

Krause, Matthias P.

## Die "bessere Elternschaft" - Erziehungshaltung von Müttern behinderter Kinder und deren Bewertung durch Fachleute

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 8, S. 283-288*



Quellenangabe/ Reference:

Krause, Matthias P.: Die "bessere Elternschaft" - Erziehungshaltung von Müttern behinderter Kinder und deren Bewertung durch Fachleute - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 8, S. 283-288 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-8331 - DOI: 10.25656/01:833

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-8331>

<https://doi.org/10.25656/01:833>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<http://www.v-r.de>

### Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

### Kontakt / Contact:

peDOCS  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Digitalisiert

Mitglied der

  
Leibniz  
Leibniz-Gemeinschaft

# Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · A. Dührssen, Berlin · E. Jorswieck, Berlin  
M. Müller-Küppers, Heidelberg · F. Specht, Göttingen

Schriftleitung: Rudolf Adam und Friedrich Specht unter Mitarbeit von Gisela Baethge und Sabine Göbel  
Redaktion: Günter Presting

38. Jahrgang / 1989

VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG  
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

# Die „bessere Elternschaft“ – Erziehungshaltung von Müttern behinderter Kinder und deren Bewertung durch Fachleute

Von Matthias Paul Krause

## Zusammenfassung

Besonderheiten des erzieherischen Umgangs von Eltern behinderter Kinder (u. a. Ablehnung, Überbehütung, Übernachsichtigkeit) konfrontieren Fachleute der Frühförderung mit ihren eigenen Erziehungsvorstellungen. Eine Übersicht faßt die Erkenntnisse über das Erziehungsverhalten von Eltern mit behinderten Kindern zusammen; ihnen werden Ergebnisse einer Befragung von Fachleuten gegenübergestellt, in der die Experten elterliche Erziehungshaltungen bewerteten. Die Wertschätzung akzeptierender Haltungen sowie die Ablehnung von überprotektiven und übernachsichtigen Erziehungsmustern bei den Fachleuten deutet auf ein Konfliktpotential in der Elternarbeit hin.

## 1 Problemstellung

Erfolgreiche Frühförderung eines behinderten Kindes hängt im wesentlichen davon ab, inwieweit es dem Experten gelingt, mit den Eltern die Basis einer vertrauensvollen und wechselseitigen Kooperation zu schaffen. Diese erfordert Verständigung mit den Eltern und deren Unterstützung (Ebert 1987). In der Praxis wird diese Zusammenarbeit oft durch einen offen oder verdeckt ausgeprägten Konflikt um die „richtige Erziehung“ – sei es als Ziel, Einstellung oder praktische Umgangsform (vgl. Lukesch 1975), erschwert. Zwischen Therapeut und Eltern entwickelt sich anstelle der Kooperation ein Kampf um die „bessere Elternschaft“, in dessen Verlauf beide Parteien einander beweisen wollen, daß ihre Erziehungsweise die allein angemessene ist (Wölpert 1985).

Im folgenden soll deshalb dargestellt werden, welchen erzieherischen Haltungen der Eltern der Fachmann in der Frühförderung häufig gegenübersteht, und auf welche Weise er diese bewertet. Der Vergleich der präferierten Standpunkte in Erziehungsfragen ergibt Rückschlüsse auf mögliche Ursachen erschwerter Kommunikation zwischen Eltern behinderter Kinder und Fachleuten.

## 2 Erziehungseinstellung von Müttern behinderter Kinder

### 2.1 Ablehnung und Zurückweisung

Über Erhebungen mit dem PARI (Parent Attitude Research Instrument) berichten Crnic, Friedrich und Greenberg (1983) zusammenfassend: punitive und ablehnende

Einstellungen werden bei Müttern behinderter Kinder unabhängig vom Schweregrad der Beeinträchtigung gefunden; eher scheint ein Zusammenhang mit dem Bildungsgrad der Mutter zu bestehen. Bei den Vätern wird im allgemeinen mehr Ablehnung ihrer behinderten Kinder konstatiert als bei den Müttern. Waissbren (1980) weist auf ein besonders hohes Ausmaß an Zurückweisung und Ablehnung gerade bei den Eltern sehr junger retardierter Kinder hin.

Untersuchungen mit dem QRS (Questionnaire on Resources and Stress) ergeben bei Holroyd und McArthur (1976) signifikant mehr negativ-ablehnende Einstellungen bei Müttern autistischer Kinder als bei Müttern von Down-Syndrom-Kindern oder psychiatrisch auffälliger Kinder. Auch Eltern geistig behinderter Kinder äußern mehr negativ-ablehnende Haltungen als Eltern nichtbehinderter Kinder. Lebensbedrohende neuromuskuläre Erkrankungen der Kinder führen bei den Eltern zu deutlich höher ausgeprägten ablehnenden Haltungen als beispielsweise bei Eltern, deren Kinder an Mucoviszidose oder Nierenleiden erkrankten. Insbesondere jüngere Mütter und solche mit höherer Bildung zeigen negativere Einstellungen gegenüber ihren leicht behinderten Kindern (motorische, Artikulations-, Hörprobleme oder geringfügigere mentale Retardierung).

Mißbilligung und Rigidität gegen das behinderte Kind sind nach Balzer und Rolli (1975) Ausdruck einer elterlichen Verleugnungstendenz: das Kind muß die Rolle des Versagers, des Leistungsunwilligen übernehmen, damit sich die Eltern mittels dieser Schuldzuschreibung gegen psychische und soziale Verletzung stabilisieren können.

### 2.2 Overprotection – Überbehütung

Die Arbeitsgruppe um J. Holroyd (1985) findet ferner, daß sich Mütter behinderter Kinder deutlich mehr überprotektive Erziehungshaltungen zuschreiben als etwa Mütter nichtbehinderter Kinder. Diese Haltung tritt bei Müttern von autistischen Kindern und Kindern mit neuromuskulären Erkrankungen häufiger als bei Müttern von Down-Syndrom-Kindern auf (Holroyd 1974; Holroyd/McArthur 1976). Crnic et al. (1983) vermuten eine Abhängigkeit vom Schweregrad der Behinderung.

Überbehütung als Beziehungsform zum behinderten Kind kann besonders durch dessen Stellung als jüngstes in der Geschwisterreihe oder als Einzelkind herausgefordert werden (Balzer/Rolli 1975). Sie betont die „Kranken-Rolle“ des behinderten Kindes, meist verbunden mit der mütterlichen Rolle des Märtyrers; familiendynamisch erfüllt auch diese Beziehungshaltung die Funktion einer

Stabilisierung der Familie und Kompensation von Schuldgefühlen durch wechselseitige Rollenzuschreibung. Beim Kind führt sie jedoch zu sekundärer Retardierung, z. B. hinsichtlich der Entwicklung sozialer Fertigkeiten (Landman 1979). Sicherlich spielt dabei auch eine elterliche Reaktion auf die faktisch richtige Wahrnehmung von negativen Einstellungen von Nichtbehinderten eine Rolle (Watson/Midlarsky 1979).

2.3 Overindulgence – Übernachsichtigkeit

Als Basis dieser Erziehungshaltung werden ambivalente Einstellungen gegenüber dem behinderten Kind angesehen. Noch nicht verarbeitete Schuldgefühle und aggressiv-ablehnende Tendenzen, die jedoch nicht bewußt sind und nicht ausgesagt werden, sind wirksam. Sublime Feindseligkeiten wechseln sich mit verwöhnenden und in den Mittelpunkt stellenden Attitüden ab (Balzer/Rolli 1975). Überfürsorglichkeit tritt in der Befragung von Müttern behinderter und nichtbehinderter Kinder von Martinius et al. (1981) in vergleichbarer Ausprägung wie überbehütende, akzeptierende und ablehnende Erziehungshaltungen auf. Allerdings werden bei Müttern mit anfallskranken Kindern und denen von Kindern mit Atresien prozentual höhere Ausprägungen von Überbehütung und auch Ablehnung als in der Kontrollgruppe gefunden.

2.4 Interaktives Verhalten von Müttern behinderter Kinder

In den Spielinteraktionen zwischen Müttern und behinderten Kindern spiegeln sich diese Befunde wider: Mütter retardierter Kinder drücken seltener Wärme und Freundlichkeit in intensiver Weise aus als eine Kontrollgruppe von Müttern gesunder Kinder (Kogan, Wimberger u. Bobbitt 1969); Mütter behinderter Kinder tendieren zu mehr Direktivität und Aktivität (Eheart 1982); Mütter von Risiko-Kindern werden in den Spielsituationen konsistent als initiativer und weniger responsiv als

Mütter gesunder Kinder beurteilt (Wasserman/Allen 1985). Mit zunehmendem Alter des behinderten Kindes finden sich häufiger Tendenzen der Mütter, sich zurückzuziehen, aufzugeben oder sich zu verweigern (Henggeler/Cooper 1983). Im Umgang mit Down-Syndrom-Kindern nehmen Mütter doppelt so häufig als die Väter eine „Lehrer-Rolle“ ein (Stoneman, Brody u. Abbott 1983).

3 Bewertung mütterlicher Haltungen durch Fachleute – Ergebnisse einer Befragung

Ablehnung sowie Überbehütung stellen demnach Erziehungshaltungen dar, die bei Müttern behinderter Kinder häufiger als bei denen gesunder Kinder gefunden werden. Modifizierende Variablen scheinen Alter und Bildungsgrad der Mütter sowie Art und Schweregrad der Behinderung des Kindes zu sein.

Der pädagogische, medizinische oder psychologische Experte in der Frühförderung oder Entwicklungsrehabilitation sieht sich nicht nur mit diesen Einstellungsmustern bei Müttern behinderter Kinder, sondern auch mit gesteigerter dirigierender Aktivität sowie mangelnder Responsivität der Mütter im konkreten Umgang mit dem behinderten Kind konfrontiert. Er wird diese Haltungen vermutlich analog des aktuell gültigen sozio-kulturellen Erziehungsideals bewerten: mit der Zurückweisung von einschränkend-ablehnenden und überbehütenden Einstellungen (Bierhoff-Alfermann/Höcke-Pörzgen 1974; Kirstein 1981). Andererseits wird er sich jedoch auch einem berufsspezifischen Stereotyp des Erziehers verpflichtet fühlen, das hohes Ausmaß an Akzeptanz, Permissivität und ebenfalls Überbehütung umfaßt (Zern 1981). Diese Variante wird auch nahegelegt, berücksichtigt man, daß sich der Experte dem elterlichen Ambivalenzkonflikt gegenüber sieht: er kann dann den Anteil wählen, das behinderte Kind vor seiner(m) Mutter/Vater schützen zu wollen und ihm ein(e) „gute(r) Mutter/Vater“ sein zu wollen (Baumann 1987).

Tab. 1: Beispiele aus der MCRE – Mother-Child-Relationship-Evaluation (Roth 1973); 4 x 12 Fragen; bipolare 5-Punkte-Skala

	Billigung – Mißbilligung				
	1	2	3	4	5
Akzeptierende Haltungen (A):					
„Auch Kinder haben ihre Rechte . . . . .“					“
„Eine Mutter soll das Schicksal ihres Kindes bejahen . . . . .“					“
Ablehnende Haltungen (R):					
„Eine Mutter soll so früh wie möglich mit dem Stillen aufhören . . . . .“					“
„Kinder tun oft so als seien sie krank . . . . .“					“
Überpermissive Haltungen (OI):					
„Ein Kind trifft keine Schuld, wenn es etwas falsch gemacht hat . . . . .“					“
„Eine Mutter soll stets darauf achten, daß die Wünsche des Kindes erfüllt werden . . . . .“					“
Überprotektive Haltungen (OP):					
„Mein Kind kann ohne mich nicht auskommen . . . . .“					“
„Eine Mutter sollte ihr Kind niemals allein lassen . . . . .“					“

Tab. 2: Häufigkeitsverteilung: Bewertung mütterlicher Erziehungshaltungen nach Billigung-Mißbilligung (in %)

	Mißbilligung	Unentschieden	Billigung
Akzeptierende Haltungen (A)	7,3	7,7	85,0
Ablehnende Haltungen (R)	65,0	17,5	17,5
Überpermissive Haltungen (OI)	67,6	19,2	13,2
Überprotektive Haltungen (OP)	73,9	16,1	10,0

Den Mitarbeitern einer sozialpädiatrischen Einrichtung (Kinderneurologisches Zentrum Bonn) wurden Aussagen von Müttern über erwünschtes erzieherisches Verhalten (Roth 1973) zur Stellungnahme vorgelegt. Thematisch waren in diesen Aussagen die oben beschriebenen Erziehungshaltungen enthalten. Die Stichprobe (N = 33) umfaßt die Spannweite helfender Berufe - Kinderärzte, Psychologen, Entwicklungstherapeuten, Erzieher, Kinderkrankenschwestern; 27% der Befragten haben selbst Kinder, 79% sind Frauen.

Mehr als dreiviertel (85%) der Mitarbeiter befürworten durchschnittlich akzeptierende Erziehungseinstellungen (s. Tab. 1);  $\frac{2}{3}$  bis nahezu  $\frac{1}{4}$  der Befragten weisen Haltungen, die Ablehnung, Überpermissivität und Überbehütung ausdrücken, stark zurück. Die Diskrepanz zwischen akzeptierenden und nicht-akzeptierenden Haltungen ist signifikant ( $p < 0.01$ ). Innerhalb der nicht-akzeptierenden Haltungen werden überpermissive Einstellungen bedeutsam weniger mißbilligt als überbehütende Erziehungskonzepte ( $p < 0.05$ ). Das Alter der Befragten hat auf die Bewertung der Erziehungseinstellungen keinen bedeutsamen Einfluß. Ebenfalls bewirkte eigene Elternschaft bei den Helfern keine signifikanten Unterschiede; allerdings deutet sich eine Tendenz an, derzufolge die Mütter unter den Helfern ablehnenden wie auch überprotektiven Haltungen stärker zustimmen als kinderlose Frauen aus der gleichen Altersgruppe (über 30 J.).

Für den gegenwärtigen Diskussionsstand um pädagogische Streitfragen erscheinen einige Einzelergebnisse interessant. So lehnen 96% der Befragten ab, mit dem Stillen so früh wie möglich aufzuhören. Ein verwöhnende Haltung bei Einschlafproblemen des Kindes, wie etwa sich zum Kind zu legen, lehnen 54% der Fachleute ab. Auch die Haltung, sich um ein schreiendes Kind sofort zu kümmern, stößt auf die Ablehnung von knapp der Hälfte der Befragten. Über die Hälfte erteilen dem Kind Verantwortung (Schuld), wenn es etwas falsch gemacht hat. 48% der Fachleute stimmen zu, daß es gut für ein Kind sei, von Zeit zu Zeit von der Mutter getrennt zu sein. Nach Auffassung von  $\frac{1}{4}$  der Befragten gehören Kin-

der nicht zum Lebensinhalt der Ehe. Ein hoher Anspruch an die Mütter wird deutlich, wenn  $\frac{1}{3}$  der Fachleute zustimmen, daß Mütter immer genügend Zeit haben müssen, ihrem Kind vorzulesen; andererseits lehnen  $\frac{1}{4}$  der Befragten ab, daß eine Mutter stets darauf achten sollte, die Wünsche ihres Kindes zu erfüllen. Strafandrohungen ohne konsequente Bestrafung lehnen 90% der Fachleute ab.

Der Vergleich mit den Studien von Roth (1973) und Martinius et al. (1981) führt zu folgenden Ergebnissen: Die Fachleute unserer Stichprobe schreiben sich eine stärker akzeptierende, zugleich weniger ablehnende, überbehütende und überpermissive Erziehungseinstellung als Mütter der amerikanischen Mittelschicht im Alter zwischen 25 und 35 Jahren zu ( $p < 0.01$  für alle 4 Dimensionen). Die überaus hohe akzeptierende Haltung der Mitarbeiter übertrifft ebenfalls die Akzeptanz deutscher Mütter mit anfallskranken Kindern; die überbehütende Haltung ist bei den Fachleuten deutlich niedriger ausgeprägt als bei den Müttern behinderter Kinder.

Die Gruppe der Fachleute favorisiert nahezu einstimmig (97% der Befragten) die akzeptierende Haltung als dominanten Erziehungsstil (Ausprägungen oberhalb der 75. Perzentile) gegenüber nur 38% der Mütter mit anfallskranken Kindern. Dominante Erziehungseinstellungen mit Ablehnung, Überpermissivität oder Überbehütung finden sich in der Gruppe der Experten nicht bzw. nur geringfügig, während sie bei einem Drittel bzw. Viertel der Mütter mit behinderten Kindern als dominierende Haltungen auftreten.

#### 4 Diskussion

Die Bevorzugung der akzeptierenden Erziehungseinstellung und die Mißbilligung von überbehütenden, überpermissiven sowie ablehnenden Haltungen bei den Fachleuten spiegelt ein Erziehungsmuster wider, das im Wesentlichen demjenigen der soziokulturellen Mittelschicht entspricht (Kirstein 1981). Überbehütung gehört nicht, wie etwa bei den von Zern (1981) befragten Erziehern,

zum Muster der Erziehungseinstellungen der hier untersuchten Expertengruppe. In der rigorosen Trennung zwischen akzeptierender und nicht-akzeptierender Haltung unterscheiden sich die Fachleute allerdings auch von Müttern gesunder Kinder (*Martinius et al.* 1981): eine Ursache mag in einem gewissen *pädagogischen Idealismus* zu finden sein, der von psychosozialen Helfern, die vorwiegend jünger sind (50% der Befragten zwischen 20 und 30 Jahren), weiblich (79%) und selbst kinderlos (73%) sind, vertreten wird. Der Umstand, daß höheres Alter einschließlich der Erfahrung eigener Elternschaft eine stärkere Billigung überbehütender wie auch ablehnender Haltungen mit sich bringt, stützt diese Vermutung.

Ferner scheint Permissivität aus der Sicht der Experten ein weniger schwerwiegender Erziehungsfehler zu sein als etwa Überbehütung (*overprotection*) (vgl. Tab. 1). Akzeptanz und ein eingeschränktes Ausmaß an Permissivität scheinen demnach die wesentlichen Komponenten der Erziehungshaltung darzustellen, die von Fachleuten in der Arbeit mit behinderten Kindern befürwortet werden bzw. von dieser speziellen Experten-Gruppe als sozial erwünscht angesehen werden (s. *Zern* 1981).

Da sich die Befunde auf die Ebene der Einstellungen beziehen, bleibt die Frage nach der Verhaltensrelevanz, hier also nach dem Effekt der Bewertungen elterlicher Erziehungseinstellungen durch Fachleute für deren praktischen Umgang mit den Müttern in unserer Studie unbeantwortet. Für den Bereich der erzieherischen Vorstellungen kann jedoch festgehalten werden, daß sich Fachleute und Mütter von Behinderungen betroffener Kinder deutlich unterscheiden. Der bei Müttern beobachteten geringeren Responsivität sowie der Distanzierung vom Kind wird von seiten der Experten eine fast einstimmig vorgetragene Wertschätzung der Akzeptanz entgegengehalten; natürlich fällt es den Fachleuten leicht, negative Haltungen abzulehnen und Akzeptanz zu befürworten, wenn sie selbst nicht – wie die Eltern – persönlich betroffen sind bzw. wenn sie sich nicht aufgrund eigener elterlicher Erfahrungen mit ihnen identifizieren können. Die bereits in den Einstellungen angelegte Diskrepanz scheint jedenfalls eine mögliche Vorbedingung für Konflikte zwischen Fachleuten und betroffenen Eltern in Beratung und Therapie darzustellen.

#### 4.1 Abspaltung aggressiv-ablehnender Gefühle

Möglicherweise stellt das beschriebene Muster erzieherischer Haltungen dem Experten eine Art *ideellen Bewältigungsmechanismus* zur Verfügung, mit dem er den beunruhigenden und bedrohlichen Eindruck, der mitunter von der Behinderung eines Kleinkindes ausgeht, kompensiert: je mehr er sich akzeptierend gibt, desto wirksamer ist er in der Lage, eigene Gefühle der Ablehnung, „die Angst des Helfers vor den Behinderten“ (*Wirth* 1981) zu verleugnen. Stellt sich der Therapeut diesen persönlichen Gefühlen nicht, wird er dazu tendieren, sie auf die Eltern zu projizieren. Man kann annehmen, daß

(elterliche) Ablehnung, Härte und Zurückweisung gegenüber einem hilflosen behinderten Kind im Helfer unbewußte aggressive Bestrafungswünsche entstehen lassen; er wird dann ein Setting „ambivalenter Hilfe“ wählen, in dessen Rahmen er die Eltern genauso behandelt wie diese ihr Kind, z. B. indem er sie mit seinen pädagogischen Maßstäben und Interventionen unter Druck setzt, seinen Widerstand gegen ihre Beziehungsangebote stellt und ihren Leidensdruck, ihr Bedürfnis nach Hilfe nicht mehr wahrnehmen und annehmen kann (*Bienenfeld* 1987). Der Umgang mit den eigenen Aggressionen gehört zu den schwierigsten Problemen des Helfers (*Bonn* 1986); die Analyse von Beziehungskonflikten zwischen Helfern und Eltern in Supervisionsgruppen belegen dies: Verleugnete Aggressionen verbauen nicht nur den Blick für die Bedürfnisse des Patienten, sondern führen zu unsicherer Selbstabgrenzung, doppelstimmigen Haltungen (in denen sich Mißachtung und Abwertung liebevoll-einfühlsam ausdrücken), zu „verschwommenen“ Beziehungen bis hin zu destruktiven symmetrischen Beziehungsmustern.

#### 4.2 Die Selbstheilung des Therapeuten

*Junker* (1973) leitet das Motiv zum helfenden Beruf aus psychoanalytischer Sicht von einer „...durch Ideal-Ich-Vorstellungen ins Ich vermittelten Sehnsucht...“, die sehr stark mit noch-einmal-leben-wollen, mit Wiedergutmachung, mit nicht löschbaren Schuldgefühlen und einem Bedürfnis nach *Selbstheilung* zu tun hat... (S. 20)“ ab. Folgt man dieser Deutung, so scheinen sich in den erzieherischen Verhaltensweisen und Überzeugungen der Helfer immer eigene Wünsche widerzuspiegeln, die der Helfer rückblickend an seine eigenen Erzieher richten mag; daraus könnte sich sein latenter Auftrag an die rat-suchenden Eltern entwickeln, ihr Kind so zu erziehen, als sei er mit ihm, dem Kind, identifiziert. In dieser Betrachtungsweise würde das gefundene Erziehungstereotyp eher den auf sich selbst und die eigene Biographie bezogenen Wunschvorstellungen des Experten entsprechen. Es würde dann nicht nur eine eigene Dynamik hervorbringen, die dazu tendiert, sich den Eltern aufzudrängen und Druck auszuüben, sondern auch zu Unverständnis und unrealistischer Einschätzung der emotionalen Lage dieser Eltern führen (*Krause* 1986). Aus der Perspektive der Eltern mit schwer mehrfach behinderten Kindern gesehen bleibt ihnen oftmals nach Kränkung, Enttäuschung und Trauer eine überbehütende oder distanzierte Haltung gegenüber dem Kind als einzige Möglichkeit, sich mit seiner Behinderung einzurichten. Insofern bekommt die „negative“ Haltung eine sinnvolle Funktion für Eltern und das familiäre System. Gelingt dem Fachmann Einfühlung, Verstehen und Kontakt (*Junker*) mit den betroffenen Eltern nicht, wird er sich rasch unter Produktions- und Aktionszwang (*Spoerri* 1984) setzen, um ihnen die Angemessenheit seiner Erziehungseinstellungen zu beweisen und damit in seiner Beratung scheitern.

### 4.3 Schlußfolgerung für die institutionelle Arbeit

Die Untersuchungsergebnisse geben den Fachleuten Anlaß, sich ihre persönlichen Präferenzen von Erziehungseinstellungen bewußt zu machen und zu reflektieren. Das hier so eindeutig zutage tretende Stereotyp „Ideal der Akzeptanz“ legt nahe, daß Mütter bzw. Eltern, die diesem Erziehungsideal entsprechen, von den Experten eher angenommen werden als jene, die dem therapeutischen Idealtyp zuwiderlaufende Erziehungsvorstellungen entwickelt haben. Tatsächlich weist die klinische Erfahrung darauf hin, daß der Kontakt mit diesen Eltern immer als besonders problematisch angesehen wird, Aversionen hervorbringt und Engagements wie „Delegation der Veränderung“ in hartnäckigen Beratungsgesprächen mit den Eltern oder schlichtweg „Feindbildungen“ (Bauriedl 1984a) entstehen: sie deuten darauf hin, daß der Therapeut in einer Koalition mit dem Kind Opposition gegen die Eltern bezieht und zu einem Verstehen ihrer Situation nicht mehr in der Lage ist (Wölpert 1985).

Diese Beobachtung erhält noch einen weiteren Akzent, wenn man davon ausgeht, daß der Experte unvermeidlich in die *Familiendynamik* verwickelt wird und somit in ein kompliziertes Netz von Bündnisangeboten gerät. Seine emotionalen Reaktionen entsprechen dann Gegenübertragungsgefühlen, die ihm Aufschluß über Bedrohungen, Ängste und Abwehr in der Familie geben können (Bauriedl 1984b). Seine Neigung, sich mit dem behinderten Kind gegen die Eltern zu identifizieren, würde ihm dann einen diagnostischen Hinweis auf Abwertungstendenzen der Eltern, deren Depression und schließlich deren Angst vor latenten Ablehnungsgefühlen geben (Baumann 1987). Interventionen aus seiner Rollenwahl als „gute(r) Mutter/Vater“ verstärken somit bereits vorhandene elterliche Schuldgefühle und führen möglicherweise zu Behandlungsabbrüchen, für die gerne der elterliche Widerstand, die Abwehr der Behinderung des Kindes, verantwortlich gemacht werden. Unter dieser Perspektive wäre eine systematische Untersuchung des Therapieabbruchs durch die Eltern mit Sicherheit im Interesse der betroffenen Familien.

Der Streit um die „bessere Elternschaft“ in der Zusammenarbeit zwischen Experten und Eltern bei der Entwicklungsförderung eines behinderten Kindes gibt dem Fachmann Anstöße, sich mit seinen Erziehungseinstellungen und Haltungen in Selbstreflektion und Supervision auseinanderzusetzen. Darüber hinaus findet er in seinen gefühlsmäßigen Reaktionen einen sensiblen Indikator für die interne Beziehungsdynamik der Familie.

### Summary

*The "Better Parenthood." Educational Attitudes in Mothers of Handicapped Children and Their Evaluation by Experts*

Rejection, overprotectiveness and overindulgence are often found as educational attitudes in parents of handi-

capped children. The rehabilitation experts' own educational preferences were examined by questionnaire and confronted with those of the parents. The results suggest a interactional pattern of hidden struggle between experts and parents for being the "best parent."

### Literatur

- Balzer, B., Rolli, S. (1975): Sozialtherapie mit Eltern Behinderteter. Weinheim: Beltz. – Baumann, S. (1987): Der Gegenstand psychodynamisch orientierter Supervision in der Frühförderung. Frühförderung interdisziplinär 6, 150–158. – Bauriedl, T. (1984a): Die Auflösung von Beziehungsstörungen in Balint-Gruppen. Supervision 6, 47–59. – Bauriedl, T. (1984b): Beziehungsanalyse. Frankfurt: Suhrkamp. – Bienenfeld, S. (1987): Systemic countertransference in the treatment of child abuse. Unveröff. Manuskript, International Congress of Family Therapy, Prague. – Bierhoff-Alfermann, D., Höcke-Pörzgen, B. (1974): Kindererziehung aus der Sicht von Eltern zweier antiautoritärer und evangelischer Kindergärten: eine Erkundungsstudie, Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie 6, 139–145. – Bonn, R. (1986): Die Abspaltung von Wut in der Klientenzentrierten Psychotherapie, GwG-Info, Dez. – Cmic, K. A., Friedrich, W. N., Greenberg, M. T. (1983): Adaption of families with mentally retarded children: a model of stress, coping and family ecology. Am. J. of mental deficiency 88, 125–138. – Ebert, D. (Hrsg.) (1987): Wer behindert wen? – Eltern behinderter Kinder und Fachleute berichten. Frankfurt: Fischer. – Eheart, B. K. (1982): Mother-child interactions with nonretarded and mentally retarded preschoolers. Am. J. of mental deficiency 87, 20–25. – Henggeler, S. W., Cooper, P. F. (1983): Deaf child – hearing mother interaction: extensiveness and reciprocity. J. of pediatric psychology 8, 83–95. – Holroyd, J. (1974): The Questionnaire on Resources and Stress (QRS): an instrument to measure family response to a handicapped family member. J. of community psychology 2, 92–94. – Holroyd, J. (1985): Questionnaire on resources and stress manual. Unveröff. Manuskript, Los Angeles. – Holroyd, J., McArthur, D. (1976): Mental retardation and stress on the parents: A contrast between Down's syndrome and childhood autism. Am. J. of mental deficiency 80, 431–436. – Junker, H. (1978): Das Beratungsgespräch. München: Kösel. – Kirstein, M. (1981): Erziehungsstile und sozioökonomische Einflußfaktoren. Unveröff. Diplomarbeit, Universität Bonn. – Kogan, K. L., Wimberger, H. C., Bobbitt, R. A. (1969): Analysis of mother-child-interaction in young mental retardates. Child Development 40, 799–812. – Krause, M. P. (1986): Entwicklungsförderung behinderter Kinder: ein familienzentriertes Konzept. Soz. pädiatrie in Klin. u. Prax. 8/1, 39–42. – Landman, S. H. (1978/79): A study of the relationship between parental overprotectiveness and the achievement of selected life skills among mildly retarded adolescents, Dissertation Abstracts International 39, 10B. – Lukesch, H. (1975): Erziehungsstile, pädagogische und psychologische Konzepte. Stuttgart. – Martinus, J., Bäuml, M., Schmitterer, J. (1981): Zur Erziehungshaltung von Müttern anfallskranker Kinder. In: Remschmid, H., Rentz, R., Jungmann, J. (Hrsg.): Epilepsie 1980. Stuttgart: Thieme, 66–69. – Roth, R. M. (1973): Mother-child-relationship-evaluation (MCRE). In: Lake, D. G., Miles, M. E., Earle, R. B. (Eds.): Measuring human behavior. Teachers college press, Columbia University, New York. – Spoerri, C. L. (1984): Problemzonen der Frühförderung. Frühförderung interdisziplinär 2, 58. – Stoneman, Z., Brody, G. H., Abbott, D. (1983): In-home observations of

- young Down-Syndrome children with their mothers and fathers. *Am. J. of Ment. Def.* 87, 591-600. - *Waisbren, S. E.* (1980): Parents' reactions after the birth of a developmentally disabled child. *Am. J. of mental deficiency* 84, 345-351. - *Wasserman, G. A., Allen, R., Solomon, C. R.* (1985): At-risk toddlers and their mothers: the special case of physical handicap. *Child Development* 56, 73-83. - *Watson, R. L., Midlarsky, E.* (1979): Reactions of mothers with mentally retarded children: a social perspective. *Psychological reports* 45, 305-310. - *Wirth, H. J.* (1981): Behinderte Kommunikation: Probleme der Kooperation in der Behindertenarbeit. *Psychosozial* 2, 305-310. - *Wölpert, F.* (1985): Frühförderung und Familiendynamik - Überlegungen zur Notwendigkeit von Supervision. *Frühförderung interdisziplinär* 4, 145-150. - *Zern, H.* (1981): Zum Problem der sozialen Erwünschtheit bei der Erfassung von Berufswahlmotiven angehender Erzieherinnen, *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 30, 214-217.
- Anshr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Matthias Paul Krause, Kinderneurologisches Zentrum Bonn, Waldenburger Ring, 5300 Bonn 1.