das ermöglichte mir, auch zu Personen, die mir noch nicht vom Workshop bekannt waren, von Beginn an eine vertraute Atmosphäre aufzubauen, die für den Gewinn einer großen Dateninformationsmenge sehr wertvoll ist (Hermanns, 2005).

Im *zweiten Gesprächsabschnitt* sollte die interviewte Person ihre bisherigen Erfahrungen mit bindungsenergetischen Interventionen bei Kindern beschreiben. „Was an deiner Arbeit mit Kindern würdest du als bindungsenergetisch bezeichnen? An was für konkreten Dingen wird das deutlich?“, lauten beispielhafte Fragen. Da Wissen (und Expertenwissen) immer nur zu Teilen explizit verfügbar ist, müssen Wege gefunden werden, das nicht-explizite Wissen offen zu legen. Deshalb empfehlen Meuser und Nagel (2009), die Expert_innen über Entscheidungsfälle berichten zu lassen und auch Prinzipien zu benennen, nach denen sie verfahren. Dieses Vorgehen prägte die Art der Nachfragen, die ich im zweiten Teil des Interviews stellte.

Ganz offensichtlich wurde diese Empfehlung im *dritten Gesprächsabschnitt* umgesetzt. Die der Bindungsenergetiker_in wurde von mir gebeten, über einen Fall zu berichten: „Wie war dein beeindruckendstes Erlebnis, als du bindungsenergetisch mit einem Kind gearbeitet hast? Was genau an dieser Session/Arbeit war typisch bindungsenergetisch?“ Derselbe Hintergrund liegt dem Ansatz zu Grunde, die Arbeit der des jeweiligen Interviewpartner_in bei der praktischen Arbeit beispielhaft zu beobachten und anschließend über das dort Erlebte zu sprechen. Das Nachgespräch entsprach in

dem Fall einem fokussierten Interview (Hopf, 2005), da die Beobachtung eine geteilte Situation ist. Die Hauptfrage bezieht sich auf die bindungsenergetischen Elemente und Interventionen, die in dem speziellen Fall zu beobachten und zu erleben waren.

Nach der Durchführung der ersten sechs Interviews wurde der Leitfaden unter Einbezug der bisherigen Erfahrungen modifiziert (→ Anhang 4), so wie es die Theorie der Grounded Theory empfiehlt (Böhm, 2005). Die Richtung der Veränderung wurde durch das Ziel bestimmt, in den Interviews weniger Brüche des Gesprächsflusses zu erleben und Informationen zu erhalten, die noch nicht dargestellt wurden.

Interviewdurchführung

Die Interviews sollten an einem Ort der Wahl der Expert_innen durchgeführt werden. Besonders gut eignete sich der Arbeitsplatz der betreffenden Person, denn Wissen kann bekanntlich am besten dort abgerufen werden, wo es erzeugt wird (Edelmann & Wittmann, 2012). Außerdem bot der Ort, wo bindungsenergetisch gearbeitet wird, gleich die Möglichkeit, anschaulich die Handlungen und den Prozess zu beschreiben und Nachfragen zu stellen. Nicht zuletzt bezweckte ich damit, dass die betreffende Person sich wohl fühlt, weil sie in einer gewohnten Umgebung ist und somit offen über sich und ihre Erfahrungen sprechen kann. Nebenbei wurde der Aufwand für die Interviewpartner_innen durch wegfallende Fahrwege gering gehalten, was die Motivation zur Teilnahme erleichtern sollte.

In der Methodenliteratur findet sich die Ansicht, dass in einem Interview kontextunabhängige, sozusagen „reine“ Einstellungen und Ansichten des zu interviewenden Menschen erhoben werden sollen. In diesem von Bogner und Menz (2009a) archäologisch bezeichneten Modell werden die Faktoren der Situation und Person als Interviewerin als Störfaktoren gesehen.

Im von den Autoren vorgeschlagenen Interaktionsmodell wird es anders gesehen: „Die als Fehler und Störungen apostrophierten situativen Effekte im Expertengespräch können jedoch nicht nur produktiv eingesetzt werden (...), sie sind konstitutiv für jeden Prozess der Datenproduktion“ (Bogner & Menz, 2009a, S. 75). Diese Aussage stützt den Ansatz, den Ort des Interviews vorrangig vom Interviewpartner wählen zu lassen. Das Modell sieht alle Interaktionen zwischen Interviewerin und Interviewpartner_in als förderlich oder hinderlich zur Datenproduktion an. So stellen sie weiter sechs Typen von Zuschreibungen der Interviewerin durch den Experten oder die Expertin vor, wobei sie keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben und Mischformen sowie sich verändernde Konstellationen im Laufe des Prozesses anerkennen. Das Wissen um diese Charakterisierung kann eine Orientierung geben, um eine Datenlage zu verstehen und noch viel wichtiger: um sie gezielt zu

beeinflussen. Für diese Arbeit ist die Kompetenzzuschreibung der *Interviewerin als Expertin einer anderen Wissenskultur* relevant. Das bedeutet, dass der Interviewerin von der Befragten ein hohes Maß an fachlichen Kenntnissen und Fähigkeiten zugeschrieben wird. Es gibt ein gemeinsames Kerninteresse, und zwar den Forschungsgegenstand, aber divergierende Wissensbestände und Hintergründe diesbezüglich. Hohe Akzeptanz des_ der Anderen in seiner_ ihrer Wissenskultur prägt diese Zuschreibung. Mein Ziel war vor den Interviews, von den Interviewten so gesehen zu werden. Ich wollte dies erreichen, indem ich einerseits bindungsenergetische Fachbegriffe verwendete. Andererseits ließ ich meinen Hintergrund deutlich werden, dass dies eine Masterarbeit im Rahmen meines Psychologie-Studiums an der Universität Hamburg ist. Der Interviewstil sollte dialogorientiert, durch permanentes Nachfragen und durch einen schnellen Wechsel von Fragen und Antworten geprägt sein (Bogner & Menz, 2009a).

Weitere praktische Hinweise zur Durchführung der Interviews gab Hermanns „Interviewen als Tätigkeit“ (2005), wo er auch gerade durch die Darstellung typischer Anfängerfehler die innere Haltung von mir als Interviewerin unterstützte. Hermann (2005) betont vor allem, die Gespräche an der_ dem Interviewpartner_ in orientiert zu führen, diese Person in ihrer Wirklichkeit wahrzunehmen und dem Prozess mit Ruhe und zumindest ausgestrahlter Sicherheit zu folgen. Meine bisherigen beruflichen Erfahrungen im Rahmen der Studentischen Telefonseelsorge (STEMS) und meine Grundausbildung in der Themenzentrierten Interaktion nach Ruth Cohn (TZI) gaben mir die Sicherheit, bestimmte Fähigkeiten zur Gesprächsführung zu beherrschen und Situationen mit unterschiedlichen Facetten erfassen zu können.

Selbstreflexion nach jedem Interview

Nach jedem Interview hielt ich angelehnt an das Kommunikationsquadrat nach Schulz von Thun (2007) fest, was meine vier *Ohren* gehört haben, also welche Sachbotschaft die wichtigste war, wie die Selbstaussage der_ s Interviewpartners_ in lautete, welche Beziehungsbotschaft ich hörte und was für einen Apell ich vernahm. Zudem notierte ich knapp, ob ich meiner Ansicht nach das vermittelt habe, was ich mit meinen vier *Schnäbeln* für Botschaften vermitteln wollte. Was ich zuvor als Botschaften meinerseits festlegte und wie die äußere Struktur dieser Reflexion aussah, lässt sich im Anhang 6 nachvollziehen.

Dieses Verfahren hat zwei Ziele inne:

1. *Übung im Verstehen der Kommunikation während der Interviews*: Indem ich vor den Interviews nicht nur einen Interviewleitfaden formulierte, sondern mir darüber hinaus bewusst machte und schriftlich fest hielt, welche Botschaften (im Sinne der vier Schnäbel)

ich bei den Interviews vermitteln wollte, betrat ich mit innerer Klarheit die Interviewsituation. Durch das nachträgliche Reflektieren der Interviews wollte ich mich darin üben, die Botschaften neben der Sachbotschaft zu erfassen. Die Analyse der Aspekte, die die Gesprächssituation ebenso beeinflussen, sollte mir verhelfen, geübter in nachfolgende Gesprächssituationen zu gehen.

2. *Identifizierung fehlgeführter Interviews*: Wenn ich nach einem Interview feststellen würde, dass die Kommunikation fernab der erstrebten Sachbotschaften statt fand, könnte das für mich ein Zeichen sein, Interviews nicht in die Auswertung einfließen zu lassen.

Die Ergebnisse mit den dazugehörigen Interpretationen dieses Verfahrens finden sich im Kapitel 7.6 im Diskussionsteil dieser Arbeit.

5.5 Qualitative Inhaltsanalyse (Schritt 4)

Um das Tonmaterial auswerten zu können, wurde es zuerst mit Hilfe des PC-Programms f4 sprachbereinigt transkribiert. Diese Transkripte bildeten das Datenmaterial, das ausgewertet wurde.

Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Auswertung orientierte sich vorrangig an Mayrings Werk „Qualitative Inhaltsanalyse“ (2010). Der Schwerpunkt lag hier auf der qualitativen Technik der Zusammenfassung und induktiven Kategorienbildung. Das *Zusammenfassen* nach Mayring läuft in vier Schritten ab. Die ersten drei Schritte lassen sich wie folgt charakterisieren:

- *Paraphrasieren*: Die einzelnen Textabschnitte werden in wenigen Worten zusammengefasst und herausgeschrieben, so dass der Inhalt bestehen bleibt, aber Wiederholungen und Ausschmückungen weg fallen.
- *Generalisierung auf das Abstraktionsniveau*: Die Paraphrasen werden auf eine definierte Abstraktionsebene generalisiert. Im Zweifelsfall kann das theoretische Vorwissen die Begriffsfindung unterstützen. Jene Paraphrasen, die bereits dem Abstraktionsniveau entsprechen, behalten ihre Form.
- *Erste Reduktion*: „Bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheit“ (Mayring, 2010, S. 70) werden gestrichen.

In der praktischen Arbeit mit dem Programm Atlas.ti (Auswertungs-Software, die hier genutzt wurde) bedeutet das, dass nach der ersten Reduktion *Codes* definiert wurden. Diese Codes fassen die bedeutungsvollen Paraphrasen in generalisierter Form zusammen. In ihnen findet sich der

Verweis auf die Textstellen, auf denen sie basieren.

Diese drei Schritte können bei Arbeiten mit übersichtlichem Datenmaterial laut Mayring (2010) gleichzeitig durchgeführt werden können, wie es hier praktiziert wurde. Dieses verkürzte Vorgehen liegt darin begründet, dass ich als alleinige Forscherin ohne Team die Interviews selbst durchführte, transkribierte und auswertete. Das bedeutet, dass ich zum Zeitpunkt der Auswertung bereits einen ersten Überblick über den Inhalt hatte und mit bestimmten Begrifflichkeiten vertraut war.

Außerdem erforderte die Menge des Datenmaterials kein solch akribisches Vorgehen. Auch für die Fragestellung, das sich eher mit explizitem Inhalt als mit implizitem beschäftigt, ist es nicht notwendig, dass das Datenmaterial für jeden Schritt einzeln durchgegangen werden muss.

Der vierte Schritt beinhaltet eine *zweite Reduktion*, mit der hier erst begonnen wurde, nachdem an den ersten sechs Interviews die erste Reduktion durchgeführt wurde. Die zweite Reduktion ist dadurch charakterisiert, dass Codes mit gleichen Aussagen zusammengefasst werden können. Mit jeder Reduktion wurden die Begrifflichkeiten (Codes) kürzer und weniger. Ein Kategoriensystem ließ sich bereits erahnen.

Die *Kategorienbildung* nennt sich *induktiv*, da sie aus dem Datenmaterial heraus gebildet wurde. Nachdem bei allem Datenmaterial die zweite Reduktion durchgeführt wurde, wurden alle Codes noch einmal hinsichtlich ihrer Verwendbarkeit als Kategorie eines Kategoriensystems betrachtet und gegebenenfalls modifiziert, zusammengeführt (wenn mindestens zwei Codes das gleiche beinhalteten) oder gesplittet (wenn innerhalb eines Codes widersprüchliches Material zu finden war).

Einfluss der Grounded Theory in die Auswertung

Weitere Anregungen zur Codierung bot mir das Gedankengut der *Grounded Theory* (Böhm, 2005). Um für die Codes passende Bezeichnungen zu finden, wurde hier die *in vivo-Codierung* genutzt. Das bedeutet, die Bezeichnung der Codes orientierte sich an den Fragen (vor allem die Fragen 1-6 zum soziokulturellen Hintergrund), an den Aussagen der Interviewpartner_innen und am theoretischen bindungsenergetischen Vorwissen. Anschließend wird nach der Grounded Theory eine *abstraktere Codierung* empfohlen, die bei der zweiten Reduktion nach Mayring passend ist. Um die Kategorien zu verfeinern, wird ein axiales Codieren empfohlen. Das beinhaltet vor allem auch, dass die Beziehungen zwischen den einzelnen Kategorien deutlich gemacht werden. Hierfür wurde die Funktion der *Netzwerkerstellung* des Programms Atlas.ti genutzt.

In der Grounded Theory wird zudem großer Wert auf das Schreiben von *Memos* gelegt. Während

des gesamten Forschungsprozesses sollen Ideen über Beziehungen oder latente Gesprächsinhalte festgehalten werden. Nur so können laut Böhm (2005) wertvolle Inhalte, die nicht explizit zur Sprache kommen, festgehalten werden.

Zusammenfassung des Auswertungsprozesses

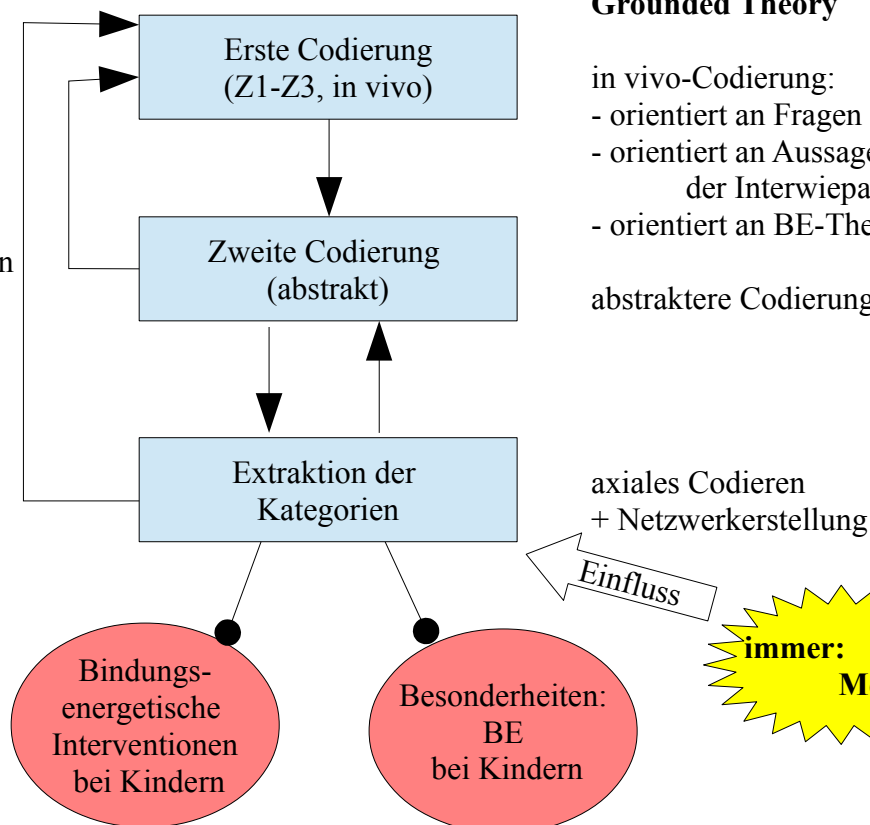
**Mayring (2010):
Zusammenfassen**

Z1 Paraphrasieren
Z2 Generalisierung
Z3 Erste Reduktion

Z4 Zweite Reduktion

Kategoriensystem

ABLAUF



**Böhm (2005):
Grounded Theory**

in vivo-Codierung:
- orientiert an Fragen (1. Teil)
- orientiert an Aussagen
der Interviewpartnerinnen
- orientiert an BE-Theorie

abstraktere Codierung

axiales Codieren
+ Netzwerkerstellung

Einfluss

**immer:
Memos**

Abbildung 3: Ablauf des Auswertungsprozesses mit Quellenangaben

Zusammengefasst ist der Auswertungsprozess in Abbildung 3 zu sehen. Die Pfeile, die in unterschiedliche Richtungen laufen, verdeutlichen, dass es kein linearer Prozess war, sondern ein zirkulärer. Dieser Prozess wurde bei jedem Transkript durchgegangen, aber durch die Codes der bereits bearbeiteten Transkripte beeinflusst. Textbestandteile des einen Interviews gewannen in einigen Fällen erst durch Erläuterungen eines anderen an Bedeutung. Hier zeigt sich die Bedeutung, während des gesamten Auswertungsprozesses eine Offenheit für das Unvorhergesehene zu behalten und sich immer wieder unvoreingenommen vor die Aussagen zu stellen und sie isoliert, aber auch im Zusammenhang zu betrachten (Böhm, 2005).

Die Auswertung begann, nachdem die ersten sechs Interviews durchgeführt wurden. Somit konnte

bei den darauf folgenden vier weiteren Interviewterminen der Fokus darauf liegen, was bisher noch nicht erhoben wurde, was noch nicht in der Auswertung auftauchte. Ich überprüfte auf diese Weise, ob eine theoretische Sättigung vorlag (Böhm, 2005). Die Auswertung begann mit den erfahrensten Therapeuten KL, IJ und GH. Ich definierte sie aufgrund der Berichte über die eigenen Berufserfahrungen zu Beginn des Interviews als die „erfahrensten Therapeuten“. Von ihnen erwartete ich viele Informationen und eine generalisierte Sprachweise. Nach der Auswertung der ersten sechs Interviews war bereits ein Kategoriensystem vorhanden. Dieses wurde mit der Durchführung und Auswertung der letzten vier Interviews überprüft und modifiziert. Die letzten vier Interviews wurden nicht mehr komplett transkribiert und ausgewertet, sondern nur jene Gesprächsabschnitte, die Inhalte aufzeigten, die in der bisherigen Auswertung nicht zu finden waren.

Nach der Planung dieses Ablaufes wurde mir im Prozess deutlich, dass bestimmte Aspekte für diese Arbeit unpassend sind. Die Netzwerkerstellung ist ein wichtiges Werkzeug, wenn es um Theoriebildung geht. Hier geht es aber nicht um eine komplexe Theoriebildung, sondern um eine Exploration bisheriger Erfahrungen und eine listenartige Zusammenstellung. Da diese Zusammenstellung, also dieses Kategoriensystem in einem Workshop kommunikativ validiert werden sollte, erschwerte eine Netzwerksicht die Kommunikation. Sie wurde aus praktischen Gründen und aufgrund der fehlenden Aussagekraft nicht weiter fortgeführt. Auch die Funktion der Memos und Kommentare wurde kaum genutzt, da der Fokus, wie bereits erwähnt, weniger auf verborgenen Inhalten liegt, als auf dem reflexiv verfügbaren Wissen.

5.6 kommunikative Validierung (Schritt 5)

Nach der Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse stellten sich aus forschungstheoretischer Sicht unweigerlich die Fragen: Entsprechen diese extrahierten Kategorien noch dem, was die Interviewpartner_innen als wichtig und zentral erachten? Finden sie ihre Aussagen und Begrifflichkeiten richtig dargestellt? Ist dieses Kategoriensystem für sie hinsichtlich eines Methodenkoffers hilfreich?

Zur Beantwortung dieser Fragen sollte die *kommunikative Validierung* wegbereitend sein. Damit wurde auch ein weiterer Schritt zur empirischen Verankerung gegangen und die Güte der Ergebnisse dieser Studie erhöht (Flick, 2012, Steinke, 2005). kommunikative Validierung beschreibt die Übereinstimmung über die Analyse-Ergebnisse zwischen Interviewerin und Interviewten (Lechler, 1994). Üblicherweise bedeutet dies, dass die Interviewerin den Befragten einzeln die Analyse des jeweiligen Interviews vorlegt und sie validiert wird. Die Zielsetzung dieser Arbeit

beinhaltet wie bereits beschrieben einen Methodenkoffer, der einen praktischen Nutzen für die Projektgruppe haben soll. Deshalb wurde die kommunikative Validierung mit dieser Projektgruppe (und nicht mit einzelnen Interviewten) geplant.

Die kommunikative Validierung (kV) war für das Wochenende des 5. und 6. Aprils 2014 angesetzt, da sich das Projekt B&E an diesem Wochenende regulär zu einem Workshop treffen wollte. Angemeldet hatten sich sieben Bindungsenergetikerinnen, von denen fünf zu den vorherigen Interviewpartnerinnen gehörten. Ich stellte bei dem Treffen zuerst den geplanten Ablauf der kV vor, der sich einerseits an der Struktur zur kommunikativen Validierung nach Scheele und Groeben (Lehler, 1994) orientierte und andererseits von der Grundhaltung der Themenzentrierten Interaktion geprägt war. Diese Methode nach Ruth Cohn unterstreicht den Aspekt, dass die Kunst des Gruppenleitens darin liegt, die Waage zwischen Prozess und Struktur zu halten (Langmaack, 2009). Sichtbar wird es in der Praxis durch eine Offenheit für die Bedürfnisse der Gruppe und des Einzelnen. Ich als Gruppenleiterin entschied also, wann in welcher Form vom Plan abgewichen wurde. Zur Strukturierung des Gruppengesprächs wurden zudem Methoden aus der Mediation nach Redlich (2007), insbesondere aus der Phase der Themenfindung, herangezogen.

Der Workshop-Plan sah folgendermaßen aus:

1. **Vorstellung des Kategoriensystems**: Ich stellte das Kategoriensystem, das sich aus der qualitativen Inhaltsanalyse ergab, vor. Der Vortrag soll inhaltliche Nachfragen erlauben, Diskussionen jedoch keinen Raum bieten. Zur Visualisierung werden die Kategorien als Karteikarten in Gruppen auf den Boden gelegt.
2. **Subjektive Bewertung durch die Bindungsenergetikerinnen**: Die Teilnehmerinnen bekommen den Auftrag, das Vorgetragene alleine zu bedenken. Die Karteikarten mit den Kategorien bilden dabei eine Gedankenstütze. Drei zentrale Fragen sollen sie dabei beantworten: Was ist für dich eindeutig Bindungsenergetik? Wo siehst du Diskussionsbedarf? Welche Punkte passen für dich überhaupt nicht zum Thema „Bindungsenergetik mit Kindern“? Was wurde hier noch gar nicht angesprochen, was braucht unbedingt noch eine eigene Karte?
3. **Bewertung der Kategorien mit Klebepunkten durch Bindungsenergetikerinnen**: Nach der subjektiven Bewertungsarbeit sollen die wesentlichen Aspekte herausgearbeitet werden. Mit Hilfe von farbigen Klebepunkten bewerten die Teilnehmerinnen die Kategorien. Dabei bedeutet:
 - Grün = Das ist Bindungsenergetik pur!

- Gelb = Da bin ich mir nicht sicher, da würde ich nochmal drüber sprechen wollen, ob das hierher gehört!
 - Rot = Das ist hier fehl am Platz, das ist doch keine BE!
4. **Gruppendiskussion:** Beginnend mit den Karteikarten mit den meisten roten Punkten (wo also die größten Differenzen vorliegen), werden die strittigen Kategorien nacheinander diskutiert und gegebenenfalls gelöscht, verbessert oder erneuert. Am Ende soll es einen Konsens über alle gefundenen Kategorien geben.

Die kommunikative Validierung konnte als erfolgreich bewertet werden, wenn am Ende ein neues Kategoriensystem formuliert wurde, dem alle Workshop-Beteiligten zustimmten.

5.7 Interview mit Michael Munzel (Schritt 6)

Ein Interview mit Michael Munzel beschloss ich erst zum fortgeschrittenen Zeitpunkt der Forschung. In erster Linie ging es darum, theoretische Nachfragen zur Bindungsenergetik zu stellen, denn die bisher veröffentlichten Artikel zur BE setzen unterschiedliche Schwerpunkte der Therapie. Das Interview diente dazu, den theoretischen Teil der Arbeit passend zum aktuellen Entwicklungsstand der BE zu formulieren. Des Weiteren sollte Munzel das Kategoriensystem, das im Workshop mit den Bindungsenergetikerinnen erarbeitet wurde, vorgestellt werden. Es ging um die Hauptfrage: Welche Elemente sind deiner Meinung nach Bindungsenergetik und welche würdest du verändern? Die BE ist zur Zeit noch stark um Munzel zentriert, auch wenn er bestimmte Aufgabenbereiche, wie z. B. die Ausbildung an erfahrene Therapeut_innen delegiert. Wie er es im Interview darstellte, sieht er es für die weitere Entwicklung der BE als notwendig an, dass auch andere Praktiker_innen produktiv tätig werden. Insofern hat das Projekt B&E seine volle Anerkennung. Nichtsdestotrotz wurde in einigen Interviews und im Workshop deutlich, dass aufgrund der immer weiter fortschreitenden Entwicklung der BE durch Munzel ein unterschiedlicher Wissensstand unter den Praktiker_innen herrscht. All diese Aspekte führten dazu, dass Munzels Sichtweise auf das Kategoriensystem hier Beachtung finden soll.

Die Inhalte des ersten Teil des Interviews finden sich in dieser Studie ausschnittsweise im Theorieteil (→ 2) sowie im Diskussionsteil zum wissenschaftlichen Diskurs zur Bindungsenergetik (→ 7.5). Munzels Kommentare zum Kategoriensystem werden in der Auswertung gesondert erläutert. Das Kategoriensystem wurde durch das im Interview Besprochene nicht verändert. Die Ergebnisse dieses Interviews sollten vielmehr eine weitere Perspektive auf die Datenlage eröffnen und Anhaltspunkte für die weitere Diskussion im Projekt B&E sowie für weitere Forschung liefern.

6 Darstellung der Ergebnisse

Zum derzeitigen Stand der Entwicklung qualitativer Psychotherapieforschung gibt es noch keine standardisierte Form, die Ergebnisse qualitativer Untersuchungen darzustellen (McLeo, 2013). Ich gebe der Ergebnisdarstellung die Form, die meiner Ansicht nach das Verständnis der Ergebnisse am besten unterstützt. Nach der Stichprobenbeschreibung werde ich die Entstehung der Ergebnisse offen legen, gefolgt von der Darstellung des Kategoriensystems.

6.1 Stichprobenbeschreibung

Die Interviews mit neun Bindungsenergetikerinnen und einem Bindungsenergetiker wurden im März und Februar 2014 durchgeführt. Die Verabredungen fanden über telefonischen Kontakt oder schriftlichen Mailkontakt statt. Zum Interview besuchte ich die Bindungsenergetiker_innen in Hamburg, Berlin und Verden. Sechs der Interviews wurden am Arbeitsplatz und eines am zukünftigen Arbeitsplatz der Praktikerinnen durchgeführt, in zwei Fällen besuchte ich die Personen in ihrem Wohnraum und einmal sprach ich aufgrund der großen geographischen Entfernung von Hamburg nach Ulm telefonisch mit der Person. Acht Interviews wurden mit dem Diktiergerät aufgenommen. Von einer Befragten erhielt ich keine Einverständniserklärung, so dass ich mir während des Gespräches Notizen gemacht habe, so auch beim telefonischen Interview.

In der Tabelle 2 wird ersichtlich, wie sich die Stichprobe zusammensetzt. Hier ist eine Zusammenfassung aus dem ersten Teil des Interviews zu lesen, wo der berufliche Hintergrund und somit die berufliche Sozialisation der entsprechenden Person, sowie seine_ihre beruflichen Erfahrungen sichtbar werden. Die in der Tabelle mit k.A. betitelten Daten beinhalten, dass die Person die Frage nicht beantworten konnte oder wollte. Im Interview mit der Interviewpartnerin QR wurden die Fragen aufgrund der Kontextbedingungen von meiner Seite nicht gestellt. Dieser Datenverlust hat keine Konsequenzen für die Auswertung; das Interview wurde sowieso am Schluss ausgewertet, da es nicht aufgenommen werden durfte.

Beim Interviewmaterial zum beruflichen Werdegang fallen folgende Parallelen zwischen den Aussagen auf. Erstens wurde die Bindungsenergetik-Ausbildung in den meisten Fällen ausgesucht und absolviert, da die Person auf der Suche nach einem ganzheitlichen Heilungsansatz war. Zweitens wurde die Frage nach der Bindungsenergetik als Basis der Arbeit entweder mit 10 (BE ist ganz und gar die Basis der Arbeit) beantwortet oder es konnte nicht in Form einer Zahl ausgedrückt werden, da die BE als Grundhaltung im Leben und in der Arbeit bezeichnet wurde.

Interview-partnerIn	Abschluss der BE-Ausbildung	Beruflicher Werdegang	Erfahrung BE mit Erwachsenen	Erfahrung BE mit Kindern	BE als Basis der Arbeit? Skala 1 (kaum) -10 (sehr)?
AB	2007/6	Ausbildung zur Krankengymnastin → Studium der Osteopathie, Heilpraktikerausbildung → BE	Seit 2006 regelmäßig 8 wechselnde Klienten	2000-2007 Erfahrung mit Kindern als Physiotherapeutin, wo BE teilweise mit einfluss	10
CD	2009	Nach dem Abitur entschied sie sich zwischen Schauspiel und Psychologie für Schauspiel → nach 10 Jahren langsame Lösung → Points and Positions (p.p.) Ausbildung → Munzel als Ausbilder trennte sich dann von p.p. → sie folgte ihm zur BE	80 - 100	Eltern als Klienten bringen in manchen Fällen Kinder mit	10
EF	2006	Floristin → verheiratet, Mutter, Hausfrau → eigene Symptome bewegten sie zum Heilpraktiker → Heilpraktiker-Ausbildung (klassische Homöopathie), p.p.-Ausbildung, lernt Michael Munzel kennen → Bindungsenergetik-Ausbildung	k. A.	Seit 1999 als Heilpraktikerin Arbeit mit Kindern, mit beeinflusst durch die BE, selten direkte bindungsenergetische Arbeit mit Kindern	„BE ist immer dabei (...) das ist eine bestimmte Sichtweise“
GH	Ende 2014	Studium der Psychologie in Bremen → entdeckte beim googeln BE, machte eigene Therapie-Erfahrung → BE-Ausbildung läuft noch	4 feste Klienten, noch keine Therapie abgeschlossen	Als Psychologin im Sprachheilkindergarten Arbeit mit Kindern, nur wenige (~6) regelmäßig bindungsenergetisch behandelt	„Für mich ist BE (...) eine Lebensweise“
IJ	2009	Seit 1986 Sozialarbeiterin: gesundheitliche Beratung von Familien nach der Geburt → zum Ausbau der Präventionsaufgabe Ausbildung zur Emotionellen Ersten Hilfe (EEH), Modul bei Munzel → BE-Ausbildung	k.A.	Erstkontakte bei Familien nach der Geburt, 8 Jahre EEH, BE floss mit ein, auch längere Begleitung von Familien, zur Zeit gar nicht mehr, da Leitungsfunktion	„Es ist eine Lebensweise geworden, mit dem Blick gehst du durch die Welt.“
KL	2008	Physiotherapieausbildung → Weiterbildungen, u.a. Bobath, Psychomotorik und Osteopathie → EEH-Ausbildung, Modul bei Munzel → BE-Ausbildung	Zu Beginn: 5 Sitzungen / Woche, zur Zeit 24 feste KlientInnen	Als Physiotherapeutin vor allem Säuglinge, die sie mittlerweile fast alle bindungsenergetisch behandelt, meiste Erfahrung mit Säuglingen	10
MN	ca. 2006	Medizinstudium in der DDR → nach der Wende ging sie in den Westen, führte die Ausbildung nicht bis zur Anerkennung fort → Psychologie-Studium und Tanztherapie-Ausbildung → EEH bei Thomas Harms, Munzel kennelernt → BE-Ausbildung	ca. 30	Als Psychologin bei der Jugendhilfe, Nachbarschafts- & Selbsthilfezentrum, BE fließt in Arbeit mit Kindern ein, keine direkte BE-Behandlung von Kindern	„schwer zu sagen“ eine bestimmte Sichtweise wurde geprägt
OP	2009	In der DDR Berufsoffizier → mit der Wende Neuorientierung: Studium der Erziehungswissenschaft mit Psychologie als Nebenfach, Erlebnispädagogik → Erfahrung als Klient mit Psychotherapie → Partnerin ist Bindungsenergetikerin, Therapie → BE-Ausbildung	ca. 12	Sozialarbeiter an Förderschule, in die Einzelfallarbeit mit Kindern (und Jugendlichen) fließt BE mit ein, vor allem bei jüngeren Kindern wo es um Prävention geht, regelmäßige Herzgruppe mit 10-12-jährigen	k.A.
QR		Kinderkrankenschwester in der Geburtshilfe → Öffentlichkeitsarbeit für eine bessere Behandlung der Kinder → Laktationsberaterin → EEH → BE	k.A.	k.A.	k.A.
ST	2009	Lehre als Floristin bis zur Meisterin → Fokus auf Privatleben → Heilpraktikerausbildung, Klassische Homöopathie → Systemische Therapie → über Freundin zur BE	Seit der Ausbildung Klienten, zur Zeit 40 Fälle (80h im Monat)	Kinder werden von ihr ausschließlich bindungsenergetische behandelt	10

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung mit soziokulturellem Hintergrund

6.2 Darstellung des Kategoriensystems vor der kommunikativen Validierung

Nach der Durchführung und Transkription der Interviews folgte die Auswertung mit Hilfe des PC-Programms Atlas.ti. Die Kategorien wurden extrahiert und angelehnt an die Interviews beziehungsweise theoretischen Vorkenntnisse benannt.

Im Datenmaterial zeigte sich eine Fülle unterschiedlichster Informationen, so dass eine große Anzahl an Kategorien entstand. Um bei der kommunikativen Validierung eine strukturierte Herangehensweise zu ermöglichen, clusterte ich sie in sechs Gruppen: therapeutische Grundlagen im Therapieverlauf, Bindungsenergetik mit Babys, Bindungsenergetik mit Kindern, Bindungsenergetik mit Jugendlichen, Integration der Eltern in den Therapieprozess und Rahmen für Bindungsenergetik mit Kindern.

Im Folgenden werde ich das Kategoriensystem darstellen, wie es den Ausgangspunkt für die kommunikative Validierung bildete. Eine nähere Erläuterung der Kategorien folgt im anschließenden Kapitel, das das Kategoriensystem nach der kommunikativen Validierung thematisiert.

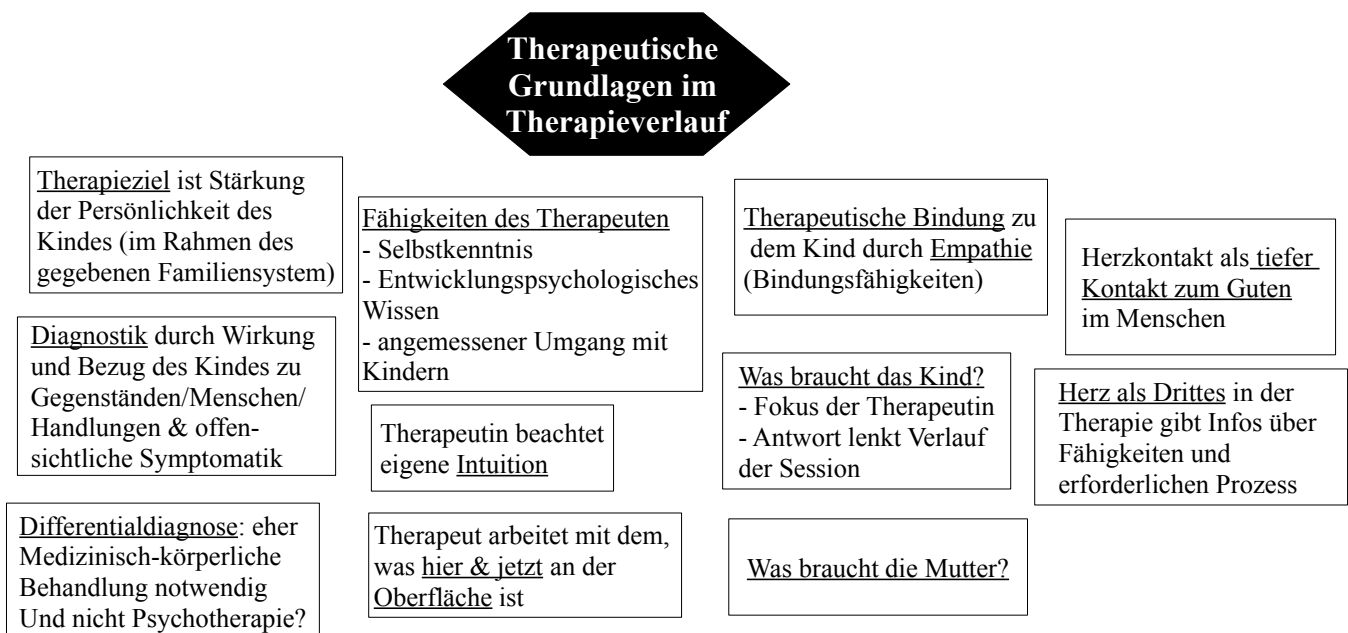


Abbildung 4: Das Cluster "therapeutische Grundlagen im Therapieverlauf" vor der kommunikativen Validierung

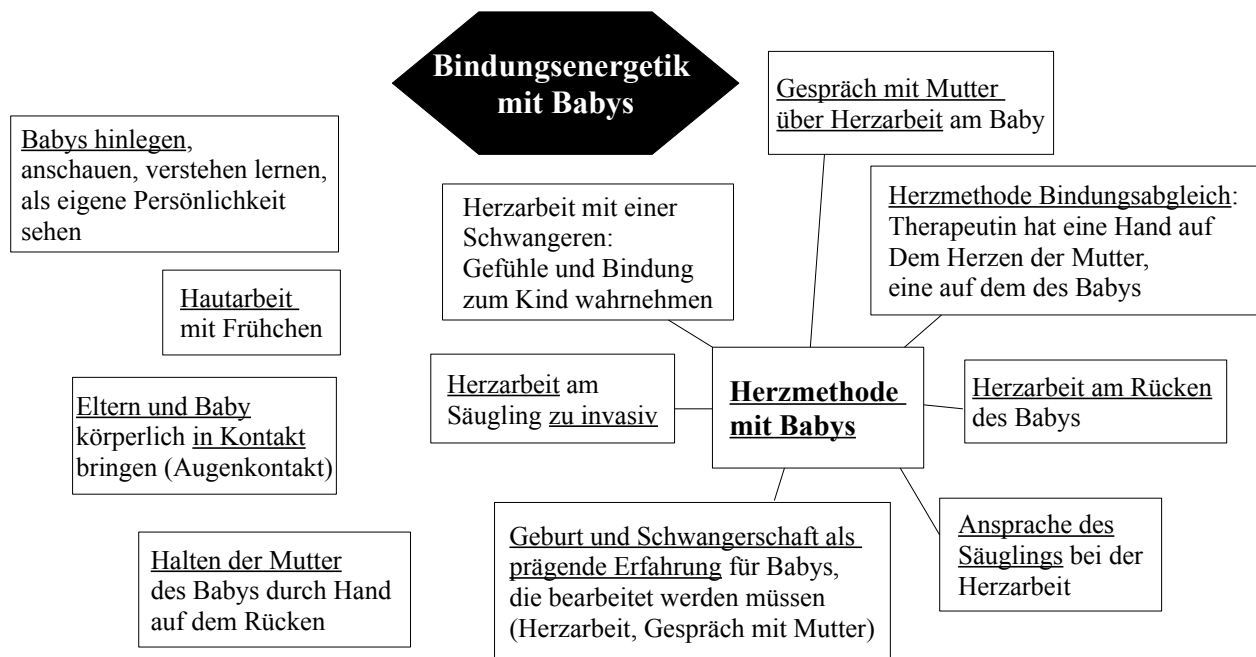


Abbildung 5: Das Cluster "Bindungsenergetik mit Babys" vor der kommunikativen Validierung

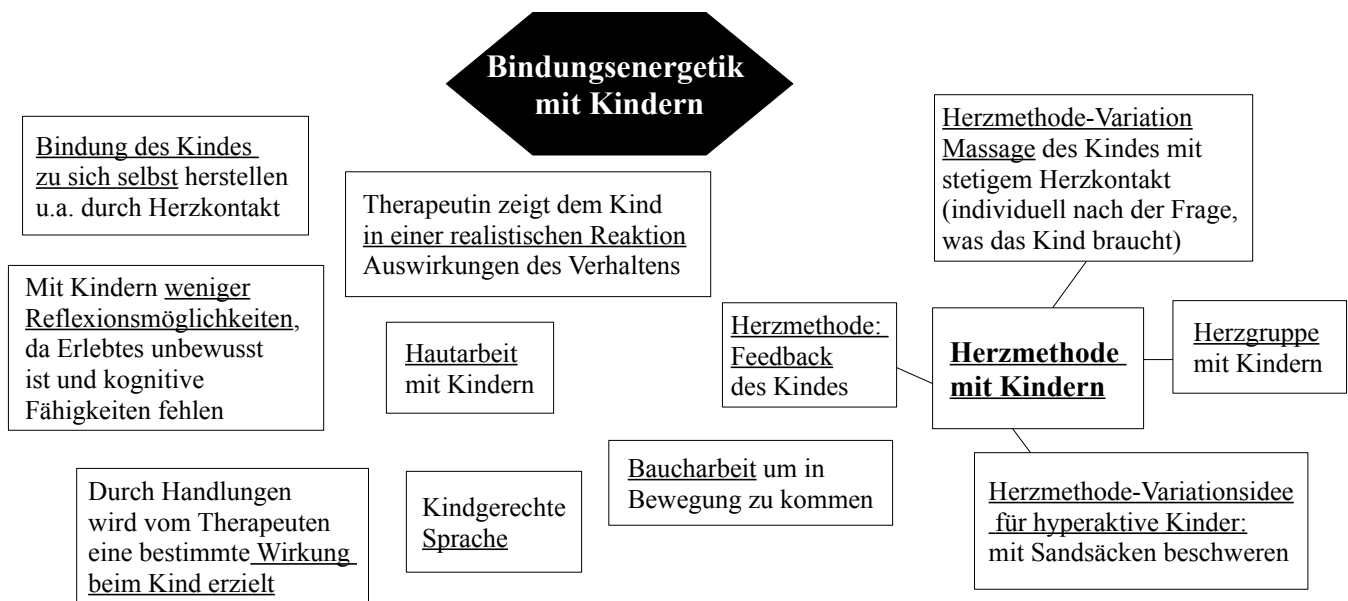


Abbildung 6: Das Cluster "Bindungsenergetik mit Kindern" vor der kommunikativen Validierung

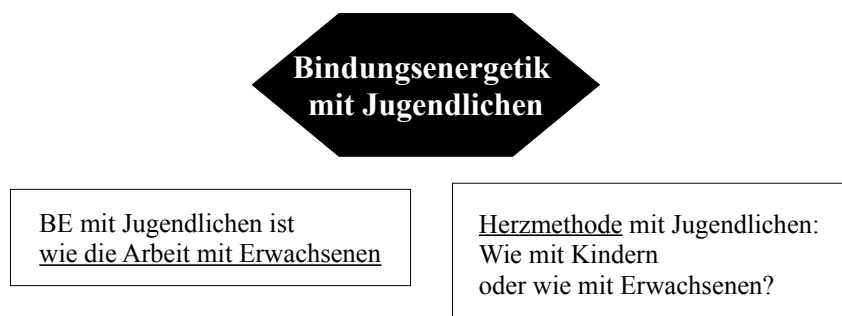


Abbildung 7: Das Cluster "Bindungsenergetik mit Kindern" vor der kommunikativen Validierung

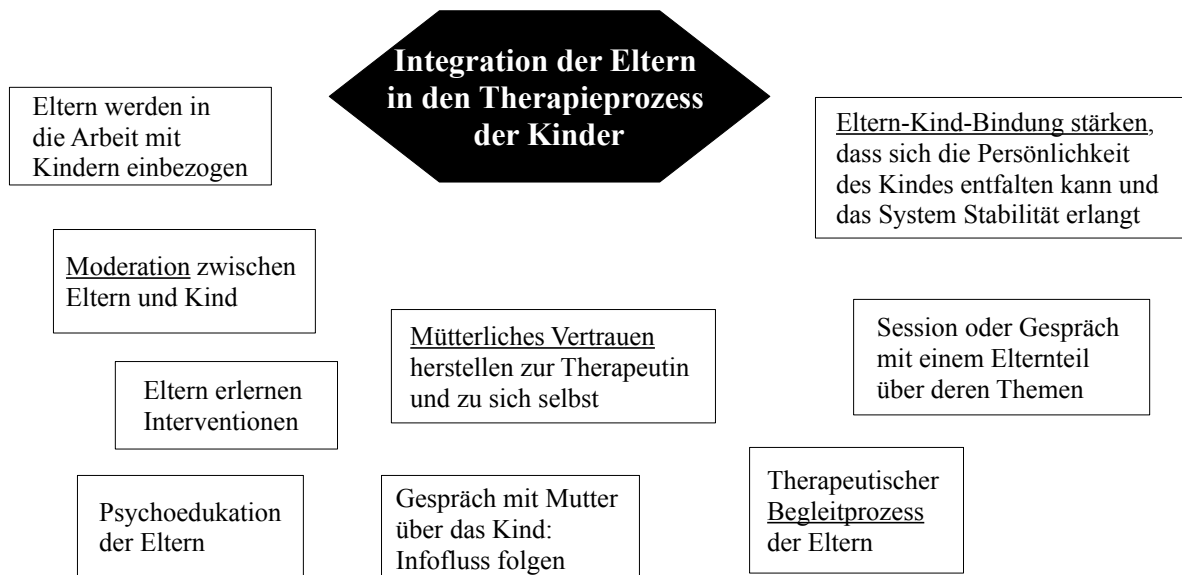


Abbildung 8: Das Cluster "Integration der Eltern in den Therapieprozess der Kinder" vor der kommunikativen Validierung

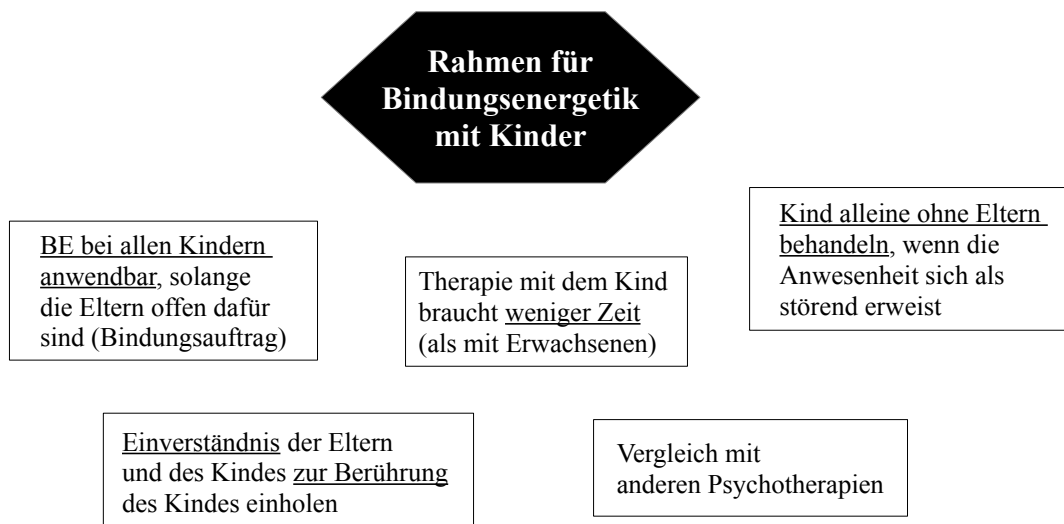


Abbildung 9: Das Cluster "Rahmen für Bindungsenergetik mit Kindern" vor der kommunikativen Validierung

6.3 Beschreibung der Situation der kommunikativen Validierung

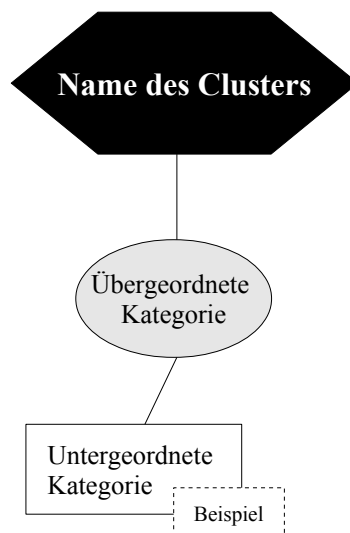
Die kommunikative Validierung (kV) wurde im Rahmen eines Treffens des Projektes B&E am 5. und 6. April 2014 durchgeführt. Anwesend waren sechs Teilnehmerinnen und davon standen fünf Teilnehmerinnen zuvor als Interviewpartnerinnen zur Verfügung. Somit konnte die Hälfte der Interviewpartnerinnen an der kommunikativen Validierung teilnehmen.

Der Workshop der kommunikativen Validierung begann Samstag Nachmittag und wurde von mir angeleitet. Nach 2,5h waren noch viele Fragen bei mir und den Bindungsenergetikerinnen offen und ein großer Diskussionsbedarf. Wir haben gemeinsam beschlossen, diesen Workshop am Sonntag Vormittag fortzuführen, wo wir noch einmal 2h miteinander arbeiteten.

6.4 Darstellung des Kategoriensystems nach der kommunikativen Validierung

Bei der kV wurden wenige Kategorien gestrichen, viele verändert oder in einen anderen Zusammenhang gestellt. Einige Kategorien entstanden erst während des Workshops. Die von den Beteiligten einstimmig angenommenen Änderungen wurden in das Kategoriensystem aufgenommen. Die Bezeichnungen wählten die beteiligten Bindungsenergetikerinnen so, dass sie für Bindungsenergetiker_innen selbst erklärend sein können.

Im nächsten Abschnitt wird jedes Cluster zuerst als Grafik sichtbar, die aus folgenden Elementen besteht:



Der Grafik folgt eine Erklärung der *Kategorien*⁴ im Fließtext, die mit Zitaten aus den Interviews Einblicke in die bindungsenergetische Sprach- und Denkweise gibt.

⁴ Der Titel der Kategorien ist zur besseren Orientierung im Fließtext jeweils *kursiv* geschrieben.

6.4.1 Bindungsenergetische Grundlagen im Therapieverlauf

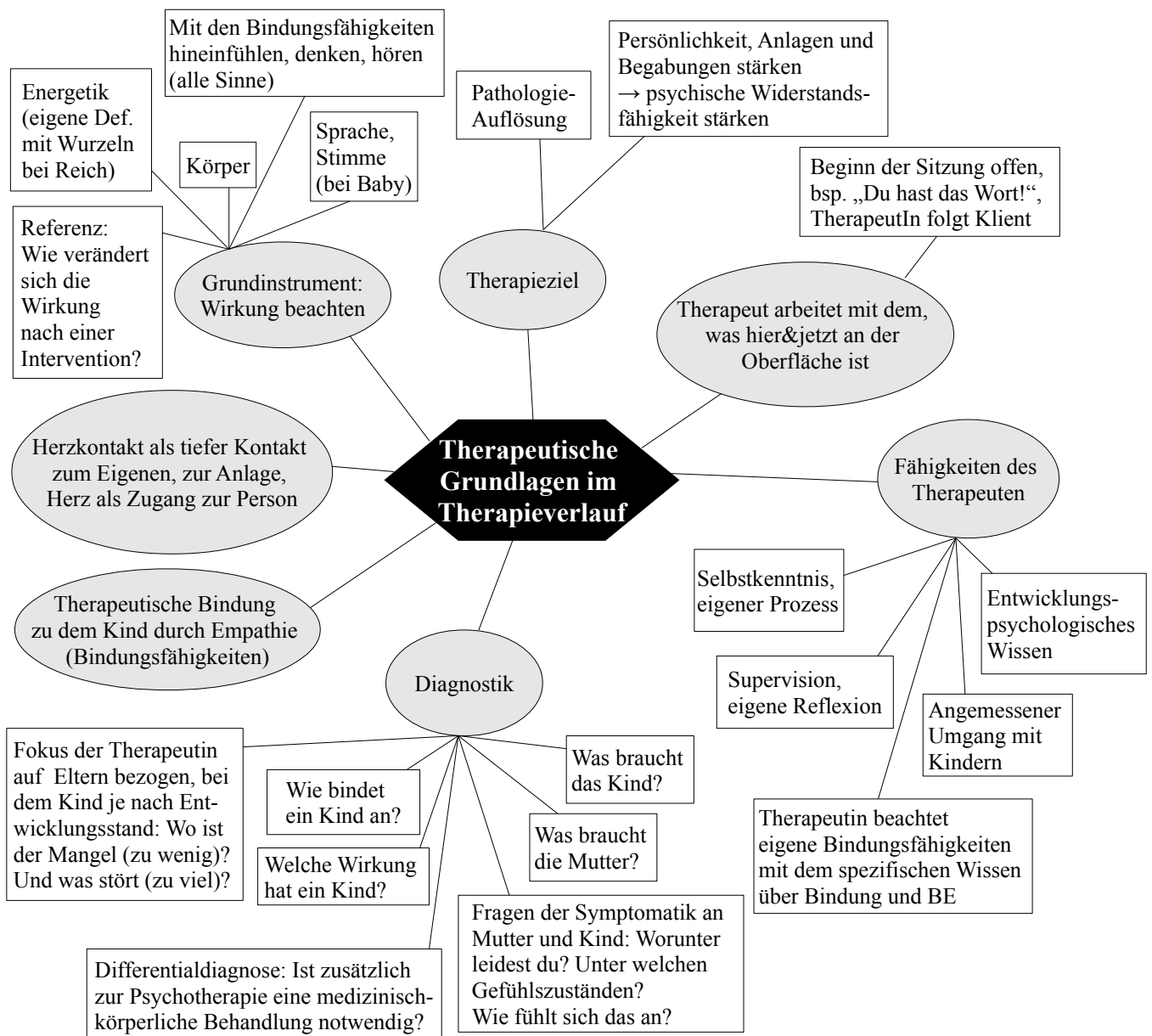


Abbildung 10: Schematische Darstellung der Kategorien des Clusters "Therapeutische Grundlagen im Therapieverlauf"

Das bindungsenergetische Wissen für diese Arbeit eignete ich mir ausschließlich theoretisch an. Die verfügbare Literatur ist jedoch begrenzt und noch nicht geeignet, um einen Überblick über alle Aspekte der Therapieform zu bekommen. Durch diese Beschränkung meines Wissens ergaben sich in den Interviews Nachfragen meinerseits, die sich auf die theoretischen und therapeutischen Grundlagen der Therapie bezogen. Diese und weitere Aspekte, die die Handlungsgrundlage der Therapeut_innen bilden, sind dem Cluster „Therapeutische Grundlagen im Therapieverlauf“ zugeordnet.

Grundinstrument: Wirkung beachten

Ein oft benanntes therapeutisches Instrumentarium beinhaltet das *Grundinstrument: die Wirkung des_r Klient_en_in auf die_den Therapeuten_in beachten*. Hinter diesem allgemeinen Begriff verbirgt sich nach Erläuterungen der Interviewpartner_innen eine vielseitige, komplexe Tätigkeit, die die verschiedenen Sinne des Therapeuten herausfordert (sehen, riechen, hören usw.). Als erstes nimmt die Therapeutin oft den Körper des Klienten wahr, bsp. die Haltung. Die Bindungsenergetikerin KL beschreibt das nach der Behandlung eines Säuglings folgendermaßen „Bei N. [der zu behandelnde Säugling, Anm. d. Autorin] als sie reinkam habe ich als erstes diese Freude gesehen und (...) die es liebt, sich zu bewegen. Das habe ich vorher noch nicht gesehen, wenn die reinkam. Das war das erste vom Körper, von dem Kind, es sagt das ja nicht.“

Ein Aspekt der Wirkung ist die *Sprache*, die im Gespräch mit dem Klienten für den Therapeuten hörbar wird, beim Baby ist es die Stimme. Die in einem Sprachheilkindergarten tätige Interviewpartnerin GH nimmt beispielsweise bei den sprachgestörten Kindern „eine Wirkung, die mit einer Pathologie zu tun hat“ wahr. „Sprache ist ja auch für die Bindung ein wichtiger Bestandteil der Entwicklung und das ist schon eine krasse Störung, wenn du da so unverständlich sprichst, dass man dich nicht versteht“ (Interviewpartnerin GH). Sie erzählt im weiteren Interview von der therapeutischen Begegnung mit einem Mädchen, das auf der körperlichen Ebene stark gehemmt war. In ihrer bindungsenergetischen Sprache beschreibt sie, „dass da ein ganz starkes zurücknehmen *wirkt*, wie so: Sie will verschwinden oder gar nicht gesehen werden. Und wenn man sie so sieht, dann wirkt sie auch sehr schüchtern“.

Die Wirkung, die das Kind über die Sprache, den Körper oder andere Erscheinungen auf den Therapeuten oder die Therapeutin macht, ist ein entscheidendes diagnostisches Kriterium, das über den weiteren Verlauf der Therapie entscheidet. Das zeigte sich mir in den Einzelinterviews auf. Wie ein Kind auf den_die Therapeut_in wirkt, ist auch dadurch bestimmt, was der_die Therapeut_in unter Anwendung der Bindungsfähigkeiten vom Kind wahrnimmt.

Die *Bindungsfähigkeiten* bilden, wie bereits in Kapitel 2 zur Theorie der BE dargestellt, die Basis für eine bindungsenergetische Therapie. Sich in den_die andere_n hinein fühlen, -denken oder -hören sind nur wenige der Möglichkeiten, sich mit den Sinnen in einen anderen Menschen (das Kind) hineinzuversetzen. Einige Interviewpartner_innen nennen mir viele Beispiele für Bindungsfähigkeiten, die den Bindungsaufbau und somit auch die Therapie erst ermöglichen. Durch eine vielseitige Anwendung der Bindungsfähigkeiten des_der Therapeut_en_in soll ein ganzheitliches Verständnis des Kindes angestrebt werden (Munzel, 2013). Wie das Anwenden der Bindungsfähigkeiten sich in der Praxis äußert, wird an den folgenden Beispielen deutlich:

- GH entwickelte für ihre Arbeit im Sprachheilkindergarten die Herangehensweise, „dass ich

mich hinsetze in irgendeine Ecke und ein Kind beobachte und gucke: Was löste es in mir aus?“.

- Die Sozialpädagogin IJ erinnerte sich an einen Fall eines sogenannten Schreibabys, also eines Säuglings, das überdurchschnittlich viel schreit und deren Eltern sich nicht in der Lage sehen, es zu beruhigen. Die Therapeutin beobachtete nun, dass das Kind seine Mutter nie anschaute. Die Eltern hätten das nicht wahrgenommen, doch die Therapeutin, die die Bindungsfähigkeit anwendete, „mit den Augen des Kindes zu sehen“, konnte diese Besonderheit erkennen und in das Gespräch einbringen.

In der weiteren Beschreibung des letztgenannten Fallbeispiels wird deutlich, was unter der Kategorie *Referenz: Wie verändert sich die Wirkung nach einer Intervention?* verstanden werden kann: Nachdem das Kind Kontaktlinsen bekommen hat und seine Eltern anschauen konnte, beobachtete die Therapeutin IJ, dass das Kind weniger geschrien hat und die Eltern entspannter waren. Sie interpretierte die beobachteten Veränderungen: „Das hat so viel bewegt dann in der Beziehung auch zwischen denen [zwischen den Eltern, Anm. d. A.], weil die haben das vorher gar nicht richtig einordnen können“.

In der Bindungsenergetik herrscht außerdem ein eigenes Verständnis von *Energetik*. Als Ausgangslage für die Entwicklung dieses Begriffes wurde Reichs Idee der Energetik verwendet. Die Begrifflichkeit der Energetik wird hier nicht näher erläutert, da bereits im Kapitel 2.3 eine ausführliche Darstellung zu finden ist.

Therapieziel

Das *Therapieziel* besteht laut der interviewten Bindungsenergetiker_innen zum einen darin, die *Pathologie aufzulösen*, also die Symptome zu behandeln, die zu einem Leidensdruck führten und führen. Zusätzlich zu diesem populären Ziel von Psychotherapien formulieren Bindungsenergetiker_innen das Ziel, die *Persönlichkeit, die ureigenen Anlagen und Begabungen zu stärken* (Munzel, 2013). Durch diese Stärkung der Selbstsicherheit werde auch die *psychische Widerstandsfähigkeit* gestärkt, benennen die Teilnehmerinnen der kV eine neue Kategorie. Dieses Ziel für die Therapie mit Erwachsenen erläutert beispielhaft die Interviewpartnerin EF durch die Beschreibung ihrer Grundhaltung, mit der sie Klient_innen begegnet: „Was ist das für ein Mensch, der mir hier gerade gegenüber sitzt und was führt zu seinem persönlichen Glück, was sind seine persönlichen Anlagen und worum geht es eigentlich bei diesem Menschen? Was will er und wo ist er eigentlich in seiner eigenen Spur? Und das gilt es zu stärken, das ist der Fokus.“ Auch bei Kindern kann es so gelten: „Es geht sehr darum, den Kern des Kindes wahrzunehmen bei allen Störungen und auch damit zu arbeiten“ (Interviewpartner QR). QR fährt jedoch fort, dass es auch

deutliche Begrenzungen dieses Therapieziels gibt, da die Kinder normalerweise noch im Elternhaus wohnen und von dem umgeben sind, was die sogenannte Prägung ausmacht. Beim Erwachsenen geht es vorrangig darum, sich von der Prägung zu lösen, das entspricht nicht dem Ziel der therapeutischen Arbeit mit Kindern. Diese Gradwanderung erleben einige der Interviewpartner_innen. Sie wird im folgenden Interviewausschnitt veranschaulicht: „Der Unterschied ist, die erwachsene Person lebt quasi mit einer verinnerlichten Blase, Bindungsblase, und ist aber erwachsen, (...) kann dafür sorgen, (...) dass er eine Unterscheidung trifft zwischen Prägung und Anlage. Beim Kind ist die Blase teilweise verinnerlicht, aber vor allem noch um ihn herum. Und ein Kind hat noch nicht die Möglichkeit, diese Blase zu verändern. Was man tun kann, ist, dass man diese Anlagen trotzdem schon mehr zum Vorschein bringt, aber da wird es dann schon heikel“ (Interviewpartnerin CD). In den weiteren Ausführungen verstehe ich das Heikle als die Gefahr, das Eltern-Kind-System durch die therapeutische Arbeit mit dem Kind aus den gewohnten Bahnen zu werfen und damit die Kommunikation und das Zusammenleben zu erschweren und nicht zu vereinfachen (was das Ziel hinter der Pathologie-Auflösung ist). Die Gefahr besteht vor allem dann, wenn die Anlage des Kindes einem Verhalten entspricht, das bei den Eltern großen Widerstand und Unverständnis auslöst. In so einem Fall kann sich die Anlage des Kindes am besten entfalten, wenn sich die Eltern selbst in einem therapeutischen Prozess hinterfragen. Näheres dazu soll im Kapitel 6.4.6 beschriebenen Cluster „Rolle der Eltern im Therapieprozess“ deutlich werden.

Diagnostik

Die *Diagnostik* steht, so die Interviewpartner_innen, am Beginn eines therapeutischen Prozesses und bildet die Entscheidungsgrundlage für die weitere Behandlung. Dieser übergeordneten Kategorie wurden in dem Workshop zur kommunikativen Validierung sieben Kategorien untergeordnet:

1. *Welche Wirkung hat ein Kind?* Das therapeutische Instrument zur Beachtung der Wirkung wurde oben stehend bereits näher erläutert.
2. Die Therapeutin stellt der Mutter und je nach Entwicklungsstand auch dem Kind *Fragen nach der Symptomatik: Worunter leidest du? Unter welchen Gefühlszuständen? Wie fühlt sich das an?*
3. Im Gespräch mit dem Kind – wenn dazu bereits ausreichende kognitive Fähigkeiten vorhanden sind – oder in der Beobachtung des Kindes beim Spielen, beispielsweise auf einem Spielplatz, stellt sich die Therapeutin die Frage: *Wie bindet ein Kind an?* Diese Kategorie zeigt sich besonders im Interview mit der Bindungsenergetikerin AB. Hinter der Frage verbirgt sich eine beobachtende Analyse hinsichtlich der Verhaltensweisen des

Kindes gegenüber den Menschen und Gegenständen. Über diese Beobachtung hinaus geht es darum, „zu verstehen, was das Kind wie motiviert“ (Interviewpartnerin AB).

4. Zwei wichtige Fragen, die sich einige der interviewten Therapeutinnen zur Diagnostik stellen, lauten: *Wo ist der Mangel der Klientin, also wovon hat sie zu wenig? Und was stört, also wovon hat sie zu viel?* In der Therapie mit Kindern, kann diese Frage auf die Eltern gerichtet sein, die ihre Kinder zur Therapie bringen, oder auf die Kinder, wenn diese schon den Entwicklungsstand erreicht haben, dass sie darauf antworten können (Ergebnis der kV).
5. Zwei weitere Fragen, die diagnostisch relevant sein können, lauten: *Was braucht das Kind? Was braucht die Mutter?* In dem Interview mit GH wird beispielhaft deutlich, wie der Fokus auf „Was braucht das Kind?“ die Therapie lenken kann und dass die daraus resultierenden Interventionen die Auswirkung haben können, dass das Kind in die Lage versetzt wird, selbst zu kommunizieren, was es braucht:

„Und da habe ich gemerkt, ich komme mit ihr [dem Kind, Anm. d. Autorin] nicht in eine Bindung, weil es [das Gesagte, Anm. d. Autorin] abprallt und da habe ich mich gefragt: Wie kriege ich es hin, dass ich ihre Sinne öffnen kann? Also die Ohren, die Augen, das Herz natürlich auch, also dass sie erreichbarer, durchlässiger wird. Was meine Information da war, dass dieses Spüren sehr wichtig ist, dieses feinspüren und deswegen habe ich es mit ihr so stark in den Fokus genommen, dass ich über den Körper gegangen bin. Weil durch die Berührung kommt sie ja schon mal ins Spüren. Da habe ich ihre Aufmerksamkeit dann ganz anders, wenn ich sie berühre. Das ist zum Beispiel auch ein sehr einprägsames Erlebnis gewesen von mir mit ihr: In dem Moment, wo sie lag und wo ich sie berührt habe und dann auch dazu gesprochen habe, ich hab dann auch sehr langsam sehr ruhig gesprochen, weil sie es auch so brauchte um es aufzunehmen. Dann hat auf einmal dieses Kind so an meinen Lippen gehangen. Und mit ihren Augen war sie so im Kontakt, also die Augen wurden so groß und offen, sie hat mich so angeschaut und auch angestrahlt. Es war unglaublich. Vorher sind wir gar nicht zusammengekommen. Und durch diese Berührung war sie so offen und konzentriert auch auf mich und auch auf sich selbst vielmehr und konnte auch mir sagen, was sie wollte. Das fand ich auch total faszinierend, dass sie gesagt hat: 'Da noch ein bisschen mehr.' Und wenn ich irgendetwas vergessen habe, dann hat sie gesagt: 'Ja, und was ist mit meinen Füßen?'“

6. Die Frage nach *Was braucht die Mutter?* kann relevant sein, wenn die Mutter parallel zum Kind therapeutisch behandelt wird (Interviewpartnerin EF). Bei der Behandlung beispielsweise von Säuglingen, die viel schreien, kann diese Frage auch während der Behandlung des Babys eine Rolle spielen, denn „wenn die Mutter sich da sicher fühlt, dann ist es schon mal ein großer Pluspunkt“ (Interviewpartnerin KL).
7. *Differentialdiagnostisch* ist es den Therapeutinnen bedenkenswert, ob das jeweilige Kind *zusätzlich zur Psychotherapie eine medizinisch-körperliche Behandlung* benötigt.
„Manchmal ist es auch so, dass die Kinder selber irgendetwas haben. Vielleicht durch die Geburt oder etwas anderes, dass sie tatsächlich verspannt sind“ (Interviewpartnerin OP).
Bei Bedarf wird der Mutter empfohlen, das Kind vom Osteopathen behandeln zu lassen.

Fähigkeiten des Therapeuten

In unterschiedlichen Interviews wurde wiederholt deutlich, dass es bestimmte *Fähigkeiten des Therapeuten* gibt, die die Grundvoraussetzung für einen gelungenen therapeutischen Prozess bilden. Dazu gehört, dass der Bindungsenergetiker sich selbst mit seinen Prägungen kennt und seine eigenen Gedanken von denen des Klienten unterscheiden kann (*Selbstkenntnis, eigener Prozess*). Die *Supervision* und die *eigene Reflexion* unterstützen diese Fähigkeit, wenn der Therapeut bereits praktisch tätig ist.

In der therapeutischen Arbeit mit Kindern sieht die Therapeutin IJ ein *entwicklungspsychologisches Grundwissen* als notwendig an, um einordnen zu können, ob ein Kind sich altersgemäß entwickelt oder ob vielleicht Defizite vorliegen, die näher betrachtet werden sollten.

Ein paar Interviewpartnerinnen wiesen auch darauf hin, dass eine Kinder-Bindungsenergetikerin, einen *angemessenen Umgang mit Kindern* pflegen sollte, was sich unter anderem in einer kindgerechten Sprache zeigen kann (Interviewpartnerin AB).

Die Teilnehmerinnen der kV fügten zu der Kategorie der Fähigkeiten des Therapeuten folgende Schlagworte hinzu: *Die Therapeutin beachtet ihre eigenen Bindungsfähigkeiten und setzt sie gezielt ein, wobei das Wissen über Bindung und BE dazu notwendig sind*. Das verstehe ich als zusammenfassende Kategorie der spezifischen bindungsenergetischen Fähigkeiten und des damit verbundenen Fachwissens.

Herzkontakt

Der *Herzkontakt* ist eine spezifisch bindungsenergetische Methode, die es ermögliche, *den tiefen Kontakt zum Eigenen der Person* herzustellen (→ Kapitel 2.3). Der Interviewpartner QR erweiterte das zu dem Konzept, „dass es im Kind einen Kern gibt, der bei allen Verhaltensstörungen und Verhaltensauffälligkeiten primär gut ist“. Seine therapeutische Aufgabe bezeichnete er als „Bedingungen schaffen (...), sagen wir Herz dazu, um das zur Entfaltung zu bringen“.

Therapeut arbeitet mit dem, was hier & jetzt an der Oberfläche ist

Das Thema der Therapiesitzung wird durch das bestimmt, was *hier & jetzt an der Oberfläche* sichtbar wird. „Die BE arbeitet mit dem, was an der Oberfläche ist, also mit dem, was sich an der Oberfläche zeigt. Und da kommen immer wieder andere Dinge an die Oberfläche und auch manchmal von ganz tief unten an die Oberfläche. Aber wir ziehen da nicht irgendwas aus den ganzen Tiefen, sondern wir arbeiten mit dem, was an der Oberfläche ist, womit jemand kommt an dem Tag“, veranschaulichte die Interviewpartnerin GH diese Grundeinstellung. Ein Beispiel dieser Offenheit ist die *Eröffnung der Sitzung* mit den Worten des Therapeuten: „*Du hast das Wort*“, wie

im Rahmen der kV aufgezeigt wurde.

Therapeutische Bindung zu dem Kind durch Empathie (Bindungsfähigkeiten)

Die letzte Kategorie der therapeutischen Grundlagen nannte ich *Therapeutische Bindung zu dem Kind durch Empathie*. Die Therapeutinnen der kV ergänzten sie durch den Zusatz *Bindungsfähigkeiten*, der in Klammern hinter der Empathie steht, da die Empathie zwar eine wichtige Bindungsfähigkeit ist, aber dennoch lediglich ein Beispiel für den Einsatz der Bindungsfähigkeiten bleibt. Durch die Empathie von therapeutischer Seite wird Vertrauen geschaffen, was eine Grundbedingung zum gemeinsamen Arbeiten mit dem Kind ist. Vorhandenes Vertrauen erkennt die Interviewpartnerin ST beispielsweise daran, dass das Kind sie anschaut und anfängt, sich mitzuteilen.

6.4.2 Bindungsenergetik mit Babys

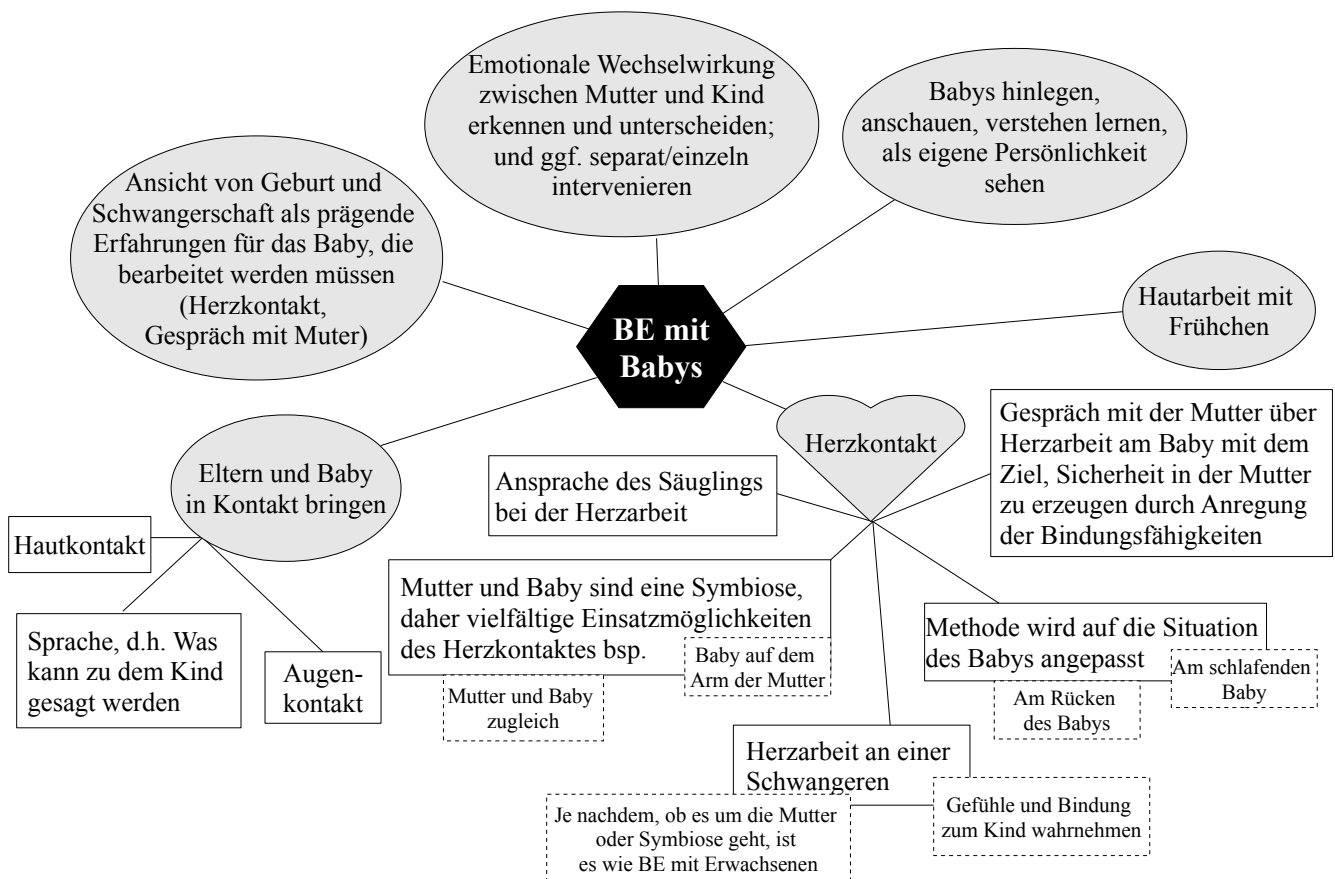


Abbildung 11: Schematische Darstellung der Kategorien des Clusters "Bindungsenergetik mit Babys"

Ansicht von Geburt und Schwangerschaft als prägende Erfahrungen für das Baby, die bearbeitet werden müssen (Herzkontakt, Gespräch mit der Mutter)

„Oft sind es traumatische Geburtserfahrungen, wo es darum geht, dass die Bindung aufgebaut werden kann, wenn sie ganz klein sind“, charakterisierte die Interviewpartnerin CD die therapeutische Arbeit mit Säuglingen. Dieser Ansicht von *Geburt und Schwangerschaft als prägende Erfahrungen für das Baby, die bearbeitet werden müssen*, liegt die Idee zugrunde, dass die meisten Kinder „in der Geburt Angst erlebt haben und dass die Angst an der Oberfläche ist“ (Interviewpartnerin KL). Laut KL ist ihre therapeutische Aufgabe, „dass das Kind aus dieser alten unangenehmen Erfahrung rauskommt, sozusagen wirklich dann realisiert: 'Hier ist Mama, hier ist alles gut und das war nur eine schlechte Erfahrung'“. Wie die Wege dahin beschritten werden können, zeigen die folgenden Kategorien auf.

Eltern und Baby in Kontakt bringen

Die übergeordnete Kategorie *Eltern und Baby in Kontakt bringen* fasst Interventionen zusammen, die die Eltern und das Baby gleichermaßen betreffen und ihre Bezugnahme aufeinander thematisieren. In den Interviews wurden drei mögliche Interventionen benannt:

1. *Hautkontakt*: Die Kategorie basiert auf Aussagen der Therapeutin IJ. Sie erlebte in ihrer Arbeit mit Müttern und Babys, dass das Weinen des Babys vorm Einschlafen eine große Verunsicherung für die Mutter darstellen kann. Ihr war es dann wichtig „die Mütter da zu stärken, dass sie das aushalten können ohne aus dem Kontakt zu gehen mit dem Baby“. Die Intervention war der körperliche Kontakt: „Ich hab ihr entweder den Rücken gestärkt oder Mutter und Baby einfach nur die Hand aufgelegt. (...) Eine Hand auf dem Rücken der Mutter, eine Hand auf dem Rücken des Babys“ (Interviewpartnerin IJ). Um über den Hautkontakt den Kontakt zwischen Mutter und Kind zu stärken, zeigte sie bei Bedarf der Mutter eine Babymassage, die sie dann auch in Abwesenheit der Therapeutin selbstständig einsetzen konnte.
2. *Sprache, d.h. was kann zu dem Kind gesagt werden*: Gelegentlich beobachteten Therapeutinnen, dass Eltern mit ihrem Säugling nur sehr wenig oder kaum sprechen. Die Therapeutinnen sehen Sprache aber als fundamental im Bindungsaufbau an. Daher kann es wirksam sein, den Eltern vorbildhaft zu zeigen, wie sie auch mit einem sehr kleinen Menschen sprechen können.
3. *Augenkontakt*: Aussagen der Interviewpartnerin MN führten zu dieser Kategorie. In ihrer therapeutischen Praxis beobachtete die Bindungsenergetikerin MN, wo der Blick des Kindes hin geht und ob sie als Therapeutin oder die Eltern einen Blickkontakt herstellen können.

Sie veranschaulichte diese Herangehensweise an einem Fallbeispiel einer Familie mit einem vier Wochen alten Kind. Um den Augenkontakt, der laut der Beschreibung von MN kaum vorhanden war, herzustellen, hat sie zum Kind gesagt „Schau mal deinen Papa an!“ und das vier Wochen alte Kind hat laut Falldarstellung seinen Kopf gedreht und den Vater lange angeschaut. Ebenso verfuhr sie mit der Mutter, denn „das Kind war noch nicht in der Familie angekommen“ (Interviewpartnerin MN).

Hautarbeit mit Frühchen

Die Interviewpartnerin KL sammelte bindungsenergetische Erfahrungen mit Kindern ausschließlich bei der Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern. Aufgrund ihrer Situation als Physiotherapeutin mit Zusatzqualifikationen, die auf die spezielle Behandlung von Säuglingen ausgerichtet sind, kommen viele Mütter mit ihren Kindern zu ihr und lassen sie auch bindungsenergetisch behandeln. In diesem Kontext hatte sie die Möglichkeit, Interventionen erstmalig in der bindungsenergetischen Geschichte anzuwenden. Darunter fällt die *Hautarbeit mit Frühchen* (Frühgeborenen). Diese Kategorie basiert ausschließlich auf den Berichten der Interviewpartnerin KL. Zu dieser Hautarbeit bewog sie der Gedanke, dass Frühgeborene „nicht genügend reif sind, die haben ja nicht genug Reifung, die sind nicht lange genug gebrütet worden“ (KL). Außerdem probierte KL die Hautarbeit „bei Kindern nach Saugglocken, weil dieser Stress so auf dem Schädel war“ aus. Diese Erfahrungen bewertete sie als gut, da sich die Kinder „beruhigen, also dass die sich wirklich beruhigen, dass die nicht mehr so außer sich sind“ (KL).

Babys hinlegen, anschauen, verstehen lernen, als eigene Persönlichkeit sehen

Im Rahmen ihrer Tätigkeit als Sozialarbeiterin, wo sie Erstkontakte nach der Geburt bei Familien machte, ließ sich die Interviewpartnerin IJ von ihrem bindungsenergetischen Verständnis auf den Menschen leiten. Sie entwickelte dabei eine eigene Methode, die sie bei jedem Treffen mit den Eltern und dem Baby anwendete: *Babys hinlegen, anschauen, verstehen lernen, als eigene Persönlichkeit sehen*. In der näheren Beschreibung von IJ klingt das so: „Ich habe immer erstmal das Kind hingelegt und habe mir mit der Mutter zusammen das Kind angeguckt und einfach nur geguckt: Was macht das Kind? Was will es uns sagen? Wie geht die Mutter damit um? Was fällt ihr dazu ein?“ Es ging ihr vor allem darum, den Eltern „ein Gespür zu geben, dass alles, was das Kind tut, einem etwas sagt“. Im nächsten Schritt sollte diese Sprache des Kindes lesen gelernt werden und auch im Alltag mit ihm kommuniziert werden. Hier wird ersichtlich, dass einerseits Psychoedukation notwendig ist, also den Eltern von der Bindungsenergetikerin vermittelt wird, was ein Kind in diesem Alter schon an Kommunikationsformen beherrscht. Andererseits fokussiert die

Bindungsenergetikerin mit dieser Methode die individuelle Komponente der einzigartigen Eltern-Kind-Kombination, also wie dieses Kind mit diesen Eltern kommuniziert und auch umgekehrt. In der Auswertung zeigte sich mir klar der Zusammenhang: Mit dem bindungsenergetischen Blick wird der Mensch als Individuum gesehen, das für sich steht und Bindungen zu anderen Menschen eingeht. Wenn die Eltern nun angeleitet werden, das Kind einmal nicht auf dem Arm zu haben, sondern es vor sich zu legen und zu betrachten, dann wird ihnen die Möglichkeit eröffnet, das Kind als eigene Persönlichkeit wahrzunehmen. Außerdem werden Überlegungen in Gang gesetzt, wie diese Persönlichkeit des Kindes Raum bekommen kann, um sich zu entfalten. Von den bei der kommunikativen Validierung anwesenden Bindungsenergetikerinnen wurde diese gedankliche Verknüpfung von mir als bindungsenergetisch bestätigt.

Emotionale Wechselwirkung zwischen Mutter und Kind erkennen und unterscheiden; und ggf. separat/einzeln intervenieren

Die Kategorie *emotionale Wechselwirkung zwischen Mutter und Kind erkennen und unterscheiden; und ggf. separat/einzeln intervenieren* wurde erst im Kontext der kommunikativen Validierung formuliert. Sie beinhaltet die Anforderung an den Therapeuten, differenziert zu beobachten, wie sich Mutter und Kind emotional gegenseitig beeinflussen und beeinflussen lassen.

Die Therapeutin soll durch diese Unterscheidung die Frage beantworten können, wo das störende Moment liegt: bei der Mutter, beim Kind oder in der Mutter-Kind-Bindung. Damit kann die Entscheidung getroffen werden, ob bei der Mutter, beim Kind oder bei beiden interveniert werden sollte, erklärten mir die Bindungsenergetikerinnen.

Herzkontakt

Wenn nur beim Baby interveniert werden soll, kann eine mögliche Intervention der Herzkontakt sein - die bindungsenergetische Methode wurde bereits im Kapitel 2.3 umrissen.

In den Interviews wurde vielseitig von Erfahrungen mit dem Herzkontakt bei Säuglingen berichtet. Eine Interviewpartnerin beispielsweise, die auch mit Säuglingen arbeitet, praktiziert bei diesen keinen Herzkontakt, da die Methode ihrer Meinung nach zu invasiv ist. Die bei der kV anwesenden Bindungsenergetikerinnen teilten diese Meinung jedoch nicht und befürworteten einstimmig die Praxis des Herzkontaktes mit Säuglingen. Aus diesem Grund wurde die Kategorie „Herzkontakt zu invasiv“ aus dem Kategoriensystem entfernt.

Im Zusammenhang mit der Methode Herzkontakt sind verschiedene Aspekte bedeutungsvoll, die in den folgenden untergeordneten Kategorien beleuchtet werden.

Die *Ansprache des Säuglings bei der Herzarbeit* konnte ich während der Hospitation einer Session

der Interviewpartnerin KL beobachten. Die Therapeutin beschreibt dem Kind, was sie vom Herzen wahrnimmt und welche Fähigkeiten und Eigenschaften sie in ihm sieht.

Die Bindungsenergetikerin KL spricht nicht nur mit dem Baby, sondern führt auch ein *Gespräch mit der Mutter über die Herzarbeit am Baby*. Auf meine Frage hin, ob die Eltern darauf reagieren, wenn die Therapeutin ihnen ihre Herzwahrnehmung an dem Kind eröffnet, antwortete sie: „Ja, alle, denn das ist ja so: Liebe, ne? (...) Ich habe Eltern, die eine Menge Liebe schon mitbringen und von sich aus für ihr Kind haben. (...) Wenn ich direkt über dieses Kind spreche und dann sag: 'Wenn ich mich da hineinversetze, dann kriege ich mit: Ihr Kind ist eigentlich so ein humorvoller Kerl.' Das trifft bei den Eltern so direkt da drauf, dass sie sich freuen, weil das ist ja deren Kind, das ist ja mit Liebe sofort gekoppelt.“ Diese Kategorie bildete sich – genauso wie die zuvor beschriebene – ausschließlich aus Aussagen der Interviewpartnerin KL. In der kV wurde zur Kategorie „Gespräch mit der Mutter über die Herzarbeit am Baby“ ergänzt, dass das *Ziel* sei, *Sicherheit in der Mutter zu erzeugen durch Anregung der Bindungsfähigkeiten*. Damit ist gemeint, dass die Mutter bestimmte Verhaltensweisen des Kindes besser verstehen und einordnen kann, wenn sie der Eigenschaft, die das Verhalten hervorruft, in der Therapie begegnet ist. Sie lernt außerdem von der Therapeutin als Vorbild, ihre Bindungsfähigkeiten anzuwenden, sich beispielsweise in das Kind hineinzufühlen oder die Welt mit den Augen des Kindes zu sehen. Durch diese Weiterentwicklung ihrer Bindungsfähigkeiten wird es der Mutter möglich mehr Verständnis für das Kind aufzubringen, stellten die Therapeutinnen den Zusammenhang dar.

Da *Mutter und Kind* von den bei der kV anwesenden Bindungsenergetikerinnen als *eine Symbiose* gesehen werden, ergeben sich *vielfältige Einsatzmöglichkeiten des Herzkontaktes*. Mit dieser Kategorie wurde in der kV näher erläutert, warum in der körpertherapeutischen Arbeit mit Säuglingen von der gewöhnlichen Form abgewichen werden kann und sollte. Die gewöhnliche Behandlung findet an dem Baby statt, das auf der Behandlungsliege liegt. Wenn es jedoch weint oder unruhig wird und den körperlichen Kontakt der Mutter braucht, sollten Mutter und Kind laut der Bindungsenergetikerinnen die Möglichkeit bekommen, sich in die Situation zu begeben, die wieder für ein Wohlbefinden sorgt. In einem Interview wurde hierfür das Beispiel genannt, dass *das Baby auf dem Arm der Mutter* behandelt wird. Ein weiteres Beispiel für die Kategorie der Anpassung des Herzkontaktes lautet: *Mutter und Baby zugleich*, also gleichzeitig während einer Session, zu behandeln.

Auch die Kategorie *Methode* wird *auf die Situation des Babys angepasst* (bsp.am Rücken des Babys oder am schlafenden Baby) verdeutlicht eine Grundeinstellung, sich nach dem Kind zu richten und nach seinen Bedürfnissen zu handeln. Wenn das Baby schlief, behandelte die Bindungsenergetikerin KL es schlafend. Zwei Bindungsenergetikerinnen machten die Erfahrung, dass ein Baby auch auf

dem Rücken behandelt werden kann, wenn es auf dem Bauch liegen möchte.

Die letzte Kategorie zum Herzkontakt beim Baby ist nicht eindeutig dieser übergeordneten Kategorie und diesem Cluster zuzuordnen. Die Kategorie *Herzarbeit an einer Schwangeren* beruht auf einer Falldarstellung der Interviewpartnerin CD und befindet sich ihrer Beschreibung nach deutlich im Spannungsfeld zwischen der Mutter als eigenständiger Person und der Symbiose von Mutter und Kind. Um den Kontakt zwischen der Mutter und dem noch ungeborenen Kind herzustellen, kann eine Intervention sein, die *Gefühle und Bindung zum Kind wahrzunehmen*. Die Herzarbeit an einer Schwangeren ist ein Grenzfall der BE mit Kindern und war daher auch bei der kV umstritten. Letztendlich wurde mit Hilfe eines Zusatzes Einigung erzielt: *Je nach Diagnose, ob es um die Mutter oder um die Symbiose geht, ist das wie die Bindungsenergetik mit Erwachsenen oder orientiert an der BE mit Babys.*

6.4.3 Bindungsenergetik mit Kindern

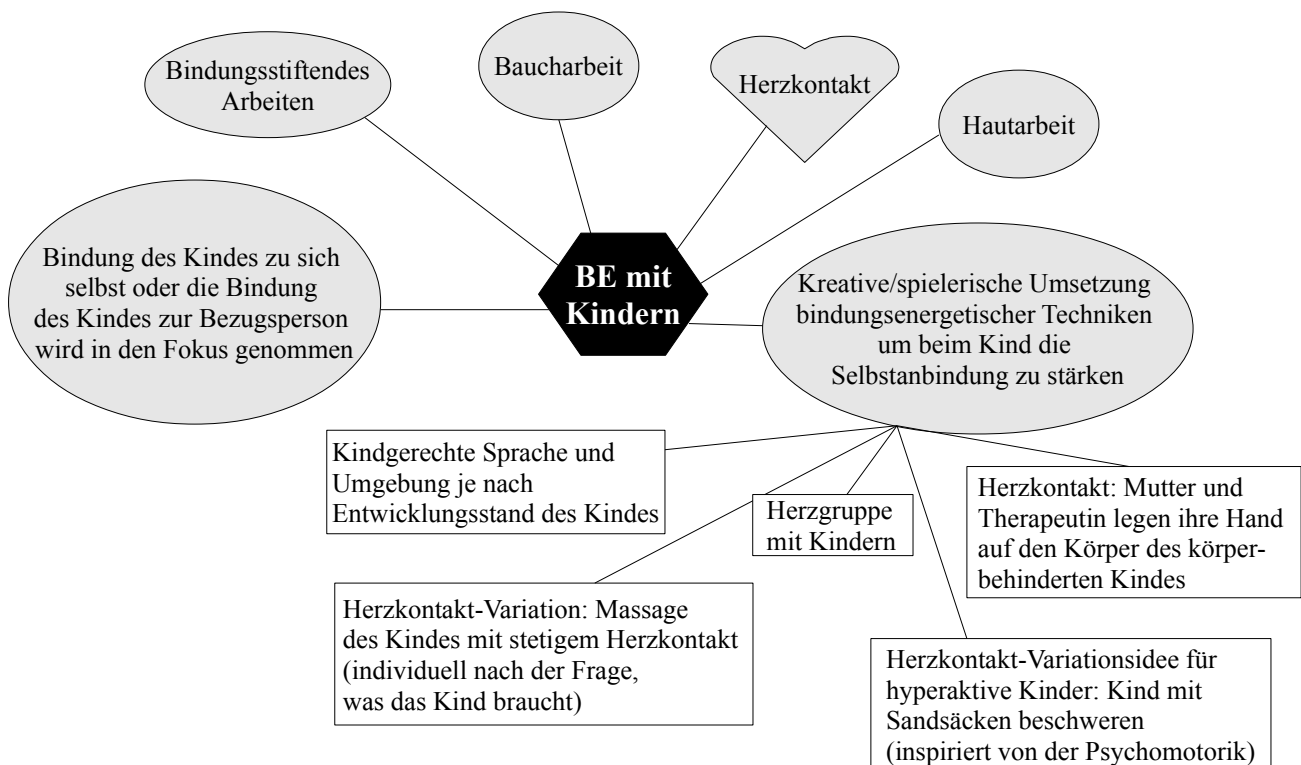


Abbildung 12: Schematische Darstellung der Kategorien des Clusters "Bindungsenergetik mit Kinder"

Die hier betrachtete Kindheit beginnt beim Kindergartenalter und endet, wenn das Kind zum Jugendlichen wird. Wann sich dieser Wechsel vollzieht, konnten die Therapeutinnen nach dem bisherigen Erfahrungsstand noch nicht sicher sagen. In den Kategorien zur BE mit Jugendlichen werden unterschiedliche Merkmale im Groben deutlich.

Bindung des Kindes zu sich selbst oder die Bindung des Kindes zur Bezugsperson wird in den Fokus genommen

In der therapeutischen Tätigkeit mit älteren Kindern kann die Bindung des Kindes zu sich selbst oder die Bindung des Kindes zu den Bezugspersonen in den Fokus genommen werden. Diese zusammenfassende Beschreibung der Bindungsenergetik mit Kindern fand ich in vielen Interviews.

Baucharbeit, Hautarbeit, Bindungstiftendes Arbeiten, Herzkontakt

Die Antworten auf die Interviewfrage, welche bindungsenergetischen Methoden bei Kindern praktiziert werden, lassen sich in vier Kategorien zusammenfassen:

1. *Baucharbeit* wurde bisher vor allem von der Interviewpartnerin ST bei Kindern angewandt. Die körpertherapeutische Praxis zeichnet sich dadurch aus, dass die Therapeutin ihre Hand auf den Bauch des Kindes legt und über diese Bauchwahrnehmung zu einer Selbstwahrnehmung kommt. Zwei der Merkmale, wann sie angewendet wird, benennt ST mit „um in Bewegung zu bekommen, bei einem Kind mit Essstörung beispielsweise“ und bei dem Thema der Selbstfürsorge des Kindes.
2. *Hautarbeit* wird durch die Berührung der Haut (meist am Gesicht) des Kindes durch den Therapeuten angewendet. Bezüglich des äußeren Erscheinungsbildes ist sie vergleichbar mit dem Herzkontakt und der Baucharbeit, denn auch hier wird die körperliche Wahrnehmung zum Gesprächsinhalt. Die Therapeutin CD bezeichnete sie als „ganz wunderbar anwendbar“ bei Kindern. Die intendierte Funktion der Hautarbeit ist, dass sie „zu so einer Art von Entlastung führen, z.B. weil es [das Kind, Anm. d. Autorin] sich total geborgen fühlen kann“. Den Einsatz dieser Methode ergänzt die Interviewpartnerin ST damit, dass sie gut bei im Außen orientierten Kindern, die zu wenig bei sich sind, anwendbar ist. Durch die Hautarbeit können sie ihre eigenen Grenzen besser wahrnehmen, erklärt ST die Theorie.
3. Das *Bindungstiftende Arbeiten* ist vor allen Dingen dann indiziert, wenn ein Mangel an Bindung diagnostiziert wurde. Diese Kategorie wurde bei der kV formuliert. Die Interviewpartnerin GH erklärte, dass dieser Mangel an Bindung beispielsweise daran deutlich werden kann, dass zwischen dem Therapeuten und Kind kein Kontakt entsteht. Das äußert sich in einem stockenden oder nicht vorhandenen Gespräch und/oder, dass das Kind sich dem Therapeuten gegenüber nicht offenbart. Die Therapeutin GH stellt sich dann die beiden Fragen: Was braucht das Kind? Wie kann dies umgesetzt werden? Im Interview beschreibt GH eine therapeutische Stunde mit einem vierjährigen Mädchen, das Geborgenheit gebraucht hätte. Um die Geborgenheit dem Mädchen auf spielerische Weise zu vermitteln, baute sie aus Kissen und Decken ein kleines kuscheliges Häuschen und setzte

sich mit einer Puppe, der sie im Arm liegend Geborgenheit gab, hinein. Das Mädchen konnte so die Geborgenheit erleben und sich zu der Therapeutin setzen und mit ihr in dieser geborgenen Situation spielen. Das Ziel der Therapeutin war, die Bindung zum Kind über die Geborgenheit herzustellen und damit auch die Bindung des Kindes zu sich selbst zu stärken.

4. *Herzkontakt* kann auch bei Kindern angewendet werden, darin sind sich die Therapeutinnen einig. Die Methode kann jedoch nicht immer genauso praktiziert werden wie bei Erwachsenen. Die Erfahrungen der Therapeut_innen unterscheiden sich dabei sehr. Während beispielsweise die Interviewpartnerin ST in einer Session mit Kindern oft ca. 20min Herzkontakt im Liegen wie mit Erwachsenen anwendet, modifiziert der Interviewpartner QR die Methode so, dass die Kinder sitzen. GH hatte bei einigen Kindern den Eindruck, dass der Fokus auf die Methode zu viel Stress verursachen kann und ein nicht thematisiertes Hand-aufs-Herz-legen beim Buch lesen beispielsweise wirkungsvoller sein kann.

Kreative/spielerische Umsetzung bindungsenergetischer Techniken um beim Kind die Selbstanbindung zu stärken

Die bindungsenergetischen Interventionen erhalten in der Therapie mit Kindern einen anderen Rahmen als in der Erwachsenentherapie. Bedeutungsvoll ist hier die kreative/spielerische Umsetzung bindungsenergetischer Techniken, um beim Kind die Selbstanbindung zu stärken. Diese Kategorie wurde in der kV als Überschrift für die folgenden Techniken gefunden, die in den Interviews Erwähnung fanden:

- *Herzgruppe mit Kindern*: Der als Schulsozialarbeiter tätige Interviewpartner OP initiierte an seiner Schule eine regelmäßige Herzgruppe für Kinder einer gesamten Klasse (die Kategorie basiert ausschließlich auf dieser Interviewdarstellung). Das Pilotprojekt entstand, da die herkömmlichen Soziale-Kompetenz-Trainings bei den Kindern dieser Förderschule laut OP nicht anwendbar waren. Diese Trainings setzen auf einem Niveau kognitiver Fähigkeiten an, das diese Kinder noch nicht aufwiesen, so deutete der Sozialarbeiter seine Erfahrungen. Bei der Entwicklung eines passenden Trainings leitete ihn das Ziel, dass „die Kinder innerhalb des Trainings in erster Linie sich selbst spüren mit ihren Bedürfnissen (...) und sie sollten die Herzintelligenz entdecken für sich selbst, als pragmatisches Axiom“. Das Training beinhalte zuerst nach einem Gong eine Herzmeditation, die immer gleich ablaufe und der Entspannung sowie der Herzwahrnehmung diene. Anschließend „gibt es dann Geschichten, imaginative Geschichten, wo die Kinder sich auf ihr Herz fokussieren sollen“ (Interviewpartner OP).
- *kindgerechte Sprache und Umgebung je nach Entwicklungsstand des Kindes*: Beispielhaft

schilderte die Interviewpartnerin CD wie die kindgerechte Sprache beim Herzkontakt aussehen kann: „Und dann frage ich sie, ob sie etwas fühlen, ob sie etwas in sich hören oder wie sie es sich vorstellen und dann beschreiben sie es. 'Es ist ganz klein und krumpelig.' oder 'Jetzt ist es wieder ganz offen.' oder 'Es ist wie ein Ballon.' Von der Sprache ist es direkter, das Bezug nehmen ist direkter: 'Was fühlst du? Was glaubst du, wie dein Herz aussieht?'“⁴. Dass eine kindgerechte Umgebung ebenso wichtig ist, fügten die Therapeutinnen bei der kV hinzu. In den Interviews lassen sich Hinweise darauf finden, wie diese aussehen kann: Einige Therapeutinnen arbeiten draußen auf einem Spielplatz mit dem Kind oder es sind Spielzeuge und Bücher verfügbar, um über diese Dinge mit dem Kind ins Gespräch zu kommen. Die Interviewpartnerin ST berichtet von ihrer Erfahrung, dass das Kind auch diesen Spielzeug nutzt, um sich zurückziehen, wenn die Therapeutin mit der Mutter ein therapeutisches Gespräch führt.

- Eine *Herzkontakt-Variationsidee für hyperaktive Kinder* führte die Interviewpartnerin AB auf. Sie ließ sich dabei von ihrem Wissen über die Psychomotorik inspirieren: *Das Kind mit Sandsäcken beschweren* ermöglicht dem Kind, seine_ihre Grenzen wahrzunehmen. Außerdem hilft es zur Beruhigung und kann somit eine gute Basis für den Herzkontakt bilden. Eine Umsetzung und Bewertung dieser Idee steht noch aus.
- Die Kategorie *Therapeutin und Mutter legen ihre Hand auf den Körper eines körperbehinderten Kindes* zeigte sich mir an zwei Falldarstellungen unterschiedlicher Therapeutinnen. In einem Fall der Therapeutin EF war die Mutter in der Therapie und brachte gegen Ende ihres Prozesses ihr Kind einmal mit, da es in den Sitzungen oft thematisiert wurde. Die Therapeutin beobachtete, dass sich der Herzkontakt bei diesem Kind, das aufgrund seiner Behinderung nicht sprechen konnte, beruhigend auswirkte. Im anderen Fall zeigte die Interviewpartnerin AB der Mutter eines schwerbehinderten Kindes die Möglichkeit, durch die Berührung mit der Hand auf dem Körper des Kindes in Kontakt zu kommen. Auf die Weise sollte auch die Mutter selbst wieder zu einer inneren Ruhe finden – so benannte die Therapeutin das Ziel der Intervention.
- Eine weitere *Herzkontakt-Variation* führte die Interviewpartnerin GH bei einem Kindergartenkind aus. Die *Massage des Kindes mit stetigem Herzkontakt (individuell nach der Frage, was das Kind braucht)* ermögliche den Herzkontakt herzustellen, auch wenn es für ein Kind nicht möglich ist, längere Zeit still zu liegen und sich nur auf das Herz zu konzentrieren. Den Ablauf dabei erklärt die Therapeutin im Interview bildhaft:

„Sie legt sich hin und dann nehme ich für einen Moment Kontakt mit ihr auf und fühle mich in sie ein und frage mich: Was ist jetzt gerade gut? Das ist ganz unterschiedlich, was ich dann gemacht

habe. Ich habe mir so Bilder überlegt, (...) die ich dann mit einer Berührung verknüpft habe. Manchmal habe ich es auch ausgesprochen, dass ich gesagt habe: 'Was brauchst du wohl heute? Ich glaube ja das und das wäre gut.' Und sie kannte ja dann auch die Bilder mit der Zeit, dass sie dann selber gesagt hat: 'Ich will heute die Sonne!' oder 'Ich will jetzt Regen.' (...) Oder mit der Sonne, dass ich ihr jetzt irgendwo die Hand hingelegt habe und gesagt habe: 'Das ist jetzt die Sonne.' Oder ich hab auch manchmal so Strahlen mit den Händen gemacht und gesagt: 'Das sind jetzt die Sonnenstrahlen, die geben dir jetzt Wärme oder schicken dir Liebe.' Oder mit der Wolke habe ich es dann manchmal so mit der Geborgenheit, dass ich meine Hände irgendwo sie rumgelegt habe und gesagt habe: 'Die hält dich jetzt und trägt dich jetzt.' Und so diese einzelnen Elemente, die habe ich (...) unterschiedlich kombiniert oder auch mal nur das eine oder das andere.“

Nach der Beschreibung dieser Massage betont die Therapeutin, dass das Wichtigste jedoch nicht das Vorgehen als solches ist, sondern die Einschätzung, ob solch ein Vorgehen für das individuelle Kind angemessen oder vielleicht sogar kontraproduktiv sein könnte. Das genaue Vorgehen bei dieser Entscheidungsfindung bzw. Diagnostik konnte im Rahmen des Interviews nicht weiter erarbeitet werden. Für die Anwendung dieser Methode bei anderen Kindern formulierte EF die Grundidee, sich als Therapeut_in an den individuellen Bedürfnissen des jeweiligen Kindes zu orientieren (*individuell nach der Frage, was das Kind braucht*).

6.4.4 Bindungsenergetik mit Jugendlichen

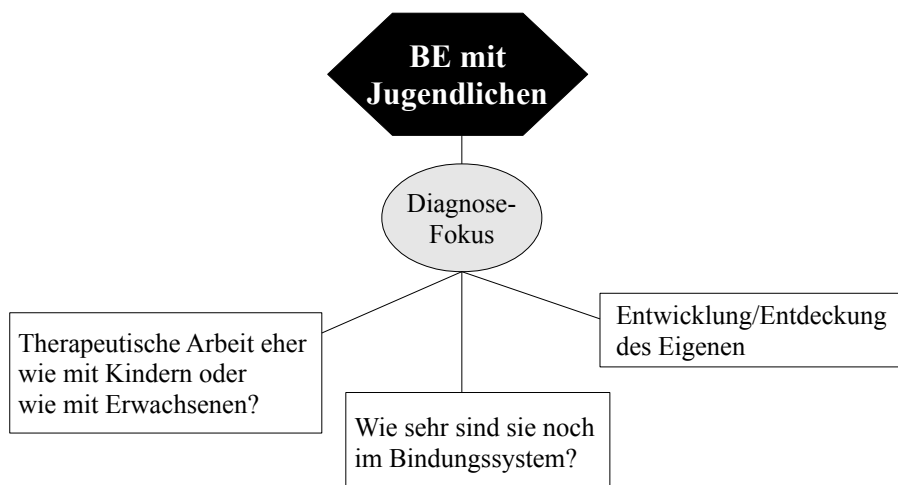


Abbildung 13: Schematische Darstellung der Kategorien des Clusters "Bindungsenergetik mit Jugendlichen"

Die Praxis der Bindungsenergetik mit Jugendlichen tauchte in den Interviews nur am Rande auf. Keine der Therapeut_innen nahm für sich in Anspruch, so viel therapeutische Übung mit Jugendlichen zu haben, dass sie generelle Aussagen treffen könnte. Die bisherigen Erkenntnisse der einzelnen Therapeut_innen fassten sie beim Workshop der kV im *Fokus der Diagnostik* zusammen. Zentral ist hier die Frage, ob die therapeutische *Arbeit* mit dem_der einzelnen Klient_en_in *eher*

wie eine bindungsenergetische Therapie mit Kindern oder eher wie mit Erwachsenen sein soll. In der Beschreibung des Therapieziels zu Beginn der Darstellung des Kategoriensystems sollte deutlich geworden sein, dass die bindungsenergetische Therapie mit Kindern von den Therapeut_innen einem anderen Ziel untergeordnet wird als die Therapie mit Erwachsenen. Zentrale Bedeutung fällt bei dieser Unterscheidung dem sogenannten Bindungssystem zu. Kinder leben in diesem Bindungssystem und die Therapie soll sie darin unterstützen, im Rahmen der gegebenen Umstände der Familie ihre Persönlichkeit zu entfalten. Erwachsene hingegen sollen sich in der Therapie eine gewisse Distanz zu diesem verinnerlichten System erarbeiten, denn die kindliche Abhängigkeit von den Bezugspersonen besteht nicht mehr. Die interviewten Bindungsenergetiker_innen sehen Jugendliche in einer Übergangsphase vom Eingebundensein in das Bindungssystem zum Entbinden von diesem Bindungssystem. Aus diesem Grund formulieren die Teilnehmerinnen die diagnostische Frage, die bei der Entscheidungsfindung helfen soll, ob die Therapie mit Jugendlichen eher der von Erwachsenen oder Kindern gleichen sollte: *Wie sehr sind sie noch im Bindungssystem?*

Darauf lassen sich die Antworten im Gespräch aber auch in dem Herzkontakt mit dem jeweiligen Kind finden. Die Interviewpartnerin CD sagt dazu: „Das merkt man ziemlich deutlich, wie verbunden sie sind, weil wie viel Eigenwille schon vorhanden ist.“ Im Gespräch erkennt es CD vor allem daran, „ob sie sich eigentlich in allem darauf [auf die Eltern, Anm. d. Autorin] beziehen und sagen 'Aber...'“. Je weniger sich ein Kind an den Eltern orientiert, umso weniger gleicht die Therapie der von Kindern und umso mehr geht es um die *Entwicklung und Entdeckung des Eigenen*, was eher Thema der bindungsenergetischen Erwachsenen-Therapie ist.

6.4.5 Feedback des Kindes

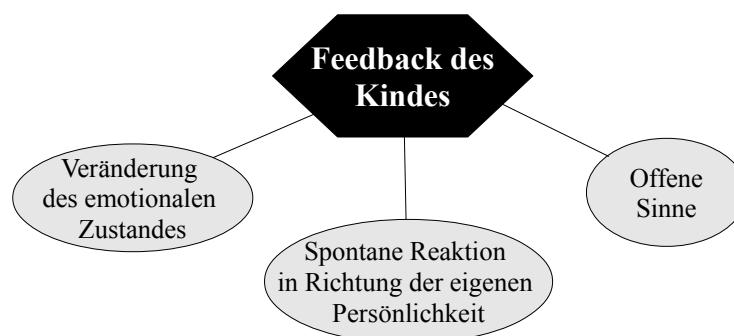


Abbildung 14: Schematische Darstellung der Kategorien des Clusters "Feedback des Kindes"

Die Kategorie „Feedback des Kindes“ wurde von den Bindungsenergetikerinnen bei der kommunikativen Validierung als eigenes Cluster definiert, da sich das Feedback über die Altersgruppen hinweg gleicht. Mit dieser Überschrift fasse ich zusammen, was die Therapeut_innen

beim Kind wahrnehmen und als Erfolg für die bis dahin beschrittenen therapeutische Wege werten. Wenn das Kind *offene Sinne* hat, kann das zum Beispiel an den Augen gesehen werden, die dann „so groß und offen“ (GH) werden. Ein Kind hat die Interviewpartnerin GH „so angeschaut und auch angestrahlt“. Zudem beobachtete die Interviewpartnerin IJ, wie ein Säugling „auf einmal total ruhig und aufmerksam, ganz still“ wurde.

In der kommunikativen Validierung wurden zwei weitere Merkmale für die Wirkung der therapeutischen Interventionen formuliert:

- *Spontane Reaktion in Richtung der eigenen Persönlichkeit*: Was das beinhaltet, erläutert die Interviewpartnerin ST bei der kV an dem hier zusammengefassten Fallbeispiel: Ein Kind wurde von den Eltern als ruhig und angepasst wahrgenommen, entwickelte aber Symptome, die sie veranlassten, die Bindungsenergetikerin aufzusuchen. Nach einigen Sitzungen gerät das Kind mit den Eltern in einen Konflikt. Die Therapeutin interpretiert die Konflikterzählung des Kindes so, dass das Kind es gewagt hat, seine persönliche Meinung zu äußern und somit seine Persönlichkeit ein Stück mehr entfalten konnte.
- *Veränderung des emotionalen Zustandes*: Die Gefühle des Kindes verändern sich so, dass es zu mehr Wohlbefinden führt.

Die Ausführungen des Interviewpartners OP beinhalten die beiden genannten Punkte und veranschaulichen sie:

„Die meisten unserer Kinder die haben halt Verhaltensstörungen, die äußern sich in Diagnosen, wie beispielsweise ADHS oder in Tics oder in Aggressionen. Und wenn der Hyperaktive plötzlich ruhig ist und wenn der, der sonst immer die anderen Leute beleidigt, plötzlich lächelt, und derjenige, der sonst immer mit den Augen zwinkert, plötzlich ganz normal guckt (...). Und dazu kommt, dass es oftmals auch von den Lehrern die Rückmeldung gibt, dass es danach einfacher war, zu unterrichten. Das sind die zwei Wirkungen, die ich bis jetzt beobachtet habe. Und dazu gibts noch eine dritte Wirkung: Dass Kinder sich geöffnet haben mit Problemen und wir daran arbeiten mussten.“

6.4.6 Rolle der Eltern im Therapieprozess

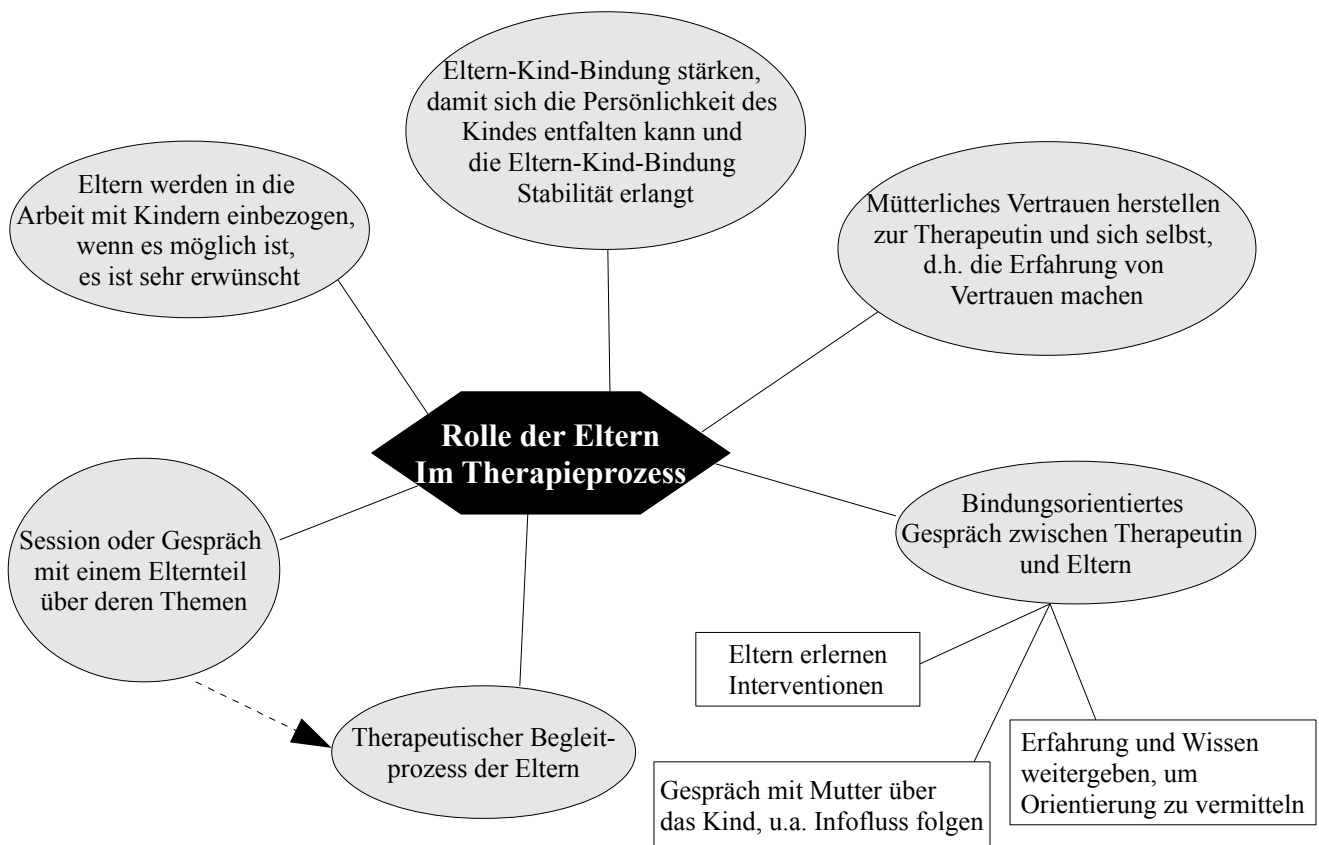


Abbildung 15: Schematische Darstellung der Kategorien des Clusters "Rolle der Eltern im Therapieprozess"

Eltern werden in die Arbeit mit den Kindern einbezogen, wenn es möglich ist, es ist sehr erwünscht!

Bereits beim ersten Treffen der Projektgruppe B&E wurde der Einbezug der Eltern in den therapeutischen Prozess mit den Kindern oft thematisiert. Den Idealfall sehen die Bindungsenergetikerinnen so: *Eltern werden in die Arbeit mit den Kindern einbezogen*. Sie formulieren es jedoch nicht als Bedingung, um auch für andere Klient_innen Offenheit zu bewahren. So wurde die Kategorie durch den Teilsatz ergänzt: *wenn es möglich ist, es ist sehr erwünscht*. Der formulierte Idealfall des Einbezugs der Eltern, resultiert aus einer bestimmten Sicht auf die Symptomentwicklung der Kinder. Der theoretische Hintergrund dieser Arbeit soll die bindungsenergetische Grundhaltung verdeutlichen, dass psychische Symptome im Zusammenhang mit der kindlichen Bindung zu den Bezugspersonen stehen. Die Funktion, die die Symptome dabei erfüllen, formuliert die Interviewpartnerin CD so: „Nicht umsonst haben sie [die Kinder, Anm. d. Autorin] sich solche Symptome gesucht, weil sie können noch - davon geh ich eigentlich aus und

das ist auch meine Erfahrung, was ich mitkriege - die können eben noch nicht sagen: 'Das passt mir nicht, wie du die Welt denkst, Mama oder Papa. Ich denke und fühle die Welt anders.' Sondern die sind ja immer auf diese Fürsorge angewiesen und deswegen fangen sie eher an, sich zu verdrehen, damit es passt“. Durch die Therapie soll die Notwendigkeit dieser Funktion wegfallen und sich die Persönlichkeit des Kindes entfalten und die Eltern-Kind-Bindung Stabilität erlangen – verstehe ich aus den Ausführungen der Bindungsenergetikerinnen.

Eltern-Kind-Bindung stärken, damit sich die Persönlichkeit des Kindes entfalten kann und die Eltern-Kind-Bindung Stabilität erlangt

Der bindungsenergetische Weg zur Entfaltung der Persönlichkeit des Kindes nennt sich *Eltern-Kind-Bindung stärken*, denn die Eltern-Kind-Bindung ist „der Urkontakt, der das allerwichtigste ist für jeden Menschen. Und wenn man das gut hinkriegt (...) Man kann das Kind so nehmen, wie es ist und es kann dann wirklich das entfalten, was sein ureigenster Charakter ist“, verdeutlicht die Interviewpartnerin IJ die Verknüpfung dieser Punkte. Wie die Eltern-Kind-Bindung genau gestärkt werden kann, ist mir noch unklar, da erst mit vereinzelt Interventionen gearbeitet wurde und noch kein bindungsenergetisches Gesamtkonzept vorliegt.

Mütterliches Vertrauen herstellen zur Therapeutin und sich selbst, d.h. die Erfahrung von Vertrauen machen

Ein Aspekt zur Stärkung der Eltern-Kind-Bindung kann *das Herstellen mütterlichen Vertrauens zur Therapeutin*, aber auch *zu sich selbst* sein. Der heilsame Moment ist hier vor allem die *Erfahrung von Vertrauen*, betonen die Teilnehmerinnen des kV. Die Interviewpartnerin AB berichtete von einem Fall, wo sie die Möglichkeit hatte, Mutter und Kind in ihrem Alltag zu erleben und zu begleiten. Sie erzählt, wie sie bei einer Gelegenheit die Mutter in ihrem Handeln bestärkte, der Mutter also Vertrauen zu ihren Entscheidungen schenkte und damit wiederum das Vertrauen der Mutter sich selbst gegenüber unterstützte:

„Das Kind kam nach Hause, es wurde gebracht von jemandem, weil es woanders war, und ich war schon in der Wohnung. Und dann ist es tatsächlich so gewesen, dass die Mutter das Kind hochgeholt hat, also aus dem Treppenhaus unten abgeholt hat. Und dann wollte das Kind aber nicht rein. Aber die Mutter war schon in der Wohnung drin, bei mir wieder. Und sie sagte dann: 'Ja, komm rein, ich zieh dir dann die Jacke hier drin aus!' Dann war es aber so, dass das Kind sagte: 'Nein, Mama, ich will dass du raus kommst!' Also so eine Art Trotzanfall wieder (lacht). Und es ist für mich klar gewesen: Ich weiß genau, entweder kann es jetzt dazu führen, dass die Mutter es dreimal versucht und dann doch hingeht, weil sie dem einfach nicht standhält, den Widerstand sozusagen nicht leisten kann, weil sie sich nicht sicher ist, weil sie unsicher wird dann: 'Ist es wirklich richtig, dass ich nicht auf mein Kind zugehe, sondern hier bleibe?' Dann habe ich der Mutter sozusagen die Sicherheit gegeben: 'Es ist vollkommen korrekt, dass du deine Tochter - die ist alt genug, die kann hier alleine reinkommen, draußen im Flur ist es kalt. Warum will sie, dass du sie dort draußen ausziehst, das ist

völlig unlogisch. Lass sie ruhig reinkommen und bleib standhaft!' Dann habe ich kurz ein Gespräch mit der Mutter geführt darüber. Auch ruhig, dass das Kind das hört, das ist eigentlich egal in dem Moment, das ist eh in seinem Film in dem Moment, das kriegt es gar nicht mit, das ist so mein Eindruck. Und die Mutter zu bestärken darin, dass es richtig ist, dass sie hier bleibt.“

Bindungsorientiertes Gespräch zwischen Therapeut_in und Eltern

Wenn die Mutter (oder der Vater) mit ihrem Kind zur Therapeutin kommt, führen die interviewten Therapeutinnen auch mit der Mutter ein Gespräch; zumindest darüber, warum dieses Kind zur Therapeutin kommen soll. Viele Therapeutinnen berichten jedoch auch, dass sie während des Therapieprozesses immer wieder mit der Mutter sprechen. Ein *Gespräch ist bindungsorientiert*, wenn die Therapeutin die Bindungsfähigkeiten anwendet, um zu der Mutter ein

Vertrauensverhältnis aufzubauen und die Bindung der Mutter zu sich selbst zu stärken – so erklärt die Therapeutin KL diese Kategorie, die sie bei der kV in das Kategoriensystem einbringt.

Die Therapeutin kann im Gespräch mit den Eltern erfahren, „wie es den Kindern geht“ (Interviewpartnerin EF), was vor allen Dingen diagnostisch relevant ist. Zudem erfährt sie „auch eine ganze Menge über die innere Haltung der Mütter den Kindern gegenüber (...): Wie gehe ich mit meinem Kind um? Wie sehe ich mein Kind? Was spielt sich da in der Familie ab? Das ist ausschlaggebend für die Entwicklung des Kindes“ (EF). Dabei wird unter anderem die bindungsenergetische Technik *Infofluss folgen* angewendet. Das bedeutet, dass die Therapeutin dem gedanklichen Weg der Mutter folgt und sich nach ihr richtet, welche Themenbereiche vertiefend besprochen werden.

In ihrer Arbeit mit Säuglingen stellte die Psychologin OP fest, dass die Kinder oft „erleichtert sind, dass endlich mal das aufs Tablett kommt, was sowieso die ganze Zeit Thema ist“, wenn sie in Anwesenheit des Kindes mit der Mutter über die Themen spricht, die sie emotional beschäftigen, spricht.

Ein Begriff, der in den Workshops und Interviews oft auftaucht, ist *Sicherheit*. Wenn die Erziehungsberechtigten Sicherheit besitzen, können sie diese auch im Kontakt zum Kind beibehalten und so wiederum dem Kind Sicherheit geben. Das fördert insgesamt die Eltern-Kind-Bindung, stellt die Interviewpartnerin OP diesen positiven Kreislauf dar.

Die Eltern-Kind-Bindung soll auch gefördert werden, wenn die *Eltern Interventionen erlernen*. Die Praktikerinnen wollen damit erreichen, dass die Eltern ihr Handlungsspektrum gegenüber dem Kind erweitern und mehr Sicherheit erlangen. Solche Interventionen sind vereinfachte bindungsenergetische Methoden. Die Bindungsenergetikerin KL beispielsweise praktiziert bei Frühgeburten – wie bereits erwähnt – die sogenannte Hautarbeit. Einer betroffenen Mutter hat sie „auch ein paar Kleinigkeiten (...) gezeigt, dass sie da einfach mal Hautkontakt aufnimmt. Und wenn

ich merke, bei dem Kind wäre es gut, wenn sich da Schutz aufbauen würde oder Geborgenheit, dann habe ich gesagt: 'Versuchen Sie das doch mal über ihre Hände als Gefühl rüber zu geben!'"
Beim Workshop zur kommunikativen Validierung wird von den Teilnehmerinnen zudem eine Verknüpfung zwischen Sicherheit und Orientierung hergestellt. Um *Orientierung zu vermitteln*, werden *Erfahrung und Wissen weitergegeben*. Diese Kategorie betitelte ich zuvor als Psychoedukation der Eltern. An dieser Formulierung kritisierten die Bindungsenergetikerinnen, dass sie zu distanziert von den Eltern ist und nur auf die Vermittlung von Sachinformationen, wie entwicklungspsychologischem Wissen, zielt. Die Kategorie wurde gemeinsam erweitert, so dass auch Handlungen, die den Eltern neue Erfahrungen mit ihrem Kind oder der Therapeutin ermöglichen, darin enthalten sind. Die Bindungsenergetikerinnen wollten das Ziel der Orientierung in der Kategorie enthalten wissen.

Session oder Gespräch mit einem Elternteil über deren Themen bzw. Therapeutischer Begleitprozess der Eltern

Wenn im therapeutischen Prozess mit den Kindern auch den Eltern begegnet wird und die Therapeutinnen den Eindruck haben, dass die Eltern Bedarf haben über sich zu sprechen, empfehlen die Therapeutinnen eine *Session oder ein Gespräch allein mit dem Elternteil über deren Themen*. Und wenn sie gemeinsam feststellen, dass so ein begrenzter Rahmen nicht ausreichend ist, bieten die Therapeutinnen gerne einen *therapeutischen Begleitprozess der Eltern* an. In einer Falldarstellung der Interviewpartnerin EF wird deutlich, wie der therapeutische Prozess der Eltern sich wiederum auf die Erziehung auswirken kann:

„Grundvoraussetzung ist immer, das Gefühl der inneren Sicherheit der Mütter zu erhalten. Aus diesem Gefühl der inneren Sicherheit heraus ist es eben eine andere innere Haltung dem Kind gegenüber, als wenn jemand unsicher ist. Eine Mutter, die zum Beispiel immer die Erfahrung gemacht hat in ihrem eigenen Elternhaus (...): Es geht eigentlich überhaupt nicht um mich. Die das dann aber weiter gibt an ihr eigenes Kind, das sie später bekommt, (...) bezieht sich dann auch nicht auf das Kind. Das ist natürlich eine ganz heftige Erfahrung dahinter. Also wenn ich dann mit dieser Mutter arbeite und es geht ja dann um sie (...), dann ändert sich natürlich diese innere Haltung (...). Und daraus resultiert natürlich eine andere Erziehung und ein anderer Umgang und eine völlig andere Entwicklung für das Kind.“

Dies passt meiner Ansicht nach zu der bereits beschriebenen bindungsenergetischen Grundidee, dass die Eltern durch die Erziehung den Lebensrahmen vorgeben, in dem sich die Kinder bewegen. Dieser Lebensrahmen kann für die Entwicklung einer Symptomatik verantwortlich sein, aber ebenso auch für die Heilung dieser Symptomatik. Deshalb betonen die Bindungsenergetikerinnen die Wichtigkeit der Integration der Eltern in den Therapieprozess.

6.4.7 Rahmen für Bindungsenergetik mit Kindern

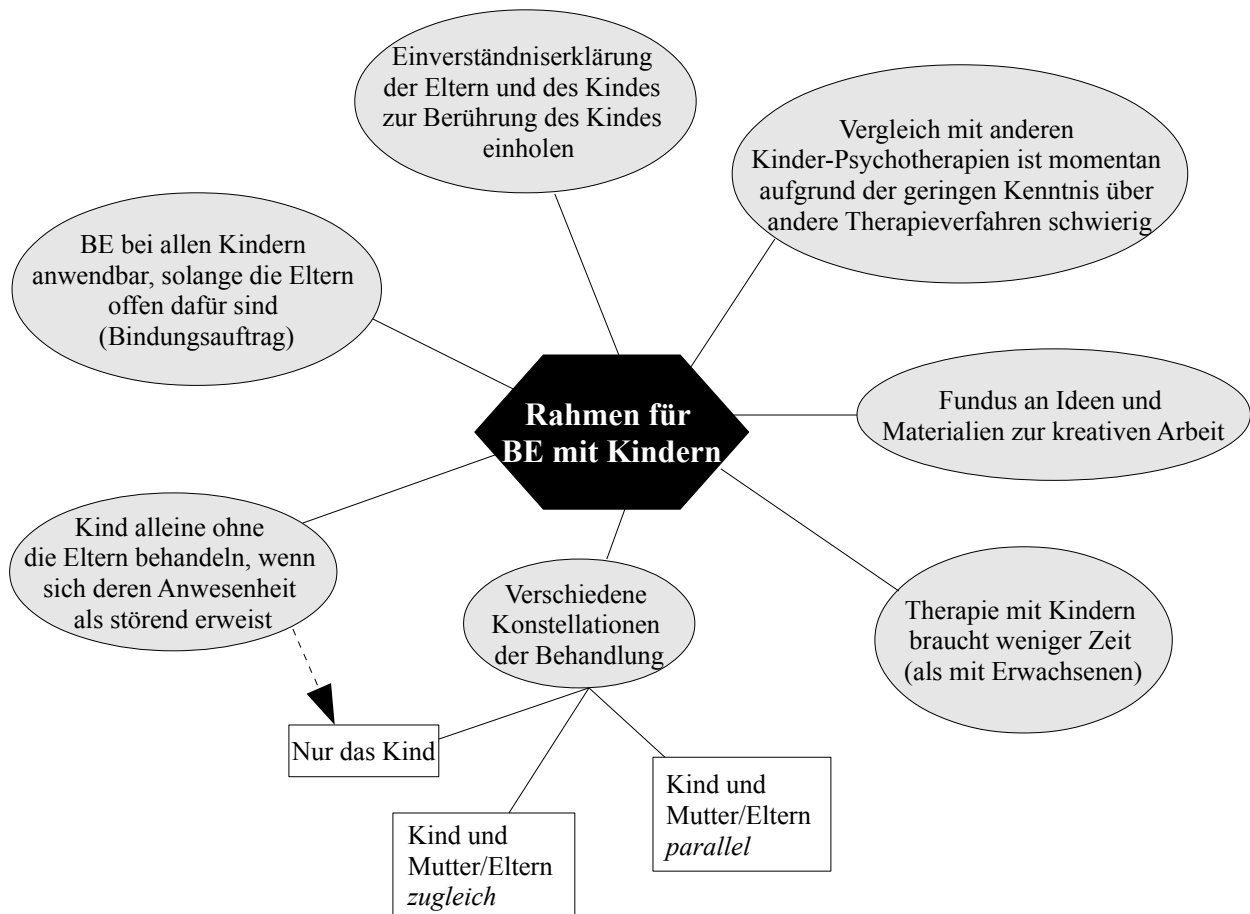


Abbildung 16: Schematische Darstellung der Kategorien des Clusters "Rahmen für Bindungsenergetik mit Kindern"

In dem Cluster „Rahmen für die Bindungsenergetik mit Kindern“ befinden sich die Kategorien, die das organisatorische Umfeld einer bindungsenergetischen Therapie mit Kindern bilden. Außerdem befinden sich in diesem Cluster jene Kategorien, die keinem anderen Cluster zuzuordnen waren, aber dennoch bei dem Thema „BE mit Kindern“ beachtenswert sind.

Bindungsenergetik bei allen Kindern anwendbar, solange die Eltern offen dafür sind (Bindungsauftrag)

Die *BE ist bei allen Kindern anwendbar* mit der Einschränkung, dass dies nur möglich ist, *solange die Eltern offen dafür sind*, postulieren die Bindungsenergetiker_innen selbstbewusst. Den Begriff *Bindungsauftrag* prägte die Bindungsenergetikerin CD im Interview und erklärte, der Auftrag „ist ja meistens nicht bewusst, sondern das ist sozusagen wie die Luft in der Blase“. Als Beispiel für solch

einen Auftrag nannte sie eine alleinerziehende Mutter, die ihren Sohn mit dem Ziel zur Therapie brachte, „dass das Ganze relativ schnell wieder ins laufen kommt und mir als Mutter ist es lieber, wir müssen hier nicht alles hinterfragen“ (CD). Für diese Mutter und diesen Sohn ist die BE laut der Therapeutin CD nicht die richtige Therapieform gewesen und es stellte sich heraus, dass eine andere Therapieform (Kinesiologie) hier Erfolge verbuchen konnte, mit denen die Mutter und damit auch der Sohn mehr einverstanden waren.

Einverständniserklärung der Eltern und des Kindes zur Berührung des Kindes einholen

Um aus rechtlicher Sicht abgesichert zu sein, holen die Therapeut_innen die *Einverständniserklärung der Eltern und des Kindes zur Berührung des Kindes* ein. Die Bedeutung dessen wird an Aussagen des einzigen männlichen Therapeuten, der befragt wurde, deutlich. An der Schule, wo er als Sozialarbeiter tätig ist, praktiziert er therapeutische Sitzungen, die Körperkontakt wie das Hand-aufs-Herz-legen beinhalten, nur mit männlichen Schülern, da er bei weiblichen Schülerinnen Vorwürfe sexueller Übergriffe befürchtet.

Verschiedene Konstellationen der Behandlung

Die Therapie wird in drei *verschiedenen Konstellationen* angewendet, wie bereits in den Clustern zur „BE mit Kindern“ und der „Rolle der Eltern“ ersichtlich geworden sein dürfte.

- *nur das Kind*
- *Kind und Mutter/Eltern zugleich*
- *Mutter/Eltern und Kind parallel*

Wann wie behandelt wird, richtet sich nach den therapeutischen Einschätzungen und der Bereitschaft der Eltern, selbst therapeutisch an sich zu arbeiten. Beispielhaft schildert die Interviewpartnerin ST den Fall, dass ein Kind beim Gespräch mit der Therapeutin immer wieder zur Mutter schaut. Dies interpretiert die Therapeutin so, dass das Kind sich beim Antworten sehr an der Mutter orientierte und nicht frei sprechen konnte. Da die Therapeutin ein freies Gespräch aber als Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie sieht, schlug sie Mutter und Tochter beim nächsten Therapie-Termin vor, dass die Mutter für eine begrenzte Zeit den Raum verlässt. Dieser Fall ist zudem beispielhaft für die Kategorie *Kind alleine ohne die Eltern behandeln, wenn sich deren Anwesenheit als störend erweist*.

Therapie mit Kindern braucht weniger Zeit (als mit Erwachsenen)

Einige Praktiker_innen offenbarten mir in den Interviews ihre Feststellung, dass die *Therapie mit*

Kindern weniger Zeit als mit Erwachsenen braucht. Die Interviewpartnerin KL begründet diese Beobachtung bei Säuglingen damit, „dass die Babys noch nicht so einen langen Erfahrungshintergrund an schlechten Erfahrungen haben wie viele Erwachsene. Die haben noch nicht so eine lange Geschichte, die Geschichte ist ja kürzer. Und dadurch kommst du sozusagen viel direkter an den Kern.“

Vergleich mit anderen Kinder-Psychotherapien momentan aufgrund der geringen Kenntnis über andere Therapieverfahren schwierig

Um die Bindungsenergetik in die Psychotherapielandschaft einordnen zu können, fragte ich in den Interviews, was die BE von anderen Kinderpsychotherapien unterscheidet. Doch aufgrund der Antworten zeigte sich mir, dass ein Vergleich mit anderen Kinder-Psychotherapien momentan aufgrund der geringen Kenntnis über andere Therapieverfahren schwierig ist.

Fundus an Ideen und Materialien zur kreativen Arbeit

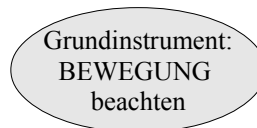
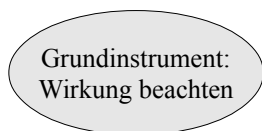
Dieses Cluster „Rahmen der Bindungsenergetik mit Kindern“ wurde anlässlich der kommunikativen Validierung um die Kategorie *Fundus an Ideen und Materialien zur kreativen Arbeit* ergänzt. Die Bindungsenergetikerinnen setzen hier einen Schwerpunkt auf die Offenheit gegenüber den zu therapierenden Kindern. Offenheit soll hier bedeuten, dass sich der_ die Therapeut_in nicht an einzelnen Methoden orientiert, sondern an dem Kind und seiner eigenen Art und Weise, mit der Welt umzugehen und auf die Welt zuzugehen. Die Praktikerinnen fordern deshalb eine Kreativität, die mit Hilfe von Ideen und Materialien umgesetzt werden kann. Für nähere Ausführungen dieser Kreativität und Beispiele war in dem Rahmen der kommunikativen Validierung nicht ausreichend Zeit vorhanden. Hier wurde mir der Entwicklungsstand der BE mit Kindern, die am Anfang einer Therapie-Entwicklung steht, noch einmal vor Augen geführt.

6.4 Verbesserungsvorschläge und Ergänzungen von Michael Munzel

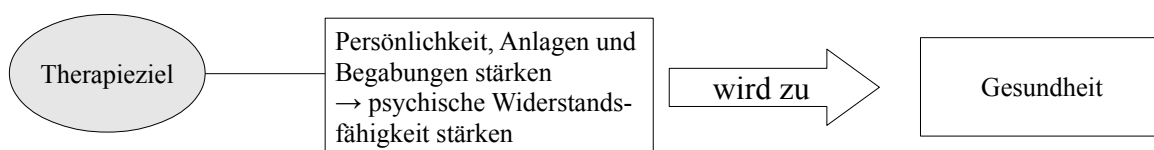
Am 13. Mai 2014 führte ich mit Michael Munzel in den Räumen des Zentrums für Bindungsenergetik in Bremen ein Interview. Im ersten Teil befragte ich ihn zur Theorie der Bindungsenergetik und vervollständigte auf diese Weise mein über die Literatur angeeignetes Wissen. Im zweiten Teil legte ich ihm das Kategoriensystem vor, das aus der kommunikativen Validierung hervorging. Er sah es zum ersten Mal und reagierte spontan mit Kommentaren und Verbesserungsvorschlägen. Sie werden in diesem Kapitel nachvollziehbar gemacht und mit Interview-Zitaten näher erklärt. Mit diesen Verbesserungsvorschlägen und Ergänzungen soll das Kategoriensystem nicht verändert und korrigiert werden. Das Ziel des Interviews und der hiesigen

Darstellung besteht lediglich darin, seine Meinung als Begründer zu hören und bedenken. Die Ausführungen Munzels zu einigen Kategorien können Anregungen für die weitere Forschung und die Arbeit der Projektgruppe B&E bilden. Den in diesem Kapitel nicht erwähnten Kategorien stimmte Munzel inhaltlich zu.

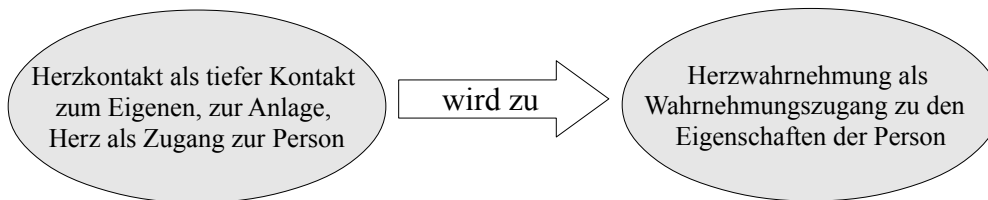
... zum Cluster „Therapeutische Grundlagen im Therapieverlauf



In den Worten Munzels bedeutet auf die *Wirkung* zu achten, sich ein Bild der Emotionalität zu machen. Die Emotionalität lässt sich am besten erfassen, wenn die *Bewegung* des Kindes beachtet wird. Als Therapeut stellt er sich dabei die Fragen: "Was wird hier wann in Gang gesetzt? Was kann nicht in Gang gesetzt werden? Kann sich das, was in Gang gesetzt, wird auch kognitiv entfalten? Kann, was sich kognitiv entfaltet auch motorisch umgesetzt werden, in die Tat gebracht werden?" Deshalb schlug er im Interview vor, Wirkung durch Bewegung zu ersetzen.

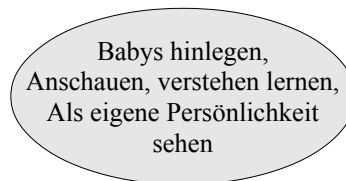


Dass das *Therapieziel* bei Kindern ein anderes ist als bei Erwachsenen, entspricht der Ansicht Munzels (übereinstimmend mit dem Kategoriensystem). Das Ziel besteht seiner Meinung nach darin, dass „die emotionale Bindung wieder hergestellt wird“. Darunter versteht er auf der mütterlichen Seite, dass sie über die Bindungsfähigkeit verfügt, „Fürsorge für das Kind leisten zu können“. Auf der Seite des Kindes bedeutet die Wiederherstellung emotionaler Bindung für ihn, dass das Kind sich sicher an die Mutter wenden kann. In der Therapie wird die *psychische Widerstandsfähigkeit* gestärkt. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass ein Mensch „bei widersprechenden Umweltbedingungen trotzdem relativ zufrieden bleiben kann, ausreichend zuversichtlich und mit ausreichend klarem Kopf“. Das ist laut Munzel die Definition von Gesundheit. Somit kann das Therapieziel seiner Meinung nach auch in *Gesundheit* zusammengefasst werden.

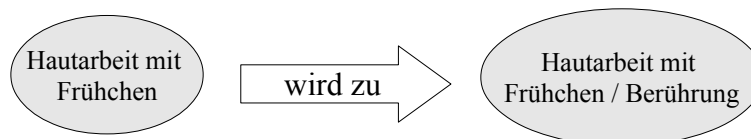


Den Begriff *Herzkontakt* sieht Munzel zu dem Zeitpunkt des Interviews als unangemessen für die Methode an. Er möchte die Methode *Herzwahrnehmung* genannt wissen – so benennt er sie auch in den neuesten Büchern - und schlägt diese Änderung der Kategorie vor.

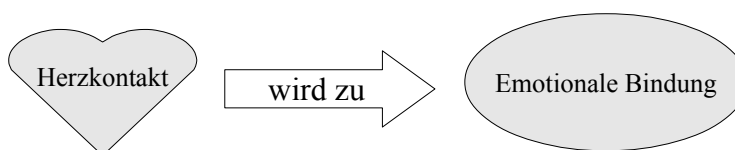
... zum Cluster „BE mit Babys“



Mit den Worten "Jeder, auch der kleinste Mensch hat schon *Eigeninitiative*" verdeutlicht Munzel, dass es aus bindungsenergetischer Sicht Sinn macht, das Baby anzuschauen, die Bewegungen zu beobachten und die dahinter stehende Motivation deuten zu lernen. „Wie und wo wird jemand initiativ?“, ist für Munzel unabhängig vom Alter eine wichtige diagnostische Fragestellung.

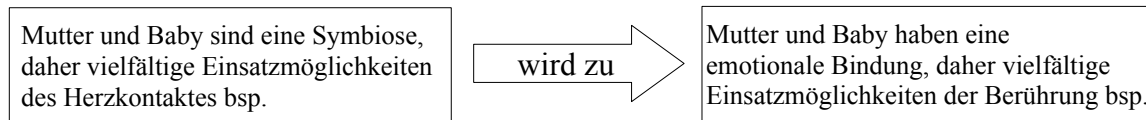


Die *Hautarbeit* wird von Munzel mit *Berührung* ergänzt, denn die Berührung ist es, die genetisch zum Bindungsaufbau führt. Damit meint Munzel, dass der Mensch mit der Geburt die Anlage in sich trägt, dass er_sie Berührung braucht, um mit anderen Menschen eine Bindung einzugehen.



Wie bereits erwähnt sieht Munzel den Begriff *Herzkontakt* als unzureichend an. Hier regt er als Ersatz *Emotionale Bindung* an, und zwar die Bindung zwischen dem Therapeuten und dem Kind. Die direkte Herzberührung ist für ihn, je kleiner die Kinder sind, umso weniger wichtig, denn „das ist ja lediglich eine Wahrnehmungsverstärkung. Je offener, ansprechbarer ein Mensch ist, desto weniger ist das wichtig“.

Dem Herzkontakt ist eine Kategorie untergeordnet, der Munzel widerspricht:



Mutter und Baby sind seiner Ansicht nach gerade *keine Symbiose*. Das Kind ist eine eigenständige Persönlichkeit und hat eine *emotionale Bindung* zur Mutter. Der Begriff des Herzkontaktes wird hier durch Berührung ersetzt.

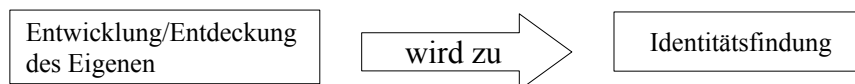
... zum Cluster „BE mit Kindern“

Munzel verdeutlicht durch seinen Kommentar „Sprechen, Sprechen, Sprechen!“, dass bei der Bindungsenergetik mit Kindern im Vergleich zu der mit Babys die Sprache mehr als Kommunikationsmittel genutzt werden kann.

... zum Cluster „BE mit Jugendlichen“



Für Munzel stellt sich bei Jugendlichen nicht die Frage, ob bei ihnen die Therapie eher der von Erwachsenen oder der von Kindern gleicht. Er sagte: „Weder noch!“ Und betonte das Thema der Entbindung, das die Jugendzeit prägt. Da er keine alternative Kategorie vorschlug, stelle ich hier *Begleitung des Prozesses der Entbindung* als mögliche Neuformulierung zur Diskussion. In der Bindungsforschung ist diesem Aspekt laut Munzel bisher kaum Aufmerksamkeit geschenkt worden, obwohl ihn Munzel als zentral erachtet, denn „Kernaufgabe der Therapie“ ist es „Gebundenheit [zu] entbinden“.

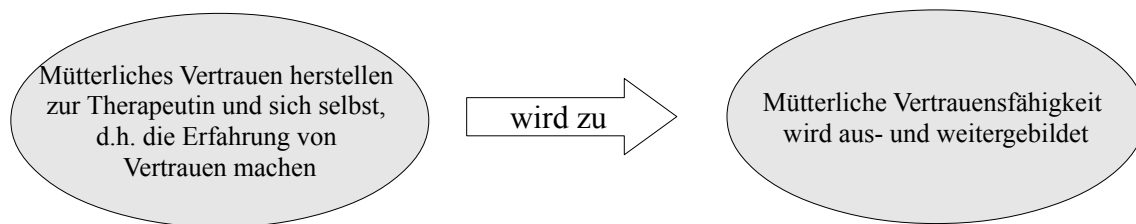


Verbunden mit dieser Entbindung gehört laut Munzel die *Identitätsfindung* in diese Phase. Dieser Begriff entspricht meines Erachtens der *Entwicklung/Entdeckung des Eigenen*, beschreibt es aber möglicherweise treffender – Ob sie es wirklich treffender beschreibt, müsste von der Projektgruppe B&E diskutiert werden.

... zum Cluster „Rolle der Eltern im Therapieprozess“

Eltern werden in die Arbeit mit Kindern einbezogen, wenn es möglich ist, es ist sehr erwünscht

Den Einbezug der Eltern erachtet Munzel gerade für den „längerfristigen Therapieerfolg“ als unerlässlich. Er bezeichnet die Arbeit mit den Eltern als „die wichtigere Arbeit“, denn aus der Sicht der Bindungstheorie - wie Munzel sie nutzt – geht es für die Kinder darum, „sich erfolgreich in diese Familie einzubinden“. Ein Kind verhält sich also mit dem Ziel, die Liebe und Anerkennung der Eltern zu erhalten, wobei die Vorgaben der Eltern leitend sind. Da Munzel in seiner Arbeit viel auf die Bewegung achtet, nutzt er hier den Begriff *Bewegungsspielraum* für die Möglichkeiten des Handelns und Lebens, die Eltern ihren Kindern eröffnen können, aber auch die Grenzen, die sie setzen. „Der Bewegungsspielraum des Kindes wird am meisten beschränkt, gefördert, unterstützt von den Eltern. (...) Wenn sich die Bewegungsspielräume, die die Eltern zur Verfügung stellen, selbst verbessern, ist meine Beobachtung, dass sich die Kinder diesen Raum *sofort* erobern.“



Dem Aspekt des *mütterlichen Vertrauens*, das in der Therapie hergestellt werden soll, gibt Munzel eine andere Betonung, wenn er den Begriff *Vertrauensfähigkeit* nutzt. Das Wichtige in der Therapie ist demnach nicht, dass die Mutter oder das Kind dem Therapeuten Vertrauen schenken, sondern dass die Fähigkeit Vertrauen-schenken aus- bzw. weitergebildet wird. Die Vertrauensfähigkeit unterscheidet sich interindividuell hinsichtlich dem, „was jemandem Vertrauen schenkt“. Das hängt „sehr stark davon ab, was anlagebedingt ausgeprägt ist“. Im Einzelfall kann das sogar bedeuten, dass dem Therapeuten ein „gesundes Misstrauen“ entgegen gebracht wird. Gesund bedeutet in Munzels Aussage, dass es zu der Anlage der Person passt, der Therapeutin oder dem Therapeuten zu misstrauen – die Vertrauensfähigkeit wird in diesem Fall gelebt. Die Veränderung der Fähigkeiten ist einer der Hauptmerkmale Munzels Bindungsenergetik, denn „wenn ich die Fähigkeiten verändere, das ist tragfähig und deshalb auch logischerweise das, was langfristig die beste Wirkung hat“. Diese Ausführungen Munzels fasse ich zusammen in der Kategoriebezeichnung *Mütterliche Vertrauensfähigkeit wird aus- und weitergebildet*, die den vorherigen Kategorientitel ersetzen

könnte.

Eltern erlernen
Interventionen

Dass die Eltern therapeutische Interventionen erlernen, sieht auch Munzel als sinnvoll an. Er begründet es damit, dass die Fähigkeiten, die in der Therapie erlernt und ausgebildet werden, den Eltern erst etwas nutzen, wenn sie in Tätigkeiten umgesetzt werden können. Die bindungsenergetischen Interventionen können Anregungen für solche Tätigkeiten bieten, denn auch bei den Tätigkeiten besteht die Aufgabe des Bindungsenergetikers darin herauszufinden, welche Tätigkeit die Person anlagebedingt in Bewegung setzt. „Ich versuche insgesamt mit meinen Klienten herauszufinden, welche Tätigkeiten anlagebedingt leicht gehen, weil sie mit Bewegung verknüpft sind“. Die Eltern könnten durch Interventionen außerdem die Erfahrung machen, dass sie etwas tun können und allein das hat laut Munzel einen positiven Effekt für die Bindung, weil sie sie selbst wieder herstellen können. Die Selbstwirksamkeitserwartung – ein Begriff, der in der Bindungsenergetik nicht genutzt wird – kann durch das Umsetzen kleiner Interventionen gestärkt werden, wenn diese Interventionen der Persönlichkeit der Mutter oder des Vaters entsprechen; so verstehe ich Munzels Darlegungen.

... zum Cluster „Rahmen für BE mit Kindern“

Therapie mit Kindern
braucht weniger Zeit
(als mit Erwachsenen)

Dass die Therapie mit Kindern *weniger Zeit* benötigt als eine mit Erwachsenen, erklärt Munzel folgendermaßen: "Je kleiner das Kind ist, desto auffälliger ist es ja: Wenn sich die emotionale Bindung wieder herstellt, dann entspannt sich die Situation sofort. Die Emotionalität verändert sich ja - anders als bei Erwachsenen - immens schnell. Was für mich der eigentliche Grund ist, weshalb es da oft schnelle Erfolge gibt. Die sind im Grunde noch sehr gesund."

BE bei allen Kindern
anwendbar, solange die Eltern
offen dafür sind
(Bindungsauftrag)

Der Begriff *Bindungsauftrag* wurde in dem Interview mit CD geprägt und in der kommunikativen Validierung weiterhin genutzt. Auch Munzel nimmt diesen Begriff an, er scheint also zu dem bindungsenergetischen Gedankengut zu passen.

7 Diskussion

Neben der Auswertung bildet die Diskussion das Herzstück dieser Arbeit. Sie setzt sich zusammen aus der Interpretation der Ergebnisse, Kritikpunkten zum Forschungsvorgehen, der Reflexion meiner Subjektivität und aus Themen, die bei der Studiumsetzung in unterschiedlichen Kontexten immer wieder auftauchten und daher von mir als themenrelevant angesehen werden – das betrifft vor allem den Diskurs um die Wissenschaftlichkeit der Bindungsenergetik.

7.1 Zur Forschungsfrage

Obwohl die Fragestellung in Absprache mit der Zielgruppe formuliert wurde, beschlich mich während des gesamten Forschungsprozesses immer wieder eine Ahnung, dass sie in einem Bereich ansetzt, wo nicht genügend Aussagen zu erheben sind. Auch Munzel sieht das so: "Ich finde es toll, dass du es machst, aber es ist insgesamt noch etwas früh. In ein paar Jahren wird es sich anders darstellen" (Interview, Mai 2014). Der Fokus lag sowohl bei der Fragestellung als auch beim Interviewleitfaden auf der Methodik der Bindungsenergetik - insbesondere auf den spezifischen Interventionen, die in der Praxis Anwendung finden. So hatte ich den Bedarf nach einem Methodenkoffer verstanden. In den Interviews und Workshops mit den Bindungsenergetikerinnen und auch im Interview mit Michael Munzel zeigte sich, dass ich durch den Interviewleitfaden eine Art der Vorstrukturierung gab, die wesentlichen handlungsleitenden Grundgedanken zu wenig Raum bereit stellte. Ein Beispiel für so einen Grundgedanken habe ich aus den verschiedenen Randnotizen und -kommentaren zu diesem Thema verstanden: Das Entscheidende ist in der bindungsenergetischen Therapie nicht, welche körpertherapeutischen Techniken angewendet werden, sondern zu erkennen, worum es bei dem individuellen Kind geht. Die Diagnostik ist also das Entscheidende. Aufgrund der Diagnostik will die Therapeutin dann eine bestimmte Wirkung erzielen und für die gibt es verschiedenste Wege und da kann der Kreativität auch freien Raum gelassen werden.

Auch Munzel regte mich im Nachhinein dazu an, dass ich den Interviewleitfaden danach hätte konzipieren können, wie diagnostiziert wird. Bei der Fall Erzählung sollte der Bereich der Indikation, der sich aus der Diagnostik ergibt, abgefragt werden, indem im Interviewleitfaden die Frage stand: „Wann wendest du genau diese Technik an? Was hat dich bei diesem Kind dazu bewogen, sie anzuwenden?“ Die Erfahrungen der meisten befragten Bindungsenergetikerinnen sind jedoch auf wenige Fälle begrenzt, so dass solche globalisierten Aussagen noch nicht getroffen werden konnte. "Oder deine Partner konnten das sprachlich noch nicht richtig zum Ausdruck bringen, weil die Begriffe noch nicht so ausgefeilt sind", gibt Munzel zu Bedenken. Das könnte ein

Anlass sein, das Expertentum der Interviewpartner_innen anzuzweifeln. Meines Erachtens liegen hier aber Grenzfälle von Experteninterviews zu Informanteninterviews (Meuser & Nagel, 2009) vor, da sich das Expertentum in der Entwicklung befindet. Die vorliegende Arbeit gibt Hilfestellung zur Begriffsfindung.

Bei dem Workshop zur kommunikativen Validierung wurde das Kategoriensystem zur Diskussion gestellt. Dabei wurde deutlich, dass der Bedarf nach Austausch über die Begrifflichkeiten der Bindungsenergetik immens ist. Während des Workshops wurden inhaltliche Übereinstimmungen in Bezug auf die Terminologie der Bindungsenergetik festgehalten. Diese könnten als Gesprächsgrundlage für kommende Workshops dienen.

Die momentane Entwicklung der gesamten Bindungsenergetik scheint von dem Thema der Diagnostik geprägt zu sein, da Munzel zurzeit an dem vierten Band zur bindungsenergetischen Therapie schreibt, der der Diagnostik gewidmet ist. Laut einiger Projektteilnehmerinnen beschäftigten sie sich in den zuletzt besuchten Supervisions-Workshops ebenso mit der Diagnostik. In diesen Supervisions-Workshops gibt Munzel nach ihren Erzählungen die aktuellsten Entwicklungen der Bindungsenergetik an die Therapeut_innen weiter. Diese Praxis der Wissensgenerierung und -vermittlung führte dahin, dass die Projektteilnehmerinnen des Workshops zur kV nicht nur die Kategorien diskutierten, sondern auch die aktuellsten bindungsenergetischen Ideen zur Diagnostik. Dies erschwerte den Prozess der kommunikativen Validierung und deutete darauf hin, dass das Thema Diagnostik momentan vorrangig zu sein scheint. Vermutlich ist die bindungsenergetische Diagnostik bei Kindern ebenso wie bei Erwachsenen noch nicht ausgereift. Die Diagnostik bei Kindern könnte bei den zukünftigen Workshops des Projektes B&E ein produktives Thema darstellen (→ 7.8).

7.2 Zur Forschungsumsetzung

Bei der Darstellung der Auswertung musste ich feststellen, dass ich mein Ziel, alle bindungsenergetischen Begrifflichkeiten mit neutralen Worten zu erklären, nur teilweise erreicht habe. Bereits in den Interviews zeigte sich, dass die bindungsenergetische Sprache von den Therapeut_innen mit solch einer Selbstverständlichkeit genutzt wird, dass ein Gespräch über das eigentliche Thema nicht möglich gewesen wäre, wenn ich mir jeden Begriff hätte erklären lassen. Abgesehen davon konnte ich bei der Nachfrage, was „auf die Wirkung achten“ ist, mehrmals feststellen, dass die Interviewpartner_innen keine Definition parat hatten, da sie in der bindungsenergetischen Gemeinschaft diesen Begriff in einer bestimmten Weise nutzen, die Definition für sie jedoch nicht bedeutungsvoll erscheint. Hier wird deutlich, dass die

Bindungsenergetik nicht nur eine Ansammlung von therapeutischen Interventionen ist, sondern ein komplexes Menschenbild sowie eine vielschichtige Theorie über die Wirkweise der bindungsenergetischen Therapie beinhaltet. In der Darstellung der Ergebnisse erschien es mir angesichts der Fragestellung angemessen, diese Sprache, die zuvor im Theoretischen Hintergrund eine Einordnung erfuh, zu übernehmen und die Kernbegriffe skizzenhaft zu erläutern. Es erschwert jedoch die Verständlichkeit der Arbeit für Nicht-Bindungsenergetiker_innen. Diesen Mangel kann ich nicht unbedingt ausgleichen, aber ich kann ihn – wie hier geschehen – begründen. Außerdem kann ich die Frage in den Raum werfen, wie förderlich es ist, diese komplexe Theorie auf wenige Begriffe oder Interventionen herunterzubrechen und diese in die Sprache wissenschaftlich anerkannter Psychotherapien zu übersetzen. Für die Beantwortung meiner Fragestellung, die vor allem den Prozess der Bindungsenergetiker_innen des Projektes B&E unterstützen soll, ist es jedenfalls nicht hilfreich.

7.3 Zur Stichprobe: Unterschiedlichkeit der Interviewpartner_innen

Während des Auswertungsprozesses fiel mir die Fülle der produzierten Kategorien auf. Trotz des Analyseschrittes der Zweiten Reduktion, der eine Zusammenfassung und Abstrahierung der Codierungen fordert, blieben es viele Kategorien. Die Ursache dafür sehe ich vor allen Dingen in der Unterschiedlichkeit der Interviewpartner_innen. In der Stichprobenbeschreibung wird deutlich, in was für unterschiedlichen Kontexten das in den Interviews vermittelte Wissen generiert wurde. Das Spektrum reicht von der Physiotherapeutin KL, die ihre eigene Methode der Bindungsenergetik mit Babys entwickelte, über die Psychologin GH, die mit Kindern im Sprachheilkindergarten arbeitet, bis hin zur Bindungsenergetikerin CD, die mit Kindern nur unter der Bedingung therapeutisch arbeitet, dass die Eltern sich auch in einen bindungsenergetischen Therapieprozess bei ihr begeben. Diese Vielfalt ermöglicht unterschiedlichste Erfahrungen, die durch Reflexion und mit der Zeit zu spezifischem Wissen werden. Aus diesem Grund wuchs auch das Bedürfnis nach Erfahrungsaustausch, das in der Gründung der Projektgruppe B&E mündete. Im Kategoriensystem sind daher Kategorien zu finden, die in vielen Interviews Erwähnung fanden, wie beispielsweise „Grundinstrument: Wirkung beachten“. Andere Kategorien gehen lediglich auf die Erfahrung einzelner Therapeut_innen zurück. Ein Beispiel dafür ist die „Hautarbeit mit Frühchen“, die bisher nur die Physiotherapeutin KL angewendet hat.

Das Kategoriensystem sehe ich auch als eine Bestandsaufnahme dieser Gemeinsamkeiten und Eigenheiten.

7.4 Zu den Ergebnissen

Die Aufgabe dieser Arbeit bestand in der *Exploration* bindungsenergetischer Interventionen mit Kindern. Der bisherige Erfahrungs- und Ideenstand wurde dargestellt. Außerdem wurden Ideen und Fragen zur weiteren Erforschung der Thematik aufgeworfen. Als Ausgangspunkt für zukünftige Forschungsvorhaben in der Bindungsenergetik eignet sich das in dieser Arbeit vorgestellte Kategoriensystem.

Beteiligung der Eltern am therapeutischen Prozess der Kinder

Die Beteiligung der Eltern am psychotherapeutischen Prozess der Kinder scheint ein zentrales Anliegen in der bindungsenergetischen Therapie mit Kindern zu sein. Nicht alle Therapeut_innen involvieren die Eltern, was aber eher an strukturellen Gegebenheiten liegt oder an der fehlenden Bereitschaft der Eltern. Nur eine Therapeutin benannte im Interview den Einbezug der Eltern als Bedingung für eine Therapie mit Kindern. Dass das Einbeziehen der Eltern in die Therapie von Kindern aus bindungsenergetischer Sicht wichtig zu sein scheint, wurde beim ersten Workshop des Projektes B&E deutlich, indem dies immer wieder Thema wurde. Über alle Interviewpartner_innen und Workshops hinweg habe ich folgende Grundidee über die Wirkweise der Bindungsenergetik mit Kindern verstanden: *Wenn die Kinder Schwierigkeiten und Probleme entwickeln, steht das in direktem Zusammenhang mit der Bindung der Eltern zum Kind. Die Therapeut_innen sehen ihre Aufgabe darin, die Bindung zwischen Eltern und Kind zu erweitern und zu stärken. Wenn die Eltern in einen eigenen therapeutischen Prozess gehen, können sie Selbstvertrauen entwickeln. Diese persönliche Erfahrung von Selbstvertrauen ermöglicht es den Eltern, einen Raum zu schaffen, in dem sich ihre Kinder ihr Selbstvertrauen erobern können. In einem eigenen therapeutischen Prozess können die Eltern sich von Ideologien, Regeln, ihren Eltern oder anderen außerhalb ihrer selbst liegenden Dingen oder Menschen entbinden. Sie lösen sich also von einer sich darin befindlichen scheinbaren Sicherheit, die bindungsenergetisch emotionale Sicherheit genannt wird. Die Eltern erfahren in der Therapie idealerweise Sicherheit durch sich selbst und können so ihre eigene Persönlichkeit entfalten. Das versetzt sie in die Lage, sich authentisch ihrem Kind gegenüber zu verhalten. Wenn dieses Kind als Vorbild Authentizität und Selbstsicherheit gelebt bekommt, dann wird es ihm möglich, sich selbst zu erfahren und eigene Selbstsicherheit aufzubauen. In der zukünftigen therapeutischen Arbeit der Bindungsenergetiker_innen und der intervisorischen Arbeit im Projekt B&E kann eine Aufgabe sein, diese Idee weiter zu untersuchen. Die folgenden Fragen könnten den Prozess unterstützen:*

- Passen alle therapeutischen Erfahrungen zu dieser Idee? Auf welche Eltern und Kinder trifft es möglicherweise nicht zu?
- Bis zu welchem Alter der Kinder kann es ausreichend sein, nur mit den Eltern zu arbeiten? Welche Merkmale deuten darauf hin, dass für einen Therapieerfolg der therapeutische Fokus bei den Eltern liegen müsste?
- In welchen Fällen ist es unabdingbar auch mit den Kindern zu arbeiten?
- Wie können die Therapeut_innen damit umgehen, wenn Eltern die Ansicht vertreten, dass es genügt, ausschließlich mit dem Kind therapeutisch zu arbeiten (z.B. da sie meinen, selbst kein Problem zu haben und nur das Kind „stört“)?

Passung körpertherapeutischer und kognitiver Interventionen für Kinder

Die Therapeut_innen sind sich darin einig, dass die meisten der Bindungsenergetischen Methoden, gerade die körpertherapeutischen, auch bei Kindern anzuwenden sind. Eine Ausnahme bilden die kognitiven Methoden, bei denen beispielsweise das eigene Denken beobachtet und reflektiert wird. Diese sind bei Kindern nicht so anwendbar, hieß es. Da die kognitiven Fähigkeiten von Kindern mit höherem Alter jedoch zunehmen und sich ausdifferenzieren, wäre die Frage interessant: Wie können die kognitiven Methoden der Bindungsenergetik modifiziert werden, um sie an die Spezifika der kognitiven Entwicklung der Kinder anzupassen?

Kindgerechte Sprache und Kreativität als Eintrittskarte in die Welt des Kindes

Um die Therapie kindgerecht zu gestalten, ist eine kindgerechte Sprache und Kreativität unabdingbar, lautet es im Kategoriensystem. Was beinhaltet jedoch eine kindgerechte Sprache? Mit welchen Sprachelementen kann einem Kind begegnet werden und eine Bindung aufgebaut werden? Ähnliches möchte ich für die Forderung nach Kreativität in der Therapie mit Kindern anregen: Da nicht bei allen Therapeut_innen die Fähigkeit der Kreativität gleich ausgebildet ist, könnte es für künftige Kinder-Bindungsenergetiker_innen hilfreich sein, konkrete Handlungsanweisungen zur möglichen Umsetzung dieser Kreativität zu kennen. Ich stelle deshalb folgende Fragen:

- Wodurch zeichnet sich Kreativität in der Behandlung von Kindern aus?
- Wie kann diese Kreativität beim Therapeuten angeregt und weitergebildet werden?
- Welche Handlungen sind charakteristisch für die Kreativität? Was könnte eine Sammlung

von Handlungsanweisungen und Interventionsmöglichkeiten beinhalten? Wie kann die Kreativität von Therapeut_innen, die diese nicht als ureigene Fähigkeit mitbringen, gefördert werden?

- Gibt es Gegenstände oder Elemente der Raumgestaltung, die besonders kreativitätsfördernd wirken können?

Während ich diese Fragen formuliere, höre ich eine verinnerlichte bindungsenergetische Stimme in mir antworten: „Unter Anwendung der Bindungsfähigkeit 'mit den Ohren des Kindes hören' findet der Bindungsenergetiker die richtige Sprache, um eine Bindung zum Kind aufzubauen“. Ich frage mich jedoch, ob das ausreichend ist. Außerdem stellt sich mir die Frage, ob die Bindungsfähigkeiten bei Kindern vielleicht anders angewendet werden müssten.

Anwendung der Bindungsfähigkeiten in der Kinderpsychotherapie

Die Bindungsfähigkeiten ermöglichen Menschen, zueinander Bindungen aufzubauen. Die Bindungsenergetik erprobte sie in der Therapie von erwachsenen Klient_innen. Die Bindungsenergetikerinnen, die auch mit Kindern arbeiten, bezeichnen den Einsatz von Bindungsfähigkeiten auch in der Therapie von Kindern als die hauptsächliche Methode, um mit dem Kind in Kontakt zu kommen. Regine Heise berichtete bei einem Vortrag im bindungsenergetischen Zentrum in Bremen über ihre entwickelte Form der Bindungsenergetik mit Babys. Immer wieder benannte sie die Bindungsfähigkeiten als das Mittel der Wahl. Doch da stellt sich mir die Frage: Unterscheidet sich die Anwendung von Bindungsfähigkeiten bei Erwachsenen von der Anwendung bei Kindern oder sogar Babys? Die Beziehung zwischen zwei Erwachsenen, die therapeutisch miteinander arbeiten, unterscheidet sich wahrscheinlich von der zwischen einem Erwachsenen und einem Kind. Zum Beispiel befinden sich Kinder generell in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis zu Erwachsenen; besonders zu den Eltern, die für deren leibliches und seelisches Wohl Sorge tragen. Wie wirkt sich dieser Unterschied auf die Bindungsfähigkeiten aus? Bowlby und Ainsworth entwickelten vier Etappen, die die Entwicklung der Bindung in den ersten Lebensjahren beschreiben (Rauh, 2002). Die vierte Etappe erreicht das Kind mit etwa drei Jahren, wenn es beginnt, das Verhalten des anderen gezielt zu beeinflussen. Worin unterscheiden sich die Bindungsfähigkeiten von Kindern, die diese Etappe schon erreicht haben, von denen der Kinder, die diese Fähigkeit noch nicht entwickelt haben? Und welche Auswirkungen kann das auf die Umsetzung der Bindungsfähigkeiten von Erwachsenen haben, wenn sie zu dem Kind eine Bindung aufbauen wollen?

Bindungsenergetik mit Jugendlichen

Die bindungsenergetische Therapie mit Kindern unterscheidet sich von der mit Jugendlichen, so die Erfahrungsberichte einiger Interviewpartner_innen. Michael Munzel gibt hier den Impuls, die Jugendlichen als eine eigene Klientengruppe mit speziellen Themen zu betrachten; also sie nicht nur als Klienten, die entweder wie Kinder oder wie Erwachsene therapiert werden, zu sehen. Die jugendlichen Themen werden von ihm als Entbindung und Identitätsfindung bezeichnet. Um als Therapeut bei einer jungen Klientin einschätzen zu können, ob sie eher noch ein Kind oder schon eine Jugendliche ist, könnte eine Charakterisierung der Merkmale von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen unterstützen. Unterstützen könnten hierbei bereits existierende entwicklungspsychologische Konzepte. Erik H Erikson beispielsweise teilt die Lebensspanne der Menschen in acht Stadien mit dazugehörenden Entwicklungsaufgaben bzw. Konflikten auf (Krampen, 2002). Der Konflikt der Adoleszenz bewegt sich seiner Ansicht nach zwischen Identität und Rollendiffusion. Die Lebensphase ist erfolgreich bewältigt, wenn der_die Jugendliche eine eigene Identität entwickelt hat. Das ist eine Parallele zu der von Munzel formulierten Sichtweise. Laut Erikson befindet sich das Kind davor (6. Lebensjahr bis Pubertät) in einer Latenzphase, die durch das Spannungsfeld zwischen Kompetenz und Minderwertigkeit bestimmt ist. Nach der Adoleszenz befindet sich der Mensch im frühen Erwachsenenalter und hat die Krise Intimität versus Isolierung zu bewältigen (Krampen, 2002). Können diese Ideen Eriksons auch in der bindungsenergetischen Therapie genutzt werden, um zwischen den Altersgruppen mit ihren Charakteristiken zu unterscheiden?

Diagnostik bei Kindern

Wie bereits in der Diskussion der Fragestellung gezeigt wurde, nahm das Thema der Diagnostik viel Zeit bei der kommunikativen Validierung in Anspruch. Dabei ging es lediglich um die Diagnostik von Erwachsenen. Die Diagnostik von Kindern wurde bisher nicht strukturiert betrachtet. Daraus ergeben sich für mich folgende Fragestellungen:

- Wie wird bei Kindern diagnostiziert?
- Unterscheidet sich das diagnostische Vorgehen bei Babys, Kindern und Jugendlichen?
- Kann die Eltern-Kind-Bindung ebenfalls diagnostiziert werden? Wenn ja, welche Diagnosen kann es da geben? Wie stehen sie mit den vier Bindungstypen nach Bowlby im Zusammenhang?

- Welche Interventionen (des Kategoriensystems) sind bei welchen Störungen indiziert? Wie können Formen der praktischen Umsetzung aussehen?

Wie im Ausblick deutlich werden wird, soll dieses Thema beim kommenden Workshop im Herbst 2014 bearbeitet werden. Da der Diskussionsbedarf bei der kV so groß war und die Diagnostik den Ausgangspunkt psychotherapeutischer Tätigkeit bildet, zeigt sie sich mir als nächster Entwicklungsschritt für das Projekt Bindung & Entwicklung.

Eltern-Kind-Bindung stärken

In den Interviews fand die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung oft Erwähnung. Wenn ich nachfragte, wie genau diese aussehen soll, erhielt ich immer als Antwort, dass dies individuell ist und es nur Beispiele gibt. Aus diesem Grund fragte ich oben stehend auch unter „Diagnostik“, ob die Eltern-Kind-Bindung diagnostiziert werden kann. Weiterhin stellt sich mir die Frage, ob mit weiterer Beobachtung der Bindungsenergetik mit Kindern generelle Aussagen getroffen werden können, zum Beispiel auf die Frage: Mit welchen konkreten Methoden kann die Eltern-Kind-Bindung gestärkt werden?

Grenzen der bindungsenergetischen Arbeit mit Kindern

Auf die Interviewfrage, welche Gefahren die Bindungsenergetik mit Kindern in sich tragen könnte, beobachtete ich oft Irritation: das gewohnte schnelle Antworttempo wurde durch eine Pause unterbrochen, ich wurde fragend angeschaut oder die interviewte Person äußerte mit einem Räuspern das Unverständnis über den Sinn dieser Frage. Sie wurde von den 6 Interviewpartner_innen, denen diese Frage gestellt wurde, mit „Keine!“ beantwortet. Einige fügten die Einschränkung hinzu, dass die BE nur gefahrlos ist, wenn sie richtig von einem selbstreflektierten Therapeuten angewendet wird.

Eventuell könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass es sich um eine bedenkenswerte Frage handelt. Um sie weniger provokativ zu stellen und Offenheit dazu zu fördern, möchte ich sie umformulieren in: Wo sind die Grenzen der bindungsenergetischen Arbeit mit Kindern? Was gibt es für Handlungsmöglichkeiten, wenn die Grenzen erreicht sind? Wie können die Grenzen erweitert werden? Um darauf Antworten zu finden, könnte es förderlich sein, Kenntnisse über andere Kinderpsychotherapien und andere Therapieformen, wie bsp. der systemischen Therapie, zu sammeln und zu vergleichen. Dieser Prozess ist auch unabdingbar, um sich zu der bestehenden

Kinderpsychotherapielandschaft zu positionieren und zu verdeutlichen, was die Bindungsenergetik beitragen kann.

Positionierung zum derzeitigen Gesundheits- und Bildungssystems

Was mir bei der gesamten Auseinandersetzung mit dem Thema der BE mit Kindern bisher fehlt, ist eine Positionierung zu den Normen des derzeitigen Gesundheits- und Bildungssystems unserer Gesellschaft. Ich begegnete in meinen Gesprächen nur Fallbeispielen, wo die Kinder ihre Entwicklungsverzögerung durch die Therapie überwinden konnten. Dahinter könnte sich die Grundannahme verbergen, dass sich ein Kind bei optimalen Umwelt- und Lebensbedingungen so entwickelt, wie es in den routinemäßigen Kinder- und Jugenduntersuchungen beim Kinderarzt überprüft wird. Ich behaupte nun aber, dass es Fälle gibt, in denen dies nicht so ist. Am offensichtlichsten ist das sicherlich bei Kindern, die eine diagnostizierte Behinderung, wie beispielsweise Trisomie 21, haben. Bei anderen Kindern ist es weniger offensichtlich. Ich möchte als Beispiel von Lukas aus meinem Bekanntenkreis erzählen. Lukas ist ungefähr drei Jahre alt. Er tobt gerne und spielt wild. Er geht kraftvoll auf andere Kinder zu und bewegt Dinge auch sehr grob. Entwicklungspsychologisch betrachtet könnte man sagen, seine Feinmotorik ist unterentwickelt. Die Mutter ist eine zarte Frau, die fast gegenteilig wirkt. Ich nehme sie trotzdem als Grenzensetzend wahr. Der Vater von Lukas ist Schlagzeuger, der voller Power stundenlang rhythmische Drums spielt, enthusiastisch singt und mit großen Bewegungen tanzt. Lukas scheint nach seinem Vater zu kommen, denn auch er singt in seinem zarten Alter schon mit einer kraftvollen Stimme und wenn er den Raum zum wilden Toben hat und den ganzen Tag draußen sein kann, ist er voll in seinem Element und blüht auf. Das könnten also Grundeigenschaften und -fähigkeiten von ihm sein, die in seiner Anlage begründet sind – wenn ich ihn durch eine bindungsenergetische Brille betrachte. Nun stelle ich mir vor, dass er bei der nächsten Untersuchung beim Kinderarzt zum Ergotherapeuten überwiesen wird, um seine feinmotorischen Fähigkeiten auszubauen. Weiter zeichnet sich vor meinem inneren Auge ein Zukunftsszenario aus, in dem Lukas von Förderung zu Förderung gebracht wird, um die richtigen Fähigkeiten zu entwickeln um schließlich in der Schule dann Schreiben, Lesen und Rechnen – das alles natürlich still am Tisch sitzend – zu erlernen. Trotz der Förderung schafft er die Lernziele der Klassen vielleicht immer nur gerade so. Weitergesponnen könnte das dahin führen, dass Lukas die Erfahrung macht, so wie er ist, ist es nicht richtig, denn den Normen der Schule, des Bildungssystems kann er nur mit größter Anstrengung entsprechen. Möglicherweise lernt er also seinen ausdrucksstarken Gesang, seine laute Stimme und sein großes Bewegungsbedürfnis zu unterdrücken. Wie positioniert sich die Bindungsenergetik zu diesen

Entwicklungs- und Verhaltensnormen, denen ein Kind in der Schule begegnet? Welche Pädagogik passt am besten zur BE? Auch wenn das Bildungssystem aktuell verändert wird (z.B. durch Inklusion), sind wir in Deutschland noch weit davon entfernt die „Entwicklung der anlagebedingten Fähigkeiten“ als pädagogische Hauptaufgabe anzusehen. In der therapeutischen Arbeit mit Kindern werden die Bindungsenergetiker_innen unweigerlich diesen Themen und Fragen begegnen. Aus diesem Grund empfehle ich eine vorherige Auseinandersetzung mit dieser Problematik.

7.5 Wissensproduktion im bindungsenergetischen Kosmos

Wie ist das Wissen entstanden, das ich mit den Interviews erhoben habe? Die Relevanz dieser Fragestellung heben Meuser und Nagel (2009) hervor, wenn sie die Option darlegen, dass die Analyse des Expertenwissens in eine Analyse der Wissenskultur übergehen muss. Diese Analyse der Wissenskultur sollte sich vorrangig mit den Mustern und Praktiken der kommunikativen Aushandlung von Expertenwissen und der Art der Diskursführung, der Entscheidungsfällung sowie der Minimalkonsensfindung beschäftigen. Inwieweit eine Analyse der Wissenskultur die Analyse des Expertenwissens (wie es in der vorliegenden Studie erhoben wurde) ersetzen sollte, wage ich nicht zu beurteilen. Eine Wissenskulturanalyse kann jedoch zum Verständnis des Kontextes und vielleicht sogar zur Beurteilung der vorliegenden Ergebnisse beitragen. Da diese für sich genommen und vollständig ausgeführt eine eigene Studie bilden könnte, möchte ich mich hier darauf beschränken, einige Eindrücke, die ich während des Feldkontaktes sammelte, zu schildern. Die Eindrücke sollen weiterhin in einen Zusammenhang gestellt werden und Ideen der Interpretation geliefert werden.

Die Projektgruppe B&E handelte ihr Wissen bisher und wahrscheinlich auch weiterhin in einem offenen Prozess aus: Das bedeutet, dass das Ergebnis vorher nicht festgelegt ist. Auf dem Internetauftritt des Instituts für Bindungsenergetik in Hamburg wird der Weg der Wissensgenerierung beschrieben: „Wir entwickeln Methoden, die sich auf die Auflösung von Sorgen und Schwierigkeiten innerhalb der Familie beziehen“ (abgerufen am 05.08.2014). Das Aushandeln des Wissens über eine Bindungsenergetik mit Kindern geschieht jedoch nicht in einem machtfreien Raum, da *Insider- und Outsider-Positionen* vergeben werden und eine soziale Ordnung entsteht (Meuser & Nagel, 2009). Durch folgende Beobachtungen wurde es mir offensichtlich:

1. Die Erfahrung der Therapeutinnen unterschied sich stark: Es nahmen zum einen Bindungsenergetikerinnen teil, die gar keine oder wenig Erfahrung in der therapeutischen Arbeit mit Kindern hatten bis hin zu Bindungsenergetikerinnen, die aus einem großen

Fundus an sehr spezifischen Erfahrungen schöpften, wie beispielsweise die Interviewpartnerin KL, die in ihrem Beruf als Physiotherapeutin mit Säuglingen fast ausschließlich bindungsenergetisch arbeitete. Wenn in der Projektgruppe über BE mit Säuglingen gesprochen wurde, dann galt sie als die Expertin, redete am meisten und prägte die Begrifflichkeiten, die auch die Formulierungen im Kategoriensystem beeinflussten.

2. Das bindungsenergetische Wissen der Therapeutinnen unterschied sich: Beim Workshop zur kommunikativen Validierung beobachtete ich Gesprächssequenzen, wo Teilnehmerinnen anderen Teilnehmerinnen die neuesten bindungsenergetischen Entwicklungen von Michael Munzel erklärten, die sie in Workshops bei ihm erlernten. Die anderen Teilnehmerinnen hörten zu, fragten nach und äußerten teilweise ihre Verwirrung, da sie das neue Wissen nicht in die bestehenden Wissensstrukturen einordnen konnten.
3. Die Entscheidungen über die gültigen Kategorien wurden nur durch die anwesenden Teilnehmerinnen gefällt. Dies war auch durch mich beeinflusst, da ich diese Vorgehensweise der kommunikativen Validierung, die ausschließlich mit den anwesenden Projektteilnehmerinnen durchgeführt wurde, vorgegeben hatte. In der Auswertung der Interviews entstand beispielsweise die Kategorie „Herzarbeit am Säugling zu invasiv“. Diese wurde in der kV einstimmig entfernt, es wurde nicht einmal ausführlich darüber diskutiert. Wenn die Interviewpartnerin, die diesen Aspekt im Interview eingebracht hat, anwesend gewesen wäre, dann hätte das wahrscheinlich anders ausgesehen.
4. Welche Bindungsenergetiker_innen überhaupt von dem Projekt B&E erfuhren und zur Teilnahme angefragt wurden, entschieden die Koordinatorinnen. Damit wurde bereits vorher ausgewählt, welche Menschen mit ihrem Wissen aus ihrer Erfahrungswelt relevant für das Projekt und die weitere Wissensproduktion sind.

Der Raum der Wissensaushandlung war auch deshalb nicht machtfrei, da *Verfahrensregeln und gültige Methoden* festgelegt wurden. Diese wurden in erster Linie durch die Koordinatorinnen Jenny Ohrt und Alexandra Rotermund-Federer festgelegt. Sie legten die Tagesordnungspunkte der Projektgruppe fest. Methodisch betrachtet wurden Vorträge von Teilnehmerinnen gehalten und diskutiert, sowie Falldarstellungen intervisorisch bearbeitet. Intervisitorisch bedeutet hier, dass keine ausgebildete Supervisorin die Fallanalysen anleitete und den Fokus der Betrachtung bestimmte, sondern dass die Teilnehmerinnen ihre Eindrücke zu dem Fall offen legten. Da alle Teilnehmerinnen bereits bindungsenergetisch angeleitete Supervision erlebt hatten, vermute ich, dass ihre intervisorische Arbeit von der bei Munzel erlebten Herangehensweise geprägt war. Die Methoden zur Wissensaushandlung prägte auch ich, vor allem bei der kommunikativen Validierung, indem ich

eine Struktur zur Diskussion der Interview-Ergebnisse festlegte.

Zu dem Zeitpunkt der Interviews hatte sich die Projektgruppe erst einmal getroffen. Bei diesem Termin waren nicht alle Interviewpartner_innen anwesend. Das bedeutet, dass für jede_n einzelne_n Interviewpartner_in eine eigene Wissenskulturanalyse durchgeführt werden müsste. Da dies hier nicht zu leisten war, beschränkte ich mich darauf, in der Beschreibung der Stichprobe den soziokulturellen (und beruflichen) Hintergrund jede_s_r Interviewpartner_in zu erwähnen. Auf diese Weise erhält der Leser einen ersten Eindruck von der Entstehung des im Kategoriensystem dargestellten Wissens.

Das Projekt B&E bildete sich aus dem bindungsenergetischen Kosmos mit seiner Wissenskultur heraus. Auf dem Internetauftritt des bindungsenergetischen Institutes Hamburg (2014) heißt es, die Bindungsenergetik „wurde von dem Psychologen Michael Munzel seit dem Jahr 2000 entwickelt“. Michael Munzel ist also *die* zentrale Figur in der Wissensproduktion. Das MS-Projekt, in dem Munzel sich mit Kolleg_innen der Frage psychotherapeutischer Möglichkeiten bei Patienten mit Multiple Sklerose widmete, gilt zwar als Geburtsstunde der Bindungsenergetik, spielt aber im weiteren Entwicklungsprozess keine benannte Rolle mehr. Munzel bildete die ersten Bindungsenergetiker_innen aus. Zurzeit sind bindungsenergetische Ausbildungen in Bremen, Hamburg und Ulm möglich, wobei die vier Trainer_innen wiederum alle von Munzel ausgebildet wurden. Immer wieder wurde in Interviews oder am Rande bei Workshops angemerkt, dass Michael Munzel stetig neue Methoden entwickelt und die Schwerpunkte der Bindungsenergetik verschiebt. Das bedeutet für die Praktiker_innen, dass sie nur auf dem neuesten Stand der BE sind, wenn sie regelmäßig Supervisions-Workshop von Munzel in Bremen besuchen, die neben der Fallbesprechung der Wissensvermittlung dienen. So entsteht bei mir der Eindruck, dass die Therapieform mit dieser Person steht und fällt. Allerdings nehme ich auch wahr, dass Michael Munzel eine Entwicklung begrüßt, in der die Bindungsenergetik auch von anderen Menschen weiter entwickelt und verbreitet wird. Das wird einerseits an den verschiedenen Ausbildungsinstituten deutlich und auch an seiner Offenheit dem Projekt B&E gegenüber. Seine Offenheit zeigt sich darin, dass er die Bindungsenergetikerinnen arbeiten lässt, ohne sich einzumischen und auf der anderen Seite an den entwickelten Inhalten interessiert war, die ich ihm vorstellte. Er kommentierte sie, aber ließ sie auch respektvoll für sich stehen.

7.6 Diskurs zur Wissenschaftlichkeit der Bindungsenergetik

Im Entstehungsprozess dieser Arbeit war ich im universitären Rahmen mehrmals in der Situation, die Bindungsenergetik zu erläutern. Ich machte dabei die Erfahrung, auf viel Widerstand,

Misstrauen und sogar Missachtung zu stoßen. Das folgende Kapitel soll deshalb dafür genutzt werden, mit dem Blick der psychologischen Wissenschaft auf die Bindungsenergetik zu schauen und unterschiedliche Betrachtungs- und Bewertungsweisen aufzuzeigen.

Wissenschaftliche Studien zur Weiterentwicklung der Bindungsenergetik

Die Art der Entwicklung der Therapieform kann aus wissenschaftlicher Sicht als kritisch gesehen werden, da keine anerkannten wissenschaftlichen Methoden genutzt wurden. Die primäre Methode Munzels zur Entwicklung der Therapieform ist die *Erfahrung*, die ihn zu einem Vorgehen führte, das er durch neue Erfahrungen zu verifizieren versucht. Die gemachten Erfahrungen wurden nicht so aufgezeichnet, dass sie für die Öffentlichkeit nachvollziehbare Einzelfallstudien darstellen. Zur Erklärung seiner Erfahrungen helfen ihm Theorien von Wissenschaftlern, wie beispielsweise Gerald Hüter oder Bowlby. Dieses eklektische Vorgehen ist nicht primär wissenschaftlich orientiert.

Wenn die Bindungsenergetik nun noch einmal durch die Brille der bereits im Kapitel 5.1 dargestellten Tabelle 1 zu den Phasen der Therapieentwicklung (S. 21) betrachtet wird, könnte die Forderung nach Pilotstudien laut werden, die in der Phase II durchgeführt werden sollen. Sie sollen durchgeführt werden, wenn ein Verfahren die wissenschaftliche Anerkennung anstrebt. Dies ist jedoch derzeit nicht das oberste Bestreben der Bindungsenergetik, wie ich von den Teilnehmern des Projektes B&E erfuhr. Munzel sieht es zwar als erstrebenswert an, aber auch er hat den Fokus momentan auf anderen Entwicklungsschritten, wie dem Schreiben der Bücher, die die bindungsenergetische Theorie umfassend darstellen sollen. Außerdem verweist er auf die begrenzte Kapazität seiner Person und den fehlenden Anschluss an eine Universität. Durch eine breite Akzeptanz der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit in den bindungsenergetischen Kreisen wurde deutlich, dass eine Offenheit in Richtung wissenschaftlicher Untersuchungen vorhanden ist. Wie Joraschky und Pöhlmann (2013) jedoch aufzeigen, entspringt die bislang defizitäre wissenschaftliche Untersuchung körperpsychotherapeutischer Interventionsstrategien einem finanziellen Problem. Für den Goldstandard, also einer randomisierten, kontrollierten Studie, ist ein Etat von Minimum 200.000 Euro notwendig. Diese Gelder stammen bei den meisten RCTs aus den Töpfen der Krankenkassen (Finanzierung durch Arzneimittelpreise) und aus den Ressourcen der universitären Einrichtungen (Joraschky et al., 2013). Das primäre Ziel der gesetzlichen Krankenkassen und staatlichen Universitäten ist es jedoch, die bereits etablierten Verfahren näher zu untersuchen und zu erweitern, denn so ist bekannt, auf was aufgebaut wird. Es bleibt spekulativ, zu sagen, ob vielleicht auch eine gewisse Lobby kein Interesse daran hat, dass bisher wissenschaftlich nicht anerkannte Verfahren den Weg der Anerkennung beschreiten (Joraschky et al., 2013). Hier

wird deutlich, dass es nicht nur den einzelnen Therapieschulen, wie der Bindungsenergetik anzulasten ist, wenn sie nicht nach dem wissenschaftlichen Standard forschen, den bestimmte Therapierichtungen, vor allem die Verhaltenstherapie, vorleben und vorgeben.

Munzel kommentiert die Frage nach zukünftigen Studien zur Bindungsenergetik folgendermaßen: "Ich würde das ja lieben, natürlich. Aber ich mein, das kann ja per Definition nicht ich machen, weil wenn bei meiner Studie rauskäme, sie wirkt, das wäre ja nicht sehr glaubwürdig (...) Das wäre natürlich mein großes Interesse, dafür bräuchte ich aber noch andere Interessierte, die Möglichkeit, an der Uni das zu machen. Das habe ich immer im Hinterkopf, wenn meine Kinder größer sind. Wer weiß, vielleicht geh ich selbst nochmal diesen Weg. Das wird kommen, früher oder später" (2014, 37. min).

Wenn es zukünftige Studien zur Bindungsenergetik geben sollte, empfehle ich, zuvor gründlich zu prüfen, nach welchen Standards gearbeitet werden soll. Der Gold Standard, also kontrollierte, randomisierte Studien (RCTs), sind nicht immer das Beste. Scheyer (2012) sieht, dass sie ein bestimmtes Rahmenmodell bilden, in das nur einige Psychotherapien passen. An erster Stelle steht die Verhaltenstherapie, die somit auch für sich verbucht, die größte Evidenzbasierung zu besitzen. Eine wichtige Bedingung für RCTs ist die Behandlung nach einem Manual, wie sie humanistische Psychotherapien nicht besitzen und wohin sie auch nicht umdefiniert werden können, ohne ihren Charakter zu verlieren. Die Konsequenz Scheyers (1994) ist die Forderung nach mehr Effectiveness-Studien, also einer Untersuchung der Wirksamkeit in der Praxis. Studien zur Wirksamkeit der Bindungsenergetik sollten sich in diese Richtung orientieren, um passend zur Therapie zu forschen.

Beachtung bisheriger Psychotherapieforschung bei der Weiterentwicklung der Bindungsenergetik

Ein weiterer Kritikpunkt an der Art der Entwicklung der Bindungsenergetik betrifft die fehlende Integration moderner Psychotherapieforschung. Seit über 100 Jahren werden Psychotherapieschulen entwickelt, seit den 1950er Jahren wird Psychotherapieforschung betrieben und unzählige Studien sind seither erschienen. Zu Beginn der Forschung lag der Fokus auf dem Nachweis, dass Psychotherapie überhaupt wirksam ist (Mattejat, 2011). In den 1980er Jahren verschob er sich in Richtung der störungsspezifischen Wirksamkeit, d.h. „Welche Methode hilft bei welcher Störung? Mit welchen Behandlungsprogrammen (Komponenten?) können gegebene Störungen behandelt werden?“ (Mattejat, 2011, S. 612). Die *Entwicklung von Manualen und psychotherapeutischen*

Leitlinien wird als höchstes Gut der Psychotherapieforschung der letzten Jahre gesehen (Lutz & Grawäe, 2005). Parallel dazu entwickelte sich ein Forschungsansatz, der vor allem durch Grawe und seine Kollegen bekannt wurde. Welches sind die wichtigsten *Wirkfaktoren der Psychotherapie?*, ist darin die Leitfrage. Grawe et al. (1994) extrahierten durch die Analyse tausender Psychotherapiestudien vier zentrale Faktoren: Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und therapeutische bzw. motivationale Klärung. Am wirksamsten sind nach Grawe (1994) Therapieformen, die all diese Faktoren systematisch nutzen und in Beziehung setzen.

Betrachte ich nun diese beiden neueren Strömungen der Psychotherapieforschung in Bezug zur Bindungsenergetik fällt mir folgendes auf:

1. Die Frage der störungsspezifischen Wirksamkeit ist in der BE weitestgehend bedeutungslos, da es gerade nicht das Ziel ist, bei bestimmten Menschen mit einer bestimmten ICD-10-Diagnose immer denselben Interventionsablauf durchzuführen. Diese Forschungen könnten die BE wohl kaum in ihrer Entwicklung fördern.
2. Grawes Wirkfaktoren könnten hingegen eine größere Rolle spielen. Die genannten Wirkfaktoren ließen sich bei näherer Untersuchung wahrscheinlich mehr oder weniger auch bei der BE finden. Eine genaue Analyse der Wirkfaktoren nach Grawe in der Bindungsenergetik könnte den Blick öffnen, so dass die Stärken, aber auch Schwächen und blinde Flecken der bindungsenergetischen Praxis sichtbar würden. Genau das fordert auch Grawe (1994) als Konsequenz der Beachtung seiner extrahierten Wirkfaktoren.

Auch das Projekt „Bindung und Entwicklung“ könnte in seiner weiteren Entwicklung Ergebnisse jüngerer Kinderpsychotherapieforschung beachten. Leider weist der evidenzbasierte Wissensstand der Psychotherapie mit Kindern jedoch deutliche Lücken hinsichtlich der wirksamen Einzelkomponenten oder der entwicklungsorientierten Forschung auf (Mattejat, 2011). Eine Zusammenfassung der Ergebnisse bisheriger Studien stellen Esser und Blank (2011) in ihrer Analyse dar. Ihre wichtigste Erkenntnis ist, dass die Wirksamkeit der Therapien durch Einzeltherapie und den Einbezug der Familien verstärkt wird. Dieses Ergebnis könnte die Bindungsenergetikerinnen in ihrer weiteren Entwicklung der BE mit Kindern produktiv leiten.

Kritik an der Praxis psychologischer Wissenschaft

Die BE hinsichtlich von Grawes Wirkfaktoren zu betrachten, könnte wie gesagt eine Forderung aus einem universitär geprägten wissenschaftlichen Blickwinkel sein. Diesen möchte ich jedoch als den

Königsweg anzweifeln und nehme mir Kriz als Verstärkung an meine Seite. In seinem 2004 veröffentlichten Artikel beschreibt er, wie sich die Psychotherapieforschung an einem Weltbild der Naturwissenschaft des 19. Jahrhunderts orientiert. Zwei der Merkmale dieses Weltbildes sind Kontrolle und Homogenität, die in Grawes Wirkfaktoren große, jedoch ungerechtfertigte Anerkennung erfahren: „Wichtige Aspekte der Kontrolltechnologie sind Homogenisierbarkeit, Analyse und Synthese: Eine Ganzheit wird ihrer Eigenstruktur entkleidet, in homogene Teile zerlegt, diese analysiert und dann zu einem Ganzen synthetisch zusammengefügt. Aus zermahlenden Steinen, ohne deren Eigenstruktur, wird beliebig formbarer Beton, aus gewachsenem Holz werden Hartfaserplatten, aus Fleisch wird das „Formfleisch“, aus der Psychotherapielandschaft mit gewachsenen Richtungen, die unterschiedliche Lebenszugänge repräsentieren, wird versucht eine einheitliche Therapie aus „Wirkfaktoren“ zu synthetisieren“ (Kriz, 2004, S. 26). Ich lese hier ganz klar die Forderung den verschiedenen Psychotherapieformen Achtung und Anerkennung entgegen zu bringen, denn so verschieden wie die Menschen sind, so verschieden sollten auch die möglichen Wege zu seelischer Heilung sein. Das bedeutet nicht, dass eine Beliebigkeit herrscht, es bedeutet auch nicht, dass jeder, der meint zu heilen, anerkannt werden soll. Das bedeutet aber, dass die Standards der psychologischen Wissenschaft erweitert und an die realen Bedürfnisse angepasst werden sollten. Unter bestimmten Bedingungen ist der Gold Standard auch weiterhin angebracht; beispielsweise wenn die Verhaltenstherapie unter Laborbedingungen betrachtet werden soll (Kriz, 2004).

Darüber hinaus schlägt Kriz (2004) die systemwissenschaftlichen Prinzipien als neue Standards vor:

- *Selbstorganisation* statt Kontrolle: Jedes Individuum (System) hat eigene innere Ordnungs- und Strukturmöglichkeiten, die wirken und sich entfalten, wenn ihnen Raum gegeben wird.
- *Inhomogenität*: Jedes Individuum (System) hat seine eigene Lösung
- *Geschichtlichkeit*: Die Geschichte einer Person mit ihrer starken Prägung ist beachtenswert.
- *Nicht-Linearität und Diskontinuität*: Es gibt sogenannte *qualitative Sprünge*, d.h. kleine Ursachen können unvorhersehbar immense Wirkungen haben und große Ursachen können nahezu wirkungslos bleiben.
- *Zirkuläre Kausalität*: „Verändert werden müssen Umgebungsbedingungen, unter denen ein System selbstorganisiert eine ihm inhärente, andere Ordnungsstruktur wählt. Dies ist eine fundamental andere Vorstellung von Kausalität“ (Kriz, 2004, S.28).
- *Dynamik*: Es soll nicht nur erklärt werden, warum sich Klienten verändern, sondern auch,

warum sie es gerade nicht tun und krank bleiben oder warum andere Menschen gesund bleiben.

Das zeigt ausschnittsweise welchen Weg Kriz für die weitere produktive Psychotherapieforschung empfiehlt. Für die nächste bindungsenergetische Forschung scheint sie mir sehr passend, da sie dem bindungsenergetischen Menschenbild entspricht.

Vielen Psychotherapieschulen und auch der Bindungsenergetik liegt ein Menschenbild zugrunde, wonach eine erarbeitete und verinnerlichte Grundhaltung des Therapeuten den Entwicklungs- und Gesundungsprozess des Klienten begleiten kann. In der Bindungsenergetik zeichnet sich diese Grundhaltung vor allen Dingen durch eine große Achtung vor den Begabungen des individuellen Menschen aus. Das Ziel ist, diese offen zu legen und so dem Menschen den Weg zu seiner persönlichen Kraftquelle zu zeigen. In der Forschung zu den Wirkfaktoren der Psychotherapie geht es darum, die beobachtbaren Dynamiken eines Therapieprozesses festzuhalten und zu analysieren (Lutz & Grawe, 2006). Hier wird meines Erachtens zwischen den Zeilen das Ziel formuliert, die therapeutischen Dynamiken als Techniken festzuhalten, um sie der zukünftigen Generation an Psychotherapeuten weiter zu geben, die dann eine „optimale“ Therapie durchführen sollen. Dabei befürchte ich, dass vergessen oder übersehen wird, dass diese therapeutisch wirkenden Dynamiken auf der inneren Grundhaltung des Therapeuten basieren. Das Erarbeiten der Grundhaltung ist meiner Meinung nach viel wichtiger, da sie die Basis für therapeutisches Wirken bildet. Handelt ein Therapeut erst einmal mit einer gewissen Grundhaltung, werden die in den Wirkfaktoren beschriebenen Dynamiken nicht technisch angewandt. Eine technische Anwendung von psychotherapeutischen Methoden, die ursprünglich aus einer humanistischen Grundhaltung entstanden sind, sehe ich als gefährlich an. Denn so kann das Verhalten des_der Therapeut_en_in von einer Inhaltslosigkeit geprägt sein, die sich wiederum wenig produktiv auf den_die Klient_en_in auswirken kann. Wenn nicht das größere Ganze des Klienten betrachtet wird, kann es immer nur um eine Symptombehandlung gehen, das nicht zur Genesung oder besser gesagt Gesundung beitragen kann.

Was bringt die Bindungsenergetik Neues?

In der Bindungsenergetik begegnen dem psychologiekundigen Leser bekannte und unbekannte Begrifflichkeiten. Doch bei der Erklärung mancher unbekannter Begriff taucht die Vermutung auf: Habe ich das nicht schon einmal so ähnlich woanders gelesen, gehört oder erlebt? Ein Beispiel ist der Begriff der emotionalen Sicherheit, den Munzel für das Phänomen verwendet, dass ein Mensch

in einer bestimmten, von ihm erlernten und durch die Kindheit geprägten Art und Weise handelt, die ihm zwar ein Gefühl der Sicherheit bietet, aber aufgrund seiner Begrenztheit auch zu Leid führt. Diese Beschreibung erinnert an den Begriff des Krankheitsgewinnes, der im Pschyrembel (2012) beschrieben wird als die „objektiven o. subjektiven Vorteile, die sich aus der (u. U. unfreiwilligen) Übernahme der Patientenrolle ergeben“. Michael Munzel listet allgemein zwar die psychotherapeutischen Einflüsse auf, die ihn prägten, aber eine klare Abgrenzung, welche Begrifflichkeiten und Grundsätze so auch in anderen Therapieschulen vorkommen, wird nicht vollzogen. Da in der Bindungsenergetischen Literatur nur ganz vereinzelt ein Bezug oder eine Abgrenzung zu anderen Psychotherapieschulen zu finden ist, bleibt dieser Abgrenzung unklar. Mein momentaner Kenntnisstand der Bindungsenergetik, der auf der bisher veröffentlichten Literatur und vereinzelt Gesprächen basiert, sowie mein Wissen über andere Psychotherapien, das ich mir im universitären Kontext aneignete, verleitet mich zu folgender *Hypothese*: Das Besondere an der Bindungsenergetik ist die Methode des *Hand-aufs-Herz-legens*, um so Kontakt zu den ureigenen Ressourcen des Klienten zu bekommen, sowie *die vorrangige Bedeutung der Ressourcenaktivierung*.

Die Ressourcenaktivierung steht an erster Stelle und wird gefolgt von der Problemaktivierung, was in der Reihenfolge ungewöhnlich ist. Alle anderen Zusammenhänge der bindungsenergetischen Sicht auf die Seinsweise des Menschen lässt sich meines Erachtens in bereits gedachten Theorien und Modellen finden. Dies zu überprüfen wäre ein nächster Schritt in der Entwicklung der BE, um sich gegenüber dem bereits Bestehenden klarer positionieren zu können. Die hier genannten Begriffe der Ressourcen und Problemaktualisierung sind von Grawes Wirkfaktoren (1994) übernommen. Die bindungsenergetischen Begrifflichkeiten der Anlage und der ureigenen Fähigkeiten und Begabungen habe ich salopp mit Ressourcen übersetzt und die bindungsenergetische Auseinandersetzung mit dem prägenden Bindungsmuster mit Problemaktualisierung übersetzt. Möglicherweise ist das bei näherer Analyse nicht zulässig, denn es gibt feine Unterschiede, wie sie Munzel für das Beispiel der Ressource verdeutlicht: „Begabung, was ja noch enger gefasst ist, als Ressource, was in der Psychotherapie auch schon bekannt geworden ist (...). Begabung (...) [ist ein] anderes Wort dafür, was uns anlagebedingt leicht fällt.“ (2014, 43. Min).

Ähnlich wie Munzel, so sieht auch Strauss (2000) in der Bindungstheorie einen Schatz an Ideen, der in der Psychotherapieforschung noch allzu wenig genutzt wurde. In bisherigen Studien konnte wohl ein Zusammenhang zwischen Bindungsstil und Pathologie, sozialen Kompetenzen sowie Therapieprozess gefunden werden. Wenige Studien haben sich bisher erst mit „attachment-related

characteristics of psychotherapists“ (Strauss, 2000, S. 386) beschäftigt. Könnte sich hinter „attachment-related characteristics of psychotherapists“ vielleicht etwas verbergen, das Munzel mit Bindungsfähigkeiten benennt? Munzel hat die Bindungstheorie erweitert und einen Schwerpunkt seiner Arbeit auf die Bindungsfähigkeiten (von Therapeut_in und Klient_in) gelegt. Hier könnten möglicherweise Forscher wie Strauss von Munzels Gedankengut zur weiteren Erforschung der bindungsbezogenen Psychotherapiedynamiken profitieren.

7.7 Reflektierte Subjektivität im Forschungsprozess

Dass die reflektierte Subjektivität ein Gütekriterium qualitativer Forschung sein kann, sollte bereits im Kapitel 3 deutlich werden. McLeod (2013) unterstützt in „Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ diese Sichtweise, weist aber auch darauf hin, dass es noch keinen Standard gibt, wie diese Reflexion aussehen soll. Heuristische und autoethnographische Techniken fordern eine detaillierte Beschreibung dessen, was sich zu jedem Forschungszeitpunkt im Forscher ereigne. Diese Ausführlichkeit ist hier jedoch nicht angemessen, da der Fokus mehr auf den Inhalten der Interviews liegt und weniger auf subtilen Strukturen. In der Praxis führte ich ein Forschungstagebuch. Inhaltlich beschrieb ich darin vor allem Irritationen meinerseits während des Forschungsprozesses, sowie meine Emotionen gegenüber den Interviewpartnern und weiteren Forschungsteilnehmern und dem Forschungsgegenstand, also der bindungsenergetischen Therapie. Außerdem analysierte ich jede Interviewsituation mit Hilfe des Kommunikationsquadrates nach Schulz von Thun (→ 5.4). Diese Inhalte werden zum Abschluss der Arbeit zusammengefasst und aufbereitet dargestellt:

Analyse der Interviewsituationen

Durch die Analyse jedes Interviews mit Hilfe des Kommunikationsquadrates identifizierte ich kein Interview als fehlgeführt. Das kann darin liegen, dass keines fehlgeführt wurde oder, dass ich die Analyse nicht gründlich genug durchführte, die mir selbst gestellten Fragen nur oberflächlich beantwortete. Letzteres wäre zu verhindern gewesen, indem ich die Reflexion gemeinsam mit einem psychologisch geschulten Menschen durchgeführt hätte. Leider war dieser Arbeitsaufwand in dieser Studie aufgrund mangelnder finanzieller Mittel nicht möglich. Da ich mir aber den Grenzen meiner eigenen Person bewusst bin, hätten die Interviews mit einem intervisorischen Support mit der Zeit wahrscheinlich einen größeren Zuwachs an Qualität erreicht.

Die größte Irritation erlebte ich während einem der ersten Interviews. Ich fühlte mich unwohl, konnte aber in diesem Moment nicht beschreiben, was dieses Unwohlsein beinhaltete. Es äußerte

sich darin, dass ich mich schlecht auf das Gespräch konzentrieren konnte, wenig oder nur oberflächlich nachfragte und immer schnell zur nächsten Frage überging. Nach ca. 30min hatte ich bereits alle Fragen gestellt, die durch den Interviewleitfaden vorgegeben waren und wir verbrachten noch etwas Zeit damit, dass sie mir aus ihren Aufzeichnungen berichtete, was sie für beachtenswert hielt und hält. Erst nach einem Gespräch mit einer Kommilitonin und dem nachträglichen Hören der Tonaufnahme wurde mir deutlich, was die Kommunikation in dem Fall so erschwerte. Ich erlebte die Bindungsenergetikerin wenige Jahre zuvor bei einer Veranstaltung des Institutes für Bindungsenergetik in Hamburg. Dort erweckte sie bei mir den Eindruck einer erfahrenen und gewandten Therapeutin, die meine Neugier wachsen ließ. Als Antwort auf meine Anfrage bezüglich eines Interviews antwortete sie mir jedoch, dass sie nicht genügend Erfahrung hätte und mir nicht die Daten geben könne, die ich benötige. Daraufhin schrieb ich ihr noch einmal und erläuterte die geplante Studie genauer. Da ich in Vorgesprächen mit Jenny Ohrt bereits erfuhr, dass es nur eine sehr begrenzte Anzahl an Bindungsenergetiker_innen gebe, die mit Kindern arbeiten würden, war mir viel daran gelegen, diese Person auch als Interviewpartnerin zu gewinnen. Ich schrieb besagter Interviewpartnerin, dass ich daran interessiert sei, alle Erfahrungen, die es bisher mit BE und Kindern gibt, zu erheben, und dass es nicht so wichtig ist, wie viele Kinder sie rein bindungsenergetisch behandelt hat. Daraufhin willigte sie zu einem Gesprächstermin ein. Als ich dann bei ihr in der Praxis das Gespräch mit ihr führte, hörte ich zwischenn den Zeilen den Appell: „Bitte frag mich nicht zu sehr aus!“ Dahinter verbarg sich möglicherweise die Selbstoffenbarung: „Ich habe Angst, deinen Erwartungen nicht gerecht zu werden. Ich weiß nicht das, was du wissen möchtest.“ Außerdem verstand ich diese Beziehungsbotschaft: „Wenn du zu sehr nachfragst, ist es, als würdest du mich hier prüfen. Ich weiß nicht, ob ich deine Prüfung bestehe.“ Da mir aber an so einer Beziehung nicht gelegen war, sondern ich mich um Augenhöhe bemühte und um eine offene, einladende Gesprächssituation, vermied ich Fragen, die zu provokant hätten sein können und nahm ihre Antworten so hin, ohne meinem forscherschen Interesse nachzugehen und nähere Beschreibungen einzufordern. So stieß ich beim Transkribieren dieses Interviews immer wieder auf Aussagen, die ich gerne näher hinterfragt hätte. Aus Datenschutzgründen wollte sie mir keinen Fall erzählen, auch wenn ich ihr die strenge Anonymisierung der Daten versicherte. Sie wollte eine Klientin erst um Einverständnis fragen und dann noch einmal Kontakt zu mir aufnehmen, was nicht geschah. Als ich ihr diesbezüglich eine nachfragende E-Mail sendete, erhielt ich keine Antwort. Das verstärkte im Nachhinein den Eindruck fehlenden Vertrauens.

Sonderinterview mit Michael Munzel und Auswirkungen auf das Innere Team

Das Gespräch mit Michael Munzel betitelt ich hier als *Sonderinterview*, da es ein anderes Ziel verfolgte als die Interviews, die mich zum Kategoriensystem führen sollten. Da Munzel als Begründer der Bindungsenergetik eine besondere und herausragende Rolle inne hat, war ich vor dem Interview sehr aufgeregt. Einerseits schätzte ich sehr das Gedankengut seiner Bücher, das er in anschaulichen Fallbeispielen vermittelt, andererseits war ich aber auch von einer Genervtheit bestimmt, da ich der Struktur der Bücher nur schwer folgen konnte und immer wieder den Überblick über die wichtigsten therapeutischen Elemente verlor. Auch die Integration meiner bisherigen eigenen Erfahrungen mit der Bindungsenergetik in diesen theoretischen Überbau kostete mich mehr kognitive Anstrengung, als ich gedacht hätte. Ich hatte vor dem Lesen der Bücher die Hoffnung, all das, was ich bisher erlebt und gehört hatte, in einen Zusammenhang gesetzt und ergänzt zu bekommen. Stattdessen tauchten aber neue und unterschiedliche Begriffe auf und andere Worte, die ich bisher der BE zugeordnet hatte, fanden keine Erwähnung. Ich bereite also einige Fragen vor, die in diese theoretische Verwirrung Licht bringen sollten. Ich spürte jedoch eine Sorge in mir, dass Michael (wie alle Bindungsenergetiker unter sich duzten auch wir uns sofort im Kontakt per Mail und beim Gespräch) mir vorwerfen könne, ich hätte die Bücher nicht gründlich gelesen und alles ganz falsch verstanden – dadurch könnte eine unsymmetrische Gesprächssituation entstehen, in der ich mich als unwissender Laie und nicht als angehende Psychologin fühlen würde. Geschmälert wurde diese Befürchtung von meinen bisherigen Begegnungen mit Munzel wenige Jahre zuvor bei zwei Veranstaltungen des bindungsenergetischen Institutes in Hamburg. Da er dort als ruhige, zurückhaltende Person auftrat, interessiert meinen Fragen zuhörte und die Bindungsenergetik nicht als Allheilmittel bezeichnete, gewann ich den Eindruck, dass er offen gegenüber dem Gedankengut anderer Menschen ist.

Mit diesen Gefühlen der Anerkennung für seine Arbeit, jedoch auch mit Verärgerung und Nervosität fuhr ich zu dem Gespräch nach Bremen. Meine Empfindungen veränderten sich zwar etwas durch das Gespräch, sind aber bis heute noch ähnlich in mir und ich muss mich beim Schreiben dieser Arbeit immer wieder davon distanzieren. So kritisierte er beispielsweise einige meiner Fragen zur Theorie der Bindungsenergetik, da sie einen völlig falschen Fokus auf die Therapieform legen würden. Die Frage „Herztherapie – Herzbehandlung – Herzmethode – Herzkontakt: Was beinhaltet die ganze BE und was den Akt des Hand-aufs-Herz-legens?“ erweckt seiner Meinung nach den Eindruck, dass das Herz im Mittelpunkt der Therapie steht. Das Kernstück bildet aber die Bindung. Ich hörte zwischen den Zeilen die Beziehungsbotschaft: „Du hast gar nichts von dem verstanden, was ich dir versucht habe, durch meine Bücher zu erklären.“ Zudem hörte ich die

Beziehungsbotschaft zu meinen Interviewpartnerinnen: „Wer das gesagt hat, hat nur wenig von der Bindungsenergetik verstanden.“ Im Laufe des Gespräches relativierte sich das etwas, da ich auch theoretische Aussagen treffen konnte, die er weitestgehend so stehen lassen konnte und er formulierte seine Freude darüber, dass ich mich in meiner Abschlussarbeit mit der BE beschäftige. Zudem stimmte er einem Großteil des Kategoriensystems zu und unterstützte es sogar durch weitere theoretische Ausführungen. Was bei mir blieb, ist jedoch ein Gefühl der Unzulänglichkeit, als könne ich mit dieser Arbeit der BE nicht gerecht werden. Zu diesem Gefühl musste ich mich immer wieder distanzieren, um rationale Entscheidungen treffen zu können - z.B. darüber, wie ich die Bindungsenergetik im theoretischen Hintergrund zusammenfassend darstellen kann. Um in der kommunikationspsychologischen Sprache von Schulz von Thun (2005) zu sprechen, kann ich sagen, dass drei Herzen in meiner Brust schlagen:

1. Die *Bindungsenergetikerfahrene*, die dankbar für diese Arbeit ist und eine Bindung zu Jenny Ohrt hat und darüber auch große Wertschätzung für Michael Munzel hegt und seine Anerkennung erhalten möchte.
2. Die *fleißige und brave Studentin*, die eine Abschlussarbeit abliefern möchte, die die Universität, personifiziert durch meine Betreuer Jens Rogmann und Alexander Redlich, zum Staunen bringt und beeindruckt.
3. Die *Selbstbewusste*, die sich mit dieser Arbeit selbst weiter entwickeln will. Ihr Ziel ist es, die interessante Therapieform näher kennenzulernen, aber auch kritisch zu betrachten. Die kritische Betrachtung soll aber auch ihrem Wissenschaftsverständnis, das nicht immer mit dem an der Universität postulierten Wissenschaftsverständnis d'accord geht, Raum geben.

Das Oberhaupt dieses Inneren Teams entschied sich nun, vor allem die Selbstbewusste arbeiten zu lassen. Wenn die anderen sich einmischten, musste jedes Mal entschieden werden, ob der Kommentar Sinn machte, also ob es für die Qualität der Arbeit notwendig ist, bestimmte Ausführungen zu vertiefen, oder ob das innere Teammitglied das nur sagte, um anderen Menschen gerecht zu werden.

7.8 Ausblick: Workshop mit dem Projekt B&E im Herbst 2014

Die bindungsenergetische Projektgruppe B&E, deren bisherige Treffen eng mit meiner Forschung verflochten waren, wird sich im Herbst diesen Jahres ein weiteres Mal treffen. Ich werde ein letztes Mal anwesend sein und die gemeinsame Arbeit mit einem Workshop abschließen. Dieser soll aus zwei Teilen bestehen:

1. Vorstellung der neuesten Entwicklungen der vorliegenden Studie: Im Rahmen des Workshops zur kommunikativen Validierung konnten die Projektteilnehmerinnen meine Auswertung nachvollziehen und mitgestalten. Fünf Wochen danach traf ich Michael Munzel. Den Projektteilnehmerinnen werde ich Munzels Ergänzungen und Änderungsvorschläge zu dem Kategoriensystem vorstellen und einen Austausch dazu anregen. Außerdem stelle ich ihnen die wichtigsten Punkte, die in der Diskussion dieser Masterarbeit dargestellt sind, zur Verfügung. Es obliegt dann der Projektgruppe, ob und wie sie diese Anregungen nutzt.
2. Das Thema „Diagnostik bei Kindern“ wird von mir angeleitet bearbeitet: Als ich mit den Bindungsenergetikerinnen das Kategoriensystem bearbeitete, gab es eine rege Diskussion um die Diagnostik. Das scheint ein aktuelles Thema der bindungsenergetischen Gemeinschaft zu sein, da Michael Munzel derzeit an einem Buch mit dem Fokus auf Diagnostik schreibt und die letzten Supervisions-Workshops mit diesem Fokus gestaltet hat, wie ich aus persönlichen Gesprächen mit Bindungsenergetikerinnen erfuhr. Zudem erhielt ich viel positives Feedback für meine strukturierte Art, die Projektgruppe zu leiten. Diese beiden Aspekte führen zu der Entscheidung, eine Struktur zu schaffen, in der die Teilnehmerinnen konstruktiv an dem Thema der „Diagnostik bei Kindern“ weiterarbeiten. Dabei sollen die bisherigen Erfahrungen der Praktikerinnen genauso viel Beachtung erhalten wie Überlegungen für die zukünftige Diagnostik. Im Idealfall wäre das Ergebnis ein Leitfaden mit diagnostikrelevanten Fragen, die sich für die Altersgruppen Babys, Kinder und Jugendliche unterscheiden.

Literaturverzeichnis

- Alberti, L. (1994). Von quantitativer zu qualitativer Forschung. In Faller, H. & Frommer, J. (Hrsg.). *Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden* (S. 53-56). Heidelberg: Roland Asanger Verlag
- Bindungsenergetik. Institut für Therapie, Aus- und Fortbildung in Hamburg (2014). *Offizielle Internetseite*. Abgerufen von <http://www.bindungsenergetik-hamburg.de/>
- Blank, S. & Esser, G. (2011). Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. In Lehmkuhl, U., et al. (Hrsg.), *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (S. 626-638). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Bogner, A. & Menz, W. (2009a). Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung. Zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte. In Bogner, A., Littig, B. & Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden Anwendungsfelder* (S. 7-34). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bogner, A. & Menz, W. (2009b). Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In Bogner, A., Littig, B. & Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden Anwendungsfelder* (S. 61-98). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Böhm, A. (2005). Theoretisches Kodieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In Flick, U., Kardoff, E. v., Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (4. Auflage, S. 475-485) Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Caspar, F. (2013) Was nützen Ergebnisse der Psychotherapieforschung für die Praxis? In *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 303-304
- Castonguay, L., Barkham, M., Lutz, W. & McAleavey, A. (2013). Practice-Oriented Research. Approaches and Applications. In Lambert, M. (Hrsg.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 85-133). Hoboken, NJ: Wiley, (6. Auflage).
- Edelmann, W., Wittmann, S. (2012). *Lernpsychologie* (7. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Faller, H. (1994). Das Forschungsprogramm „Qualitative Psychotherapieforschung. Versuch einer Standortbestimmung. In Faller, H. & Frommer, J. (Hrsg.). *Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden* (S. 15-37). Heidelberg: Roland Asanger Verlag
- Flick, U. (2012) *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH, (5. Auflage).
- Grawe, K. (1994). *Was sind die wirklich wirksamen Ingredienzen der Psychotherapie?* Einführungsreferat auf dem Psychotherapiekongress in Hamburg. Internetdokument <http://www.psychotherapie.org/klaus/ref-grawe-4.html>, heruntergeladen am 28.04.2014
- Hermanns, H. (2005). Interviewen als Tätigkeit. In Flick, U., Kardoff, E. v., Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (S. 360-368) Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 4. Auflage.
- Joraschky, P. & Pöhlmann, K. (2013). Körperpsychotherapeutische Interventionsstrategien in der Psychotherapieforschung. In Thielen, M. (Hrsg.) *Koerper - Gruppe - Gesellschaft. Neue Entwicklungen in der Koerperpsychotherapie* (S. 297-307). Giessen: Psychosozial-Verlag

- Krampen, G. (2002). Persönlichkeits- und Selbstkonzeptentwicklung. In Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 675-710). Weinheim, Basel, Berlin: Beltz Verlage, (5. Auflage).
- Krankheitsgewinn (2012). Def. In *Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie*. Berlin: de Gruyter.
- Kriz, J. (2004). Methodologische Aspekte von „Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapieforschung. In *Psychotherapie und Sozialwissenschaft: Zeitschrift für qualitative Forschung und klinische Praxis*. 6-31
- Langmaack, B. (2009). *Einführung in die Themenzentrierte Interaktion TZI. Leben rund ums Dreieck*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, (4. Auflage).
- Lechler, P. (1994). kommunikative Validierung. In Huber, G. & Mandl., H. (Hrsg.) *Verbale Daten. Eine Einführung in die Grundlagen und Methoden der Erhebung und Auswertung* (S. 243-258). Weinhheim:Psychologie Verlags Union.
- Lincoln, T. (2011). *Vorlesungsfolien „Interventionsmethoden“ Wintersemester 2011/12*. Unveröffentlichte Vorlesungsmaterialie der Universität Hamburg
- Lutz, W. & Grawe, K. (2005). Psychotherapieforschung. In Petermann, F. & Reinecker, H. (Hrsg.) *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 92-100). Göttingen: Hogrefe Verlag
- Mattejat, F. (2011). Geschichte der empirischen Psychotherapieforschung unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In Lehmkuhl, U., et al. (Hrsg.), *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (S. 608-625). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Mayring, P. (2010) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, (11. Auflage).
- McLeod, J. (2013). Qualitative Research. In Lambert, M. (Hrsg.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 49-84). Hoboken, NJ: Wiley.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In Bogner, A., Littig, B. & Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden Anwendungsfelder* (S. 35-60). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mieg, H. & Näf, M. (2005). *Experteninterviews*. Institut für Mensch-Umwelt-Systeme (HES), ETH Zürich, (2. Auflage).
- Munzel, M. (2000). Zeit für Erfüllung. In *Energie und Charakter*, 20, 152-171
- Munzel, M.(2002). Multiple Sclerosis: The Psychosomatic Consequence of Unsuccessful Bonding. In Ventling, C. (Hrsg.), *Body Psychotherapy in Progressive and Chronic Disorders* (S. 35-48). Basel: Karger
- Munzel, M. (2009). *In besseren Kreisen. Über Herzkreisläufe, Teufelskreisläufe und die bindungsenergetische Psychotherapie*. Bremen: Doris Maria Schweigstill Verlag
- Munzel, M. (2011). *Das erfolgreiche Streben nach Sicherheit. Über emotionale Bindung, Selbstsicherheit und das gehirndominierende Bindungsmuster*. Bremen: Doris Maria Schweigstill Verlag

- Munzel, M. (2013). *Zufrieden, zuversichtlich und bei klarem Verstand. Wie die Herztherapie psychische Gesundheit festigt*. Bremen: Doris Maria Schweigstill Verlag
- Ohrt, J. (2010). *Bindungsenergetik – Auf der Spur des Herzens* (nicht veröffentlichte Bachelorarbeit). Universität Hamburg, Deutschland.
- Pitzal, W. (2005). Davis, Will. In Stumm, G., Pritz, A., Gumhalter, P., Nemeski, N. & Voracek, M. (Hrsg.), *Personenlexikon der Psychotherapie*. (S. 98-99) Wien: Springer Verlag
- Rauh, H. (2002). Vorgeburtliche Entwicklung und Frühe Kindheit. In Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 131-208). Weinheim, Basel, Berlin: Beltz Verlage, (5. Auflage).
- Redlich, A. (2009). *Konfliktmoderation in Gruppen*. Hamburg: Windmühle, (7. Auflage).
- Rief, W., Exner, C. & Martin, A. (2006). *Psychotherapie. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer
- Rotermund-Federer, A. & Becher, B. (2009). Herzgeleitete Bindungsenergetik. Eine moderne Psychotherapie stellt sich vor. In *Freie Psychotherapie*, 8-14.
- Schulz von Thun, F. (2005). *Miteinander Reden 3. Das „Innere Team und situationsgerechte Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, (14. Auflage).
- Schulz von Thun, F. (2007). *Miteinander Reden 1. Störungen und Klärungen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, (45. Auflage).
- Steinke, I. (2005). Gütekriterien qualitativer Forschung. In Flick, U., Kardoff, E. v., Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (S. 319-331) Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, (4. Auflage)
- Strauss, B. (2000). Attachment Theory and Psychotherapy research – Editor's introduction to a special section. In *Psychotherapy Research*, 10(4), 381-389
- Zentrum für Bindungsenergetik (2014). *Offizielle Internetseite*. Abgerufen von <http://www.bindungsenergetik.de/>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zur Sicherheit dienende Abläufe: "Die bindungsenergetische Psychotherapie entbindet von notgeprägten Kreisläufen, indem sie gegenläufige Abläufe etabliert" (Munzel, 2013, S. 128).....	13
Abbildung 2: Selbstsicherheit aufbauende Abläufe: "Es ist die Absicht der bindungsenergetischen Psychotherapie, in diesen aufbauenden Kreislauf hineinzukommen und ihn zu FESTIGEN" (Munzel, 2013, S. 129).....	13
Abbildung 3: Ablauf des Auswertungsprozesses mit Quellenangaben.....	32
Abbildung 4: Das Cluster "therapeutische Grundlagen im Therapieverlauf" vor der kommunikativen Validierung.....	38
Abbildung 5: Das Cluster "Bindungsenergetik mit Babys" vor der kommunikativen Validierung..	39
Abbildung 6: Das Cluster "Bindungsenergetik mit Kindern" vor der kommunikativen Validierung	39
Abbildung 7: Das Cluster "Bindungsenergetik mit Kindern" vor der kommunikativen Validierung	39
Abbildung 8: Das Cluster "Integration der Eltern in den Therapieprozess der Kinder" vor der kommunikativen Validierung.....	40
Abbildung 9: Das Cluster "Rahmen für Bindungsenergetik mit Kindern" vor der kommunikativen Validierung.....	40
Abbildung 10: Schematische Darstellung der Kategorien des Clusters "Therapeutische Grundlagen im Therapieverlauf“	42
Abbildung 11: Schematische Darstellung der Kategorien des Clusters "Bindungsenergetik mit Babys".....	48
Abbildung 12: Schematische Darstellung der Kategorien des Clusters "Bindungsenergetik mit Kinder".....	53
Abbildung 13: Schematische Darstellung der Kategorien des Clusters "Bindungsenergetik mit Jugendlichen“	57
Abbildung 14: Schematische Darstellung der Kategorien des Clusters "Feedback des Kindes".....	58
Abbildung 15: Schematische Darstellung der Kategorien des Clusters "Rolle der Eltern im Therapieprozess".....	60
Abbildung 16: Schematische Darstellung der Kategorien des Clusters "Rahmen für Bindungsenergetik mit Kindern".....	64

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Phasen der Therapieentwicklung (Lincoln, 2011; Rief, 2006).....	21
Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung mit soziokulturellem Hintergrund.....	37

Anhang

Anhang 1: Brainstorminganregung: Workshop 7.-8-12.2013

Was braucht es an Theorie, z.B. Ergebnisse aus der Forschung, um bindungsenergetisch mit Kindern zu arbeiten?

Was brauchen wir von außerhalb des Projektes, z.B. von anderen Fachleuten?



Was brauche ich, um weiterhin bei dem Projekt mitzumachen?

Was brauchen wir als Gruppe, um das Projekt konstruktiv fortzuführen?

Was brauche ich, um mit der bindungsenergetischen Arbeit mit Kindern zu beginnen?

Anhang 2: Anschreiben an potentielle Interviewpartner

Liebe TeilnehmerInnen des Forschungsprojekts „Bindung & Entwicklung“,

ich schreibe Euch, weil ich jetzt einen Plan habe, in welcher Form ich meine Masterarbeit "Empirische Exploration bindungsenergetischer Interventionen bei Kindern" in euer Projekt integrieren möchte und euch überzeugen möchte, mich mit eurer Expertise zu unterstützen.

Einige von euch durfte ich schon am zweiten Adventswochenende kennen lernen, doch andere waren leider krank. Denen, die mich noch nicht kennen, möchte ich mich hier auch kurz vorstellen.

Ich bin Thekla Lorenz und habe Jenny im gemeinsamen Psychologiestudium kennengelernt. Nachdem wir uns etwas anfreundeten, hatte ich die Ehre ihr „Probe“-Klientin zu sein, damit sie Mut fassen konnte, um den Schritt in die Selbstständigkeit zu wagen. Die Arbeit in den Sessions mit ihr sind für mich so wertvoll geworden, dass ich noch über die zuvor vereinbarte Zeit hinaus Sessions bei ihr in Anspruch nahm. Wahrscheinlich ist es kein Zufall, dass ich mit Sessions aufhörte, nachdem ich es wagte in eine feste Beziehung zu gehen. Mittlerweile bin ich mit diesem Mann verheiratet und im März ist unser Sohn Frederik gekommen. Ich erzähle euch das, um zu zeigen, dass ich der Bindungsenergetik gegenüber wohlwollend eingestellt bin, da ich ihre Wirkung am eigenen Leib erfahren durfte und die Herzmethode ist auch Teil meines Lebens geworden.

Momentan befinde ich mich in den letzten Atemzügen meines Masterstudiums (Psychologie an der Uni Hamburg). Ich habe mich entschieden in meiner Abschlussarbeit über die Bindungsenergetik zu schreiben, da ich mich mit einem Thema beschäftigen möchte, das mich persönlich interessiert, außerdem möchte ich qualitativ forschen (d.h. Offene Interviews führen) und bestenfalls etwas produzieren, wovon ihr auch etwas habt.

Wie wird das aussehen?

Ich werde zu Euch kommen und ein Gespräch mit euch über eure praktische Erfahrungen in der bindungsenergetischen Arbeit mit Kindern führen (ca. 1h). Danach würde ich mir gerne eine beispielhafte Session / Arbeit mit Kindern anschauen und das erlebte anschließend in einem Nachgespräch besprechen.

Die Interviews (!nicht eure Arbeit mit den Kindern!) nehme ich mit dem Diktiergerät auf, um sie nachher sorgfältig analysieren zu können. Ich werde sie hinsichtlich bereits praktizierter bindungsenergetischer Interventionen analysieren. Vielleicht praktizieren ja einige von euch ähnliches, das sich zusammenfassen lässt. Als Ergebnis gibt es dann eine Liste von den Interventionen, die ihr bereits anwendet. Die würde ich gerne mit euch allen zusammen anschauen und hören, was ihr dazu sagt. Vielleicht seid ihr euch in einigen Dingen einig, dass das ein Kernstück bindungsenergetischer Arbeit ist und in anderen Dingen seid ihr uneinig. Das werde ich dann wieder einfließen lassen und zum Schluss eine Zusammenstellung haben über bindungsenergetische Arbeit mit Kindern, die ihr teilt. Das wäre dann eine Art Methodenkoffer, wie es Alexandra formuliert hat. Bitte lasst euch von dem Begriff Intervention nicht irritieren, denn wie ich bisher erlebt habe, benutzt ihr den nicht, aber an der Uni ist er wichtig. Er beinhaltet alles von körpertherapeutischen Techniken über Fragetechniken bis hin zu einer inneren Grundhaltung.

Zusammengefasst heißt das, ich brauche von euch ca. 1h ein Interview. Dann möchte ich eure Arbeit gerne beobachten und das ebenfalls besprechen (ca. 30min). Das sollte Ende Januar, im Februar oder März stattfinden. Da ich teilweise weitere Strecken zu euch fahren muss, sollten Interview, Beobachtung und Nachgespräch an einem Tag sein.

Die vorläufigen Ergebnisse meiner Analyse kann ich mit euch wahrscheinlich noch nicht beim nächsten Workshop-Termin im März/April besprechen, da ich nicht so schnell auswerten kann. Am besten wäre es im Juni/Juli für mich. Vielleicht trifft ihr euch da ja sowieso in der Zeit in eurer Runde und ich bekomme etwas Zeit das Thema mit euch zu bearbeiten. Wenn nicht, werde ich einen anderen Weg suchen und sicher auch finden :)

Bitte stellt mir alle Fragen, die ihr zu dem Thema habt! Und sendet mir alsbald aber bis spätestens zum 25.01., ob und wann ihr euch eine Zusammenarbeit mit mir vorstellen könnt.

Da es nur so wenige Menschen gibt, die bindungsenergetische Arbeit mit der Arbeit mit Kindern kombinieren, bin ich auf eure Mitarbeit angewiesen. Da ihr Teil des Forschungsprojektes seid, hoffe ich, ihr erkennt den angestrebten Nutzen dieser Arbeit für alle Beteiligten.

Das war jetzt sehr viel und ich hoffe, ihr hatte Muße, das alles zu lesen.

Viele Grüße und einen guten Start ins neue Jahr, Eure Thekla

Anhang 3: Interviewleitfaden für die Interviews 1 – 6

Einverständniserklärung unterschreiben lassen

Überblick zum Ablauf geben

Fragebogen zu demographischen Daten und beruflichem Hintergrund

Wie **alt** bist du?

Bitte erzähl mir kurz etwas zu deinem **beruflichen Werdegang** und wie du zur Bindungsenergetik gekommen bist!

Wann hast du die bindungsenergetische Ausbildung abgeschlossen?

Wie war **dein bindungsenergetischer Weg seitdem**?

Hast du je bindungsenergetische Therapie mit Erwachsenen gemacht?

Wieviele Erwachsene hast du insgesamt behandelt?

In welchem **Beruf** arbeitest du **mit Kindern**?

Seit wann?

An unterschiedlichen Orten/Institutionen/Einrichtungen?

In welchem **Rahmen** arbeitest du mit Kindern?

Wo trifft ihr euch zum arbeiten?

Wie kommt es normalerweise dazu, dass ein Kind von dir behandelt wird?

Wie oft seht ihr euch normalerweise und wieviel Zeit habt ihr pro Treffen?

Inwieweit würdest du die **BE als Basis deiner Arbeit** bezeichnen?

Auf einer Skala von 1 bis 10, wie hoch ist der Anteil von Bindungsenergetik in deiner Arbeit?

Wodurch ist **der andere Anteil** bestimmt?

Welche weiteren Grundpfeiler deiner Arbeit hast du zudem?

Teilstrukturiertes Interview

Was ist deiner Meinung nach **typisch bindungsenergetisch**?

Woran könnte das ein **Beobachter**, der selbst keine bindungsenergetische Ausbildung hat, **erkennen oder wahrnehmen**?

Was an deiner Arbeit mit Kindern würdest du als bindungsenergetisch bezeichnen?

An was für konkreten Dingen wird das deutlich?

Praktizierst du eine spezielle Intervention, eine **spezielle Technik** bei Kindern, die du bindungsenergetisch nennen würdest?

Was ist **das besondere**, das die Bindungsenergetik der Kinder-Psychotherapie geben kann?

Welche **Kombination von BE-Methoden und anderen Verfahren** ist gegebenenfalls sinnvoll?

Kann BE **bei allen oder nur bei bestimmten Kindern** angewendet werden?

Bei welchen?

Bei welchen Problemfeldern/Kindern ist sie nicht anwendbar?

Die **Herzmethode** ist ein zentraler Bestandteil der Bindungsenergetik. **Ist sie auch bei Kindern anwendbar?**

Unter welchen Bedingungen kann sie auch bei Kindern angewendet werden?

Welche Modifikation braucht sie zur Anwendung bei Kindern?

Welche BE-Techniken sind bei Kindern **nicht anwendbar**?

Welche **Gefahren** könnte die bindungsenergetische Arbeit mit Kindern beinhalten?

Wenn jemand bereits bindungsenergetisch mit Erwachsenen gearbeitet hat: Wenn du die Erfahrungen, die du in der

Arbeit mit **Erwachsenen** gemacht hast, mit dem **vergleichst**, was du **mit Kindern** in der Arbeit erlebt hast. Wo sind **Unterschiede** und wo **Gemeinsamkeiten** in der bindungsenergetischen Arbeit?

Was kann von der Erwachsenenarbeit problemlos in die Kinderarbeit übernommen werden und was muss der Realität der Kinder angepasst werden?

Was hast du da für Ideen und Erfahrungen gemacht?

Fallerzählung

Bitte erzähle mir **von einem Fall**, wo du mit einem Kind praktische bindungsenergetische Erfahrungen sammeln konntest!

Wie war **dein beeindruckendstes Erlebnis**, als du bindungsenergetisch mit einem Kind gearbeitet hast?

Was genau an dieser Session/Arbeit war **typisch bindungsenergetisch**?

Woran war das **beobachtbar**?

Gab es eine **bestimmte bindungsenergetische Technik**, die du angewendet hast?

Indikation: Wann wendest du genau diese Technik an?

Was hat dich dazu bewogen, es **bei diesem Kind** anzuwenden?

Bitte beschreibe genau, wie diese Technik aussah, so dass sie jemand anderes nachmachen könnte (ein BE-Kollege)!

Wo waren in diesem Fall der bindungsenergetischen Arbeit **Grenzen** gesetzt?

WENN MÖGLICH: Beobachtung

Finde ich vorher erzähltes wieder?

Sehe ich etwas ganz anderes?

Irritationen? Besonderheiten?

Beobachtung konkreter Techniken? Was genau passiert da?

Nachgespräch anschließend an die Beobachtung

Was genau an dieser Session/Arbeit gerade war **typisch bindungsenergetisch**?

Woran war das **beobachtbar**?

Gab es eine **bestimmte bindungsenergetische Technik**, die du angewendet hast?

Indikation: Wann wendest du genau diese Technik an?

Was hat dich dazu bewogen, es **bei diesem Kind** anzuwenden?

Bitte beschreibe genau, wie diese Technik aussah, so dass sie jemand anderes nachmachen könnte (ein BE-Kollege)!

Wo waren in diesem Fall der bindungsenergetischen Arbeit **Grenzen** gesetzt?

Beobachtungen – Nachfragen dazu stellen!

Anhang 4: Kommentierter modifizierter Interviewleitfaden für die Interviews 7 – 10

Die Veränderung werden deutlich gemacht durch:

rot durchgestrichen = gestrichene Fragen des ursprünglichen Fragebogens

gelb untermalt = erklärendes Kommentar

Einverständniserklärung unterschreiben lassen

Überblick zum Ablauf geben

wenig Bedarf – wer das braucht fragt eh danach. Lieber: einladende Frage, ob noch etwas offen ist bevor wir anfangen

Fragebogen zu demographischen Daten und beruflichem Hintergrund

Wie **alt** bist du?

Bitte erzähl mir kurz etwas zu deinem **beruflichen Werdegang** und wie du zur Bindungsenergetik gekommen bist!

Wann hast du die bindungsenergetische Ausbildung abgeschlossen?

Wie war **dein bindungsenergetischer Weg seitdem?**

Hast du je bindungsenergetische Therapie mit Erwachsenen gemacht?

Wieviele Erwachsene hast du insgesamt behandelt?

In welchem **Beruf** arbeitest du **mit Kindern**?

Seit wann?

An unterschiedlichen Orten/Institutionen/Einrichtungen?

In welchem **Rahmen** arbeitest du mit Kindern?

Wo trifft ihr euch zum arbeiten?

Wie kommt es normalerweise dazu, dass ein Kind von dir behandelt wird?

Wie oft seht ihr euch normalerweise und wieviel Zeit habt ihr pro Treffen?

Inwieweit würdest du die **BE als Basis deiner Arbeit** bezeichnen?

Auf einer Skala von 1 bis 10, wie hoch ist der Anteil von Bindungsenergetik in deiner Arbeit?

~~Wodurch ist der andere Anteil bestimmt?~~

~~Welche weiteren Grundpfeiler deiner Arbeit hast du zudem?~~

Antworten ergeben sich meist aus vorher gesagtem, wenig fruchtbar.

Teilstrukturiertes Interview

Was ist deiner Meinung nach **typisch bindungsenergetisch**?

Woran könnte das ein **Beobachter**, der selbst keine bindungsenergetische Ausbildung hat, **erkennen oder wahrnehmen**?

Was an deiner Arbeit mit Kindern würdest du als bindungsenergetisch bezeichnen?

An was für konkreten Dingen wird das deutlich?

Praktizierst du eine spezielle Intervention, eine **spezielle Technik** bei Kindern, die du bindungsenergetisch nennen würdest?

Die **Herzmethode** ist ein zentraler Bestandteil der Bindungsenergetik. **Ist sie auch bei Kindern anwendbar?**

Unter welchen Bedingungen kann sie auch bei Kindern angewendet werden?

Welche Modifikation braucht sie zur Anwendung bei Kindern?

Wenn jemand bereits bindungsenergetisch mit Erwachsenen gearbeitet hat: Wenn du die Erfahrungen, die du in der Arbeit mit **Erwachsenen** gemacht hast, mit dem **vergleichst**, was du **mit Kindern** in der Arbeit erlebt hast. Wo sind **Unterschiede** und wo **Gemeinsamkeiten** in der bindungsenergetischen Arbeit?

Was kann von der Erwachsenenarbeit problemlos in die Kinderarbeit übernommen werden und was muss der Realität der Kinder angepasst werden?

Was hast du da für Ideen und Erfahrungen gemacht?

~~Welche Kombination von BE-Methoden und anderen Verfahren ist gegebenenfalls sinnvoll?~~

Wenig fruchtbar, da nur hypothetisiert wird, basiert auf keine konkreten Erfahrungen, sondern von einem (oft wahrscheinlich unzutreffendem) Bild wie eine Therapieform ist...

Kann BE **bei allen oder nur bei bestimmten Kindern** angewendet werden?

Bei welchen?

Bei welchen Problemfeldern/Kindern ist sie nicht anwendbar?

Welche BE-Techniken sind bei Kindern **nicht anwendbar**?

Welche **Gefahren** könnte die bindungsenergetische Arbeit mit Kindern beinhalten?

Was ist **das besondere**, das die Bindungsenergetik der Kinder-Psychotherapie geben kann?

Änderung der Reihenfolge, der Erfahrung angepasst, wie es zum Gesprächsfluss besser passt. Ab der Frage, ob BE bei allen Kindern angewendet werden kann, kommen Fragen, die bisher sehr kurz beantwortet wurden und/oder für Irritationen sorgten und somit den Gesprächsfluss störten, da aus dem BE-flow, der Begeisterung für das sich neu eröffnende Feld der BE mit Kindern heraus gegangen wird. Oder es sind Fragen wie die der Kinder PT allgemein, die ein Thema ansprechen, über das sich noch nicht viele Gedanken gemacht wurde und wo somit aus der gedanklichen Tiefe an eine gewisse Oberflächlichkeit gegangen wird – gelegentlich vergaß ich die Frage auch, weil ich bisher kaum fruchtbare Antworten erhielt, vielleicht ändert sich das ja...

Ende der Interviews, Einladung der Fall erzählung nur, wenn im Gespräch vorher noch keine konkreten oder nur sehr kurze Beispiele von BE-Erfahrung mit Kindern berichtet wurden.

Anhang 5: Einverständniserklärung

Ich konnte in dem Gespräch mit Thekla Lorenz (Studienleiterin) alle mich interessierenden Fragen stellen und hatte zudem ausreichend Gelegenheit, das Merkblatt genau zu lesen und auch dazu Fragen zu stellen. Ein Exemplar dieses Merkblattes ist mir zum Verbleib ausgehändigt worden. Ich weiß, dass ich meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie jederzeit (auch im Nachhinein) ohne die Angabe von Gründen widerrufen kann und dass mir keinerlei Nachteile entstehen, falls ich meine Einwilligung zur Teilnahme nicht gebe oder widerrufe.

Ich bin damit einverstanden, dass das mit mir geführte Gespräch auf einen Tonträger aufgezeichnet wird. Mir ist außerdem bekannt, dass die Speicherung meiner anonymisierten Daten auf elektronischen Datenträgern über einen Zeitraum von 10 Jahren erfolgt. Ich weiß, dass die erhobenen Daten ausschließlich zum Zweck der Durchführung dieser Studie gespeichert und ausgewertet werden. Mir ist bekannt, dass alle im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten und persönlichen Mitteilungen der Schweigepflicht unterliegen und zur Verarbeitung und Auswertung nur ohne meinen Namen zusammengeführt werden dürfen. Ich wurde zudem darüber aufgeklärt, dass die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bei der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten eingehalten werden.

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die Aufklärung verstanden habe und mich mit der Durchführung der Studie einverstanden erkläre.

.....
Unterschrift der Studienleiterin

Thekla Lorenz

.....
Unterschrift des/r Teilnehmers/in

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass mein Name in der Studie veröffentlicht wird. Es wird keine direkte Zuordnung von Ergebnissen zu den Namen geben.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass mir kein Nachteil entsteht, wenn ich mein Einverständnis dazu nicht gebe. Außerdem ist dies keine Voraussetzung zur Teilnahme an der Untersuchung.

.....
Unterschrift der Studienleiterin

Thekla Lorenz

.....
Unterschrift des/r Teilnehmers/in

Anhang 6: Interview-Reflexion mit Hilfe des Kommunikationsquadrates

Meine „Ohr“- & „Schnabel“-Ziele vor einem Interview

Sachinhalt:

Schnabel

Die Sachinformation, die ich kommunizieren möchte betrifft die Informationen zu meiner Arbeit, so wie sie auf dem Merkblatt stehen.

Ohr

Ich möchte bindungsenergetische Interventionen bekommen, etwas für den Methodenkoffer.

Selbstoffenbarung:

Schnabel

Ich möchte meine positiven Erfahrungen mit der Bindungsenergetik darstellen, um so ein Arbeitsbündnis aufzubauen. Ansonsten möchte ich möglichst wenig von mir selbst offenbaren, um die Interviewpartner nicht zu beeinflussen.

Ohr

Die Interviewpartnerin soll mir etwas über ihren persönlichen Hintergrund erzählen, damit ich die bindungsenergetischen Erfahrungen darauf einschätzen kann. Außerdem möchte ich etwas über ihre persönlich Bindungsenergetik hören.

Beziehung

Schnabel

Meine Beziehungsdarstellung soll eine Art Experten-Freundschaft zwischen mir und der Bindungsenergetik und somit den bindungsenergetischen Fachkreisen sein. Durch die Freundschaft erhoffe ich mir eine Intimität herzustellen, die Selbstexploration ermöglicht und eine Fülle von Informationen offen legt. Die Freundschaft wird auch dadurch deutlich, dass das Ziel der Arbeit ein Methodenkoffer ist, der auch den Interviewpartnern bei ihrer Arbeit oder der Forführung ihres Projektes „Bindung und Entwicklung“ weiter hilft. Durch die Expertenrolle, die ich den Interviewpartnerinnen auferlege, bin ich die interessierte ZuhörerIn, die von der Interviewpartnerin lernen möchte. Die Expertenzuschreibung ermöglicht hoffentlich einen sachlichen und fachlich anspruchsvollen Austausch, wodurch meine Masterarbeit ebenso anspruchsvoll werden kann.

Ohr

Sieht die Interviewpartnerin unsere Beziehung auch als Experten-Freundschaft oder anders?

Appell

Schnabel

Ich möchte zeigen, dass ich die Gesprächsleitung inne habe. Es soll auf meine Fragen geantwortet werden, dort begrenzt werden und dort ausgeführt werden, wo ich es für nötig erachte. Die Interviewpartnerin soll mir folgen.

Ohr

Möchte meine Interviewpartnerin das Gespräch vielleicht hinsichtlich ihrer Ziele beeinflussen? Möchte sie einen bestimmten Einfluss auf meine Arbeit nehmen?

„Schnabel“-Reflexion nach einem Interview

Sachinhalt

Habe ich das kommuniziert, was ich kommunizieren wollte?

Was darüber hinaus habe ich kommuniziert?

Selbstoffenbarung

Habe ich das kommuniziert, was ich kommunizieren wollte?

Was darüber hinaus habe ich kommuniziert?

Beziehung

Habe ich das kommuniziert, was ich kommunizieren wollte?

Was darüber hinaus habe ich kommuniziert?

Appell

Habe ich das kommuniziert, was ich kommunizieren wollte?

Was darüber hinaus habe ich kommuniziert?

„Ohr“-Reflexion nach einem Interview

Sachinhalt

Habe ich Informationen über bindungsenergetische Interventionen bei Kindern erhalten? Habe ich etwas für den Methodenkoffer bekommen?

Selbstoffenbarung

Was habe ich über meine Interviewpartnerin erfahren? Welche Seite ihrer Persönlichkeit hat sie mir besonders deutlich präsentiert? Wie sieht ihre persönliche Bindungsenergetik aus?

Beziehung

Was hält sie wohl von mir? Welche Beziehung zu mir wurde kommuniziert? (Experten-Freundschaft?)

Appell

Wie wollte meine Interviewpartnerin das Gespräch beeinflussen? Was ist ihr Appell an meine Arbeit?