

**Psychosexuelle Entwicklung bei unsicherer Bindungserfahrung in der frühen
Kindheit –
Möglichkeiten der Entwicklungsförderung und Intervention in der Arbeit mit Kindern**



*Man muss den Dingen
die eigene, stille
ungestörte Entwicklung lassen,
die tief von innen kommt
und durch nichts gedrängt
oder beschleunigt werden kann,
alles ist austragen – und
dann gebären...*

*Reifen wie der Baum,
der seine Säfte nicht drängt
und getrost in den Stürmen des Frühlings
steht,
ohne Angst,
dass dahinter kein Sommer
kommen könnte.*

Er kommt doch!

Aber er kommt nur zu den Geduldigen,

*die da sind, als ob die Ewigkeit
vor ihnen läge,
so sorglos, still und weit...*

Man muss Geduld haben

*Mit dem Ungelösten im Herzen,
und versuchen, die Fragen selber lieb zu
haben,
wie verschlossene Stuben,
und wie Bücher, die in einer sehr fremden
Sprache
geschrieben sind.*

*Es handelt sich darum, alles zu leben.
Wenn man die Fragen lebt, lebt man vielleicht
allmählich,
ohne es zu merken,
eines fremden Tages
in die Antworten hinein.*

– Rainer Maria Rilke, Viareggio bei Pisa (Italien), am 23. April 1903

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	5
1.1 Fallbeispiel: Karl	5
1.2 Fragestellung und Hypothesen	8
1.3 Meine Haltung zur Thematik dieser Arbeit.....	10
1.4 Zur Methodik dieser Arbeit.....	12
1.5 Inhaltliche Gliederung der Arbeit	13
2 Infantile Psychosexualität	16
2.1 Psychosexuelle Entwicklung	16
2.2 Die sexuelle Motivation des Kindes	17
2.3 Phasenmodell.....	19
2.4 Oralität	21
2.5 Analität.....	26
2.6 Genitalität	27
3 Bindungstheorie.....	31
3.1 Die Grundlagen der Bindungstheorie	31
3.2 Feinfühligkeit.....	33
3.3 Die Entwicklung der Bindungsbeziehung.....	35
3.3.1 Die Bindungsbeziehung in den ersten zwei Lebensjahren	37
3.3.2 Die Bindungsbeziehung ab dem dritten Lebensjahr	39
3.4 Die fremde Situation und Klassifizierung von Bindungsstilen	42
3.4.1 Die Entwicklung einer sicheren Bindung.....	44
3.4.2 Unsichere Bindung: vermeidende und ambivalente Bindung	46
3.4.2.1 Vermeidendes Bindungsverhalten.....	47
3.4.2.2 Ambivalentes Bindungsverhalten	48
3.4.3 Folgen unsicherer Bindungsmuster	50
3.5 Erste Überlegungen zur Beziehung von psychosexueller Entwicklung und unsicheren Bindungserfahrungen	51
3.5.1 Veränderbarkeit	52
3.5.2 Die Körperlichkeit.....	52
3.5.3 Die Emotionalität	53
3.5.4 Die Entwicklung des Kindes aus der Interaktion mit den Eltern	53
3.5.5 Die elterliche Beziehung als Introjektion	54
4 Von der Bedeutung einer unsicheren Bindung für die psychosexuelle Entwicklung in der aktuellen Forschung.....	56

Psychosexuelle Entwicklung bei unsicherer Bindungserfahrung in der frühen Kindheit

4.1 Auszug aus der psychoanalytischen Theorie zum Verhältnis der Systeme Bindung und Sexualität	57
4.2 Sexuelle Devianz und Bindung bei Kindern und Jugendlichen	59
4.3 Zusammenhang von sexuellen Verhaltensweisen und Bindungsstil	60
4.4 Bindung, Partnerschaft und Sexualität	61
4.5 Die Beziehung von Bindung und Sexualität in der klinischen Praxis.....	62
5 Schlussfolgerungen und Zusammenfassung zum Verhältnis kindlicher Sexualität und Bindung	64
5.1 Zum Verhältnis unsicherer Bindungserfahrungen und psychosexueller Entwicklung	64
5.2 Unsichere Bindungserfahrungen und deren mögliche Bedeutungen für die psychosexuelle Entwicklung	65
6 Therapieansätze und Förderungskonzepte	69
6.1 Zur Eltern-Säuglings-Kleinkind Psychotherapie	69
6.2 Sexualpädagogische Förderungskonzepte und sexualtherapeutische Modelle.....	71
6.2.1 Sexualpädagogisches Konzept des Heilpädagogischen Zentrums Hagendorn	72
6.2.2 Sexualpädagogisches Konzept des Instituts für Sexualpädagogik und Sexualtherapie Uster.....	73
6.2.3 Material zur sexuellen Aufklärung und Förderung der BzGA	75
6.2.3.1 Körper, Liebe, Doktorspiele	76
6.2.3.2 Liebevoll begleiten	77
6.2.4 Sexocorporel	78
6.2.5 Bekannte Erfolgsfaktoren in der Sexualtherapie	83
6.3 Förderungsmöglichkeiten und Therapieansätze bei Kindern mit unsicherer Bindung	85
6.3.1 Psychotherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindergartenkindern mit Bindungsstörung	85
6.3.2 Programm zur Verhinderung der Entwicklung von Bindungsstörungen - SAFE ...	87
6.3.3 Bindungsorientierte Psychotherapie	88
6.3.4 STEEP – Steps toward effective, enjoyable parenting	90
6.3.5 Bindungsorientierte Familientherapie bei sexuellen Verhaltensauffälligkeiten ..	91
7 Methode.....	93
7.1 Forschungsgegenstand	93
7.2 Die Durchführung von ExpertInneninterviews	94
7.2.1 Interviewleitfaden.....	94
7.2.2 Datenschutz und Forschungsethik bezüglich der Interviews.....	95
7.2.3 Interview B01	95
7.2.4 Interview B02	96

Psychosexuelle Entwicklung bei unsicherer Bindungserfahrung in der frühen Kindheit

7.2.6 Interview B03	96
7.2.7 Interview B03 schriftlich	96
7.3 Transkription	96
7.4 Strukturierung des Datenmaterials: thematische Kodierung und Auswertung der Ergebnisse	96
7.5 Methodenkritik- und reflexion.....	98
8 Ergebnisse der Daten	100
8.1 Rahmenbedingungen	100
8.1.1 Altersgruppen	100
8.1.2 Settings.....	100
8.1.3 Erstkontakt zum Kind	101
8.1.4 Frequenz und Dauer.....	101
8.1.5 Äußere Strukturierung	101
8.1.6 Interne Strukturierung	102
8.2 Arbeit mit den Eltern und deren Einbezug	103
8.2.1 Herausforderungen der Eltern.....	104
8.3 Inhalte – Aktivitäten, Übungen, Interventionen.....	105
8.3.1 Zeitpunkt für Beginn der Förderung	105
8.3.2 Voraussetzungen für Veränderungsmöglichkeiten beim Kind	105
8.3.3 Auswahlkriterien der Aktivitäten und Übungen	105
8.3.4 Übungen, Aktivitäten und Interventionen.....	108
8.3.4.1 Im familiären Einzelsetting.....	108
8.3.4.2 Im familiären Gruppensetting, Multifamilientherapie	110
8.3.4.3 Im Einzelsetting mit Kindern in der Bewegungstherapie.....	110
8.3.4.4 Im Einzelsetting mit Kindern in der Sexualberatung.....	111
8.3.5 Nicht-Teilnahme der Kinder an den Aktivitäten	112
8.3.6 Gemeinsamkeiten der Lernschritte und Aktivitäten.....	113
8.4 Wirkung und Lerneffekte der Interventionen und Förderungsansätzen.....	113
8.4.1 In der Sexualtherapie	113
8.4.2 In der Bewegungstherapie	114
8.4.3 In der Bindungstherapie.....	115
8.4.4 Gemeinsame Wirkungen	115
8.5 Ziele.....	116
8.5.1 Ziele der Therapieansätze	116
8.5.2 Ziele in den Therapiestunden	117

Psychosexuelle Entwicklung bei unsicherer Bindungserfahrung in der frühen Kindheit

8.6 Beschreibungen von Verhalten und Symptomatik der Kinder	117
8.6.1 Verhalten bei Bindungsunsicherheit.....	117
8.6.2 Sexuelle Verhaltensweisen	119
8.7 Entstehen der Herausforderungen durch die Eltern-Kind Interaktion	119
8.8 Diskrepanzen zwischen den Entwicklungsbereichen.....	120
8.9 Zusammenhänge der der Sexual- und der Bindungsentwicklung	121
8.9.1 Verbindungen der Teilentwicklungsbereiche	121
8.9.2 Emotionen als Bindeglied.....	123
8.10 Benötigte Fähigkeiten der Beratenden/Therapierenden in der Arbeit mit Kindern	123
8.10.1 In der Beziehung zu den Kindern	125
8.10.2 In der Beziehung zu den Eltern	127
9 Diskussion der Ergebnisse.....	129
9.1 Rahmenbedingungen der Förderungsmöglichkeiten	129
9.2 Möglichkeit der Veränderung in der psychosexuellen Entwicklung und Bindungsmustern durch Beziehungen und Interaktionen.....	130
9.3 Teilnahme der Eltern als Voraussetzung in der Förderung.....	131
9.4 Überlegungen zur Form der Hilfe für Eltern und Kind	134
9.5 Unterschiede in der Förderung der psychosexuellen Entwicklung von sicheren und unsicher gebundenen Kindern.....	136
9.6 Lernschritte in der psychosexuellen Entwicklung bei unsicher gebundenen Kindern durch Körperarbeit.....	138
9.7 Die Beziehung von psychosexueller Entwicklung und der Bindungsentwicklung	140
9.8 Förderungsmöglichkeiten anhand der bereits bekannten Verfahren und Interventionen	141
9.9 Förderungs- und Unterstützungsbedarf der psychosexuellen Entwicklung.....	142
10 Fazit.....	146
11 Literaturverzeichnis	151

Selbstständigkeitserklärung

Anhang

1 Einleitung

Im Folgenden möchte ich zum Einstieg den Fall von Karl¹ skizzieren. Karl ist eines der Kinder, welches ich im Rahmen meiner Tätigkeit beim Jugendamt betreue. Als ich Karl kennenlernte war er 2 Jahre alt, heute ist er 4 Jahre. Eine intensivere Beschäftigung mit Karl und seiner Entwicklungsgeschichte im Rahmen meiner Arbeit passierte zufällig zeitgleich als wir im Studium der Sexologie Vorlesungen zum Thema der (psycho-)sexuellen Entwicklung behandelten. Karl war ein wesentlicher Impuls dafür, dass ich ein Interesse für die Zusammenhänge zwischen psychosexueller Entwicklung und dem Bindungsmuster eines Kindes entwickelte.

1.1 Fallbeispiel: Karl

Karl ist in Fremdunterbringung in einer Pflegefamilie, nachdem er die ersten 9 Lebensmonate bei seinen biologischen Eltern verbracht hatte. Karl zeigt sich als Kind mit unsicheren Bindungserfahrungen, welche am ehesten einem ängstlich-ambivalenten Bindungsmuster zugeordnet werden können.

Schon bevor Karl zur Welt kommt, sind die Behörden um sein Wohlergehen besorgt. Karls Eltern haben beide eine Diagnose innerhalb der psychischen Verhaltensstörungen. Karls Mutter ist ein impulsiver und unruhiger Mensch, mit einer starken Tendenz zu massiven Wutausbrüchen. Karls Vater ist im Gegenteil passiv und eher apathisch. Die Behörden entscheiden, dass Karl nach der Geburt gemeinsam mit seinen Eltern in eine Eltern-Kind Einrichtung muss. Während sie in der Einrichtung sind, wird ein elterliches Gutachten zur Erziehungsfähigkeit erstellt, weshalb genaue Beschreibungen über die ersten Monate von Karls Entwicklung vorliegen.

Karl ist 6 Monate in der Einrichtung. Hier wird beschrieben, wie Karl zu Beginn den Kontakt zu seinen Eltern sucht, indem er spontan lächelt, Blickkontakt sucht und weint, später auch Plaudergeräusche von sich gibt. Karls Vater verfügt über kaum Mimik in der Interaktion mit seinem Sohn, Karl schreit im Kontakt mit dem Vater. Karls Mutter ist im Umgang mit Karl fähig, erwidert seine Blicke nicht und hat häufige Wutausbrüche Karls Vater und dem Personal der Einrichtung gegenüber, während sie Karl versorgt, z. B. füttert oder die Windeln wechselt. Die Mutter stillt Karl nicht. Oftmals ist ihr Karl zu anstrengend und sie legt ihn ab und verlässt das Blickfeld von Karl. Karls Vater tritt dann nicht an die Stelle der Mutter, sondern ist ebenfalls nicht für Karl verfügbar, da ihm die nötige Energie für die

¹ Der Fall von Karl wird anonymisiert dargestellt.

Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen von Karls Mutter und zugleich den Bedürfnissen von Karl fehlt.

Die Einrichtung beobachtet, wie Karl beginnt, den Blick abzuwenden oder zu schreien, wenn seine Eltern sich ihm nähern, um ihn zu versorgen. Im Alter von 5-6 Monaten sucht Karl wahllos den Kontakt zu jedem Erwachsenen, der sich ihm nähert, indem er lächelt oder plaudert, um versorgt zu werden. Hier unterscheidet Karl nicht mehr zwischen Fremden, Personal oder den Eltern.

Karl kommt nach Entlassung aus der Eltern-Kind Einrichtung in eine Pflegefamilie. Zu dem Zeitpunkt als ich Karl und die Pflegeeltern kennenlerne, ist die Pflegefamilie überfordert mit dem 2-jährigen Karl und seinem Verhalten. Karl boxt und schlägt die Tiere im Haushalt, ebenso die Pflegegeschwister und die Pflegeeltern. Karl schlägt immer dann, wenn ihm Anforderungen gestellt werden, er etwas nicht möchte (z.B. Windeln gewechselt bekommen), er im Spiel mit anderen Kindern nicht bestimmen darf/kann, er die Signale der anderen Kinder nicht versteht oder sie ihn nicht verstehen. Dies geschieht in der Pflegefamilie und in der Krippe. Zudem streckt Karl die Zunge heraus, wenn er etwas tun soll, was er nicht möchte. Regeln und Grenzen der Erwachsenen, kann Karl nur schwer akzeptieren, er möchte lieber selbst entscheiden.

Karl mag es nicht, berührt zu werden. Hier entzieht er sich, zuckt zurück. Wird er unvorhergesehen berührt, schlägt er aus, schubst oder läuft weg. Karl unterscheidet dabei nicht zwischen Kindern oder Erwachsenen, bekannt oder unbekannt. Kann Karl selber entscheiden, wieviel körperliche Nähe stattfindet, kommt er sehr nah, kuschelt sich z. B. dicht an, geht nah an das Gesicht heran, auch bei Fremden.

Karl fasst unerlaubt alles an, was ihm in die Finger kommt und ist ständig in Bewegung. Meist hat er nicht einmal Ruhe, beim Essen mit am Tisch zu sitzen. Karl läuft weg, wenn ihm etwas nicht passt oder die Erwachsenen mit ihm sprechen möchten, wenn er etwas Unerlaubtes getan hat.

Wenn er etwas möchte, ist er sehr charmant, lächelt, geht auf den Erwachsenen zu und versucht immer wieder diesen zu überzeugen, dass er bekommt was er möchte. Gelingt ihm dies nicht, verfällt er in eine große Krise. Er weint lautstark, ist sehr unglücklich dabei. Karl kann sich nicht selbst beruhigen und er lässt sich nur schwer und sehr langsam von den Erwachsenen trösten. Weder Worte noch Körperkontakt, eine Umarmung oder ähnliches

helfen zunächst. Karl weint auch, wenn er Entscheidungen treffen muss, z.B. ob er mit Kopfhörern seinen Film gucken will oder nicht. Karl ist dann schnell überfordert.

Wenn Karl in einem Spiel ist, kann er sich völlig begeistern und schafft es dann nicht, aufzuhören und seine Begeisterung und Erregung zu regulieren oder reduzieren. Er macht so auch dann weiter, wenn sein Gegenüber ein Stopp ausspricht, z.B. tobt er und springt auf dem Sofa weiter und merkt dabei nicht, dass nun die Stimmung gekippt ist von freudigem Spiel zu Ernst. Karl merkt in diesem Erregungszustand auch nicht, wenn er jemand anderen (aus Versehen) verletzt, boxt oder auf die Füße tritt.

Wechsel und Veränderungen sind schwer für Karl, er braucht feste Rituale und Strukturen. Dies sowohl im Tagesablauf als auch in den Personen, die ihn im Alltag begleiten. Ist Karl auf Grund einer Situation verunsichert, entfernt er sich von dem Geschehen, stellt sich in eine Ecke und beobachtet, er kommuniziert nicht mehr mit anderen.

Karl schläft oftmals nicht durch, wandert nachts durch das Haus der Pflegeeltern, wacht auf und weint. Karl zeigt zudem eine sekundäre Enkopresis, wenn ihn Geschehnisse der vorangegangenen Tage aus der Bahn geworfen haben. Karl spielt dann mit seinem Kot, schmiert ihn in seinem Zimmer auf Wände und Spielsachen.

Karl verhält sich im Kontakt zu mir immer gleich, auch nachdem wir uns 2 Jahre kennen und meine Besuche bei ihm immer nach der gleichen, festen Struktur verlaufen – wenn ich ihn besuche, darf ich nicht in sein Zimmer, er ruft „nein“, wenn ich danach frage. Karl läuft unruhig durch sein Zimmer, hüpfert auf seinem Bett, schmeißt heftig mit seinen Spielsachen. Erst nach einigen Minuten kippt bei Karl die Stimmung und er lädt mich ein, in sein Zimmer zu kommen und mit ihm zu spielen. Wenn ich den Besuch dann beenden möchte, sagt er „nein!“ und dass ich noch mit ihm spielen soll, einen Film mit ihm gucken soll oder ähnliches. Verabschiede ich mich dann von ihm, zeigt Karl nach außen keine emotionale Reaktion auf den Abschied. Oftmals streckt er dann seine Zunge heraus und wendet sich schnell wieder seiner aktuellen Beschäftigung zu. Karl hört immer mit, wenn die Erwachsenen sprechen, er ist immer wachsam. Er mag es nicht, weggeschickt zu werden, wenn ich z.B. mit seinen Pflegeeltern allein sprechen möchte. Er beginnt dann, entweder zu diskutieren oder mit seinem Charme abzulenken oder fragt nach etwas, zum Beispiel einem Keks. Karl kann dann versuchen, den Erwachsenen auf sich zu beziehen und sagt „guck mal!“ oder „ich will dir etwas zeigen“ oder er versucht den Erwachsenen zu animieren, das bereits abgeschlossene Spiel fortzuführen.

1.2 Fragestellung und Hypothesen

Durch meine Kenntnis über Karl und sein Verhalten, stellten sich mir immer wieder neue Fragen zu seiner Entwicklung. Hierbei insbesondere auch dazu, wie seine psychosexuelle Entwicklung auf Grund seines unsicheren Bindungsmusters wohl verläuft und ob diese anders verläuft als bei Kindern mit einer sicheren Bindung. In meiner Arbeit erlebe ich täglich Kinder wie Karl mit einer unsicheren Bindung und bin mir dadurch bewusst geworden, wie sehr unsere frühen Bindungen die Weichen für die gesamte Entwicklung stellen. Mein besonderes Interesse für die Bindungsentwicklung in Verbindung mit der infantilen Sexualität ergibt sich mit Sicherheit auch daher, dass mir in der Jugendhilfe vermehrt unsicher gebundene Kinder begegnen, eben weil die unsichere Bindung ein Faktor für Entwicklungsverzögerungen und Defizite in anderen Entwicklungsbereichen des Kindes ist und sich damit ein Hilfebedarf der Kinder und ihren Familien ergibt. Grundsätzlich ist es jedoch so, dass die meisten Kinder sicher gebunden sind.²

Im Rahmen des Sexologiestudiums habe ich mich in der wissenschaftlichen Arbeit mit dem Thema „Frühkindliche psychosexuelle Entwicklung im ersten Lebensjahr“³ beschäftigt, um ein vertiefendes Wissen zur psychosexuellen Entwicklung zu erhalten und eine Grundlage für die vorliegende Arbeit zu gestalten. Durch meine Recherchen in der wissenschaftlichen Arbeit hat sich für mich verdeutlicht, dass die Verbindung zwischen frühkindlicher Entwicklung und psychosexueller Entwicklung entsteht, indem das Kind seine grundsätzlich mit Geburt vorhandenen Fähigkeiten in allen Bereichen nutzt. Fähigkeiten, die dazu bestimmt sind zu lernen, ob dies nun beispielsweise Teil der motorischen oder der sexuellen Entwicklung ist, macht dabei keinen Unterschied. Die frühe Entwicklung eines Kindes lässt es nicht zu, dass Teilkomponenten, wie die sexuelle Entwicklung einfach ausgeklammert werden, sondern ich möchte die sexuelle Entwicklung als Teil der globalen frühkindlichen Entwicklung betrachten. Durch diese Schlussfolgerung ergibt sich, dass auch die Bindungsentwicklung als fester Teil der frühkindlichen Entwicklung in Verbindung mit der psychosexuellen Verbindung stehen muss – das „Wie“ konnte ich jedoch noch nicht aufdecken.

Weitere Fragen ergaben sich mir dann dazu, was notwendig wäre, um Karl in seiner psychosexuellen Entwicklung unterstützen zu können und ob eventuelle Zusammenhänge

² Siehe Brisch 2020, S. 40. Brisch gibt an, 60-65% der Kinder seien im ersten Lebensjahr sicher gebunden, 25% unsicher-vermeidend und 10% unsicher-ambivalent.

³ Franneck 2020

zwischen dem Bindungsmuster und der sexuellen Entwicklung bei erfolgreich durchgeführten Interventionen einer gegenseitigen positiven Beeinflussung unterliegen.

Meine Fragestellungen, die durch diese Arbeit führen, lauten:

1. Wie stehen die psychosexuelle Entwicklung und die Bindungsentwicklung in Beziehung zueinander?
2. Wie können Förderungsmöglichkeiten in professioneller Praxis aussehen, welche die psychosexuelle Entwicklung bei unsicher gebundenen Kindern im Alter von 0-5 Jahren fördern?

Meine erste Hypothese in der Verbindung mit den Fragestellungen lautet: Psychosexuelle Entwicklung kann Förderung und Unterstützung und ggf. auch Interventionen benötigen, wie auch alle anderen frühkindlichen Teilentwicklungsbereiche. Dies besonders bei anderen vorhandenen Herausforderungen der Kinder, in dieser Arbeit exemplarisch der unsicheren Bindung, unter der Annahme, dass diese eine besondere Beeinflussung auf die psychosexuelle Entwicklung eines Kindes hat.

Meine zweite Hypothese lautet: Frühkindliche Förderung der psychosexuellen Entwicklung findet häufig nicht bewusst statt, bzw. wird nicht durch ein bewusstes Handeln durch Eltern, andere Familienmitglieder, ErzieherInnen/PädagogInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen und anderen Berufsgruppen vollzogen, weshalb die Entwicklung eines Konzeptes zur Beleuchtung und Verdeutlichung der frühen sexuellen Entwicklungsförderung sinnvoll ist.

Meine dritte Hypothese lautet: Bereits bekannte Verfahren und Interventionen, die bei Kindern mit unsicherer Bindung erfolgreich eingesetzt werden, fördern auch die psychosexuelle Entwicklung. Da eine Verbindung zwischen den Teilentwicklungsbereichen besteht, gilt dies auch umgekehrt, so dass Förderungsansätze der psychosexuellen Entwicklung Bindungsmuster verändern können. Dabei besteht die Vermutung, dass psychosexuelle Entwicklung und Bindungsmuster im Besonderen durch die Beziehungen veränderbar sind, in welche das Kind eingeht.

Meine vierte Hypothese lautet: Die frühkindliche psychosexuelle Entwicklung bei Kindern mit einer unsicheren Bindung, lässt sich auf Grund der Symptomatik der unsicheren Bindung und der grundsätzlichen Beschaffenheit und Entstehung der sexuellen Entwicklung am

ehesten/besten durch Körperarbeit fördern und verändern. Dies auch, da Kinder in der gewählten Altersgruppe dieser Arbeit den Körper zum Lernen nutzen.

Meine fünfte Hypothese lautet: Körperlichkeit (Berührungen, Einsatz des Körpers), Emotionalität (Regulierung und Kommunikation) sowie Beziehungsgestaltung- und -erhaltung, sind die drei Bereiche, in denen ein unsicher gebundenes Kind im Verhalten von Kindern mit einer sicheren Bindung abweicht und stellen deshalb die Bereiche dar, die die größte Wahrscheinlichkeit haben mit der psychosexuellen Entwicklung zu korrelieren.

1.3 Meine Haltung zur Thematik dieser Arbeit

Beschäftigt man sich mit der infantilen Sexualität, ist es aus meiner Sicht unerlässlich die Frage nach der Haltung im Umgang mit der Thematik zu stellen; Haltung hier verstanden als innere Einstellung, welche Denken und Handeln im Umgang mit der Thematik prägt. Haltung im Sinne des Einzelnen, aber auch der Gemeinschaft. An dieser Stelle möchte ich in Kürze die Haltung dieser Arbeit zur infantilen Sexualität darlegen.

Selten habe ich im Rahmen meiner Tätigkeit erlebt, dass Lernschritte in der sexuellen Entwicklung positive Bewertungen erhalten und dass diese Lernschritte auch folgerichtige mit der sexuellen Entwicklung in Verbindung gebracht werden. Sexuelle Verhaltensweisen des Kindes, wie z.B. das Genitalspiel der frühen Lebensjahre, werden zwar in den unterschiedlichen Lebenswelten des Kindes mittlerweile viel offener geduldet und akzeptiert; jedoch zeigt sich aus meiner Erfahrung, dass SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen und andere Berufsgruppen – und nicht zuletzt die Politik – sich vorrangig mit den als allgemein gültig betrachteten, abweichenden sexuellen Verhaltensweisen und sexuellen Pathologien beschäftigen und zur Lösung derer z. B. sexualpädagogische Konzepte entwickeln. Für mich stellt sich die Frage, ob diese doch immer leicht pathologisierenden Herangehensweisen bereits die endgültige Variante einer positiven Förderung von sexueller Entwicklung unserer heutigen Zeit sein müssen. Könnte man nicht, wie wir es auch in anderen Bereichen tun, dem Kind und seinen Eltern schon früh mit einer positiven Natürlichkeit vermitteln, dass die kindliche Entdeckung des Geschlechts und seine sexuelle Entwicklung mindestens genauso ein Grund zur Freude ist, wie der erste zielgerichtete Griff nach Papas Nase oder die ersten Versuche des Krabbelns?

Das Kind verändert und entwickelt sich, entdeckt dabei den eigenen Körper und seine Funktionen, lernt stetig Neues – motorisch, sprachlich, kognitiv, emotional. Für mich erlebt

das Kind eine sich vergrößernde Welt des Sexuellen, die der übrigen Entwicklung anhand der sich erweiternden Fähigkeiten des Kindes folgt.

Weshalb sollte aus meiner Sicht die psychosexuelle Entwicklung im frühen Kindesalter gefördert werden? Die World Health Organisation (WHO) definiert sexuelle Gesundheit als „[...] untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden. Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich nur erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden.“⁴ Ohne Zweifel beginnt das benannte körperliche, soziale und emotionale Wohlbefinden bereits im Kindesalter, verbunden mit dem Recht des Kindes, die angenehmen und sicheren sexuellen Erfahrungen zu machen.

Weiterhin wichtig für mich zu erwähnen in Bezug auf das „Wieso?“ der sexuellen Förderung, ist das Recht des Kindes auf die Förderung seiner Entwicklung gemäß §1 SGB VIII⁵ – und dabei besonders das Recht auf individuelle und soziale Förderung, um Benachteiligung zu vermeiden. Aus diesem Gesetzestext ergibt sich nicht nur das Recht des Kindes auf Förderung seiner Entwicklung, sondern natürlich auch die Pflicht der Gesellschaft und der Eltern diese zu gewährleisten. Gemäß §16 SGB VIII ergibt sich das Recht der Eltern, Unterstützung in der Erziehung ihrer Kinder zu erhalten, um die Erziehungsverantwortung besser wahrnehmen zu können, zu welcher für mich ebenso die innerfamiliäre Sexualerziehung gehört. Es mag zunächst als ein wenig fremd erscheinen, auf diese gesetzlichen Bestimmungen zu verweisen – denn inhaltlich hatte der Gesetzesgeber vermutlich nicht intendiert, dass er auch für die konkrete sexuelle Entwicklung und Förderung gelten sollte. Aus meiner Sicht kann sich hier jedoch tatsächlich ein Grundsatz der Förderung der sexuellen Entwicklung im Rahmen der Familie ableiten.

Außerdem ergibt sich auf die Frage des „Wieso?“ der sexuellen Frühförderung die anschließende Frage der Notwendigkeit und ob diese gegeben ist. Ich möchte an dieser Stelle

⁴ WHO 2020

⁵ Das Sozialgesetzbuch VIII enthält Bestimmungen der Hilfen und Förderung für Kinder und junge Menschen und deren Eltern.

dafür argumentieren, dass es individuelle Lebens- und Entwicklungsgeschichten von Kindern geben kann, bei denen das Bedürfnis einer Förderung vorhanden ist, um das Ziel einer gesunden Psychosexualität zu erreichen. Dies bedeutet auch, dass die Notwendigkeit einer Förderung der sexuellen Entwicklung nicht automatisch bei jedem Kind gegeben ist, sondern nur dann, wenn das Kind selbst eine Art von Leidensempfinden aufzeigt, oder eventuell dann, wenn Andere (Eltern, ErzieherInnen/PädagogInnen, Tagespflegeeltern etc.) einen Bedarf sehen. Vorsicht ist bei Letzterem für mich dahingehend geboten, nicht in problemorientiertes Denken und zur Sexualprävention hin zu verfallen. Förderung sexueller Entwicklung bedeutet aus meiner Sicht eine ressourcengeleitete Unterstützung der kindlichen sexuellen Entwicklung orientiert an den Bedarfen des Kindes. Ob diese Haltung so auch in der Praxis zu finden ist, wird sich im Verlauf dieser Arbeit zeigen.

Förderung heißt für mich auch, möglichst wenig zu pathologisieren, sondern stattdessen vorhandene Kompetenzen beim Kind und den Eltern herausfinden und diese verstärken. An der Stelle zu fördern, wo tatsächlich etwas Beeinflussbares ist und es auch in der Macht des Kindes und seiner Eltern steht, realistisch etwas zu verändern und ein selbstgestecktes Ziel zu erreichen.

Diese Arbeit möchte versuchen, die infantile Sexualität und die Bindungstheorie in einen psychosozialen Entwicklungskontext zu platzieren, um die individuellen Möglichkeiten des Kindes im System seiner Familie und eventuellen Hilfebedarfen auszuloten.

1.4 Zur Methodik dieser Arbeit

In dieser Arbeit wurde mit zwei unterschiedlichen wissenschaftlichen Vorgehensweisen und Methoden gearbeitet, um Fragestellungen und Hypothesen beantworten zu können. Der erste Teil dieser Arbeit widmet sich anhand einer Literaturliteraturarbeit im Schwerpunkt der Beantwortung der ersten Fragestellung dieser Arbeit, wie die Bindungsentwicklung und die psychosexuelle Entwicklung in Beziehung zueinander stehen, während die zweite Fragestellung zu Förderungsmöglichkeiten psychosexueller Entwicklung bei unsicheren Bindungserfahrungen in professioneller Praxis vorrangig durch die Erhebung empirischer Daten durch ExpertInneninterviews im zweiten Teil dieser Arbeit beantwortet werden soll. Beide Methoden tragen jedoch jeweils zur Beantwortung beider Fragestellungen bei. An dieser Stelle wird die Methode des ersten Teils der vorliegenden Arbeit ausführlicher beschrieben werden. Nähere Ausführungen zur Methode des zweiten Teils dieser Arbeit werden unter Punkt 7 beschrieben.

Der erste Teil dieser Arbeit enthält eine präzisierte Darstellung der Theorie der Entwicklungssysteme der Bindung und der infantilen Sexualität. Diese werden zunächst getrennt voneinander beschrieben und daraufhin, durch Hinzunahme aktueller Forschungsergebnisse, die Verbindungen der beiden Systeme in einer Zusammenfassung dargelegt. Diese Vorgehensweise stellt eine systematische Literatuarbeit da, welche dem zweiten Teil dieser Arbeit mit der empirischen qualitativen Forschung vorausgeht und deren Grundlage darstellt. Die Literatuarbeit als Methode war notwendig, da es meinen Recherchen zufolge wenige bis gar keine aktuellen Forschungsergebnisse und Literatur zur Verbindung von psychosexueller Entwicklung und der Bindungsentwicklung in den ersten fünf Lebensjahren, bzw. im Kindesalter insgesamt, vorhanden ist. Somit hätte sich die zweite Fragestellung dieser Arbeit nicht beantworten lassen, weshalb Hypothesen und Überlegungen zu den Verbindungen als Grundlage sinnvoll waren. Die Literatur zu den Entwicklungen der Systeme Bindung und psychosexueller Entwicklung wurde auf wesentliche Merkmale in einer zusammenfassenden Analyse reduziert, bei welcher zentrale Aussagen der Theorien punktuell einander gegenübergestellt wurden. Somit konnten Gemeinsamkeiten und Verbindungen der Systeme herausgearbeitet werden. Zudem konnte eigene, zusätzlich relevante Kontextliteratur für die Auswertung der Ergebnisse des empirischen Teils dieser Arbeit erarbeitet werden. Das methodische Vorgehen in Bezug auf die Literatur hat somit auch einen theoriegenerierenden Aspekt.

1.5 Inhaltliche Gliederung der Arbeit

Einleitend beinhaltet diese Arbeit eine Darstellung der Theorie der psychosexuellen Entwicklung, der Bindungsentwicklung, eine Präsentation der aktuellen Forschungsergebnisse zur Verbindung der beiden Entwicklungsbereiche und Theorien zu bereits bekannten Interventionen und Förderungsansätzen in den Bereichen der Bindung und Sexualität.

Die Auswahl der Literatur und AutorInnen für diese Arbeit orientierte sich so weit wie möglich an den aktuellen Wissensständen zu den Thematiken und erfolgte nach gründlicher Literaturrecherche dahingehend, ein möglichst differenziertes Bild der Entwicklungsbereiche geben zu können.

Die Entwicklung der psychosexuellen Entwicklung der frühen Kindheit wird zunächst durch Inbezugnahme auf deren Begründer Sigmund Freud dargestellt. Sein Verständnis von Psychosexualität und infantiler Sexualität wird daraufhin um den kontemporären Diskurs zur

Psychosexualität erweitert, anhand der AutorInnen Ilka Quindeau, Laplanche, Mertens, Dornes u. A.

Auch der Entstehung von Bindungsmustern in den ersten Lebensjahren eines Kindes werde ich mich widmen und mich dabei auf John Bowlby und Mary Ainsworth beziehen. Für die Darstellung des heutigen Kenntnisstandes zur Bindungsforschung werde ich die Arbeiten von Prof. Dr. Karl-Heinz Brisch hinzuziehen sowie von Grossmann, Steele und Strauß u. A.

Zur Verbindung von Psychosexualität und Bindungserfahrungen werde ich den aktuellen Forschungsstand und zusammenfassende Beobachtungen auf Grundlage der genutzten Literatur zu dieser Verbindung in meiner gewählten Altersgruppe beschreiben. Dabei soll offengelegt werden, welche Überschneidungskomponenten und Elemente es in beiden Bereichen gibt und wie die kontemporäre Forschung dieses Feld betrachtet. Die gemeinsamen Elemente im Resultat geben meiner Ansicht nach Aufschluss darüber, wie Interventionen gestaltet werden müssten und wo der Schwerpunkt in diesen zu setzen wäre.

Den Abschluss des Theorieteils und die Einstimmung auf den darauffolgenden Teil dieser Arbeit der qualitativen Forschung soll eine Skizzierung dessen bilden, welche Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten es in dem Bereich der psychosexuellen Förderung bei unsicherer Bindung bereits gibt. Um die Beantwortung vorweg zu nehmen, gibt es dazu nach meinen Recherchen noch keine verschriftlichten Konzepte. Deshalb werde ich mich auf die bestehenden Förderungsansätze in den Bereichen der Bindung und der Sexualität individuell konzentrieren und diese darlegen, um somit vielleicht Aufschluss auf wesentliche Elemente zu erhalten, welche für die Förderung der psychosexuellen Entwicklung bei unsicherer Bindung sinnvoll sein können und sich auf die Forschungsergebnisse dieser Arbeit beziehen lassen.

Im zweiten Teil der Arbeit, dem Hauptteil zur sozialwissenschaftlichen Untersuchung und Beantwortung der Fragestellungen und Hypothesen dieser Arbeit, werde ich zunächst Methodik und sozialwissenschaftliches Forschungsvorgehen darstellen. Darunter wird das Vorgehen zur gewählten empirischen Forschungsmethode, den ExpertInneninterviews, beschrieben werden. Darauffolgend werden die Ergebnisse der produzierten Daten durch die Interviews präsentiert und die Ergebnisse inhaltlich qualitativ nach Mayring ausgewertet.

Schlussendlich sollen die Ergebnisse in Zusammenhang mit den einleitend gestellten Forschungsfragen und begleitenden Hypothesen in Bezugnahme auf die Theorie dieser Arbeit diskutiert, kritisch reflektiert und durch Inbezugnahme zur Theorie kontextualisiert

werden. Aufgestellte Forschungsfragen und Hypothesen stellen „den roten Faden“ in der Arbeit dar, um deren Beantwortung es in der Diskussion gehen soll.

Das Fazit wird eine kurze Zusammenfassung der Erkenntnisse dieser Arbeit enthalten und diese perspektivieren.

Abschließend möchte ich anmerken, dass in dieser Arbeit auf eine gendergerechte Sprache geachtet wurde. Hierbei wurde eine Sichtbarmachung durch die Nutzung des Binnen-I genutzt sowie auch die Neutralisierung der Begriffe. Die Auswahl erfolgte unter Berücksichtigung der Erhaltung der Lesbarkeit dieser Arbeit.

2 Infantile Psychosexualität

Über die Jahrzehnte bis zum heutigen Tag, hat sich die Psychoanalyse und somit auch die Theorie der infantilen Sexualität und psychosexuellen Entwicklung immer wieder verändert. Es besteht heute ein reger Diskurs unter PsychoanalytikerInnen aller Welt, wie Freuds Werk zu verstehen ist, wie es sich an die existierenden angrenzenden Disziplinen anzupassen, abzugrenzen oder wie zu ergänzen hat. Entstanden ist somit ein diverses Feld an Neu- oder Weiterentwicklungen der freudschen Theorien, welche ich hier ausgewählt darlegen möchte.

Die von mir ausgewählten AutorInnen und ihre Werke, zeigen für mich eine kontemporäre Auslegung der infantilen Sexualität und psychosexuellen Entwicklung auf. Die Auswahl zeigt sich als genug in sich geschlossen, um als psychoanalytisches Gedankengut erkannt werden zu können – aber auch nicht zu stark von den co-existierenden Disziplinen, wie z. B. der Sozial- oder Erziehungsforschung, abgegrenzt.

2.1 Psychosexuelle Entwicklung

Die Theorie der psychosexuellen Entwicklung begründet sich um die Wende zum 20. Jahrhundert bei Sigmund Freud. Freud war Pionier in seiner Auffassung dessen, dass die Sexualität nicht nur den Erwachsenen zu teil war, sondern Sexualität sich bereits im Kind findet. Freud erweiterte somit den zu seiner Zeit vorherrschenden Sexualitätsbegriff um die Qualitäten der Psychosexualität des Kindes und versuchte den Ausdruck der kindlichen Sexualität in den von ihm entwickelten Schriften zur Psychosexualität festzuhalten.

Obgleich Freud viele Teilbereiche unter dem Oberbegriff der Sexualität zusammenführte, unterschied er jedoch die verschiedenen Formen von Sexualität und sexuellen Handlungen in ihrer Qualität. Für Freud existiert grundsätzlich nur eine „richtige“ Form der Sexualität, welche das sogenannte Freud'sche Sexualziel darstellt; die genitale Vereinigung zwischen Mann und Frau.⁶ Alles darüber hinaus gehörte für Freud zum Sexualleben des „Perversen“. Ein zunächst negativ anmutender Begriff, welcher nach Freuds Verständnis lediglich alle sexuellen Handlungen zusammenfasst, welche den reinen Lustgewinn im Fokus haben und eben nicht die genitale Vereinigung von Mann und Frau zum Zwecke der Fortpflanzung.⁷ Auf Grund dieser Definition ist auch die kindliche Sexualität und die gesamte Entwicklung vor der Pubertät⁸ als pervers umschrieben, da das Kind sexuelle Handlungen aus Lust vollzieht und

⁶ Freud 1942, S. 48

⁷ Freud 1944, S. 213

⁸ Prägenitale Sexualorganisation. Freud definiert prägenitale Organisationen des Sexuallebens als diese, in welchen die Genitalzonen noch nicht in ihre vorherrschende Rolle eingetreten sind – sprich alle Zeit vor Eintritt der Pubertät (Freud 1944, S.338)

dem Kind (noch) fehlt, was die Sexualität zur Fortpflanzungsfunktion macht.⁹ In Zusammenhang damit, nahm Freud eine Zweizeitigkeit der sexuellen Entwicklung an, indem sich die kindliche Sexualität von der Sexualität unterscheidet, welche sich in der Pubertät zeigt¹⁰. Quindeau¹¹ stellt dahingegen fest, dass das bedeutendste Element und die Besonderheit die individuelle sexuelle Geschichte¹² eines jeden Menschen darstellt, welche in der infantilen Sexualität zu finden ist. Mit dem Gedanken einer sexuellen Geschichte ergibt sich, dass die menschliche Sexualität nicht zweizeitig ist, sondern sich mit Beginn der frühen Kindheit in einem fortlaufenden Entwicklungsprozess in mehreren Bereichen befindet. Quindeau spricht sich zudem dafür aus, die körperliche Entwicklung des Kindes nicht getrennt von der psychischen und sozialen Entwicklung zu betrachten, sondern als zusammenhängende und gegenseitige Prozesse.¹³

Freud hingegen stellt zwar eine Verbindung zwischen Körperlichkeit und der Seele her, in welcher alle psychischen Vorgänge und dazugehörig auch Affekte¹⁴, an die Körperlichkeit gebunden sind; er ist jedoch der Annahme, dass die menschliche Biologie, also die Körperlichkeit, der Entwicklung der Seele, der Psyche, vorangeht.

2.2 Die sexuelle Motivation des Kindes

Die Entdeckung der erogenen Zonen und den Lustempfindungen¹⁵ in der jeweiligen Phase erfolgt motiviert durch den Sexualtrieb des Kindes, welchen Freud die Libido nennt.¹⁶ In seiner Triebtheorie stellte Freud die Überlegung an, dass bereits der Säugling bzw. das Kleinkind die verschiedenen Lüste in seiner Entwicklung individuell und gleichberechtigt in jeder Phase verfolgt und spricht dann von Teiltrieben. Durch die scheinbar zunächst noch ziellose Verfolgung von Lust davon, erklärt Freud, dass der Säugling eine polymorph perverse Anlage hat.¹⁷

⁹ Freud 1944, S. 321

¹⁰ Die Unterbrechung der sexuellen Entwicklung hält Freud in seinem psychosexuellen Phasenmodell als Phase der Latenz fest, für die Altersgruppe von ungefähr 6 Jahren bis Einsetzen der Pubertät. Freud 1944, S. 337

¹¹ Quindeau 2012, S. 41

¹² Vgl. dazu Schmidt 2014, welcher vier zentrale Erfahrungsbereiche in der sexuellen Entwicklung sieht: Bedürfnisgeschichte, Körpergeschichte, Beziehungsgeschichte und Geschlechtsgeschichte, welche die sexuelle Entwicklung und die Persönlichkeitsentwicklung beeinflussen.

¹³ Quindeau 2012, S. 41

¹⁴ Vgl. auch Quindeau 2012

¹⁵ Alle Lustempfindungen fasst Freud unter dem Begriff der Sexuallust zusammen, vgl. Freud 1940, S. 46 ff

¹⁶ Freud 1944, S. 323

¹⁷ Freud 1944, S. 213

Freud¹⁸ sieht den Ursprung der Triebe, welche auf ein Objekt, eine fremde Person gerichtet sind, im Selbsterhaltungstrieb des Kindes, jedoch auch mit einem weiteren Ziel. Freud hebt hervor, dass der Säugling nicht nur zur Nahrungsaufnahme und zum Überleben an der Mutterbrust saugt, sondern auch an der Brust saugt, ohne Hunger zu haben, nur um den Mund als erogene Zone zu stimulieren und um der lustvollen Befriedigung willen. Freud sieht diesen Gewinn des Säuglings hierbei in der sexuellen Lust.¹⁹ Freud spricht von dem Konzept der Anlehnung, da die Suche nach Lust sich von der Suche nach der Erfüllung von basalen Bedürfnissen wie Hunger anlehnt, bzw. sich entlehnt hat, sich jedoch grundsätzlich in der Motivation unterscheidet.²⁰ Quindeau²¹ unterscheidet ebenfalls den Wunsch nach Befriedigung der Lust und das Bedürfnis z. B. Hunger gestillt zu bekommen. Sie argumentiert, dass die Lustbefriedigung niemals gestillt werden kann, der Hunger als Bedürfnis jedoch schon.

Laplanche²² unterscheidet zwischen den Begriffen Instinkt und Trieb. Den Instinkt sieht er mit der Selbsterhaltung verbunden und hier im Besonderen mit der Bindung und ihrer Zärtlichkeit und wechselseitigen Kommunikation zwischen Eltern und Kind. Der Instinkt steht immer im Verborgenen. Den Trieb, genauer den Sexualtrieb, sieht Laplanche als das Objekt der Psychoanalyse, welcher im Unbewussten vergraben ist. Laplanche trennt also, indem er Sexualtrieb und Selbsterhaltungstrieb unterscheidet, auch die Sexualität von der Bindung.²³ Den Unterschied derer beiden sieht Laplanche als fundamental und definiert diesen wie folgt: „Der Instinkt zeigt sich als angepasst, genetisch festgelegt und zielt ökonomisch auf ein Gleichgewicht ab. Der Trieb, wie wir ihn verstehen, ist unangepasst, ja sogar gegen Anpassung gerichtet; er ist zwar in den Körper und in die Biologie eingeschrieben, doch ist er deshalb keineswegs genetischen Ursprungs, sondern verdankt sein Auftauchen der Besonderheit der Beziehung Erwachsener – Kind.“²⁴

Quindeau²⁵ revidiert den Begriff des Triebes und schlägt stattdessen den Begriff des Begehrens als Motivationssystem vor. Quindeau²⁶ sieht den Begriff des Triebes in der Historie Missverständnissen und Vorbelastungen ausgesetzt. Sie stellt in Frage, ob es sich beim Trieb

¹⁸ Freud 1944, S. 324

¹⁹ Freud 1944, S. 324

²⁰ Freud 1944, S. 323

²¹ Quindeau 2012, S. 33

²² Laplanche 2017, S. 32

²³ Laplanche 2017, S. 35

²⁴ Laplanche 2017, S. 40

²⁵ Quindeau 2008, S. 59

²⁶ Quindeau 2012, S. 25

im freudschen Sinne um eine somatische oder seelische Kraft handelt, da Freud dies nie klar definieren konnte.²⁷ Ihre Auslegung des Begehrens beinhaltet sowohl eine körperliche als auch eine psychische Dimension, da es im Körperlichen entspringt und zugleich in der Psyche vertreten ist. Quindeau²⁸ definiert die Triebtheorie für sich weiterhin relevant, unter anderem, da somit das Sexuelle als Motivationskraft des Menschen betrachtet wird und sich in dem Konzept der Triebe Körper, Seele und Soziales verbinden lassen. Quindeau geht sogar so weit, den Trieb, das Begehren, als ein soziales Phänomen zu betrachten, welches im Zusammenspiel zwischen dem Kind und den Eltern erworben wird.²⁹

Bei Dornes³⁰ ist es nicht die körperliche Erregbarkeit der Genitalien, sondern die Erregbarkeit des affektiven, psychischen Bedürfnisses (z. B. Verschmelzung), welche der Sexualität ihren triebhaften, dranghaften Charakter³¹ verleiht. Erst durch den affektiven Wunsch entsteht das Moment der Befriedigung durch den Körper, es braucht also ein Element der Fantasie, um die Lust zu wecken. Dornes führt aus, dass es nebst der körperlichen auch die seelischen Bedürfnisse sind, die eine hohe motivationale Kraft haben. Zum Beispiel die Erkenntnis des Säuglings zur Selbstwirksamkeit, etwas durch eigenes Tun bewegen zu können, schafft die Grundlage für eine Ich-Bezogenheit, den Narzissmus.

2.3 Phasenmodell

Freuds Begriff der Psychosexualität umschreibt die Entwicklung eines Kindes aus der psychoanalytischen Sicht in aufeinander folgenden Phasen, welche in dem Phasenmodell zusammengefasst werden.³² Die Phasen beginnen im Säuglingsalter und schließen nach der Pubertät ab. Laut Freud muss das Kind die einzelnen Phasen erfolgreich bewältigen, um das Freud'sche Sexualziel zu erreichen. Wo Freud noch sah, dass die einzelnen Entwicklungsphasen in sich abgeschlossen sind, wird heute gängig angenommen, dass die Entwicklung fluide und überlappend verläuft und sich in den unterschiedlichen Altersgruppen die von Freud beschriebenen Interessenschwerpunkte aus der Kindesperspektive heraus bilden können.³³ Das Phasenmodell beinhaltet die orale Phase, die

²⁷ Quindeau 2005, S. 195 ff

²⁸ Quindeau 2005, S. 198

²⁹ Quindeau 2005, S. 201. Quindeau bezieht hier die gegnerische Annahme zur Position der Psychoanalytiker, welche die Triebe als rein somatisch angelegt konstituiert sehen.

³⁰ Dornes 2013, S. 222

³¹ In Anlehnung an den Triebbegriff

³² Das Phasenmodell interagiert mit dem von Freud entwickeltem Strukturmodell des Unbewussten, Ich und Über-IchS.

³³ Mertens 1997, S. 83 ff, vgl. auch Quindeau 2008, S. 60

anale Phase, die phallische Phase, die Latenz und die Pubertät.³⁴ Jede dieser Phasen beinhaltet aktive und passive Erfahrungen des Kindes, welche sich konflikthaft in der psychischen Struktur des Kindes manifestieren können: in der Oralität steht Einverleiben gegenüber dem verschlungen werden, in der Analität das Festhalten gegenüber dem Loslassen und in der Genitalität steht Eindringen gegenüber dem Aufnehmen.³⁵ Diese intrapsychischen Konflikte des Kindes zeigen sich auch interpsychisch in der Beziehung zu den Eltern, wobei die Eltern ihr Kind dabei unterstützen können die konflikthaften Erlebnisse als bewältigbar zu empfinden.³⁶

Freud zu Folge entdeckt das Kind in der Abfolge der körperlichen Entwicklung und Phasen seine erogenen Zonen.³⁷ Unter erogenen Zonen versteht sich die Erregung durch Körperstellen, wie dem Mund, After- und Harnröhrenöffnung, aber auch der Haut. Mertens³⁸ beschreibt, dass Körperempfindungen und psychosexuelle Erfahrungen des Kindes durch körperlich genitale Empfindungen sowie körperbezogene Fantasien und Handlungen zwischen Eltern und Kind gemacht werden. Auch Quindeau³⁹ sieht die Etablierung der erogenen Zonen als individuellen Ausdruck der Eltern-Kind-Beziehung und somit als sozial gestaltet. Das sinnlich-körperliche Erleben des Säuglings vollzieht sich über den Mund und die Tiefensensibilität der Haut. Der Hautkontakt zwischen dem Säugling und seinen Eltern vermittelt Geborgenheit, vermag den Säugling zu beruhigen und kann Lust vermitteln. Mertens sieht die Haut als das wichtigste Medium für die nonverbale Kommunikation zwischen Eltern und Kind.

Für diese Arbeit ist es relevant auf die orale, die anale und die phallisch-genitale Phase vertiefend und detailliert einzugehen, da diese Phasen sich altersmäßig im frühkindlichen Entwicklungsbereich befinden.⁴⁰ Quindeau spricht nicht von Phasen, sondern von den Modalitäten der Oralität, Analität und Phallizität des Kindes.⁴¹ Diese Bezeichnungen werde ich in meinen späteren Ausführungen übernehmen, da sie eher die jeweiligen Qualitäten der

³⁴ Freud 1942, S. 98 ff

³⁵ Bruckhardt-Mußmann 2012, S. 139

³⁶ Bruckhardt-Mußmann 2012, S. 140

³⁷ Freud 1944, S. 324 ff

³⁸ Mertens 1997, S. 31

³⁹ Quindeau 2005, S. 204

⁴⁰ Die Latenz vollzieht sich, grob zusammengefasst, mit Beginn des Schulalters und die Pubertät in Folge, ausgelöst durch die hormonelle Umstellung.

⁴¹ Quindeau 2008, S. 48

Entwicklung hervorheben und weniger auf die in sich abgeschlossene Phasenaufteilung bestehen.

2.4 Oralität

Im gesamten ersten Lebensjahr befindet sich der Säugling nach Freuds Phasenmodell der psychosexuellen Entwicklung in der oralen Phase.⁴² Freud⁴³ beschreibt die Möglichkeit des Kindes, Sexualbefriedigung zu erlangen, indem es eine fremde Person als Objekt hinzuzieht. Hierzu gehört das Saugen des Kindes an der Mutterbrust, was die mütterliche Brust somit zum ersten Objekt des Sexualtriebes macht. Quindeau⁴⁴ argumentiert, dass der Sexualtrieb des Kindes sich überhaupt erst dadurch entwickelt, da die Mutter dem Kind ihre Brust zur Verfügung stellt, woraufhin das Kind sie fortan begehrt. Die Erfahrung der Befriedigung, sowohl des Hungers als auch das sinnliche Erleben der Lust, löst im Kind das unstillbare Begehren aus, immer wieder nach der Erfüllung der Lust zu streben.

Mertens⁴⁵ beschreibt, dass das Kind in der oralen Phase die Fähigkeit entwickelt, die mütterliche Brust festzuhalten oder zuzubeißen, also sie in der sozialen Interaktion aktiv zu verlangen. Wenn die Mutter die Brust verweigert, kann dies zu Enttäuschungen, Ängsten und Spannungen beim Kind führen. Mertens beschreibt diesen Teil als wichtig und sensibel für die Entwicklung der Liebesfähigkeit. Das Kind lernt hier, wie ein anderer Mensch seinen Wünschen und Bedürfnissen begegnet, ob sein Begehren angenommen oder abgewiesen wird und auf welche Art dies geschieht. Das Kind kann ein Misstrauen gegenüber liebevoller Zuwendung entwickeln oder ein Selbstvertrauen, dass Bedürfnisse gehört und erfüllt werden.

Ebenfalls bereits innerhalb der oralen Phase, entwickelt der Säugling das Spiel mit den eigenen Genitalien. Freud⁴⁶ benannte das genitale Spiel als Autoerotismus, welcher es dem Kind ermöglicht die Befriedigung seiner Lust unabhängig vom Objekt der mütterlichen Brust zu erfüllen. Laplanche⁴⁷ sieht den Autoerotismus nicht wie Freud als angeboren, sondern er argumentiert, dass erst durch den Verlust des Objektes (z. B. der Brust) entsteht.

⁴² Freud 1944, S. 340 ff

⁴³ Freud 1944, S. 340

⁴⁴ Quindeau 2008, S. 59

⁴⁵ Mertens 1997

⁴⁶ Freud 1944, S. 340 ff, vgl. Freud 1942, S. 80ff

⁴⁷ Laplanche 2017, S. 34 ff

Quindeau sieht im kindlichen Autoerotismus ein zentrales Kennzeichen der infantilen Sexualität.⁴⁸ Genitale Lustempfindungen beim Säugling entwickeln sich durch die Fürsorge und Pflege durch die Eltern, z. B. durch das Gewaschenwerden, Eincremen und Streicheln der Haut. Das Erleben des Kindes beim Saugen an der Brust der Mutter und die Komponente des Austausches von Affekten dabei, führen durch die Oralität zu genitalen Empfindungen beim Kind. Jungen können während des Stillens Erektionen haben und bei Mädchen konnten Kontraktionen in der Scheide festgestellt werden. Dornes⁴⁹ präzisiert, dass es sich bei dem Phänomen der Erektionen und vaginalen Kontraktionen um reflektorische Prozesse handelt, welche nicht mit einem Lustempfinden in Verbindung stehen. In der Regel ist aber das Erforschen der Genitalien beim Kind mit einem positiven Affekt verbunden, weshalb es z. B. freudig lächelnd während des Erforschens erlebt wird.

Laut Freud versucht der Säugling die durch den Kontakt zu den Eltern gelernte Lustempfindung durch seine autoerotischen genitalen Handlungen zu befriedigen, bzw. den Reiz zu beseitigen. Laut Mertens⁵⁰ ist das spielerische Erforschen der Genitalien noch weniger zielgerichtet und intentional. Kinder nutzen sowohl Mund als auch Hände, um den eigenen Körper zu erforschen. Die lustvolle, erotische Komponente ist bei diesem Spiel sekundär, es wird jedoch davon ausgegangen, dass dieses Spiel eine Wiederholung, bzw. Selbstbeschaffung, der sinnlichen Empfindungen des Still- und Hautkontaktes mit der Mutter darstellt. Das genitale Spiel bei Mädchen bleibt dabei nicht auf die Klitoris beschränkt, sondern schließt auch die Schamlippen, Vulva und die Öffnung der Vagina mit ein. Mädchen können bereits innergenital wahrnehmen. So kommt es schon im ersten Lebensjahr zu einer differenzierten Körperwahrnehmung beim Mädchen, welche später zu einer psychischen Repräsentanz der inneren und äußeren Genitalien werden kann. Freud war dem gegenüber noch der Auffassung, dass sich die erogene Zone des Mädchens von der Klitoris auf den Scheideneingang noch verlagern müsste, im Zuge der fortschreitenden sexuellen Entwicklung. Die Einstellung der Eltern zu den Erkundungen der Genitalien ihrer Kinder kann die Ausbildung des Körperschemas und auch die Wahrnehmung des Kindes der eigenen Genitalien beeinflussen. Die Eltern sind so in der Interaktion mit ihrem Kind auch immer selbst von Faktoren beeinflusst, wie der eigenen Einstellung zu Zärtlichkeit und Berührung, Selbststimulation, Nacktheit und Schamgefühl und so weiter. Aber auch der sozioökonomische Stand der Eltern und gesellschaftliche und kulturelle Wertevorstellungen,

⁴⁸ Quindeau 2008, S. 58

⁴⁹ Dornes 2013, S. 211 ff

⁵⁰ Mertens 1997, S. 60 ff

wie auch die Geschlechtsunterschiedlichkeit von Mutter und Vater können das genitale Spiel und die sich prägende Wahrnehmung des Kindes beeinflussen.⁵¹ So können zum Beispiel sich wiederholende, negative Reaktionen der Eltern auf das körperliche Erkunden des Kindes bereits einen tiefgreifenden Effekt auf das Kind ausüben.⁵²

Das Körperselbstbild entsteht beim Kind zunächst durch sensomotorische Erfahrungen und taktile Empfindungen im körperlichen Selbsterleben. Aber auch durch die Interaktion mit den Eltern: „Der Aufbau eines differenzierten Körperbildes kommt bei Mädchen und Jungen durch orale, anale, urethrale, klitoridal-vaginale bzw. phallisch-genitale Erfahrungen im Rahmen der Interaktion mit Mutter und Vater zustande.“⁵³ Quindeau⁵⁴ stellt die These auf, dass frühe kinästhetische und sensomotorische Erfahrungen und Wahrnehmungen sich im Kind körperlich durch die Wiederholungen bestimmter Handlungen, z. B. wie die Mutter das Kind eincremt, wie der Vater es wäscht usw., einlagern und somit fortan auch die Art der Wahrnehmung des Körpers bestimmen.

Mertens beschreibt Fähigkeiten und Erlebnisse des Säuglings in der zweiten Hälfte der oralen Phase. Dabei wendet er sich von der Auffassung der klassischen Psychoanalyse ab, in welcher der Säugling passiv seinen Trieben ausgeliefert ist und dabei kaum Sozialverhalten zeigt. Mertens hebt stattdessen hervor, dass der Säugling von Geburt an als ein beziehungsfähiges Wesen zu betrachten ist, welcher affektive und körperliche Erfahrungen aus dem Zusammenspiel mit seinen Fürsorgepersonen verinnerlicht.⁵⁵

Auch Freud schrieb der Beziehung zwischen Kind und Eltern eine Bedeutung und Einflussnahme auf die sexuelle Entwicklung zu: „Die Beziehung der Kinder zu ihren Eltern ist [...] keineswegs frei von Elementen sexueller Miterregung. Das Kind nimmt beide Elternteile und einen Teil besonders zum Objekt seiner erotischen Wünsche. Gewöhnlich folgt es dabei selbst einer Anregung der Eltern, deren Zärtlichkeit die deutlichsten Charaktere einer, wenn auch in ihren Zielen gehemmt, Sexualbetätigung hat.“⁵⁶

Quindeau⁵⁷ sieht die Entstehung der Sexualität gänzlich in der interaktionellen Beziehung zwischen Eltern und Kind und trennt dabei die Erfahrung der sexuellen Erregung von der

⁵¹ Mertens 1997, S. 61

⁵² Mertens 1997, S. 61

⁵³ Mertens 1997 S. 31

⁵⁴ Quindeau 2008, S. 47

⁵⁵ Mertens 1997 S. 55

⁵⁶ Freud 1940, S. 49

⁵⁷ Quindeau 2008 S. 17 und S. 29

sinnlichen Wahrnehmung. Dies deshalb, da sie die sexuelle Erregung nicht nur körperlich verankert sieht, ausgelöst durch mechanische Reize, sondern auch in der Fähigkeit sie durch Fantasien und Vorstellungen auslösen zu können. Quindeau betont damit das Zusammenspiel zwischen Körperlichkeit und Psyche.⁵⁸ Sexuelle Fantasien, verstanden als Gedanken, Bilder o. ä. welche sexuelle Erregung auslösen können, finden sich demnach auch schon im Kind und können unbewusst bleiben.⁵⁹ Quindeau nimmt an, dass die kindlichen sexuellen Fantasien den jeweiligen Modus widerspiegeln, in welchem sich das Kind befindet. Quindeau betont, dass das Kind in dieser Interaktion nicht bedingungslos als aktiv gestaltendes Wesen zu betrachten ist, sondern hebt die von Laplanche⁶⁰ beschriebene Asymmetrie zwischen Eltern und Kind hervor, bei welcher das Kind den Eltern strukturell unterworfen ist, weshalb die kindliche sexuelle Entwicklung auf Grundlage des Zutuns des Anderen, den Eltern, zustande kommt.⁶¹

Auch Früh⁶² erkennt, dass der sexuelle Anteil in der infantilen Sexualität nur auf Grund der Bewertung und aus Sicht des Erwachsenen als sexuell charakterisiert wird. Früh spricht sich dafür aus, dass es auch eine weitere Seite zu der rätselhaften Botschaft gibt, welche das Kind durch den Erwachsenen erhält. Nämlich: „Die Unfähigkeit des Erwachsenen, das Infantil-Sexuelle zu begreifen, sich zurückzusetzen in etwas, das verloren ist, gepanzert und geschützt vor dem Entsetzen, sich dem eigenen Unbewussten zu überlassen.“⁶³

Laplanche⁶⁴ formuliert seine anthropologische Grundsituation als die Beziehung zwischen dem ohne Unbewussten geborenem Kind⁶⁵ und dem Erwachsenen und seinem vorhandenen Unbewussten. Es ist dabei unerheblich, ob der Erwachsene genetisch mit dem Kind verwandt ist. Die Beziehung zwischen Kind und Erwachsenem sieht Laplanche⁶⁶ ganz natürlich in einer Gegensätzlichkeit und Kommunikation, doch in dieser Beziehung gibt es die eben beschriebene Asymmetrie. Diese zeigt sich sowohl durch den Generationenunterschied und das Mehr an Wissen des Erwachsenen, dessen Unbewusstes im Gegensatz zu dem des Kindes bereits gefüllt ist. Laplanche hat den Gedanken Freuds der Verführung aufgegriffen, verändert und ihm den Übergriffs-Charakter genommen, wie er bei Freud anhand der

⁵⁸ Quindeau 2008, S. 48

⁵⁹ Quindeau 2008, S. 50

⁶⁰ Laplanche 2017, S. 47 ff

⁶¹ Quindeau 2008

⁶² Früh 2005, S. 105

⁶³ Früh 2005, S. 106

⁶⁴ Laplanche 2017, S. 50

⁶⁵ Das Es wird so genommen erst mit Beginn der Geburt konstruiert, siehe auch Laplanche 2017, S. 176

⁶⁶ Laplanche 2017, S. 91 ff

Urszene⁶⁷ besteht. Laplanche⁶⁸ greift die grundsätzliche Idee der Verführung auf, verstanden als Konstitution des Sexuellen im Menschen durch Beziehungen und nicht Biologie. Bedingt durch die Asymmetrie zwischen Eltern und Kind erweitert Laplanche das Konzept der Verführung um „die rätselhafte Botschaft“⁶⁹. Damit ist gemeint, dass Eltern im Umsorgen ihres Kindes, in der Interaktion und auch Kommunikation mit ihm, z. B. bei Berührungen, Wickeln usw., immer ihr eigenes, sexuelles Unbewusstes an ihr Kind transportieren, eine mit dem Sexuellen behaftete Botschaft senden. Diese kann das Kind jedoch auf Grund seines Entwicklungsstandes nicht zuordnen oder entschlüsseln, weshalb die Botschaft sich stattdessen als Erfahrung im Unbewussten des Kindes ablagert. Erst mit Beginn der Pubertät sieht Laplanche, dass der nun jugendliche Mensch einige der Botschaften der Eltern, welche seine Erfahrungen darstellen, entschlüsseln und zuordnen kann. Dies gelingt, weil der junge Mensch durch seine Entwicklung, durch die Gesamtheit der gemachten Erfahrungen und durch die Hilfe des kulturellen Kontextes die Botschaften rückwirkend verstehen kann.⁷⁰

Quindeau⁷¹ greift Laplanches Theorie auf und schreibt, dass die Brust selbst einen sexuellen Charakter hat. Somit ist das Stillen eine für Mutter und Kind unbewusst bleibende, sexuelle Stimulation. Die sexuelle Prägung des Stillens gelangt aber in das Unbewusste des Kindes als die von Laplanche betitelte rätselhafte Botschaft und die Übertragung des Sexuellen der Mutter wird ein Teil der psychischen Struktur des Kindes.

Quindeau⁷² beschreibt ein gegenseitiges Begehren zwischen Eltern und Kind, welches intersubjektiv entsteht, indem das sexuelle Begehren der Eltern ihres Kindes vom Kind durch sein eigenes Begehren der Eltern erwidert wird. Gemachte Erfahrungen von Lust und Befriedigung des Kindes in diesem Zusammenspiel, werden nicht nur in der Psyche des Kindes gespeichert, sondern auch in dessen Körper⁷³. Diese körperlichen Erinnerungen nennt Quindeau Einschreibungen⁷⁴. Diese körperlichen und psychischen Erinnerungsspuren können im Laufe der Entwicklung umgeschrieben werden, sodass gemachte Erfahrungen

⁶⁷ Freuds Urszene beschreibt den Moment, in dem das Kind die Eltern zum ersten Mal beim Geschlechtsverkehr sieht oder sich dies in der Fantasie vorstellt. Freud nahm ein immer traumatisches verlaufendes Erleben an, siehe auch Freud 1942, S. 97

⁶⁸ Laplanche 2017, S. 49 ff

⁶⁹ Laplanche 2017, S. 49 ff

⁷⁰ Laplanche 2017, S. 177

⁷¹ Quindeau 2012, S. 31

⁷² Quindeau 2008, S. 17

⁷³ Quindeau 2008, S. 18

⁷⁴ Quindeau 2008, S. 35 Quindeaus Begriff der Einschreibung ist im Prozess und der Entstehung vergleichbar mit den freudschen erogenen Zonen.

verändert werden können und neue hinzukommen können.⁷⁵ Wie bei Freud und Laplanche spielt auch für Quindeau das Prinzip der Nachträglichkeit eine bedeutende Rolle, indem Veränderungen und Anpassungen bereits gemachter Erfahrungen aus der Kindheit und deren unterliegenden intrapsychischen Konflikte sich Jahre später vollziehen können, wenn das Kind oder der Erwachsene die Erfahrungen in einem neuen oder anderen Kontext erlebt und sie somit eine andere Bedeutung erlangen.⁷⁶

2.5 Analität

Im zweiten bis dritten Lebensjahr befindet sich das Kind in der analen, bzw. urethralen Phase. Das Kind zeigt in dieser Zeit seiner Sexualentwicklung ein Interesse am Anus und den Empfindungen, welche das Abführen von Kot und Urin mit sich führen können.⁷⁷ Der Anus stellt die neuentdeckte erogene Zone dar, welcher das Kind seine Aufmerksamkeit schenkt, z. B., indem es mit seinen Ausscheidungen spielt, indem es seinen Stuhl zurückhält. Die Spannungslust⁷⁸ in der Analität entsteht darin, dass das Kind nicht nur den Ausscheidungsvorgang selbst als lustvoll erlebt, sondern auch das Zurückhalten.⁷⁹ Zudem erlebt das Kind einen Lustgewinn, indem es entscheiden kann, ob es dem Bitten der Eltern abzuführen nachkommen möchte und dadurch Gefügigkeit zeigt oder ob es durch Zurückhalten Verweigerung ausdrücken möchte.⁸⁰ Im Rahmen der Sauberkeitserziehung durch die Eltern hat das Kind somit auch die Möglichkeit, seine Autonomie zu entwickeln und den Eltern gegenüber zu verdeutlichen. Die elterliche Zuwendung im Zuge der Sauberkeitserziehung ist Teil der Verführung, verstanden als ein „Liebesspiel“, welches in der verbalen und gestischen Interaktion der Eltern und ihrem Kind besteht, dem Loben oder Rügen, dem Kommentieren des Geschehens (Urinieren, Töpfchen etc.). Dadurch werden von den Eltern unbeabsichtigt die vom Kind empfundenen Lustempfindungen auch entweder mit Lob oder einer Rüge verbunden.⁸¹ Quindeau stellt fest, dass die Lustempfindungen des Kindes nun nicht mehr nur durch den Körperkontakt zum anderen entstehen, sondern auch über das interaktionelle Geschehen.⁸²

⁷⁵ Quindeau 2008, S. 18 ff und Quindeau 2012, s

⁷⁶ Quindeau 2008, S. 27

⁷⁷ Freud 1942, S. 99 ff

⁷⁸ Spannungslust verändert sich in jeder der Modalitäten. In Bezug auf die Oralität entsteht sie zum Beispiel dann, wenn das Kind nach der Brust verlangt, zubeißen möchte und die Mutter die Brust daraufhin entzieht. Es entwickelt sich im Kind dadurch ein lustvolles Spiel mit der Spannung und der Befriedigung der Lust. Vgl. Quindeau 2008 und Quindeau 2012. Siehe auch Laplanche 2017 zur Vorlust.

⁷⁹ Quindeau 2008, S. 63

⁸⁰ Mertens S. 85

⁸¹ Quindeau 2008, S. 64

⁸² Quindeau 2008, S. 63

Weitere sinnliche Erfahrungen in der Analität stellen weiter die Pflege und zärtliche Zuwendung der Eltern beim Wickeln dar.⁸³ Durch die veränderte Nahrungsaufnahme des Kindes, welches mittlerweile Brei und zum Teil feste Nahrung zu sich nimmt, verändert sich auch die Ausscheidung des Kindes, welches bei den Eltern neue Gefühle und Reaktionen beim Wickeln hervorrufen kann. Die Reaktionen auf die Ausscheidung des Kindes, kann, wie bereits erwähnt, die kindliche Wahrnehmung der Genitalien beeinflussen. Dies ist besonders bei Mädchen der Fall. Wenn Eltern beispielsweise mit Ekel auf die Ausscheidungen der Tochter reagieren, kann sie es mit einer generellen Ablehnung ihres Geschlechts in Verbindung bringen, welche sich als Scham über das weibliche Genital manifestieren kann.⁸⁴

Quindeau⁸⁵ beschreibt nebst der analen Lustempfindungen auch das Vorhandensein von urethralen Lustempfindungen beim Kind. Der Lustgewinn entsteht dabei durch das Urin ablassen an sich. Das kindliche Interesse für den Urin, lenkt die Aufmerksamkeit des Kindes auch unweigerlich auf das Geschlecht und die Genialität, was dazu führt, dass das Kind sich dem Geschlechtsunterschied bewusst wird. Hier spielen auch die Schau- und Zeigelust eine entscheidende Rolle, da sich die Schaulust im interessierten Sehen und Zusehen der Ausscheidungen bei sich und anderen zeigt und den Blick des Kindes somit lenkt. Quindeau beschreibt, dass die Schaulust durch das Sehen allein sexuelle Lust und Befriedigung sucht, ohne die Zugehörigkeit einer weiteren Wahrnehmung, wie z. B. einer Berührung.⁸⁶ Die Zeigelust, auch als Exhibitionismus zu verstehen, dient ebenfalls dem Sehen, aber primär dem Sehen von sich selbst. Dies macht die Zeigelust zu einem narzisstischen Vorgang, bei dem das Kind seine Genitalien zeigt und andere auf seine erogenen Zonen am Körper aufmerksam macht.⁸⁷

2.6 Genitalität

Im dritten bis ungefähr bis Ende des fünften Lebensjahres befindet sich das Kind in der genitalen, bzw. genital-phallischen Phase. Es ist eine Zeit, in welcher das Interesse des Kindes sich der Erogenität des Genitals zuwendet. In dieser muss das Kind laut Freud verschiedene psychische Herausforderungen in Zusammenhang mit dem Geschlechtsunterschied überwinden: das Mädchen den Penisneid (genital so sein wollen wie der Junge), der Junge den Kastrationskomplex (die Angst des Jungen, der Vater könne ihn kastrieren weil er die

⁸³ Mertens 1997, S. 86

⁸⁴ Mertens 1997, S. 87

⁸⁵ Quindeau 2008, S. 65

⁸⁶ Quindeau 2008, S. 67

⁸⁷ Quindeau 2008, S. 69

Mutter begehrt und deshalb ohne Penis enden wie das Mädchen) und beide Geschlechter den Ödipuskomplex (Begehren des gegengeschlechtlichen Elternteils und Identifizierung mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil).⁸⁸

Mit Ende der Analität und in Verbindung mit dem entstehenden Verständnis des Kindes zu seiner Geschlechtsidentität, beginnt sich der Kastrationskomplex zu zeigen. Der Junge zeigt dabei Sorge auf Grund seines Begehrens der Mutter durch den Vater kastriert zu werden. Freud⁸⁹ ging noch davon aus, dass nach Feststellen des Geschlechtsunterschiedes und des fehlenden Penis nur das Mädchen neiderfüllt auf den Penis des Jungen minderwertig zurückbleibt. Quindeau⁹⁰ geht davon aus, dass auch der Junge einen Neid auf die Gebärfähigkeit des Mädchens entwickelt, wenn ihm der Geschlechtsunterschied bewusst wird. Sowohl Jungen als auch Mädchen geben mit dem Moment des Erkennens des Geschlechtsunterschieds den Gedanken der Bisexualität⁹¹ auf und beginnen sich mit ihrem eigenen Geschlecht und den Verschiedenheiten zum Gegengeschlecht auseinanderzusetzen.

Das genitale Spiel des Kindes in diesem Alter kann als sich entwickelnde Fähigkeit von Geburt an gesehen werden, wie sowohl Dornes⁹², Quindeau⁹³ als auch Mertens⁹⁴ feststellen. So ist das autoerotische genitale Spiel im ersten und im zweiten Lebensjahr ein Vorläufer zur genitalen Phase. Diese masturbatorischen Handlungen in der Genitalität können als Teil der gesunden Entwicklung eines Kindes gesehen werden. Der qualitative Unterschied der genitalen Betätigung ab dem 3. Lebensjahr zu der vorherigen liegt in den bereits eher zielgerichteten masturbatorischen Handlungen, bei denen Ziel die Erregung sein kann und dazu deutliche Änderungen im Gesichtsausdruck begleitend auftauchen können, wie z.B. starrer Blick, gerötete Wangen, und rhythmische Bewegung des Beckens sowie eine schnellere Atmung.⁹⁵ Das Kind entdeckt seinen Körper und verbindet die Erlebnisse mit idealerweise positiven Gefühlen. Das Kind macht durch seine Autoerotik jedoch auch einen Loslösungsprozess von der Mutter durch, indem es die Mutter nicht mehr in allen Bereichen zur Befriedigung benötigt. Quindeau⁹⁶ nimmt an, dass das Kind in seiner Suche nach Lust

⁸⁸ Freud 1948, S. 21 ff

⁸⁹ Freud 1942, S. 96. Vgl. Freud 1948, S. 21ff

⁹⁰ Quindeau 2008, S. 65

⁹¹ Bisexualität ist laut Freud im Kind als Veranlagung bis dahin selbstverständlich und beschreibt damit, dass das Kind sich eines Geschlechtsunterschiedes bis dahin nicht bewusst ist. Vgl. Freud 1942, S.40

⁹² Dornes 2013, S. 211 ff

⁹³ Quindeau 2008, S. 71

⁹⁴ Mertens 1997, S. 83

⁹⁵ Dornes 2013, S. 212

⁹⁶ Quindeau 2012, S. 37

nicht unabhängig von der Mutter wird, sondern auf sie bezogen bleibt, indem die Aufrechterhaltung der Beziehung in den Fantasien des Kindes erfolgt. Die Fantasien des Kindes stellen dabei die Verarbeitung der Loslösung von der Mutter dar. Quindeau ergänzt die genitale Betätigung des Kindes um die Annahme, dass sich in dieser die Erinnerung an die Berührung und Fürsorge durch die Eltern wiederholt. Das Kind wird somit zum aktiven Akteur einer zuvor passiv durch die Eltern erlebten Handlung und gestaltet somit das Sexuelle für sich mit.

In der Genitalität zeigt sich zum ersten Mal eine Annäherung an die Erwachsenensexualität, indem sich die Teiltriebe beginnend der Genitalität unterordnen, schreibt Quindeau.⁹⁷ Dies im Sinne dessen, das auch Oralität und Analität erhalten bleiben, sich jedoch die Erogenität verstärkt auf die Genitalien konzentriert.⁹⁸ Quindeau beschreibt, dass die Genialität aus ihrer Sicht mehr noch auf die „[...] Wahrnehmung des Kindes, überhaupt ein Geschlecht zu haben [...]“⁹⁹ gerichtet sein sollte, als auf die Etablierung der Geschlechtsidentität. Aus ihrer Sicht erlebt sich das Kind durch das Begehren des Selbst überhaupt als begehrenswert und entdeckt so den Mechanismus des Begehrens.¹⁰⁰ Das Kind entwickelt sich so zu einem aktiven Akteur in der Beziehung zu den Eltern, bei dem es nicht mehr durch die Eltern verführt wird, sondern selbst verführt und sich dieser Fähigkeit auch bewusst ist.¹⁰¹ Dies zeigt sich in der Entfaltung des Ödipuskomplexes.

Der Ödipuskomplex wird von Freud¹⁰² in eine positive und eine negative Form unterteilt, welche vom Kind durchlebt werden müssen, um dann als vollständig bewältigter Ödipuskomplex zu gelten. Der positive Teil enthält die Liebe zum gegengeschlechtlichen Elternteil und Rivalität gegenüber dem gleichgeschlechtlichen Elternteil. Die negative Variante besteht aus der Liebe zum gleichgeschlechtlichen Elternteil und Rivalität gegenüber dem gegengeschlechtlichen Elternteil.¹⁰³ Das Mädchen wünscht sich in erfolgreicher Bewältigung ein Kind vom Vater, der Wunsch wird nicht erfüllt. Der Junge wendet sich auf Grund der Kastrationsangst vom Vater ab und der Mutter zu. Löst sich die ödipale Situation erfolgreich auf, werden geschlechtliche Normen, Werte und Ideale durch Identifizierung mit

⁹⁷ Quindeau 2008, S. 70

⁹⁸ Quindeau 2008, S. 72

⁹⁹ Quindeau 2008, S. 71

¹⁰⁰ Quindeau 2008, S. 71

¹⁰¹ Quindeau 2008, S. 71

¹⁰² Freud 1948, S. 28 ff, vgl. Freud 1944, S. 342 ff

¹⁰³ Vgl. Quindeau 2008, S. 76 und Mertens 1996, S. 24 ff

dem gleichgeschlechtlichen Elternteil in das Über-Ich des Kindes integriert.¹⁰⁴ Zudem erfolgt durch die Triangulierung „Mutter-Vater-Kind“ in der Lösung der ödipalen Situation ein weiterer Schritt zur Loslösung des Kindes von der zuvor symbiotischen Beziehung zur Mutter.¹⁰⁵ Zugleich etabliert sich die Geschlechtspartnerorientierung, d. h. die sexuelle Orientierung, nachdem das Kind in der ödipalen Konstellation mit homo- und heterosexuellen Komponenten gespielt hat.¹⁰⁶

¹⁰⁴ Mertens 1997 S. 37

¹⁰⁵ Mertens 1997, S. 102

¹⁰⁶ Quindeau 2008, S. 77

3 Bindungstheorie

Dieser Teil der vorliegenden Arbeit wird sich mit der Bindungstheorie beschäftigen. Ursprünglich von John Bowlby beschrieben, werden im Folgenden Ergänzungen dieser ausgeführt, welche sich an den Ergebnissen der Bindungsforschung der letzten Jahrzehnte orientieren.

Endokrine, hirnstrukturelle und neuronale Prozesse besonders in den ersten drei Lebensjahren des Kindes, sind als Voraussetzung zu der Fähigkeit eine Bindungsbeziehung zu entwickeln zu sehen, werden aber in dieser Arbeit nicht vertieft. In dieser Arbeit beziehe ich mich ausschließlich auf die Bedeutung der Interaktion zwischen Kind und Eltern und der Bedeutung des Verhaltens.

3.1 Die Grundlagen der Bindungstheorie

In den ersten Lebensjahren geht das Kind hauptsächlich im familiären Rahmen, dem Familiensystem, Beziehungen ein und erlebt sozialen Kontakt. Welches Muster an Bindung (Bindungsstil) sich geprägt hat, zeigt sich den Bindungstheoretikern zufolge bereits ab dem siebten Lebensmonat prägnant im Verhalten des Kindes. Bereits ab der 6. Lebenswoche bis hin zum ersten Lebensjahr entwickelt sich die Bindung und innerhalb der ersten 6 Lebensmonate stellen sich die Weichen für die spätere Bindungsqualität durch die Interaktion mit der primären Fürsorgeperson, oftmals der Mutter. Für Bowlby entwickelt und festigt sich die Bindung innerhalb der ersten drei Lebensjahre eines Kindes.¹⁰⁷ Deshalb wird in dieser Arbeit die Bindungsentwicklung in den ersten drei Lebensjahren des Kindes dargestellt werden.

John Bowlby entwickelte die Theorie über die frühe Bindung zwischen den Jahren 1935 und 1960. Bowlby, selbst psychoanalytischer Tradition entstammend, versuchte die Theorie der Objektbeziehungen zu verwissenschaftlichen, indem er die normale Entwicklung von Kindern und das, was gute Eltern ausmacht, beobachtete.¹⁰⁸ Die Bindungstheorie versucht im Licht der Entwicklungspsychologie zu erklären, wie die frühe Interaktion zwischen Kind und Fürsorgeperson als Persönlichkeit internalisiert wird und diese bildet. Dabei bezieht sich Bowlby auch auf die Annahme, dass die ersten Objektbeziehungen die Bildung des Charakters beeinflussen.¹⁰⁹

¹⁰⁷ Bowlby 2006 S. 201

¹⁰⁸ Holmes 2002, S. 23 und S. 128

¹⁰⁹ Holmes 2002, S. 127

Bowlby¹¹⁰ sah Mängel in den psychoanalytischen Ansätzen der Triebtheorie als auch der Theorie der Objektbeziehungen zur Erklärung der Mutter-Kind-Bindung. Das Band zwischen Mutter und Kind sah er aus mehreren Verhaltenssystemen entstehend, mit dem Ergebnis der Nähe zur Mutter. Für Bowlby war Bindung ein primäres Motivationssystem des Kindes, mit gleicher Berechtigung und Stellenwert wie das Motivationssystem nach Nahrung und anderen Motivationssystemen und unabhängig von diesen in der Entwicklung. Bowlby verstand die Entwicklung des Kindes, anders als Freud, als fluide und nicht statisch. Verlust und Trennung waren für Bowlby Schlüsselthemen in der Erarbeitung seiner Theorie¹¹¹, denn er war der Annahme, dass die Mutterentbehrung als eine Ursache für das Entstehen von psychischen Krankheiten wirkte.

In der Weiterentwicklung der Bindungstheorie durch Mary Ainsworth, verschob sich der Fokus von Trennung und Verlust auf die Feinheiten der Eltern-Kind-Interaktion – hier insbesondere auf die Feinfühligkeit der Mütter. Ainsworth entwickelte eine Standardisierung in der Beobachtung von Bindungsverhalten, zu dessen Erfassung sie den Fremde-Situation-Test entwarf.

Bowlby¹¹² beschreibt, dass der Begriff „Bindungsverhalten“ ein jedes Verhalten des Kindes bezeichnet, welches Nähe zu einer Bindungsperson herstellen oder aufrechterhalten soll. Das Kind muss sich so verhalten, dass die Nähe zu ihr aufrechterhalten bleibt.¹¹³ Das Bindungsverhalten wird von einer tatsächlichen oder einer drohenden Trennung von der Bindungsfigur ausgelöst. Beendet oder gelindert wird das Verhalten durch das Herstellen von Nähe, entweder durch körperliche Berührungen, Blickkontakt oder Worte.

Für Bowlby war Bindungsverhalten weit mehr, als nur Sekundärtrieb und somit die Suche nach Nahrung, Wärme oder sexueller Sinnlichkeit.¹¹⁴ Bowlby sah die Motivation des Kindes eine Bindung einzugehen in sozialer Interaktion:¹¹⁵ „Je mehr Erfahrung sozialer Interaktion ein Kleinkind mit einer Person hat, um so stärker wird seine Bindung an diese Person.“¹¹⁶ Die Wichtigkeit der sozialen Interaktion und den Ursprung der Entwicklung dorthin, erklärte Bowlby mit der Theorie, dass der Mensch in einem sozialen System sicherer vor Angreifern

¹¹⁰ Bowlby 2006, S. 176 ff

¹¹¹ Holmes 2002 S. 53 ff

¹¹² Bowlby 2006, S. 177

¹¹³ Bowlby 2006 S. 196

¹¹⁴ Bowlby 2006 S. 206

¹¹⁵ Bowlby 2006 S. 211

¹¹⁶ Bowlby 2006 S. 217

ist (Raubtier), als isoliert.¹¹⁷ Brisch¹¹⁸ sieht die Bindungsentwicklung als ein genetisch angelegtes Bedürfnis, als evolutionär verankertes System, welches das Überleben des Kindes sichert.

Für Grossmann¹¹⁹ setzt die gesunde Entwicklung des Kindes vom Säuglingsalter an sichere Bindungsbeziehungen voraus. Die Bindungsbeziehungen des Kindes helfen ihm zu lernen Gefühle zu organisieren, bestimmen die positive oder negative Färbung der Erwartungen an andere und beeinflussen das Selbstwirksamkeitserleben. In der Beziehung mit den Eltern entwickelt das Kind seine eigene Persönlichkeit, lernt Emotionen zuzuordnen und zu regulieren und sich im gesellschaftlichen Rahmen zu bewegen.

3.2 Feinfühligkeit

Feinfühligkeit¹²⁰ heißt, dass die Bindungsperson bereits bei den ersten Anzeichen der möglichen Signale des Kindes (z. B. veränderte Mimik, Körpertonus oder Atmung vor dem Einsetzen von Weinen) ablesen kann, welches Bedürfnis (z. B. Nahrung oder Nähe) des Kindes erfüllt werden muss und dementsprechend zügig handelt.

Beobachtbare Bindungssignale im Verhalten des Säuglings können sein: „Weinen, Rufen, Anklammern, Nachfolgen mit den Augen, Trennungsprotest, Kontaktlaute, Anblicken, Veränderungen der Mimik (Blinzeln, Stirn furchen), der Körperspannung (Tonus), der Art des Einschliefens, der Ansprechbarkeit.“¹²¹

Feinfühligkeit setzt voraus, dass die Bindungsperson das Signal des Kindes ablesen und im Sinne des Bedürfnisses richtig interpretieren kann. Um feinfühlig sein zu können, muss die Bindungsperson mit der Aufmerksamkeit beim Kind sein. Dabei ist es so, dass kein Signal eines Kindes dieselbe Bedeutung wie das eines anderen Kindes haben muss und sich die Signale des Kindes zudem situativ ändern können (z. B. bei Krankheit, Angst oder im Spiel). Kind und Bindungsperson, in der Regel die Eltern, müssen sich deshalb erst kennenlernen, sogar immer wieder auf ein Neues. Feinfühlige Bindungspersonen probieren sich gemeinsam mit dem Kind aus und erkennen an der Reaktion des Säuglings, im Verhalten und Ausdruck, ob sie das Signal ihres Kindes richtig interpretiert haben und das Bedürfnis erfüllt wurde. Die Eltern müssen angemessen und zügig handeln. Zügig heißt, innerhalb von wenigen Sekunden,

¹¹⁷ Bowlby 2006 S. 220

¹¹⁸ Brisch et al 2018, S. 534 und Brisch 2014, S. 33

¹¹⁹ Grossmann 2010, S. 5

¹²⁰ Grossmann 2010, S. 6, angelehnt an die Definition von Feinfühligkeit von Ainsworth

¹²¹ Grossmann 2010, S. 5

da dies der Gedächtnisspanne des Kindes entspricht. Angemessen ist eine Handlung dann, wenn das Kind signalisiert sein Bedürfnis erfüllt bekommen zu haben. Feinfühligkeit beschränkt sich nicht auf den emotionalen Anteil, sondern bezieht die Feinfühligkeit der Berührung und des Körperkontaktes ein. Dies bedeutet, dass die Eltern auf einen körperlichen Ausdruck des Kindes mit einem richtigen Körperhandeln antworten sollten, z. B. das Kind auf den Arm nehmen, wenn es traurig ist es aber auch in Ruhe lassen, wenn es z. B. den Kopf oder den Blick wegdreht.¹²² Zudem zeigt sich in der körperlichen Fürsorge der Eltern, beim Eincremen, Baden, Massieren die Feinfühligkeit. Das Kind bekommt somit auch sein Bedürfnis nach sexuell-sinnlicher Stimulation erfüllt. Fehlt diese Fürsorge, werden grundlegende Körpererfahrungen nicht gemacht.¹²³

Grossmann¹²⁴ unterscheidet zwischen mütterlichem und väterlichem feinfühligem Verhalten. Mütter weisen häufiger Feinfühligkeit bei Trost, Zuspruch und dem Ausdrucksverhalten der Kinder auf. Väter weisen eine höhere Spielfeinfühligkeit und Unterstützung auf, d.h. sie fordern ihre Kinder heraus, ohne sie zu überfordern. Die Kombination beider Arten der Feinfühligkeit kann so eher zu einer sicheren, stabilen Entwicklung des Kindes beitragen. Brisch¹²⁵ betont die Signifikanz des Vaters in der Bindungsentwicklung dahingehend, dass in der Triangulierung Vater-Mutter-Kind das Kind wertvolle Erfahrungen macht über Interaktion, Beziehungsdynamik und Spannungswechsel, welche eine große emotionale Bedeutung für die Entwicklung des Kindes und seine Fähigkeit haben, in Gruppen mit Gleichaltrigen agieren zu können.

Fehlabstimmungen in diesem Interaktionsprozess zwischen Eltern und Kind kommen häufig vor, auch bei einem sicheren Bindungsmuster. Nicht immer gelingt es, das Bedürfnis und den Wunsch des Kindes richtig abzulesen. Wichtig ist dabei, ob und wie die Fehlabstimmung korrigiert wird. Sicher gebundene Kinder vertrauen darauf, dass die Eltern wissen, wie sie in einer Situation korrigieren können.¹²⁶ Brisch¹²⁷ und Steele¹²⁸ beschreiben, dass im (korrekten) Korrigieren der Eltern ein Schlüssel zu einer sicheren Bindungsentwicklung liegt, indem das Kind lernt Zuversicht und Zusammenhang in der Interaktion zu empfinden und somit selbst einen Einsatz in der Interaktion zeigt, indem es sein Bedürfnis erneut ausdrückt mit der

¹²² Brisch 2020, S. 35

¹²³ Brisch 2012, S. 113

¹²⁴ Grossmann 2010, S. 8

¹²⁵ Brisch 2014, S. 41

¹²⁶ Steele 2018, S. 120 ff

¹²⁷ Brisch 2020, S. 33

¹²⁸ Steele 2018, S. 120

Erwartung an die Bindungsperson, dass diese es nun richtig abzulesen vermag. Werden die Fehlabbildungen einer gegebenen Situation nicht korrekt oder gar nicht durch den Erwachsenen korrigiert, wird das Kind eigene Strategien zur Regulierung entwickeln welche bestehen bleiben. Erhält das Kind z. B. immer die Brust oder die Flasche, sobald es schreit, weil die Eltern keine andere Strategie zur Beruhigung des Kindes einzusetzen wissen, kann das Kind auch zukünftig mit dem Älterwerden zur (Selbst-)Beruhigung nach Essen suchen.¹²⁹

Das Kind lernt zunächst durch die Interaktion mit den Eltern Emotionsregulierung, erst durch viele positive Erfahrungen dabei lernen sie Selbstregulation. Regulierung durch die Eltern findet dabei über Körperkontakt, Blickkontakt und Sprechen mit dem Säugling statt, welches ihm hilft, den inneren Stress bei Traurigkeit, Müdigkeit usw., abzubauen. Die Fähigkeit der Selbstregulation zeigt sich vor allem in Stresszuständen, in denen das Kind es durch eine innere emotionale Sicherheit vermag, den Stress allein zu bewältigen.¹³⁰

Bowlby nahm an, dass Kinder schon ab der Geburt ein eigenes Temperament mitbringen und sich so z. B. apathisch verhalten oder sich äußert leicht erregen und stimulieren lassen. Bowlby nennt dies die „verhaltensmäßige Anlagetendenz“¹³¹. Das gezeigte Temperament des Kindes hat einen Einfluss darauf, wie die Mutter auf die Signale des Kindes reagiert. Umgekehrt verhält es sich so, dass die Eigenschaften der Mutter, ihre eigene Geschichte, Erfahrungen in der Familie und der kulturelle Hintergrund beeinflussen, wie die Mutter sich im Kontakt mit ihrem Kind verhält – auch in Bezug auf die Feinfühligkeit – und somit beeinflusst, wie das Kind auf sie reagiert.¹³² Ebenfalls durch Untersuchungen ist bekannt, dass sich das Bindungsmuster der Eltern an das Kind weitergibt.¹³³

3.3 Die Entwicklung der Bindungsbeziehung

Die Bindungstheorie geht davon aus, dass sich der Wunsch nach Nähe des Kindes zu einem Erwachsenen auf *eine* Person oder eine kleine Gruppe von Personen beschränkt. Das Kind unterscheidet zudem diese Person oder Gruppe von anderen Personen. Bowlby¹³⁴ ging davon aus, dass die Mutter die hauptsächliche und wichtigste Bindungsperson ist, sah aber auch den Vater in zweiter Instanz als eine weitere Figur, welche Bindungsverhalten beim Kind auslösen kann. Holmes¹³⁵ sieht, dass ebenso Väter die Position der hauptsächlichen

¹²⁹ Brisch 2020, S. 32

¹³⁰ Brisch 2020, S. 38

¹³¹ Bowlby 2006 S. 324

¹³² Bowlby 2006 S. 326

¹³³ Strauß 2015, S. 63

¹³⁴ Bowlby 2006 S. 199

¹³⁵ Holmes 2002 S. 107

Bindungsperson einnehmen können, und grundsätzlich Mutter und Vater als austauschbar betrachtet werden können. Brisch¹³⁶ schreibt, dass die Bindungsbeziehung durch emotionale Erfahrungen zwischen Eltern und Kind entsteht und nicht durch die genetische Verwandtschaft als solche.¹³⁷ Es ist anzunehmen, dass Eltern, die selbst sicher gebunden sind durch ihr feinfühliges Verhalten dieses Bindungsmuster an ihre Kinder weitergeben.¹³⁸

Brisch¹³⁹ stellt ein Kontinuum von elterlicher Feinfühligkeit¹⁴⁰ dar und gibt an, dass der Säugling die Person als primäre Bindungsperson wählen wird, welche die größte Feinfühligkeit aufweist. Die zweit feinfühligste Person ist diejenige, an welche sich das Kind wendet, wenn die primäre Bindungsperson nicht zur Verfügung steht – das Kind wird in der Regel länger brauchen, bis es sich von dieser trösten und beruhigen lässt. Ist eine Bindungsbeziehung erstmal etabliert, bleibt die empfundene Bindung in der Regel ein Leben lang erhalten.¹⁴¹ Die Intensität der Nähe und somit die Stärke des Bindungsverhaltens, ist unter anderem davon abhängig, wie alt das Kind ist, welches Temperament es von Geburt an mitbringt, wie die Entwicklungsgeschichte des Kindes verlaufen ist und wie es sich fühlt.¹⁴² Ist das Kind zum Beispiel krank oder hat Angst, kann sich das Nähebedürfnis zur bevorzugten Person verstärken.

Holmes¹⁴³ beschreibt die sichere Basis in der Bindungsbeziehung als eine Atmosphäre, welche die Bindungsfigur für das Kind schafft. Bowlby¹⁴⁴ schreibt, dass die sichere Basis dem Kind im Idealfall ermöglicht, dass es im Spiel und beim Entdecken der Welt mit Nähe und Distanz zur Bindungsperson experimentieren kann, mit dem Wissen, dass es eine tröstende und schützende, sichere Person vorfindet, wenn es bei auftretender Gefahr (reelle Gefahr als auch emotionale Verunsicherung, Angst usw.) zur Basis zurückkehrt. Der Effekt der sicheren Basis ist somit, dass das Kind zur Bindungsperson eine Art Anziehung verspürt, welche sich vergrößert, je weiter sich das Kind von seiner sicheren Basis, also der Bindungsperson, entfernt. Diese Anziehungskraft ist bei einer sicheren Basis, bzw. einer sicheren Bindungsbeziehung von außen nicht wahrnehmbar.

¹³⁶ Brisch 2020, S.24

¹³⁷ Vgl. auch den Begriff der anthropologischen Grundsituation von Laplanche

¹³⁸ Brisch 2020, S. 41

¹³⁹ Brisch 2014, S. 33

¹⁴⁰ Von sehr feinfühlig bis gar nicht feinfühlig

¹⁴¹ Strauß 2015, S. 28

¹⁴² Bowlby 2006, S. 199

¹⁴³ Holmes 2002 S. 91 ff

¹⁴⁴ Bowlby 2006, S. 290

Ob eine Bindungsbeziehung vorhanden ist, lässt sich durch die Reaktion und das Verhalten des Kindes bei der Trennung von der Bindungsperson feststellen, wo es z. B. mit Protest, Weinen, treten etc. reagiert.

3.3.1 Die Bindungsbeziehung in den ersten zwei Lebensjahren

Bowlby¹⁴⁵ beschreibt, dass sich das Bindungsverhalten im ersten Lebensjahr entwickelt und dann stabilisiert, weshalb er davon ausgeht, dass es im „[...] Verlauf dieses Jahres eine prägsame Periode gibt, während der sich Bindungsverhalten am leichtesten entwickelt.“ Bowlby¹⁴⁶ zufolge lässt sich die Entwicklung der Bindungsbeziehung beim Kind in vier Phasen aufteilen: Orientierung und Signale ohne Unterscheidung der Figur (0-3 Monate), auf Personen gerichtete Orientierung und Signale (bis etwa 6 Monate), Aufrechterhaltung der Nähe (6 Monate - 3 Jahre) und die Bildung einer zielkorrigierten Partnerschaft (ab ungefähr 3 Jahren). Bowlby nahm an, dass das Kind in der ersten Phase eindeutig *nicht* gebunden ist, jedoch ebenso eindeutig in der dritten Phase *gebunden ist*. Bowlby¹⁴⁷ beschreibt, dass sich die Qualität der Bindungsbeziehung bereits vorgeburtlich vorhersagen lässt, anhand des Verhaltens und der Einstellung der Mutter.

Der Bindungsbegriff war für Bowlby nicht gleichzusetzen mit dem Begriff der Abhängigkeit, da das Kind in den ersten Lebenswochen zwar von der Mutter abhängig ist, um zu überleben, dort aber noch keine Bindung zur Mutter etabliert hat. Umgekehrt hat das Kind ab einem Alter von 2-3 Jahren eine Bindung zur Mutter erlangt, ist aber nicht mehr primär von dieser abhängig, da es z. B. durch Worte auf sich aufmerksam machen kann und somit auch von anderen Personen versorgt werden kann.¹⁴⁸

Schon in den ersten Lebensmonaten ist das Kind höchst empfänglich für menschlichen Kontakt. Das Kind kommt mit bereits veranlagten Verhaltenssystemen auf die Welt, welche durch Reize aktiviert werden. Dies sind z. B. auditive Reize der menschlichen Stimme, visuelle Reize des Gesichts und die taktilen Reize durch Berührung und Gehaltenwerden.¹⁴⁹ Holmes¹⁵⁰ benennt, dass diese Reize meist durch die primäre Bindungsperson ausgelöst werden, durch z. B. Berührung, Blickkontakt, Lächeln, worauf das Kind mit seinem Verhalten reagiert, z. B. mit Schreien oder Zurücklächeln. Das Kind studiert das Gesicht der Mutter und bildet

¹⁴⁵ Bowlby 2006 S. 217

¹⁴⁶ Bowlby 2006 S. 257 ff

¹⁴⁷ Bowlby 2006, S. 326

¹⁴⁸ Bowlby 2006 S. 222

¹⁴⁹ Bowlby 2006 S. 256

¹⁵⁰ Holmes 2002 S.94 ff

Muster darüber aus, wie die Mutter auf das Verhalten des Kindes reagiert. Reagiert die Mutter stabil in ähnlichen Situationen, kann das Kind dieses Muster verinnerlichen und entwickelt somit eine zusammenhängende Geschichte. Das Kind stimmt durch die Reaktion der Mutter das eigene innere Erleben mit dem Äußeren ab. Der Blickkontakt zwischen Mutter und Kind und das visuelle Erleben des Kindes, sind hierbei Schlüsselemente bei der Entwicklung einer inneren Welt des Kindes, in der Bindung repräsentiert und reguliert werden kann. Das Festhalten des Kindes, nicht nur körperlich, sondern auch emotional beschützend, unterstützend und fürsorglich, sichert dem Kind sein Überleben und bildet gleichzeitig die ersten wichtigen Erfahrungen für eine sichere Bindung.

In den ersten 3 Lebensmonaten kann das Baby noch nicht zwischen Personen unterscheiden, jedoch schon die Reize, welches es empfängt. Das Kind orientiert sich auf Personen in der Umgebung hin, zum Beispiel schaut es diesen nach, greift nach ihnen oder lächelt sie an (soziales Lächeln), noch ohne die Person explizit zu unterscheiden.¹⁵¹

Ab dem 3. Lebensmonat entwickeln sich die Anfänge einer Bindungsbeziehung. Das Kind differenziert die Mutter von anderen Personen, zum Beispiel beim Anschauen, es reagiert anders auf die Stimme der Mutter, weint anders, wenn sie weggeht und begrüßt sie anders.¹⁵² Die Mutter reagiert idealerweise auf die Signale des Kindes und es etabliert sich eine sichere Mutter-Kind-Beziehung, indem die Mutter das Kind spiegelt, Bedürfnisse des Kindes versteht und diesen nachkommt und dem Kind so zu verstehen geben kann, dass sie es kennt und versteht.

Ab dem 6. Lebensmonat finden Entwicklungsschritte statt, die den Beginn der eigentlichen Bindung markieren. Das Kind zeigt sich mit etwa 7 Monaten zum ersten Mal vorsichtig gegenüber Fremden und es reagiert nicht mehr wahllos im Kontakt zu anderen Personen.¹⁵³ Dieses Verhalten erreicht mit ungefähr 9 Monaten seinen Höhepunkt und zeigt sich im „Fremdeln“ des Kindes gegenüber anderen Personen als der Bindungsperson. Mit den wachsenden Fähigkeiten des Kindes, verändern sich auch die Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Kind und Eltern. So hat das Kind die Fähigkeit, mit seinen Eltern die Aufmerksamkeit und das Interesse in Bezug auf ein Objekt, eine Situation oder im Spiel zu teilen. Es kann Laute von sich geben und Plaudern und die Eltern antworten ihrem Kind, indem sie ihrerseits eigene Annahmen zu den Wünschen des Kindes verbalisieren. Diese Kommunikation muss

¹⁵¹ Bowlby 2006 S. 257

¹⁵² Bowlby 2006 S. 257

¹⁵³ Bowlby 2006 S. 257

auch sicherstellen können, dass das Kind zur Mutter kommt, wenn Gefahr droht und das Kind muss zur Kommunikation beitragen, indem es beispielsweise durch Laute auf sich aufmerksam macht.¹⁵⁴

Bindungsverhalten ist eine wechselseitige Beziehung, auch wenn das Verhalten hauptsächlich aus der Sicht des Kindes beschrieben wird. Nach Bowlby¹⁵⁵ gibt es zwei Verhaltensweisen, die Bindung ausmachen; Signalverhalten (z. B. Schreien, die Mutter kommt zum Kind) und Annäherungsverhalten (z. B. Festhalten oder Nachfolgen, das Kind kommt zur Mutter). Die Eltern müssen dem Kind die Fürsorge zukommen lassen, welche zu dem Bindungsverhalten des Kindes passt. Zum Beispiel wird das Kind in einer ihm unbekanntem Situation den (Blick-)Kontakt zur Mutter aufnehmen, um auf Grund ihrer Reaktion in der Situation entweder die Exploration zu beginnen oder sich zurück zu ziehen.¹⁵⁶ In einer vertrauten, sicheren Situationen wird das Kind in der Regel kein Bindungsverhalten zeigen.¹⁵⁷ Die Eltern regulieren die Nähe und Distanz zwischen ihnen und dem Kind durch eigenes Verhalten, indem sie das Kind z. B. ängstlich beschützen wollen oder nachlässig von dannen ziehen lassen und keine sichere Basis für das Kind bereit stellen. Beide Varianten beeinflussen das Explorationsverhalten des Kindes, mit dem Gefühl unterdrückt zu werden oder zum Gefühl der Angst und Aufgabe.¹⁵⁸ Das Kind entwickelt durch die Interaktion und anhand des Verhaltens der Eltern interne, affektive Arbeitsmodelle für die Bindungsbeziehung, welche sich manifestieren und bestehen bleiben.

3.3.2 Die Bindungsbeziehung ab dem dritten Lebensjahr

Ab dem 3. Lebensjahr mit zunehmenden affektiven, kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten, nimmt das Kind selbst durch sein Verhalten vermehrt Einfluss auf die Bindungsbeziehung zu den Eltern. Das Kind hat sein Verhaltensrepertoire erweitert und kann so schmollen oder seinen Charme spielen lassen oder auf Objekte zeigen, um seinem Willen kund zu tun. Somit kann es die Eltern anders binden, anstatt wie zuvor zu weinen oder zu klammern.¹⁵⁹ Außerdem ermöglicht die Aneignung der Sprache den verbalen Ausdruck von Gefühlen zwischen Eltern und Kind.¹⁶⁰ Wie die Eltern dabei über Gefühle sprechen, kann ein Indikator für die emotionale Entwicklung des Kindes sein. Werden z. B. negative Gefühle wie Angst,

¹⁵⁴ Holmes 2002 S. 96

¹⁵⁵ Bowlby 2006 S. 236

¹⁵⁶ Vgl. auch Strauß 2015, S. 27

¹⁵⁷ Strauß 2015, S. 38

¹⁵⁸ Holmes 2002 S. 97

¹⁵⁹ Holmes 2002 S. 99

¹⁶⁰ Grossmann 2010, S. 7

Traurigkeit etc. nicht durch Eltern benannt und anerkannt, lernt das Kind nicht, das innere Empfinden mit der Realität zu verknüpfen und hat somit keine Chance, diese Gefühle adäquat zu bewältigen.¹⁶¹ Die Kommunikation und Sprachlichkeit eines Kindes und später des Erwachsenen gibt deshalb auch Auskunft über seine Bindungserfahrungen.¹⁶²

Die internen Arbeitsmodelle¹⁶³ bilden für Bowlby fortan ein Schlüsselkonzept, bilden sich jedoch von Beginn der Bindungsentwicklung an aus. Die internen Arbeitsmodelle prägen, wie das Kind sein eigenes Selbst und wichtige andere Menschen und ihre Beziehungen sieht und wie diese im Kind repräsentiert sind.¹⁶⁴ Das Kind erstellt also mit anderen Worten anhand der internen, affektiven Arbeitsmodelle Vorhersagen über die Welt, das Verhalten anderer sowie die Art der Interaktion zwischen dem Kind und anderen. Sie entstehen in der Interaktion mit den Eltern, das Kind lernt durch seine Beobachtung des Verhaltens der Eltern deren Gefühle und Motive kennen.¹⁶⁵ Die Kinder können dabei die Arbeitsmodelle zu einer bestimmten Person verändern, ergänzen oder bezüglich bereits gemachter Erfahrungen überprüfen.¹⁶⁶ Diese Art „Blaupause“ an inneren Arbeitsmodellen verschlüsselt wie das individuelle, spezielle Bindungsmuster des Kindes im weiteren Lebensverlauf aussieht. Die internen Arbeitsmodelle steuern vor allem in belastenden Situationen die Gefühle und das Verhalten.¹⁶⁷

Dabei nahm Bowlby an, dass ein sicher gebundenes Kind ein internes Arbeitsmodell entwickelt, bei dem die Bindungsperson feinfühlig, liebevoll und zuverlässig ist und das Ich des Kindes der Aufmerksamkeit und Liebe würdig ist. Ein unsicher gebundenes Kind hingegen betrachtet die Welt als einen gefährlichen Ort, an dem andere Menschen mit Vorsicht behandelt werden müssen und sie werden ein Ich entwickeln, welches sich als unwirksam und nicht liebenswürdig empfindet.¹⁶⁸

Das Bindungsverhalten ist eine fortlaufende, dynamische Beziehung, da die Eltern-Kind-Beziehung kontinuierlich über die Entwicklung hinweg wirkt. Ändern sich zum Beispiel die Verhältnisse um die Mutter-Kind-Beziehung, kann sich der Bindungsstatus des Kindes

¹⁶¹ Grossmann 2010, S. 12

¹⁶² Siehe u.a. Erhebungsverfahren zur Bindungsqualität im Erwachsenenalter wie Adult-Attachment-Interview (AAI), bei welchem durch Analyse und Interpretation von Narrationen die Bindungsqualität einer Person hergeleitet wird

¹⁶³ Bowlby 2006, S. 333ff und vgl. S. 86 ff

¹⁶⁴ Holmes 2002 S. 88

¹⁶⁵ Bowlby 2006 S. 258

¹⁶⁶ Strauß 2015, S. 41

¹⁶⁷ Grossmann 2010, S. 11

¹⁶⁸ Holmes 2002 S. 100

verändern, von unsicher zu sicher. Auch spätere Erfahrungen in Kindheit, Jugendalter und Erwachsenenalter können die frühen Bindungserfahrungen sicherer oder unsicherer gestalten.¹⁶⁹ Grossmann¹⁷⁰ beschreibt detaillierter, dass sich die Bindungserfahrungen als sichere oder unsichere Organisation der Gefühle verfestigen und somit zum Bestandteil der Persönlichkeit werden. Umgangen werden kann somit die Verfestigung unsicherer Bindungserfahrungen durch Veränderungen der ersten Bindungserfahrungen durch spätere neue, sichere emotionale Beziehungen oder durch die Einsicht des Einzelnen in sein Beziehungs- und Bindungsmuster. Dadurch erhöht sich die Möglichkeit sichere Bindungserfahrungen im Lebensverlauf auch in anderen Beziehungen zu machen als in den mit den primären Bindungspersonen. Somit ist auch gegeben, dass unter anderem durch Psychotherapie Veränderungen des Bindungsmusters möglich sind.¹⁷¹ Das internalisierte erste Bindungsmuster aus der frühesten Kindheit bleibt jedoch bestehen und kommt in belastenden und stressigen Situationen zum Vorschein.¹⁷² Strauß¹⁷³ beschreibt, dass Erwachsene mit einer unsicheren Bindung Schwierigkeiten im Aufbau und der Aufrechterhaltung der TherapeutInnen-Beziehung zeigen und somit durch eine fehlende, positive Arbeitsbeziehung im Ergebnis weniger erfolgreich in ihrer Therapie sind. Das Bindungsmuster sieht er als stabil, aber nicht unveränderlich, weshalb er auch argumentiert mit dem aktuell vorhandenen Bindungsmuster des Gegenübers zu arbeiten, und nicht mit dem aus der frühen Kindheit bestehendem.

Strauß¹⁷⁴ beschreibt, dass die frühen Bindungserfahrungen nachhaltig die Entwicklung beeinflussen; hierbei auch die Gestaltung von Beziehungen, die Fähigkeit des Mentalisierens und die Wahrnehmung und Verarbeitung von Affekten. Nitsche¹⁷⁵ beschreibt, dass innerfamiliäre Kindheitserfahrungen und Beziehungsmuster verantwortlich für das spätere Beziehungsverhalten und den Beziehungserfolg sind. Dabei ist die Bindung ein beeinflussender Faktor, ebenso wie die Wertschätzung durch die Umwelt, die erlebte Selbstkompetenz und die Persönlichkeit des Einzelnen. Mentalisierung¹⁷⁶ ist eine in der

¹⁶⁹ Strauß 2015, S. 61

¹⁷⁰ Grossmann 2010, S. 7

¹⁷¹ Holmes 2002 S. 137

¹⁷² Grossmann 2010, S. 11. Vgl. Steele 2018 S. 132

¹⁷³ Strauß 2015, S. 77 ff

¹⁷⁴ Strauß 2015, S. 39

¹⁷⁵ Nitsche 2017, S. 32

¹⁷⁶ Die Fähigkeit des Mentalisierens ist nicht zu verwechseln mit der Fähigkeit der Empathie. Letztere beschreibt die Fähigkeit mit einem anderen mitfühlen, bzw. sich einfühlen zu können, beinhaltet aber nicht die reflexive Fähigkeit wie beim Mentalisieren den inneren wahrgenommenen Zustand des

primären Bindungsbeziehung erworbene Fähigkeit des Kindes, sich in die Lage und Sichtweise anderer Menschen versetzen zu können und diese von der eigenen unterscheiden zu können.¹⁷⁷ Voraussetzung dazu ist, dass das Kind verstanden hat, dass der Andere eine eigene Psyche hat, welche z. B. Absichten und Handlungen beeinflusst. Verfügen die Eltern nicht über die Fähigkeit des Mentalisierens, erlernt das Kind sie in der Regel auch nicht.

3.4 Die fremde Situation und Klassifizierung von Bindungsstilen

Im Säuglings- und Kleinkindalter lässt sich die Qualität der Bindungsbeziehung durch den Fremde-Situation-Test analysieren. Die Durchführung des Tests kann ungefähr ab dem 12. Lebensmonat durchgeführt werden und ist bis zum 19. Lebensmonat valide.¹⁷⁸

Der Fremde-Situation-Test von Mary Ainsworth hat zum Ziel, die individuellen Bewältigungsstrategien und Unterschiede von Kindern bei Trennungsstress aufzuzeigen und diese Strategien dann klassifizieren zu können.¹⁷⁹ In der fremden Situation werden Mutter und ihr einjähriges Kind in ein Zimmer geführt und die Mutter verlässt darauf hin für 3 Minuten den Raum. Das Kind bleibt dabei mit dem Versuchsleiter allein zurück. Nach der Rückkehr der Mutter gehen sowohl Mutter als auch Versuchsleiter für 3 Minuten aus dem Raum und lassen das Kind wieder allein zurück. Das Hauptaugenmerk des Tests liegt auf der Reaktion des Kindes in den Momenten der Trennung und der Wiedervereinigung von der Mutter, der Fürsorgeperson.¹⁸⁰

Letztlich machte Ainsworth 4 Hauptreaktionsschemata, bzw. Bindungsstile, aus:¹⁸¹

B – Sichere Bindung: Das Kind zeigt beim gemeinsamen Betreten eines unbekanntes Raumes mit der Mutter sofort ein exploratives Spielverhalten. Bei der Trennung von der Mutter, zeigt das Kind mit einem sicheren Bindungsstil Traurigkeit oder Kummer, ruft zum Beispiel nach ihr. Von fremden Personen lässt sich das Kind nicht trösten. Wenn diese wiederkommt, begrüßt das Kind die Mutter und es wird von ihr getröstet, falls nötig. Das Kind beruhigt sich bei Körperkontakt schnell wieder. Das Beruhigen dauert nur wenige Minuten. Anschließend spielt das Kind weiter.

anderen als bei sich unterschiedlich wahrzunehmen und ggf. dementsprechend Handlungen zu gestalten

¹⁷⁷ Grossmann 2010, S. 9 und Brisch 2020, S. 53 ff

¹⁷⁸ Brisch et al 2018, S. 537

¹⁷⁹ Holmes 2002 S. 128, vgl. Bowlby 2006, S. 320 ff

¹⁸⁰ Holmes 2002 S. 129

¹⁸¹ Siehe Holmes 2002, S. 129 ff und Strauß 2015, S. 46 ff

A – Unsicher-vermeidend: Das Kind zeigt ebenfalls ein exploratives Spielverhalten, allerdings ohne Beteiligung von Emotionen. Bei einem unsicher-vermeidendem Bindungsstil zeigt das Kind bei Trennung von der Mutter weniger Anzeichen von Kummer, auch nicht im Kontakt zur fremden Person. Wenn die Mutter wiederkommt, ignoriert das Kind die Mutter, spielt z. B. weiter. Besonders beim zweiten Mal, wenn der Stress größer ist. Das Kind behält die Mutter im Auge und ist im Spiel gehemmt.

C – Unsicher-ambivalent: Das Kind zeigt sofort bei Eintritt in die unbekannte Situation seine Erregung und drückt dies durch Wut oder Unwohlsein aus. Es zeigt kein oder wenig exploratives Spielverhalten. Bei unsicher-ambivalenten Bindungsstil zeigt das Kind bei Trennung von der Mutter großen Kummer und kann nur schwer beruhigt werden, wenn diese wiederkommt. Die Beruhigung kann 10 bis 15 Minuten dauern. Der fremden Person begegnet es mit Angst oder Ärger. Das Kind sucht körperlichen Kontakt zur Mutter bei deren Rückkehr, aber leistet zugleich Widerstand, indem es z. B. tritt, sich abwendet und windet und Spielzeug wegschmeißt. Das Kind wechselt ständig zwischen Wut auf die Mutter und Anklammern an sie.

D – unsicher-desorganisiert: Kinder mit unsicher-desorganisiertem Bindungsstil zeigen eine Bandbreite an verwirrtem Verhalten. Bei Wiedervereinigung mit der Mutter zeigen sie unter anderem stereotype Bewegungen oder frieren ein. Sie machen eine kleinere Gruppe aus.

Die sichere, unsicher-vermeidende und unsicher-ambivalente Bindungsstrategie werden als strukturiert bezeichnet, da die Kinder ein wiedererkennbares, vorhersehbares Muster im Verhalten der Eltern erkennen können und sich in ihrem eigenen Bindungsverhalten dem anpassen können. Dies ist bei der unsicher desorganisierten Bindung nicht der Fall, hier reagiert die Bindungsperson des Kindes immer unterschiedlich auf das Bindungsbedürfnis des Kindes, weshalb das Kind kein strukturiertes Bindungsverhalten entwickeln kann – also desorganisiert bleibt.

Die Bindungsschemata sind Ausdruck der spezifischen Interaktionsmuster zwischen einem Elternteil und dem Kind. Deshalb besteht die Möglichkeit, dass das Kind bei der Mutter einen anderen Bindungsstil als beim Vater aufzeigt, da Beziehungsqualität und Interaktion unterschiedlich sein können. Holmes¹⁸² fasst zusammen, dass sich eine sichere Bindung ergibt, wenn die Mutter feinfühlig auf das Kind reagiert. Reagiert die Mutter nicht feinfühlig, ergibt sich eine unsicher-vermeidende Bindung und schwankt die Feinfühligkeit, entwickelt

¹⁸² Holmes 2002

sich eine unsicher-ambivalente Bindung. Die Bindungsschemata sind in einem Alter von einem Jahr noch nicht internalisiert, stabilisieren sich aber mit 18 Monaten.¹⁸³

Ein unsicheres Bindungsmuster stellt noch keine Bindungsstörung gemäß Internationaler Klassifikationen psychiatrischer Störungen dar. Pathologische Bindungsstörungen entstehen häufig erst dann, wenn das Kind immer wiederkehrenden traumatischen Erlebnissen durch die primären Bindungspersonen ausgesetzt ist.¹⁸⁴

Klitzing¹⁸⁵ schreibt, dass eine Diagnose der Bindungsstörung nicht mit den Klassifikationen von Bowlby und Ainsworth verwechselt werden dürfen. Diese schildern nämlich das Beziehungsmuster zwischen Kind und Elternteil innerhalb eines Normverhaltens und sind somit keine Pathologie.

Erwähnenswert an dieser Stelle ist, dass fehlende oder gestörte elterliche Feinfühligkeit in der Interaktion mit dem Säugling und Kleinkind ein Vorläufer von Bindungsstörungen sein kann.¹⁸⁶

3.4.1 Die Entwicklung einer sicheren Bindung

Für die Entwicklung einer Bindung zwischen Kind und Fürsorgeperson, spielt die Feinfühligkeit und die Möglichkeit der Bindungsperson auf die Signale des Babys zu reagieren sowie die Art der Interaktion des Elternpaares eine wesentliche Rolle.¹⁸⁷ Mit anderen Worten ist es das Verhalten der Bindungspersonen, welches das Entstehen einer sicheren Bindung herbeiführt. Die sichere Bindung kommt dann zu Stande, wenn die Bindungsperson auf das Verhalten des Kindes nach Erwartung des Kindes reagiert – und umgekehrt hat das Kind gelernt, was es von der Mutter erwarten kann und wie es reagieren kann.¹⁸⁸

Wesentlich für die Etablierung einer sicheren Bindung ist die wechselseitige Interaktion, bei welcher die Qualität wichtiger ist als die Quantität. Qualitäten in der Interaktion für die Ausbildung eines späteren sicheren Bindungsstils in den ersten 3 Monaten sind hierbei: häufiger und langanhaltender körperlicher Kontakt, die Empfänglichkeit der Mutter für die Signale des Kindes und ihre Einstimmung auf das Kind und eine Umgebung, in welcher das Kind „[...] ein Gespür von den Konsequenzen seiner eigenen Handlungen empfängt.“¹⁸⁹

¹⁸³ Bowlby 2006 S. 200 ff

¹⁸⁴ Brisch et al 2018, S. 535

¹⁸⁵ Klitzing 2015, S. 378

¹⁸⁶ Brisch et al 2018, S. 537

¹⁸⁷ Bowlby 2006 S. 317

¹⁸⁸ Bowlby 2006 S. 318

¹⁸⁹ Bowlby 2006, S. 329

Holmes¹⁹⁰ schreibt, die Fähigkeit des Kindes, mit Stress und Frustration fertig zu werden und auch soziale Initiative zu zeigen, lässt sich ebenfalls anhand der Qualität des mütterlichen Verhaltens festmachen. Positive Verhaltensweisen bei der Mutter, damit das Kind die o. g. Fähigkeiten ausbilden kann, sind: die Häufigkeit des körperlichen Kontaktes zwischen Mutter und Kind; die Wirksamkeit der angewandten Beruhigungstechniken; in welchem Maß die Mutter das Kind dahingehend stimuliert, soziale Reaktionen zu zeigen, seinen Wünschen Ausdruck zu geben oder Entwicklungsfortschritte zu machen; wie die Mutter auf die individuellen Fähigkeiten des Kindes eingeht und die Häufigkeit und Intensität, mit welcher die Mutter (oder der Vater) dem Kind eigene positive Gefühle zeigt.¹⁹¹

Ab dem 6. Lebensmonat zeigen sicher gebundene Kinder sich deutlich unterschiedlich von den unsicher gebundenen. Sie weinen weniger, genießen den Körperkontakt zu den Eltern mehr und fordern ihn zugleich weniger ein.¹⁹²

Sicher gebundene Kinder zeigen in einem Alter von zwei Jahren im Vergleich zu den unsicher gebundenen „[...] eine längere Aufmerksamkeitsspanne, sie zeigen einen positiveren Affekt im freien Spiel, haben mehr Selbstvertrauen im Umgang mit Werkzeugen und greifen bei schwierigen Aufgaben eher auf die Hilfe ihrer Mutter zurück.“¹⁹³

Zudem zeigt sich bei 6-jährigen sicher gebundenen Kindern, im Vergleich zu unsicher gebundenen Kindern, dass sie zudem eine höher Sozialkompetenz aufweisen, Konflikte besser lösen und eine positivere soziale Wahrnehmung haben.¹⁹⁴

Bowlby bezieht sich auf die Ergebnisse von Ainsworth und fasst zusammen, dass ein Kind eine sichere Bindung hat, wenn ein Kind „[...] ziemlich spontanes Neugierverhalten in einer fremden Situation an den Tag legt, indem es die Mutter als sichere Ausgangsbasis benutzt, und das während der Abwesenheit der Mutter zu wissen scheint, wo diese sich befindet und sie bei ihrer Rückkehr begrüßt, als sicher gebunden, einerlei ob es bekümmert ist über die zweiseitige Abwesenheit der Mutter oder kurze Zeitspannen davon ohne Kummer überstehen kann.“¹⁹⁵

¹⁹⁰ Holmes 2002 S. 131

¹⁹¹ Bowlby 2002 S. 328

¹⁹² Holmes 2002 S. 132

¹⁹³ Holmes 2002 S. 134

¹⁹⁴ Holmes 2002 S. 135

¹⁹⁵ Bowlby 2006 S. 322

Eine sichere Bindung verschafft dem Kind „Autonomie in Verbundenheit“.¹⁹⁶ Grossman erklärt dies als das „[...] Vertrauen in die eigene Kompetenz, und dass man es wert ist, Hilfe zu erhalten, sich selbst helfen zu lassen und darum bitten zu können, und auch bereit ist, Anderen zu helfen.“¹⁹⁷

3.4.2 Unsichere Bindung: vermeidende und ambivalente Bindung

Im Folgenden werde ich das Muster der vermeidenden und ambivalenten Bindung vertiefend beschreiben, da dies die Bindungsmuster sind, welche sich im Gegensatz zur unsicheren desorganisierten Bindung am ehesten verändern lassen und deshalb für die Fragestellung dieser Arbeit relevant sind.

Bowlby¹⁹⁸ unterschied zwischen vermeidender und ambivalenter Bindung. Beide ordnete er der Angstbindung zu, bei der die Bindungsperson im Verhalten dem Kind gegenüber verständnislos oder unzugänglich ist. Die ängstliche (unsichere) Bindung steht dabei der sicheren Bindung gegenüber und unterscheidet sich von dieser, indem Bowlby sie als Ursache für Entwicklungsschwierigkeiten und psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter sah.

Das interne Arbeitsmodell des Kindes beruht bei den unsicheren Bindungen nicht auf einer „[...] akkuraten Repräsentation der eigenen Person und anderer Menschen, sondern auf der *Bewältigung* [...]“¹⁹⁹, bei der sich das Kind im Verhalten an die Bezugsperson anpassen muss. Holmes²⁰⁰ beschreibt, dass das Kind die Strategien der Vermeidung oder des Festhaltens anwendet, die zu einer vermeidenden oder ambivalenten Bindung führen. Beide Strategien haben den Zweck die Bindung zur Bindungsperson aufrecht zu erhalten. Die so gebildeten Bindungserfahrungen führen aber Anpassungsschwierigkeiten mit sich, wenn sie in anderen Beziehungen wiederholt werden. Die unsicheren Bindungsstile können als Wechselwirkung zwischen dem Bedürfnis des Kindes nach Bindung und der aggressiven Reaktion auf die Bedrohung durch eine Trennung verstanden werden.²⁰¹

Unsicher gebundene Kinder (und hier vermehrt die vermeidend gebundenen) haben meist Mütter, die mit Umarmungen und körperlichem Kontakt selbst Schwierigkeiten haben.

¹⁹⁶ Grossmann 2010, S. 10

¹⁹⁷ Grossmann 2010, S. 10

¹⁹⁸ Bowlby 2006, S.203 ff und Bowlby 2006a, S.314 ff

¹⁹⁹ Holmes 2002 S. 101

²⁰⁰ Holmes 2002 S. 101

²⁰¹ Holmes 2002 S. 133

Ein Moment, in welchem das Kind sein Bindungsbedürfnis trotz der Sendung von deutlichen Signalen an die Bindungsperson nicht erfüllt bekommt, ist ein Stresszustand für das Kind. Wiederholen sich die stressauslösenden Situationen und entwickelt sich eine unsichere Bindung, erlebt das Kind im Prinzip einen Dauerstresszustand, da sein Bindungsbedürfnis häufig aktiviert, aber nicht erfüllt wird. Laut Brisch²⁰² schaffen es Berührungen das Kind zu beruhigen und den Stresszustand zu reduzieren, da sich bei Berührungen und Körperkontakt das Hormon Oxytozin ausschüttet. Oxytozin sorgt auch dafür, dass wir uns einem anderen Menschen nahe und vertraut fühlen, wie zum Beispiel nach dem Sex. Wenn der Stresszustand des Säuglings nicht durch die Eltern reguliert wird, indem sie das Kind z. B. auf den Arm nehmen, mit ihm sprechen, gelangt das Kind in einen panischen Zustand und Überforderung. Dieser Zustand lässt sich als ein bindungstraumatisches Ereignis beschreiben, bei welchem dem Säugling dieselben Strategien von Kampf oder Flucht zur Verfügung stehen, wie bei anderen traumatischen Ereignissen auch. Obgleich der Säugling aufhört zu schreien oder einschläft, verbleibt die Erregung des Stresszustandes doch in seinem Körper. Um diesen Stress für das Kind zu vermeiden, müssen Eltern schnell und adäquat reagieren und das Kind durch Körperkontakt und Trösten regulieren.

3.4.2.1 Vermeidendes Bindungsverhalten

Die Strategie des Kindes mit einer vermeidenden Bindung zeigt sich wie folgt: „Bei der vermeidenden Bindung versucht das Kind, seine Bedürfnisse nach Bindung zu minimieren, um eine Zurückweisung zu verhindern, während es gleichzeitig einen entfernten Kontakt zur Bindungsperson aufrecht erhält, deren Ablehnung, wie die eigene Bedürftigkeit, aus dem Bewusstsein gelöscht wird.“²⁰³ Das Kind hält seine eigene Angst oder Wut zurück, um die Mutter zu besänftigen und die Mutter nicht zum erneuten Verlassen zu bewegen. Das Kind hat Angst vor Zurückweisung und erneuter Trennung von der Mutter, wenn es ihr seine Bedürfnisse oder Gefühle offen zeigt. Das Kind hat gelernt, dass es von der Mutter abgewiesen oder ignoriert wird, wenn es bindungsförderndes Verhalten zeigt, wie z.B. Körperkontakt zur Mutter sucht. Somit stellt es die Signale fast vollständig ein.²⁰⁴ Indem das Kind sich z. B. verstärkt seinem Spielzeug zuwendet und nicht der Mutter, versucht es der ängstigenden Situation zu entgehen, indem es einen neutralen Reiz sucht.²⁰⁵ Bei einem Kind mit vermeidender Bindung neigt das Kind zu Stimmungswechseln und schlechter Anpassung

²⁰² Brisch 2020, S. 35 ff

²⁰³ Holmes 2002 S. 101

²⁰⁴ Brisch 2020, S. 44

²⁰⁵ Strauß 2015, S. 47

und kann negative, schmerzliche Gefühle nicht emotional verarbeiten. Das Kind wird in seiner emotionalen Entwicklung eingeschränkt.²⁰⁶

Die Bindungspersonen bei unsicher-vermeidend gebundenen Kindern, weisen die Signale des Kindes nach Bindung eher zurück und vermitteln, dass es den Stress allein bewältigen kann (und sollte) und dazu keine Hilfe benötigt. Die Bindungspersonen wünschen sich, dass ihr Kind autonom ist und wenig Ausdruck von Gefühlen und Körpernähe zeigt und schnell lernt, sich selbst zu regulieren.²⁰⁷ Zudem interagieren Mütter von vermeidend gebundenen Kindern in den ersten 3 Lebensmonaten weniger mit ihrem Kind und sind im Kontakt mit ihm funktioneller.²⁰⁸

Nach außen hin erscheinen die vermeidend gebundenen Kinder dann auch autonom und selbstregulierend, sie scheinen keine Reaktionen auf die Trennung von der Mutter oder Vater zu zeigen. Innerlich befindet sich das Kind aber in einem deutlichen, emotionalen Stresszustand und Erregungszustand.²⁰⁹ Brisch²¹⁰ beschreibt in diesem Zusammenhang auch, dass die unsicher vermeidend gebundenen Kinder oft an körperlichen Symptomen leiden, wie Kopfweg, Bauchweh, Schlafstörungen, weil der Stress körperlich wahrgenommen wird und sich über Körpersymptome seinen Ausdruck sucht.

Holmes²¹¹ beschreibt, dass Kinder mit einer vermeidenden Bindung in der Interaktion mit Gleichaltrigen feindselig oder distanziert sind. Sie werden eher als überkontrolliert in der Selbstkontrolle des Ichs wahrgenommen. Vermeidend gebundene Kinder sind meist sozial isoliert, haben Wutausbrüche und ein fehlendes Bewusstsein für sich selbst. Häufig sind sie nicht in der Lage, eine zusammenhängende Geschichte über sich zu erzählen.

Unsicher-vermeidend gebundene Kinder entwickeln nicht eine Autonomie in Verbundenheit, sondern eine Autonomie die sie ihre Vermeidungsstrategien als positive Unabhängigkeit oder als Stärke empfinden lässt.²¹²

3.4.2.2 Ambivalentes Bindungsverhalten

Bei der Strategie der ambivalenten Bindung, klammert sich das Kind an die Bindungsperson, kann unterwürfig sein oder sich um die Bindungsperson kümmern, obgleich die

²⁰⁶ Holmes 2002, S. 103

²⁰⁷ Brisch 2020, S. 44

²⁰⁸ Holmes 2002 S. 131

²⁰⁹ Strauß 2015, S. 47, vgl. Brisch 2020, S. 44

²¹⁰ Brisch 2020, S. 45

²¹¹ Holmes 2002 S. 134 ff

²¹² Grossmann 2010, S. 10

Bindungsperson für die Fürsorge des Kindes sorgen sollte und nicht umgekehrt.²¹³ Das Kind richtet seine Aufmerksamkeit verstärkt auf die primäre Bindungsperson, wodurch sich auch ein gemindertes Spielverhalten beim Kind erklären lässt.²¹⁴ Das Kind zeigt offen seine Wut darüber, wenn es in einer Trennungssituation von der Mutter verlassen wurde und zeigt gleichzeitig Angst durch Anklammern an die Mutter, da es annimmt, dass die Mutter es wieder verlassen wird.²¹⁵

Die Eltern von ambivalent gebundenen Kindern haben wahrscheinlich selbst ähnliche Erfahrungen in ihrer Kindheit gemacht. Kinder mit einer unsicher ambivalenten Bindung haben erlebt, dass die Eltern ihre Signale nach Bindung manchmal mit Schutz und Sicherheit beantworten, manchmal aber auch mit Zurückweisung. Das bedeutet, dass die Kinder nie vorhersagen können, wie die Bindungsperson reagieren wird.²¹⁶ Mütter von ambivalent gebundenen Kindern sind eher unvorhersehbar in ihrer Feinfühligkeit allgemein und tendieren dazu das Verlangen nach Aufmerksamkeit des Kindes zu ignorieren.²¹⁷ Sie verhalten sich dabei nicht bewusst ablehnend ihrem Kind gegenüber, sondern eher ungeschickt z. B. im körperlichen Kontakt.²¹⁸ Die Eltern senden ihren Kindern häufig (wenig feinfühlig) Doppelbotschaften, indem sie auf der einen Seite das Kind auf dem Arm trösten und gleichzeitig mit ihm schimpfen weil es weint. Auf Grund dieser Doppelbotschaften brauchen die Kinder auch eine längere Zeit, um sich zu beruhigen.²¹⁹

Ambivalent gebundene Kinder sind nicht gut im freien Spiel und können sich nicht so gut mit Gleichaltrigen beschäftigen.²²⁰ Sie zeigen insgesamt weniger Explorationslust, sondern können mit der Mutter ängstlich verbunden sein, insbesondere in Trennungssituationen, wo das Kind eigentlich selbstständig in die Erkundung gehen könnte.²²¹ Durch die enge Verbundenheit und Fokussierung auf den Erwachsenen, kann es ihnen auch schwerfallen an eigene Lösungsfähigkeiten zu glauben. Im Kontakt mit anderen Kindern wenden sie Konfliktlösestrategien an, die eher auf Aggression statt auf Kompromissfindung gerichtet

²¹³ Holmes 2002 S. 101

²¹⁴ Strauß 2015, S. 47

²¹⁵ Holmes 2002 S. 133

²¹⁶ Brisch 2020, S. 49

²¹⁷ Holmes 2002 S. 131

²¹⁸ Strauß 2015, S. 47

²¹⁹ Brisch 2020, S. 50

²²⁰ Holmes 2002 S. 134

²²¹ Brisch 2020, S. 51

sind und sie haben eher weniger Freundschaften. Ambivalent gebundene Kinder werden eher als unterkontrolliert in der Selbstkontrolle des Ichs wahrgenommen.²²²

3.4.3 Folgen unsicherer Bindungsmuster

Strauß²²³ beschreibt, dass unsichere Bindungsmuster nicht grundsätzlich als psychopathologisch zu betrachten sind, sondern dass das Bindungsmuster die beste Strategie des Kindes ist, seine Bedürfnisse nach Bindung in der faktisch vorhandenen Beziehung zu den Eltern mit ihren Fähigkeiten erfüllt zu bekommen. Ein unsicheres Bindungsmuster kann dabei als ein Risikofaktor für die Entstehung von psychosozialen Problemen und Psychopathologie gesehen werden. Die sichere Bindung ist „[...] ein grundlegendes Bedürfnis, das die körperliche, emotionale, intellektuelle und soziale Entwicklung von Kindern fördert.“²²⁴

Brisch²²⁵ beschreibt, dass Kinder mit einer sicheren Bindung eher Fähigkeiten der Kreativität, Flexibilität und Ausdauer zeigen, welche als positive Eigenschaften in Bezug auf die Lernfähigkeit betrachtet werden können. Ein sicheres Bindungsmuster ist ein Resilienzfaktor²²⁶, bzw. die Bindungsentwicklung ist eng mit der Entwicklung von Resilienzfaktoren verknüpft.²²⁷ Während eine sichere Bindung einen Schutzfaktor in der Entwicklung darstellt, indem das Kind (oder der Erwachsene) Belastungen gut verarbeitet und bewältigen kann (also sich resilient zeigt), sich bei Anderen Hilfe holt und insgesamt mehr Beziehungen pflegt und Empathie in diesen zeigt, verhält es sich bei Kindern mit einer unsicheren Bindung durchaus schwieriger.

Herausforderungen, welche Kinder und später auch Erwachsene mit einer unsicheren Bindung erleben, sind gemäß Strauß²²⁸ und Brisch²²⁹: weniger verfügbare oder ungünstige Strategien der Emotionsregulation, reduziertes soziales Netzwerk, Problematisieren von nahen Beziehungen und Vorhandensein von weniger Beziehungen, erhöhte Sensibilität und Angst vor Ablehnung oder Verlassenwerden, geringes Selbstwertgefühl, wenig Bewältigungsmöglichkeiten bei Belastungen, fehlende Flexibilität im Denken und Handeln

²²² Holmes 2002 S. 135

²²³ Strauß 2015, S. 77 ff

²²⁴ Brisch 2020, S. 57

²²⁵ Brisch 2018 und Brisch 2020

²²⁶ Brisch et al 2018, S. 534

²²⁷ Für nähere Ausführungen zu Resilienzfaktoren und Bindungsentwicklung siehe auch Brisch und Hellbrügge 2012, S. 64 ff und Esser und Schmidt 2017, Mannheimer Risikokinderstudie

²²⁸ Strauß 2015

²²⁹ Brisch 2018a

(auch bei der Anwendung von Lösungsstrategien), schlechtere Lern- und Gedächtnisleistungen und Störungen in der Sprachentwicklung. Insgesamt zeigen unsicher gebundene Kinder eine höhere Vulnerabilität.

Zudem ist die Fähigkeit zum Einfühlen bei unsicher gebundenen Kindern nicht differenziert, es fällt ihnen schwer Motive, Gedanken und Gefühle bei anderen Kindern und Erwachsene abzulesen und sich in diese hinein zu versetzen. Deshalb fällt es ihnen auch schwer, eigene Gefühle und Gedanken wahrzunehmen und zu benennen.²³⁰

3.5 Erste Überlegungen zur Beziehung von psychosexueller Entwicklung und unsicheren Bindungserfahrungen

An dieser Stelle möchte ich anhand der in der bisherigen Literaturarbeit beschriebenen Entwicklungssysteme der Bindung und der Sexualität erste Hypothesen und Möglichkeiten in einer Teilzusammenfassung aufzeigen, inwieweit eine unsichere Bindung einen Einfluss auf die psychosexuelle Entwicklung haben könnte und vor allem – welcher Einfluss bestehen kann.

Ich möchte die aus meiner Sicht wichtigsten Merkmale der beiden Systeme zusammenfassen und somit die Theorie so reduzieren, dass Merkmale hervorgehoben werden, welche in diesem Zusammenhang signifikant sein können. Dazu habe ich die Merkmale schematisch nebeneinander aufgestellt, um somit Gemeinsamkeiten ausmachen zu können.²³¹ Zusätzlich zur Theorie in dieser Arbeit, werde ich diese um die bereits von mir etablierten Schlussfolgerungen aus meiner Arbeit zur psychosexuellen Entwicklung im ersten Lebensjahr²³² ergänzen.

Führt man das beobachtbare Verhalten einer unsicher ambivalenten und einer unsicher vermeidenden Bindungserfahrung zusammen mit den psychosexuellen Entwicklungsschritten, die für eine gesunde sexuelle Entwicklung nötig sind, ergibt sich eine Schnittmenge, die Schlussfolgerungen darüber zulässt, welche Herausforderungen in der sexuellen Entwicklung bei unsicherem Bindungsverhalten entstehen können.

Psychosexuelle Entwicklung und Bindungserfahrungen vollziehen sich in der Geborgenheit der Familie. Für beide Entwicklungsbereiche gilt, dass die sensomotorischen Erfahrungen des Kindes, Berührungen und Körperkontakt, Austausch von Affekten zwischen Kind und Eltern

²³⁰ Brisch 2020, S. 56

²³¹ Schematische Aufstellung Merkmale Bindung und Sexualität, Anlage 1

²³² Franneck 2020

am wichtigsten für die Entwicklung sind. Sowohl die psychosexuelle Entwicklung als auch die Bindungsentwicklung finden unter dem Primat des anderen statt, den Eltern.

Bindungsentwicklung und sexuelle Entwicklung beginnen im Prinzip bereits intrauterin und setzen sich nahtlos nach der Geburt in einer fluiden Bewegung fort.

3.5.1 Veränderbarkeit

Für beide Bereiche gilt ebenso, dass sie sich verändern lassen: durch spätere Beziehungen können die Bindungserfahrungen aus der Kindheit sicherer oder unsicherer gestaltet werden, weshalb auch die Psychotherapie dazu beitragen kann, diese Muster zu verändern. Auch die psychosexuelle Entwicklung ist nie abgeschlossen und wird durch Erfahrungen in Beziehungen erweitert. Früh gemachte physische und affektive Erinnerungsspuren im Kind lassen sich nachträglich umschreiben.

3.5.2 Die Körperlichkeit

Sowohl in der sexuellen Entwicklung als auch der Bindungsentwicklung nimmt die Körperlichkeit zwischen Kind und den Eltern eine wichtige Position ein. So gestaltet sich die gesunde psychosexuelle Entwicklung vor allem durch Gehalten- und Gewiegtwerden, Gestreichelt- und Berührtwerden, Rückmeldung zum Verhalten und Körper des Kindes über verbale, mimische und gestische Kommunikation (Stimmführung, Ablehnung, Annahme/Akzeptanz usw.).

Innerhalb der Entwicklung der Bindungsbeziehung reagiert das Kind ebenfalls auf die körperlichen Erfahrungen und die Reize der Bindungspersonen, wie der Stimme, des Geruches, Schmecken, der Art gehalten zu werden usw. Die sichere Bindungsentwicklung benötigt dabei eine Bindungsperson, die mit dem Kind in die Interaktion geht, es anlächelt, mit ihm spricht und mit ihm Körperkontakt herstellt.

Unsicher gebundene Kinder empfinden Stress wenn ihr Bindungssystem aktiviert wird – vermeidende zeigen dies jedoch nicht, ambivalente sind sowohl ängstlich als auch wütend. Körperliche Berührungen beruhigen das Kind durch die Ausschüttung des Hormones Oxytozin, welches ebenfalls nach sexuellen Aktivitäten ausgeschüttet wird.

Die Theorien sind sich einig: der Wunsch nach körperlichem Kontakt, Berührungen und Nähe des Säuglings ist als Instinkt angelegt. Körperkontakt und Berührungen zwischen Eltern und Kind sind in beiden Systemen eine sinnliche Erfahrung und eine Kommunikationsform.

3.5.3 Die Emotionalität

Die Emotionalität, die Regulierung der Emotionen und der Austausch von Affekten zwischen Eltern und Kind ist eine wesentliche Verbindung von psychosexueller Entwicklung und Bindungsentwicklung.

Die Emotionalität ist mit den körperlichen Erfahrungen des Säuglings eng verbunden und somit auch ein Teil der sich entwickelnden Sexualität. Die ersten Lernschritte der Emotionen, finden in der Beziehung zu den Eltern statt. Körperliches Erleben ist mit der Psyche verbunden, die beiden Bereiche stehen in einer wechselseitigen Beeinflussung. Hierzu zählt auch was körperliches Erleben emotional auslösen kann. Deshalb sind Körperkontakt und Berührungen wichtig für die Entwicklung der Liebesfähigkeit, der Emotionen, und dem Lernen von Zulassenkönnen körperlicher und emotionaler Nähe.

Die Emotionsregulierung lernt das Kind im Zusammenspiel mit den Eltern in der Bindungsbeziehung, durch Verbalisierung und Berührungen, ebenso wie die Fähigkeit zu mentalisieren. Es lernt seine Gefühle zuordnen zu können und Sicherheit zu gewinnen – zunächst durch den anderen, bei erfolgreichem Zusammenspiel auch selbst. Wie Eltern über Gefühle sprechen, beeinflusst die emotionale Entwicklung des Kindes. Zum Beispiel lernt ein Kind nicht, negative Gefühle zu bewältigen, wenn durch die Eltern nicht über negative Gefühle gesprochen wird. Ebenso hat die emotionale Kommunikation in der psychosexuellen Entwicklung eine Bedeutung, indem die Eltern z. B. durch Wortwahl, Stimmfarbe etc. lenken, wie das Kind sich in seinem Körper wahrnimmt.

Die Eltern sollten im besten Fall für die Entwicklung einer sicheren Bindung und der psychosexuellen Entwicklung auf die affektiven Signale des Kindes reagieren, indem sie das Kind emotional spiegeln und seine Bedürfnisse verstehen.

3.5.4 Die Entwicklung des Kindes aus der Interaktion mit den Eltern

Das Kind wird in beiden Bereichen als aktiv mitgestaltend in der Interaktion mit den Eltern gesehen; wie die Eltern ihr Kind formen, so formt auch der Säugling seine Eltern. Somit finden beide Entwicklungsbereiche in einem wechselseitigen Dialog und Prozess zwischen Kind und Eltern statt.

Die Interaktion zwischen Mutter und Kind und die Qualität der Interaktion, ist ausschlaggebend dafür, ob sich ein sicherer oder unsicherer Bindungsstil entwickelt. Bindungsbeziehungen entstehen in der Interaktion durch emotionale Erfahrungen, nicht durch genetische Verwandtschaft. Deshalb können Bindungsmuster transgenerational weitergegeben werden, zum Beispiel durch eigene Erfahrungen der Eltern, Vorstellungen,

Erwartungen und Einstellungen. In der psychosexuellen Entwicklung geben die Eltern ebenfalls ihre eigenen Erfahrungen, Werte und die eigene Biografie an ihr Kind weiter. Dass es die Eltern sind, welche hauptsächlich Einfluss auf ihr Kind ausüben, ist anhand des selektiven Sozialisationsprozesses nicht nur von Vorteil. Die Eltern können nur das an ihr Kind weitergeben, worüber sie selbst verfügen, somit entstehen „blinde Flecken“ in den beiden Entwicklungsbereichen.

In der Interaktion entsteht eine gemeinsame dritte Ebene zwischen Eltern und Kind, welche sich im Kind als individuelle Erfahrung verankert. Dies hat Gültigkeit in beiden Entwicklungssystemen. Das Kind entwickelt in der frühen Interaktion mit den Eltern interne Arbeitsmodelle der Bindung. Diese stellen ein affektives Muster dar, basierend auf der wechselseitigen Beziehung und dem gezeigten Verhalten von Eltern und Kind. Ausgehend von dieser Interaktion und diesem Verhalten, entwickelt das Kind ein Selbstverständnis und Verständnis für seine Umwelt. Mit diesen internen Arbeitsmodellen bzw. Mustern, geht das Kind fortan Beziehungen mit anderen Menschen ein.

In der psychosexuellen Entwicklung verhält es sich so, dass die Eltern ihre sexuellen Erfahrungen und das Mehr an Wissen, über welches sie verfügen in rätselhaften, mit Fragmenten des Unbewussten versehenen, Botschaften an ihr Kind weitergeben, wo sie sich wiederum im Unbewussten des Kindes ablagern und seine Entwicklung mitbestimmen.

Jedes sich ausbildende interaktionelle Muster zwischen Eltern und Kind ist so individuell wie ein Fingerabdruck. Die Muster der sinnlich-sexuellen Erfahrungen und der Bindungsbeziehungen werden im Kind internalisiert und bilden die Grundlage für die weitere Entwicklung.

3.5.5 Die elterliche Beziehung als Introjektion

Die Liebesfähigkeit wird durch eine frühe Triangulierung im Kontext Mutter-Vater-Kind gelernt. Durch Rollenlernen an der elterlichen Beziehung und der Verarbeitung der dazugehörigen Gefühle entwickelt sich die Liebesfähigkeit des Kindes. Ob die elterliche Beziehung von Nähe und Wärme geprägt ist, wie bei einer sicheren Bindungsbeziehung oder von Konflikten und Abstand, wie bei unsicheren Bindungsbeziehungen, hat unweigerlich einen Einfluss auf den Säugling und sein Empfinden von Beziehungen. Ebenso wird das Kind davon beeinflusst, wie die Eltern ihre eigene Männlichkeit und Weiblichkeit empfinden, diese auf der Paarebene leben, und ob die Eltern sich gegenseitig mit ihren männlichen und weiblichen Attributen schätzen oder ablehnen. Die Kinder sind täglich mit den

Bindungsmustern und dem Bindungsverhalten der Eltern konfrontiert, welches sich mit den Eltern als sexuelle Wesen und deren partnerschaftliche Umgang mit Nähe, Sexualität, Zärtlichkeit, eigenes Körpergefühl vermischt und somit die sexuelle Entwicklung des Kindes beeinflusst. Nicht überraschend sind die ersten Objekte des sexuellen Begehrens die Eltern, welche ebenfalls die primären Bindungspersonen sind. Es liegt somit an der Bewertung der Eltern, wie sich das Kind in seinem Körper und Geschlecht im Rahmen der Bindungsbeziehung wahrnimmt.

Auch die Weitergabe von Feinfühligkeit der Eltern an ihr Kind, findet in einer Triangulierung statt, bei welcher Mütter und Väter unterschiedliche Feinfühligkeit in den verschiedenen Bereichen ihren Kindern gegenüber zeigen und sich so ergänzen.

4 Von der Bedeutung einer unsicheren Bindung für die psychosexuelle Entwicklung in der aktuellen Forschung

Nachdem ich die Theorien zur Bindungsentwicklung und zur psychosexuellen Entwicklung beschrieben und zusammengefasst habe, möchte ich nun wiedergeben, welche Bedeutung der Verbindung der beiden Bereiche im wissenschaftlichen Diskurs und in der Forschung zukommt.

Um einen *Status quo* zu den bereits erforschten, bekannten Verbindungen zwischen der psychosexuellen Entwicklung und Bindungserfahrungen zu ermitteln, habe ich mich mit Ergebnissen der Forschung und des theoretischen Diskurses zum Thema Bindung und Sexualität beschäftigt.

Isoliert betrachtet gibt es für den Bereich der Bindungserfahrungen in Verbindung mit angrenzenden Themen eine Vielfalt an Studien, welche Erkenntnisse über den Entwicklungsbereich bereitstellen.²³³ In Bezug auf den Bereich der frühen sexuellen Entwicklung und der kindlichen Sexualität stellen Brumlik²³⁴ und Honig²³⁵ fest, dass die Kleinkindforschung keine Beiträge zur kindlichen Sexualität aufweist. Es ist vorrangig die Pädagogik, die sich mit der kindlichen Sexualität beschäftigt. Honig kritisiert, dass die sozialwissenschaftliche Kindheitsforschung, welche das Kind als sozial konstruiert betrachtet und erforscht, die körperliche Ebene (und somit die sexuelle) völlig auslässt. Dies schafft eine Trennung zwischen dem Kind als biologisches Phänomen und dem Kind als soziales, kulturelles Phänomen. Für Honig umfasst erst das Embodiment das kindliche Wesen vollends.²³⁶ Schurke²³⁷ sensibilisiert dafür, dass es einen Mangel an Wissen über die kindliche sexuelle Entwicklung gibt und somit sexuelles Verhalten von Kindern und Jugendlichen nur mit Vorsicht als gestört oder abweichend einzustufen ist. Zudem stellt Schuhrke²³⁸ fest, dass die aktuelle Forschung zur Sexualität in der Kindheit die Bereiche der kindlichen Sexualität zu erfassen versucht, die als abweichend, auffällig oder problematisch gesehen werden. Es wurde aus ihrer Sicht jedoch nur wenig dazu beigetragen, die Rolle der Kindheit für die sexuelle Entwicklung zu klären.

²³³ Für eine Übersicht und Zusammenfassung der Studien siehe unter Anderem Strauß 2015 zur Bindungstheorie, zur kindlichen Psychosexualität siehe evtl. Quindeau 2012

²³⁴ Brumlik 2012, S. 13

²³⁵ Honig 2012, S. 45 ff

²³⁶ Siehe auch Rohrmann & Wanzeck-Sielert 2018

²³⁷ Schuhrke 2005, S. 37

²³⁸ Schuhrke 2012, s 157

Forschungsarbeiten, welche die Bereiche der infantilen Sexualität und ihrer Entwicklung mit der Bindungsentwicklung kombinieren und ausführliche Ergebnisse und Beobachtungen zu den frühen Lebensjahren bereitstellen, gibt es nicht. Es gibt eine große Anzahl Studien zu dem Verhältnis zwischen Bindung und Sexualität (und partnerschaftlichen Beziehungen) im Erwachsenenalter. Diese Studien ziehen oftmals Rückschlüsse auf die Bindungserfahrungen, deren Entwicklung und möglichen Zusammenhängen in der Kindheit. Zudem gibt es eine gute Anzahl an Untersuchungen, welche sexuell auffälliges oder übergriffiges Verhalten mit Bindungserfahrungen verbinden und deren Ursachen und Therapiemöglichkeiten von Kindern im Schulalter und aufwärts beschreiben. Ergebnisse zur Förderung von (psycho-)sexueller Entwicklung bei unsicherer Bindung, gibt es meinem Kenntnisstand nach nicht.

Die vorliegenden Forschungsergebnisse beschreiben somit eher Folgen in gelebter Sexualität und Partnerschaft bei unsicherer Bindung, als dass sie das Verhältnis ursprünglich ergründen.

An dieser Stelle werde ich nun zunächst einen kurzen Überblick zum Verhältnis von Sexualität und Bindung aus der psychoanalytischen Sicht von den bereits in dieser Arbeit behandelten Autoren bereitstellen. Daraufhin werde ich eine Untersuchung präsentieren, welche ihren Fokus auf sexuell deviantem Verhalten und Bindung im Kindes und Jugendalter haben, um somit vielleicht annähernd und auf gewisse Weise abstrakt einen Aufschluss über das Verhältnis in der frühen Kindheit geben können. Ebenso werde ich Ergebnisse zu sexuellen Verhaltensweisen, Bindung und Partnerschaft und die klinischen Beobachtungen der Verbindung zwischen Bindung und Sexualität von Kate White im Erwachsenenalter darlegen, da diese Aufschluss über die Verbindung der beiden Systeme liefern können.

4.1 Auszug aus der psychoanalytischen Theorie zum Verhältnis der Systeme Bindung und Sexualität

Bowlby²³⁹ nahm anhand seines Wissens über Primaten und andere Tiere an, dass die menschliche Sexualität und die Bindung nicht miteinander in Verbindung stehen. Sexualität und Bindung waren für Bowlby voneinander getrennte Verhaltenssysteme, die jeweils eine andere Funktion besitzen. Bowlby vertrat, ähnlich wie Freud die Annahme, dass Sexualverhalten langsam reift und bei Nicht-Geschlechtsreife nur fragmentarisch oder nichtfunktionaler Form zu finden ist. Bindungsverhalten reift nach Bowlby hingegen früh im Leben heran und ist mit maximaler Intensität aktiv, im Erwachsenenalter, so war Bowlby der Annahme, ist das Bindungsverhalten dafür wenig oder kaum aktiv.²⁴⁰ Deshalb sah er

²³⁹ Bowlby 2006, S. 223 ff

²⁴⁰ Bowlby 2006 S. 224

Bindungsverhalten und Sexualverhalten zu unterschiedlichen Zeitpunkten aktiviert. Bowlby beschrieb, dass Verhaltensmuster sich auf verschiedene Objektklassen richten können, zum Beispiel Bindungsverhalten auf eine Person und Sexualverhalten auf eine andere.²⁴¹ Die Gründe dafür sah er darin, dass die Reize, welche das jeweilige Verhalten auslösen, völlig verschieden sein können und ebenfalls die prägenden Phasen verschieden sein können.²⁴² Bowlby räumte jedoch auch ein, dass die Systeme der Sexualität und der Bindung miteinander in Kontakt kommen und sich gegenseitig in der Entwicklung beeinflussen.²⁴³ Als Beispiel führte er an, dass Anklammern und Küssen Mustertypen sind, die bei beiden Systemen als Verhaltensform auftreten.²⁴⁴ Bowlby lehnte jedoch ab, dass es bei Menschen eine Überschneidung zwischen Bindungs-, Sexual- und Elternverhalten gibt, obgleich er die Möglichkeit der Verbindung zwischen Elternverhalten und Sexualverhalten im Tierreich anerkennt.²⁴⁵

Laplanche²⁴⁶ sieht den Begriff der Bindung ähnlich dem freudschen Begriff der Zärtlichkeit. Für Laplanche führt dies zu einer Trennung zwischen der Zärtlichkeit und der dazugehörigen zärtlichen Beziehung und der sinnlichen Beziehung, trennt also auch wie Bowlby Bindung und Sexualität. Eine Verbindung zwischen Sexualität und Bindung zeigt sich Laplanche zu folge in der rätselhaften Botschaft und ihrer Bedeutung, wobei das Unbewusste, das Sexuelle des Erwachsenen die Bindungsbeziehung zum Kind sexualisiert. Laplanche sieht dabei besonders in der unsicheren Bindung das rätselhafte Sexuelle verhaftet, indem er herleitet, dass das Rätselhafte das Unsichere im Kind auslöst.²⁴⁷ Er begründet dies mit seiner Hypothese der Wechselseitigkeit und vorhandenen Kommunikation (eben in Botschaften) zwischen Eltern und Kind und kritisiert zugleich Bowlby dafür, dass er die asymmetrische Beziehung zwischen Eltern und Kind nicht anerkennt.²⁴⁸ Bindung bleibt damit auch für Laplanche nicht in Reinheit beobachtbar, da die psychoanalytischen Anteile in der Bindungstheorie für ihn nicht aufzeigbar sind, sondern nur das beobachtete Verhalten des Kindes.

²⁴¹ Bowlby 2006 S. 225

²⁴² Bowlby 2006 S. 225

²⁴³ Bowlby 2006 S. 226

²⁴⁴ Bowlby 2006 S. 226

²⁴⁵ Bowlby 2006 S. 227

²⁴⁶ Laplanche 2017, S. 26

²⁴⁷ Laplanche 2017, S. 27

²⁴⁸ Laplanche 2017, S. 44 und S. 92

4.2 Sexuelle Devianz und Bindung bei Kindern und Jugendlichen

Schuhrke²⁴⁹ präsentiert eine Studie²⁵⁰ zu problematischem sexuellem Verhalten in der Jugendhilfe, Hilfen zur Erziehung, in welcher die Daten in einer Tagesgruppe gemäß §32 SGB VIII und Heimunterbringung gemäß §34 SGB VIII erhoben wurden. Pädagogisches Fachpersonal wird zu auffälligem sexuellem Verhalten bei Kindern befragt (häufiges tägliches Onanieren, Entblößen des Genitals in der Öffentlichkeit etc.), sexuelle Störungen (nur diagnostizierte durch Arzt bzw. PsychologInnen) und Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (auch verbotene Handlungen von unter 14-Jährigen). In der Auswertung zeigt sich eine höhere Zahl sexuell auffälliger Kinder in den Heimunterbringungen, wahrscheinlich weil es zuvor besonders schwierige Lebenssituationen bei den Kindern gab, z. B. Leistungsbezug durch die öffentliche Hand, Verhältnisse des Alleinsorgerechts bei der Mutter oder eigener sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung. Bei den Kindern in den Tagesgruppen sind die Zahlen von Kindern mit sexuell auffälligem Verhalten niedriger, eventuell wegen des jüngeren Alters und weil die sexuelle Problematik eventuell noch nicht so ausgeprägt ist, beziehungsweise (noch) nicht als Problem wahrgenommen wird.

Die Studie liefert Ergebnisse zu Überschneidungen und dem Vorhandensein von Zusammenhängen zwischen sexuell auffälligem Verhalten und dem Bindungsverhalten.²⁵¹ So befinden sich unter den sexuell auffälligen Kindern eher Kinder mit einer diagnostizierten Störung, hierbei auch als bedeutsam hervorgehoben, mit Bindungsstörungen. Zudem finden sich häufig Störungen des Sozialverhaltens bei sexuell verhaltensauffälligen Kindern. Die Gruppe mit den sexuellen Auffälligkeiten verfügt über wesentlich niedrigere Ressourcen und Schutzfaktoren. Des Weiteren wird konkludiert, dass die sexuell auffälligen Kinder in Anbetracht der hohen Kohärenz zu Bindungsstörungen von stabilen und feinfühligem Bindungserfahrungen über einen langen Zeitraum profitieren würden und nicht sich wiederholenden Wechseln in den Betreuungsverhältnissen. Dies vor allem, da problematisches sexuelles Verhalten möglicherweise das Fürsorgeverhalten der Erwachsenen beeinflusst und auch das Risiko des Abbruchs von Betreuungsverhältnissen besteht. Gelingt es, das Betreuungsverhältnis (in Pflegefamilien) aufrecht zu erhalten, reduziert sich das problematische sexuelle Verhalten des Kindes schneller als vergleichsweise in Jugendhilfeeinrichtungen.

²⁴⁹ Schuhrke 2012, S. 164 ff

²⁵⁰ Datensätze von 2004-2006

²⁵¹ Schuhrke 2012, S. 168ff

Schuhrke²⁵² wie auch Mosser²⁵³ verweisen auf Studien aus dem amerikanischen Raum, welche einen Zusammenhang zwischen Kindern mit auffälligem sexuellem Verhalten und Bindungsproblemen ergeben. Mosser²⁵⁴ fasst vorliegende Studien über das Entstehen von sexuell auffälligem Verhalten mit dem Erklärungsansatz der Bindungstheorie zusammen.²⁵⁵ Die Studien verwenden den Bindungsbegriff in seiner Bedeutung nicht synonym; so enthalten die Studien Bedeutungsschattierungen von Bindungsstörungen, unsicherer Bindung verstanden als explizit desorganisierter Bindung oder der vollständigen unsicheren Bindungsmuster etc. Mosser fasst zusammen, dass die Bindungstheorie über einen hohen Erklärungswert für die Entstehung sexuell auffälligen Verhaltens im Kindesalter verfügt. Sexuell übergriffiges Verhalten wird dabei als dysfunktionale Strategie ausgelegt, besonders im Bereich der emotionalen Selbstregulierung, die im Rahmen der Bindungsprobleme entstehen. Demzufolge wird auch den Eltern und ihren Kompetenzen dem Kind gegenüber, ein Mitwirken am Entstehen der sexuellen Auffälligkeiten ihrer Kinder zugeschrieben, indem es wenig positive Eltern-Kind-Kontakte gibt und sie ihrem Kind nicht den erzieherischen und emotionalen Rahmen und die äußere Verhaltenskontrolle und Regulation bieten, welches das Kind benötigt.²⁵⁶ Mosser spricht von sexualisierten Coping-Strategien bei Kindern, welche durch sexuelles Handeln versuchen für die ungenügende Qualität und Menge an Bindungsbeziehungen zu kompensieren. Insgesamt ergibt sich daraus die Annahme, dass die Verhaltenssysteme der Bindung und der Sexualität in einem relevanten Zusammenhang stehen.

4.3 Zusammenhang von sexuellen Verhaltensweisen und Bindungsstil

Brenk-Franz²⁵⁷ hat untersucht, ob und welchen Zusammenhang es bei individuellen sexuellen Verhaltensweisen und dem individuellen Bindungsstil bei Erwachsenen gibt. Dies unter der Annahme, dass die Verhaltenssysteme der Bindung und der Sexualität ähnlich aktiviert bzw. deaktiviert werden. Im Ergebnis zeigte sich, dass der Bindungsstil einer Person unterschiedliche sexuelle Verhaltensweisen hervorrufen kann. Zum Beispiel suchen sicher gebundene Teilnehmer der Studie weniger sexuelle Kontakte außerhalb der Beziehung und hatten weniger One-Night-Stands. Unsicher vermeidend gebundene Teilnehmer waren jünger beim Eintritt in die Geschlechtsreife und beim ersten Geschlechtsverkehr, zudem

²⁵² Schuhrke 2012

²⁵³ Mosser 2012

²⁵⁴ Mosser 2012, S. 48

²⁵⁵ Für eine Übersicht siehe Mosser 2012

²⁵⁶ Mosser 2012, S. 48

²⁵⁷ Brenk-Franz 2010, S. 14 ff

hatten sie häufiger sexuelle Kontakte außerhalb ihrer Beziehungen und hatten häufiger One-Night-Stands. Die Ergebnisse bezüglich ambivalent gebundener Personen beschreibt sich als inhomogen, welches Brenk-Franz mit den subjektiven Motiven für sexuelle Kontakte und ihrem starken Bindungsbedürfnis begründet. Die Studie hat ebenfalls das Kontrollverhalten der Teilnehmer untersucht. Hierbei zeigt sich, dass der Bindungsstil zusammen mit dem Geschlecht zu unterschiedlichen Kontrollverhaltensweisen führen. So zeigten alle Männer ungeachtet ihres Bindungsstils ein eher hohes sexuelles Kontrollverhalten, während sich bei den Frauen die vermeidenden gegenüber den ambivalenten Unterschieden, indem erstere häufiger über Kontrollverhaltensweisen verfügten und letztere seltener.

4.4 Bindung, Partnerschaft und Sexualität

Von Sydow²⁵⁸ leitet ihren Beitrag ein, indem sie auf das ständig wachsende Forschungsfeld von Bindung und Partnerschaften hinweist. Ihr Beitrag möchte einen Überblick eben über die Forschung zum Thema Bindung und Partnerschaft bei Erwachsenen geben. Im Folgenden habe ich mich auf die Ergebnisse konzentriert, welche thematisch für diese Arbeit relevant sind.

Sicher Gebundene führen eine stabilere Beziehung als unsicher Gebundene, aber auch in der Kombination aus unsicher vermeidend gebundenen Männern und unsicher ambivalent gebundenen Frauen, können stabile Beziehungen geführt werden. Bindungssichere sind zudem zufriedener mit ihrer Partnerschaft und es herrscht eine positivere Einstellung zum sozialen Netzwerk des Partners. In der Paarinteraktion zeigt sich, dass unsichere Frauen unter anderem mehr negative Gefühle, weniger Offenheit und weniger hilfeschend sind als sichere. Sicher gebundene Frauen suchen die Hilfe ihres Partners, wenn sie ängstlich sind, vermeidend gebundene Frauen suchen in dem Fall weniger Hilfe und ziehen sich zurück, ebenso wie vermeidend gebundene Männer.

In Bezug auf die Sexualität hat sich gezeigt, dass sicher gebundene Männer und Frauen eine eher negative Einstellung sexuellen Aktivitäten außerhalb der Partnerschaft und zu Sex ohne Liebe haben. Sie zeigen mehr Nähe und Zärtlichkeit zum Partner, die sie durch Küssen, Blickkontakt und Händehalten ausdrücken können. Ambivalent und sicher Gebundene genießen den zärtlichen Körperkontakt mehr als vermeidend gebundene. Sicher Gebundene haben später ihren ersten Geschlechtsverkehr und befriedigen sich weniger selbst. Bei sicheren Partnern ist die sexuelle Zufriedenheit höher als bei vermeidenden Partnern. Sicher

²⁵⁸ Von Sydow 2012, S. 61 ff

Gebundene finden sich attraktiver als unsicher Gebundene. Sie haben zudem seltener ungewollten Sex gehabt, als unsicher gebundene, die aus Angst den Partner zu verlieren dem ungewollten Sex zustimmen. Unsicher gebundene Männer haben tendenziell häufiger Sex erzwungen als sicher gebundene Männer.

Auch Risikogruppen konnten durch die Forschung ausgemacht werden. So stehen unsicher ambivalent gebundene Frauen im Risiko früher den ersten Geschlechtsverkehr zu vollziehen, viele Sexualpartner und Nebenbeziehungen zu haben, häufiger an ungewolltem Sex teilzunehmen und in Punkto Verhütung eine seltenere Nutzung von Kondomen zu zeigen.

Von Sydow sieht, dass Menschen vielfältige Bindungsmodelle haben können, die sich je nach Kontext aktivieren.²⁵⁹ Somit entsteht auch eine Dynamik in Bezug auf Bindungssicherheit und erlebte Partnerschaftsqualität. In Bezug auf Sexualität schlussfolgert von Sydow, dass es für sexuelle Intimität eine minimale Bindungssicherheit benötigt. Unter der Annahme, dass es nicht sowohl eine erfüllte Bindung sowie auch eine leidenschaftliche Sexualität in einer Partnerschaft geben kann, stellt sich Sexualität als eine Reflexion von früheren und aktuellen Bindungserfahrungen dar.

4.5 Die Beziehung von Bindung und Sexualität in der klinischen Praxis

White²⁶⁰ geht davon aus, dass die von einem Menschen gelebte Sexualität immer Ausdruck früherer Bindungserfahrungen ist und die Sexualität deshalb nicht von der Bindung und dem gesellschaftlichen und kulturellen Umfeld losgelöst zu betrachten ist. Früh gemachte körperliche Empfindungen in unseren primären Bindungsbeziehungen sind mit dem sexuellen Verlangen verbunden, indem die körperlichen Erfahrungen in uns gespeichert sind und in der Sehnsucht nach sexuellen Kontakten hervorgerufen werden. White schreibt: „Dabei gehen Manifestationen unserer Sehnsucht nach Intimität und Vertrautheit, nach Bestätigung und Verbundenheit in unser sexuelles Beziehungsverhalten ein und können einen ganzen Fächer von Emotionen vermitteln[.]“.²⁶¹ Es geht nicht ohne eine zwischenmenschliche Bezogenheit – eine emotionale Nähe und Verbundenheit lässt sich zuerst durch ein lustvolles Erleben herstellen.

Die Verbindung der Systeme Sexualität und Bindung sieht White²⁶² auf der körperlichen und emotionalen Ebene. Die Intimität zeigt sich dabei in beiden Ebenen und kann konflikthaft

²⁵⁹ Von Sydow 2012, S. 67

²⁶⁰ White 2012, S. 80 ff

²⁶¹ White 2012, S. 80

²⁶² White 2012, S. 84 ff

sein: zwischen Sehnsucht und Verlangen und Angst zurückgewiesen zu werden und als Gefahr empfunden.

5 Schlussfolgerungen und Zusammenfassung zum Verhältnis kindlicher Sexualität und Bindung

In möchte nun hier aufbauend auf der bisherig dargelegten Theorie, anhand der ersten Überlegungen und des Forschungsstandes zusammenfassen, wie Bindungsentwicklung und psychosexuelle Entwicklung im Verhältnis zueinander stehen. Zudem soll diese Zusammenfassung den Auftakt für den folgenden Teil dieser Arbeit geben, in welchem Konzepte, Therapie- und Interventionsmöglichkeiten beschrieben werden, die bereits etabliert sind und möglicherweise auch im Ganzen oder Teilweise als Förderung der psychosexuellen Entwicklung bei unsicherer Bindung in Frage kommen.

5.1 Zum Verhältnis unsicherer Bindungserfahrungen und psychosexueller Entwicklung

Bereits etabliert ist die Annahme, dass der Mensch von Geburt an ein soziales, bindungsfähiges Wesen ist sowie auch ein sexuelles Wesen und er die Nähe und den Kontakt zu anderen Menschen sucht. Von Geburt an übt somit schon das Neugeborene emotionale und (zunächst vor allem) körperliche Intimität, Kontakt und Nähe zu einem anderen herzustellen. In den meisten Fällen ist der andere zunächst nach der Geburt, die Mutter und auch der Vater und später auch Gleichaltrige, Freundschaften und in Paarbeziehungen.

Dieser soziale Aspekt ist übertragen auf eine sich entwickelnde kindliche Sexualität interessant. Denn die sexuelle Entwicklung (und hierbei auch die autoerotische sexuelle Entwicklung) eines Kindes findet ständig in einem sozialen Rahmen und durch Rückmeldungen²⁶³ des sozialen Systems statt, z. B. durch die Eltern, erste Doktorspiele mit Gleichaltrigen im Kindergarten, PädagogInnen, LehrerInnen, später durch die Peers und so weiter.

Der Erwerb der Fähigkeiten im Rahmen der frühkindlichen sexuellen Entwicklung, Nähe zulassen zu können und soziale Kontakte halten zu können, spielen eine wichtige Rolle und sind in der partnerschaftlichen Sexualität im Erwachsenenalter kaum unerlässlich.

Somit erhält auch die Körperlichkeit in Verbindung mit den emotionalen Erfahrungen eine besondere Bedeutung: es braucht beides! Für die gesunde Entwicklung eines Kindes ist es ab der Geburt essenziell sinnliche, körperliche Nähe zu erfahren und diese im Zusammenspiel mit den Eltern als emotionale Erfahrungen zu integrieren. Fehlende Körperlichkeit oder fehlende affektive Abstimmung führen dazu, dass Lernschritte des Kindes im Bereich der

²⁶³ Ausgesprochene und unausgesprochene Regeln

psychosexuellen Entwicklung nicht erfolgen können und dass sich ebenso eine unsichere Bindungserfahrung gestaltet.

5.2 Unsichere Bindungserfahrungen und deren mögliche Bedeutungen für die psychosexuelle Entwicklung

Das Kind möchte sich in den ersten Lebensjahren neugierig entdecken. Durch Berühren, Erkunden des Körpers, hierbei auch der Genitalien, Schmecken, Riechen, Hören und Fühlen von sich und der Umwelt. Durch Fühlen und Ertasten des eigenen Körpers und Genitals erschließt sich dem Kind eine Landkarte, ein Bild des eigenen Körpers und trägt so zur Entwicklung des Körpergefühls und Wahrnehmung des Genitals bei, welches das Kind in sein Ich-Erleben integrieren kann. Das Kind betreibt dabei ein spielerisches Erforschen des Körpers und dabei ausgelösten Empfindungen sind durch Neugierde des Kindes angetrieben – wie das Kind im ersten Lebensjahr auch so viele weitere Bereiche in seiner Welt erforscht.

Nebst dieser autoerotischen Selbstentdeckungsreise haben die Eltern, wie aufgezeigt werden konnte, einen wichtigen Anteil an der psychosexuellen Entwicklung ihres Kindes – im positiven wie aber auch im negativen Sinne. Wenn die Eltern nicht mit genug Feinfühligkeit auf das Kind und seine Signale, seinen Körper, die gezeigten Affekte reagieren, werden die kindlichen Bedürfnisse nicht erfüllt und die sexuell-sinnliche Stimulation des Kuschelns, Spielens, Stillens/Fütterns, welche so wichtig für die psychosexuelle Entwicklung ist, fehlt. Wird das Kind wenig feinfühlig abgelesen oder durch die Eltern immer wieder gleich reagiert, wird das Kind eigene Strategien zur Regulation entwickeln, die nicht unbedingt dem Entwicklungsstand angemessen sein müssen, wie zum Beispiel Selbstberuhigung durch Nahrungsaufnahme und andere orale Stimuli. Diese ungünstigen Strategien zeigen sich vor allem in aktivierten Stresszuständen beim Kind.

Eltern vermeidend gebundener Kinder weisen die Signale des Kindes zurück und wollen, dass es autonom ist, sie interagieren weniger mit ihrem Kind. Eltern ambivalent gebundener Kinder sind nicht bewusst ablehnend ihrem Kind gegenüber, sondern eher ungeschickt im körperlichen Kontakt. Beide elterlichen Verhaltensmuster haben jedoch einen Einfluss auf die psychosexuelle Entwicklung des Kindes: durch die Zurückweisung der Bindungsperson entwickelt das Kind wenig Selbstwirksamkeit und Selbstwert, es empfindet sich nicht als liebenswert. Fehlender oder unzulänglicher Körperkontakt, gemeinsam mit der Zurückweisung der Eltern, lässt Zweifel daran entstehen, ob das Kind fähig ist, sich eine Landkarte über seinen Körper und sein Geschlecht bilden kann, seinen Körper und sein

Geschlecht annehmen kann, wenn die Eltern es doch nicht beachten und ihm keine Rückmeldungen geben.

Die verinnerlichten Arbeitsmodelle bei unsicher gebundene Kindern sagen ihnen, dass die Welt ein gefährlicher Ort ist, andere Menschen mit Vorsicht behandelt werden müssen. Sie empfinden sich selbst als nicht liebenswürdig und verfügen über ein wenig positiv ausgeprägtes Selbstwertgefühl.

Unsicher gebundene Kinder zeigen insgesamt weniger günstige Strategien zur Emotionsregulation. Ihre Fähigkeit sich einzufühlen ist nicht differenziert, eigene Gedanken und Gefühle wahrnehmen und benennen deshalb eher schwer. Besonders vermeidend gebundene Kinder sind in ihrer emotionalen Entwicklung eingeschränkt. Sie sind in der sozialen Interaktion feindselig oder distanziert, eher überkontrolliert und zeigen ein fehlendes Bewusstsein für sich selbst.

Ambivalent gebundene Kinder können sich nicht gut mit Gleichaltrigen beschäftigen, haben wenig Lust selbstständig zu entdecken und zu explorieren, sondern sind stark auf die Bindungsperson fixiert und begegnen in einer Konfliktlösungssituation eher mit Aggression statt Kompromiss.

All diese Faktoren können auf die psychosexuelle Entwicklung einwirken: auf die Entwicklung der Beziehungs- und der Liebesfähigkeit, der sinnlich-erotischen Selbstexploration und Stimulation (eventuelle Hemmung durch bevorzugte Orientierung an dem anderen), sowie sich auch als Herausforderung in Konflikten und in fehlenden oder ungünstigen Lösungsstrategien zeigen.

Durch einen häufig dauerhaften Stresszustand haben die unsicher gebundenen Kinder schlechtere Lern- und Gedächtnisleistungen, welches eventuell ihre Fähigkeit des sexuellen Lernens beeinflussen könnte. Das Kind braucht eine sichere Basis in seiner Bindungsperson aus einer sicheren Bindung heraus, von der aus es die Welt und die Sexualität erkunden und lernen kann. Die sichere Basis ist bei unsicher gebundenen Kindern nicht vorhanden und somit sein Lernen eingeschränkt.

Das Bindungsmuster von ambivalent gebunden Kindern, welches aus wechselhaftem Anklammern und Ausdruck von Frustration besteht, sowie das Bindungsmuster von vermeidend gebundenen Kindern, die sich zurückziehen und ihre Bedürfnisse nicht zeigen, kann zur Herausforderung werden. Seine Bedürfnisse nicht zeigen und äußern zu können –

auf die eine oder andere Art – heißt, sie nicht erfüllt zu bekommen. Dies gilt auch für die sexuellen Bedürfnisse. Die Unvorhersehbarkeit und Wechselhaftigkeit, zusammen mit der Unterordnung der ambivalenten Kinder kann zu Grenzüberschreitungen führen – ihrer eigenen sexuellen Grenzen aber auch der anderer.

Die Bindungsmuster unsicher gebundener Kinder können sich vor allem in der Art des Körperkontaktes zeigen, indem ihnen die Nähe und Distanzregulierung fehlt, sie Körperkontakt gar nicht oder nur schwer zulassen können, oder ihn extrem suchen. Wenn gilt, dass sicher gebundene Kinder den Körperkontakt mit ihren Eltern mehr genießen, wäre es im Umkehrschluss möglich, dass es für unsicher gebundene Kinder weniger ein Genuss ist.

Auch Faktoren wie, dass unsicher gebundenen Kindern die Autonomie in Verbundenheit fehlt, sie somit weniger nach Hilfe fragen und weniger Vertrauen in ihre eigene Kompetenz und ihren eigenen Wert haben, kann im Lernprozess der psychosexuellen Entwicklung Hürden darstellen. Sexuelle Lernschritte könnten gar nicht erst initiiert werden aus Unsicherheit oder Zweifel, oder direkt bewertet werden. Dies wird wahrscheinlich erst bei älteren Kindern eine Rolle spielen.

Eine gesunde kindliche Entwicklung und deshalb auch eine gesunde psychosexuelle Entwicklung, setzt eine sichere Bindungsbeziehung voraus. Eine sichere Bindung fördert die körperliche, emotionale intellektuelle und soziale Entwicklung, die Gestaltung von Beziehungen, die Wahrnehmung und Verarbeitung von Emotionen von Kindern. So beeinflussen frühe Bindungen auch die frühkindliche psychosexuelle Entwicklung.

Eine Förderung der psychosexuellen Entwicklung bei unsicherer Bindung scheint in jedem Fall sinnvoll, denn auch aktuelle Beiträge aus der Wissenschaft, wie zuvor beschrieben, weisen auf die Beziehung und wechselseitige Beeinflussung der beiden Bereiche hin und sehen dies als Prädiktor für schwierige Entwicklungsverläufe des Kindes insgesamt. So bestehen bereits beobachtete Zusammenhänge zwischen sexuell auffälligem Verhalten im Kindes und Jugendalter in Zusammenhang mit einer Bindungsstörung. Im Erwachsenenalter ist der Zusammenhang auch auf partnerschaftlicher Ebene und im Sexualverhalten sichtbar, indem die unterschiedlichen Bindungsmuster die sexuellen Kontakte und die Beziehungsgestaltung beeinflussen.

Durch die aufgezeigten Zusammenhänge scheint bereits deutlich, dass eine Förderung der psychosexuellen Entwicklung eine positive Einwirkung auf das Bindungsmuster bewirken

kann, ebenso wie eine Veränderung des Bindungsmusters von unsicher zu sicher dem Kind ermöglicht, seine Sexualität stressfreier und neugierig lernend zu gestalten.

Aus den hier genannten Faktoren zeichnen sich bereits mögliche Bedarfe und Anforderungen an geeignete Fördermöglichkeiten ab, welche zu einem späteren Zeitpunkt in dieser Arbeit genauer eruiert werden sollen.

6 Therapieansätze und Förderungskonzepte

In Hinblick darauf, dass Überschneidungen, Beeinflussungen und Gemeinsamkeiten zwischen den Bindungserfahrungen und der psychosexuellen Entwicklung mit frühester Kindheit an bestehen, habe ich versucht zu erörtern, wie die Förderung der psychosexuellen Entwicklung bei unsicherer Bindung aussehen kann. Ich habe feststellen müssen, dass es für diese Schnittstelle im Kindesalter keine expliziten Therapieansätze oder Förderungskonzepte gibt. Deshalb werde ich im Folgenden zunächst eine Auswahl an Förderungskonzepten und therapeutischen Modellen der Sexualität aufführen und darauffolgend ebenso zur Bindung. Dies in der Annahme, dass Entlehnungen und eine Übertragung der Konzepte oder Teilelemente davon auf die Schnittstelle Bindungsmuster/sexuelle Entwicklung möglich sein können.

Bevor ich die für die jeweiligen Bereiche relevanten Konzepte und Modelle vorstelle, möchte ich dieses Kapitel der Therapieansätze und Förderungskonzepte mit der Eltern-Säuglings-Kleinkind Psychotherapie beginnen, um auf die Förderungsmöglichkeiten und Besonderheiten meiner für diese Arbeit gewählten Altersgruppe einzustimmen.

6.1 Zur Eltern-Säuglings-Kleinkind Psychotherapie

Ludwig-Körner²⁶⁴ schreibt, dass Eltern in der Regel Hilfe wegen Regulationsstörungen ihrer Kinder im Säuglingsalter suchen. Dazu gehören Fütterungsstörungen, Schlafstörungen, exzessives Schreien und Unruhe sowie auch Spielunlust. Diese Regulationsstörungen haben ihren Ursprung in der Interaktion von Eltern und Kind. Dabei kann das Kind mit Schwierigkeiten beitragen. Von den Eltern geht meist eine nicht adäquate Handhabung der Elternrolle als Auslöser der Störungen einher, welche ein dysfunktionales Interaktionsmuster hervorrufen. Die frühkindlichen Regulationsstörungen stellen einen Risikofaktor dar und können sich später zu schweren Verhaltensauffälligkeiten entwickeln. Das Risiko erhöht sich, wenn die Eltern des Kindes nicht über genug Feinfühligkeit verfügen.

Die Fähigkeiten des Säuglings zur Selbstregulation, Stressverarbeitung und dem Bindungssystem stehen in enger Beziehung zur Persönlichkeitsstruktur der Eltern. So hat der Säugling Schwierigkeiten sich gut zu entwickeln, wenn die Eltern ihm keine vorhersehbare Struktur im Alltag bieten können.

²⁶⁴ Ludwig-Körner 2013, S. 52 ff

Ludwig-Körner beschreibt den Ansatz der psychoanalytischen Eltern-Säuglings-Kleinkind-Psychotherapie.²⁶⁵ Dieser umfasst vier Bereiche: Bildungsarbeit, Beratung, Psychotherapie und Kriseninterventionen.²⁶⁶ Die Bildungsarbeit soll die Eltern informieren und unterstützen. Die Beratung soll den Eltern helfen, ihre eigenen Kompetenzen einzusetzen und hilft bei der Überwindung eines aktuellen Problems. Die Psychotherapie hilft dann, wenn Eltern anhaltend überfordert sind und sich die Interaktion mit ihrem Kind negativ verhärtet hat. In der Therapie sollen die Eltern die eigenen Anteile durcharbeiten, um den Konflikt mit ihrem Kind durch die Arbeit am eigenen inneren Konflikt lösen zu können. Die Krisenintervention beinhaltet, dass der Therapierende eine Gefährdung des Kindes erkennen kann und sicher weiß, wie in dem Fall zu handeln ist.

Innerhalb der ESKP ist es die Arbeit an der Eltern-Kind Interaktion, welche im Vordergrund steht, aber auch die Beziehung der TherapeutInnen zu den Eltern: „Voraussetzung dafür ist jedoch zuerst die Herstellung einer guten Bindungserfahrung innerhalb der therapeutischen Beziehung. Es wird angenommen, dass die korrigierenden Erfahrungen mit dem Therapierenden nach und nach verinnerlicht werden und so die elterlichen Repräsentanzen des Selbst verändern. Dabei mag es bei un-empathischen Eltern nötig sein, dass der Therapeut anstelle des Kindes spricht, sozusagen dessen inneres Ich wiedergibt.“²⁶⁷ Außerdem kann anhand von Videoaufnahmen an dem direkt beobachtbaren Verhalten der Eltern gearbeitet werden. Der Schwerpunkt innerhalb der ESKP liegt beim Kind durch die Arbeit mit den Eltern. Immer sollten Eltern und Kind gemeinsam an den Therapiestunden teilnehmen, um die Interaktion beobachten zu können.

Das Ziel der Behandlung ist die Veränderung und Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung und es der Mutter zu ermöglichen, wieder Freude am eigenen Kind zu erleben, damit sie einen besseren Umgang mit dem Kind erreicht. Außerdem auch immer die Verminderung der Symptomatik des Kindes und der Eltern-Kind-Interaktion, um somit eine Verbesserung der psychosozialen Umstände des Kindes zu erreichen.

Zu den Fähigkeiten der TherapeutInnen der ESKP schreibt Ludwig-Körner: „Eltern-Säuglings-Kleinkind-Psychotherapeuten müssen gelernt haben, einen therapeutischen Rahmen herstellen und halten zu können, und gleichzeitig fähig zu sein, damit flexibel umzugehen.“²⁶⁸

²⁶⁵ Fortan ESKP

²⁶⁶ Ludwig-Körner 2013, S. 59 ff

²⁶⁷ Ludwig-Körner 2013, S. 60

²⁶⁸ Ludwig-Körner 2013, S. 61

Außerdem sollten sie über eine genaue Wahrnehmung, Einschätzung und Beobachtung verfügen, sowohl bezüglich Einzelpersonen als auch bezüglich der gesamten Familie und deshalb idealerweise auch über familientherapeutische Kenntnisse verfügen. Der Therapeut wird in dieser Form von Therapie wesentlich mehr einbezogen sein und Teil des Geschehens.

Die Dauer der Therapie kann variieren (Kurzzeit- oder Langzeittherapie), ebenso das Setting (Stationär, ambulant, im Haus der Familie). Der Beginn der Therapie kann dabei schon vorgeburtlich stattfinden um frühzeitig zu unterstützen.

Ludwig-Körner spricht die Grenzen und Herausforderungen der ESKP an. Sie spricht sich dafür aus, dass Menschen, die mit Kindern und ihren Eltern im frühkindlichen Bereich arbeiten, gut ausgebildet sind, da es eine äußerst sensible Zeit des Kindes ist und es fachliche Kompetenz braucht, um die Weichen gut zu stellen. Sie lehnt deshalb ab, dass Hebammen oder andere nach wenigen Tagen Ausbildung mit den Kindern und ihren Familien arbeiten. Auch kritisiert Ludwig-Körner, dass es kaum Eltern-Kind Einrichtungen oder andere Orte gibt, wo die Fähigkeit der Eltern geprüft werden kann, ob sie ihrem Kind eine fördernde Beziehung bieten können. Sie stellt ihr eigenes Projekt vor, bei dem Eltern und ihre Kinder direkt in der Kindertagesstätte Förderung und therapeutische Einheiten durch eine ausgebildete Fachkraft erhalten. Damit soll untersucht werden, ob ein therapeutisches Arbeiten im Kindergarten möglich ist, als Alternative für andere Settings wie eine Tagesklinik. Die Hoffnung ist, dass die Kinder von der weniger problembeladenen Umgebung der Kindertagesstätte profitieren und Bindungsbeziehungen durch die Arbeit an einem vertrauten Ort erhalten bleiben können.

6.2 Sexualpädagogische Förderungskonzepte und sexualtherapeutische Modelle

Meine Recherchen haben ergeben, dass es vorrangig pädagogische Konzepte und Behandlungsmanuale gibt, welche sich mit der Vermeidung und Intervention bei sexuell auffälligem Verhalten im Kindes- bzw. Jugendalter beschäftigen. Mit anderen Worten bedeutet dies, dass es Präventionskonzepte und keine Förderungskonzepte sind. Obwohl die Inhalte der Präventionskonzepte sicherlich im Kern auch den Gedanken der sexuellen Förderung darstellen können, werde ich sie in dieser Arbeit auf Grund ihrer pathologisierenden Perspektive nicht aufgreifen. Ebenso hat sich gezeigt, dass Konzepte mit dem Ansinnen der Förderung häufig im Bereich von Menschen mit Behinderung zu finden sind.

Außerdem unterscheidet sich häufig das Verständnis der Verortung der Konzepte. So werden einige als Sexualpädagogik, andere als Sexualerziehung oder als sexualtherapeutische Behandlungskonzepte gesehen. Die fehlende Einheitlichkeit der Verortung schafft Raum für unterschiedliche Perspektiven und Fokusbereiche in den Konzepten und resultiert auch in unterschiedlicher Qualität der angeratenen Maßnahmen in den Konzepten. Insgesamt gibt es eine Vielfalt an sexualpädagogischen und sexualerzieherischen Konzepten, weshalb es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist, eine Gesamtübersicht darzustellen.

Mein Hauptinteresse liegt auf der frühen Förderung psychosexueller Entwicklung und dabei auf einer positiven und ressourcengeleiteten Unterstützung. Besonders möchte ich hier die Broschüren der BzGA „Körper, Liebe, Doktorspiele“ hervorheben, welche sich wissensvermittelnd an Eltern wenden und sich mit Vorschlägen zur gesunden sexuellen Förderung an die Eltern wenden. Außerdem möchte ich Konzepte aus der Sexualpädagogik vorstellen, welche der vertretenen Haltung dieser Arbeit entsprechen. Aus der Annahme heraus, dass sich kindliche Entwicklung und Lernen im Zusammenspiel von Körper und Psyche vollzieht, im Sinne des Embodiment²⁶⁹, werde ich auch das Modell des Sexocorporel als möglichen sexualtherapeutischen Ansatz im Kindesalter einbeziehen. Dieses verbindet aus meiner Sicht die Bereiche von Körperlichkeit und Psyche nebst anderen Komponenten wie Emotionalität und Beziehung und entspricht der Haltung des Embodiment. Da sich die Entwicklungsbereiche des Kindes in der sexuellen Entwicklung verbinden und Sexocorporel dies abzubilden vermag, möchte ich das Modell aufgreifen.

Zuletzt entleihe ich mir Wissen von bereits bekannten Erfolgsfaktoren der Sexualtherapie im Erwachsenenbereich, um einen Rahmen und Grundsätze für die Förderung und Behandlung in meiner gewählten Altersgruppe erstellen zu können. Dies unter der Annahme, dass die Konzepte auf die Förderung der psychosexuellen Entwicklung bei unsicherer Bindungserfahrung übertragbar sein könnten.

6.2.1 Sexualpädagogisches Konzept des Heilpädagogischen Zentrums Hagendorn

Das Konzept des Heilpädagogischen Zentrums Hagendorn²⁷⁰ ist für Kinder und Jugendliche mit einer geistigen und mehrfachen Behinderung konzipiert. Ziel des Konzeptes ist es, Kinder und Jugendliche im täglichen Leben zur sexuellen Selbstbestimmung und Verantwortlichkeit

²⁶⁹ Embodiment nimmt an, dass psychische Prozesse im Körper verankert sind und dort zum Ausdruck kommen – ebenso wie Veränderungen am Körper, z. B. durch gezielte, abgestimmte Bewegungen, die Psyche, das Denken und Fühlen, beeinflussen können.

²⁷⁰ Betschart 2001. Das Heilpädagogische Zentrum Hagendorn ist eine Institution in der Schweiz für rund 120 Kinder und Jugendliche mit geistigen und mehrfachen Behinderungen..

zu unterstützen, um eine gesunde psychosexuelle Entwicklung zu erreichen. In dem Konzept wird dafür sensibilisiert, dass die psychosexuelle Entwicklung mit der Gesamtentwicklung des Kindes zusammen hängt, weshalb sie bei Kindern mit geistiger Behinderung nicht immer dem Alter entsprechend verläuft. In Anlage an das eigentliche sexualpädagogische Konzept, hat das Zentrum Hagendorn eine sexualpädagogische Förderung nach Entwicklungsphasen beigefügt.

Die Förderung der psychosexuellen Entwicklung in der sensomotorischen Phase verankert das Konzept in der Altersspanne von Geburt bis ungefähr zum 18. Lebensmonat. Trotz körperlicher Reife ist das Selbst des Kindes noch nicht entwickelt, weshalb Lerninhalte konkret und körperlich sinnlich gestaltet sein sollten. Entwicklungsschritte erfordern ein hohes Maß an Körperkontakt zwischen Erwachsenem und Kind. Die Empfindungen des Erwachsenen welche sich durch die intime Nähe ergeben können, muss dieser kritisch hinterfragen und ggf. in Supervision aufarbeiten. Schwerpunkte der sexualpädagogischen Förderung sind: Spüren des eigenen Körpers; den eigenen Körper lustvoll erleben (erfordert Achtung und Respekt bei der Pflege); den eigenen Körper entdecken, berühren, mit ihm spielen, mit dem Mund erfahren können; unterschiedliche orale Erfahrungen möglich machen, z. B. über das Essen.

In der präoperationalen Phase befindet sich das Kind ungefähr im Alter von drei bis fünf Jahren. Das Kind erlebt sich mittlerweile als eigenständige Person und beherrscht mehr und mehr Symbole, in Sprache und Spiel. Deshalb können nun Bebilderungen und einfache Sprache in der Förderung hinzugezogen werden. Schwerpunkte der sexualpädagogischen Förderung sind: selbstständigen Umgang mit dem eigenen Körper erlernen; benennen und unterscheiden können der Körper- und Geschlechtsteile; Beginn einer geschlechtlichen Aufklärung mit dem Entwicklungsstand angemessenen Werkzeugen, zum Beispiel Puppen; Erlernen von ersten Grenzen, was ist erlaubt und was nicht.

6.2.2 Sexualpädagogisches Konzept des Instituts für Sexualpädagogik und Sexualtherapie Uster

Schütz²⁷¹ hat ein internes Skript des Instituts für Sexualpädagogik und Sexualtherapie Uster (Schweiz) zur sexualpädagogischen Förderung bei behinderten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen herausgegeben. Obgleich sich das Skript wie auch das Konzept aus Hagendorn

²⁷¹ Schütz 2020, S. 21 ff

für den Behindertenbereich konzipiert wurde, benennt es Elemente, welche grundsätzlich in der Sexualpädagogik gelten. Diese möchte ich in Kürze beschreiben.

Zunächst geht es um die Fähigkeit der Reflexion der Fachleute, der Erwachsenen, ihrer eigenen Sexualität, damit ein professioneller Umgang mit dem Thema ermöglicht wird. Dazu gehört, dass die eigene Einstellung zur Sexualität wahrgenommen wird und die eigene sexuelle Vorgeschichte reflektiert wird. Dies soll ermöglichen, dass Zusammenhänge von eigenen Reaktionen im Umgang mit dem Thema Sexualität zugeordnet werden können und ein Bewusstsein für die eigene Rolle zu schaffen. Die Verantwortung für die Grenzsetzung, sollte sie notwendig werden, liegt immer bei der erwachsenen Person, schreibt Schütz, und die Fachperson ist auch bei eventuell aufkommenden erotischen Empfindungen für die Grenzsetzung und Reflexion zuständig. Zudem stellt Schütz fest, dass Fachleute über Sexualität reden können müssen und eine Sprache zu Sexualität entwickeln sollten. Das Team um die Fachperson herum, stellt dabei ein Forum für Austausch dar, zu eigenen Grenzen, Hemmungen etc. Eine Offenheit und Neugier den Themen der Sexualität gegenüber ist wünschenswert. Die Fachperson muss Einfühlungsvermögen zeigen und empathisch auf Fragen und Themen eingehen können, jedoch zugleich aus einer professionellen Distanz heraus agieren. Schütz macht aufmerksam, dass die Äußerung der eigenen Meinung der Fachperson den Prozess des Kindes (ebenso des Jugendlichen und Erwachsenen) stören kann. Zusätzlich wird dafür sensibilisiert, dass die jeweilige Einstellung der Fachperson auch nonverbal, durch die Haltung und die Art der gewählten Intervention sichtbar wird. Die Fachperson dient dem Kind als Modell und zeigt durch eigenes Verhalten auf, wie das Thema Sexualität gehandhabt wird. Die Bedeutung der Fachperson als Modell zeigt sich auch bei der Entwicklung der sexuellen (Geschlechts-)Identität und des Kindes.

In der sexualpädagogischen Arbeit dann geht es darum, Informationen und Wissen zur körperlichen Entwicklung, zu eigenen Gefühlen, zur Gestaltung von (körperlicher) Nähe, klar und durch Einsatz von Bildern und Materialien zu kommunizieren. Wiederholungsgespräche können notwendig sein. Eine Sinnlichkeit und Körperübungen sollten dabei einbezogen werden. Körperübungen und Rollenspiele sollen helfen, sich mit Nähe und Zärtlichkeit als auch direkt mit Fragen und Problemen auseinanderzusetzen. Im Kontakt ist Humor und Lachen zentral.

Die Arbeit mit den Eltern hebt Schütz ebenfalls hervor. Hauptsächlich spricht sie hier von behinderten Jugendlichen und Erwachsenen, bei denen der elterlichen Beziehung ein anderer Stellenwert zukommt als bei Menschen ohne Behinderung. Nichtsdestotrotz sind die

angesprochenen Aspekte der Elternarbeit relevant. So sieht Schütz, dass Eltern Weiterbildungen benötigen, damit sie verstehen, welchen Gewinn es für das Kind ist, wenn es seine Sexualität leben darf. Hierbei sollten auch die Ängste der Eltern ernstgenommen werden und gemeinsam nach neuen Lösungen gesucht werden.

Schütz äußert, dass Sexualpädagogische Konzepte sinnvoll sind, da sie einen professionellen Umgang mit Sexualität erleichtern. Bei der Entwicklung der Konzepte sollten idealerweise alle²⁷² beteiligt werden, damit bereits in der Konzeptentstehung eine Auseinandersetzung mit der Thematik erfolgen kann. Konzepte bedürfen der Implementierung und Überprüfung, so dass sie ggf. angepasst und korrigiert werden können. Zudem sollte es interne Fortbildungen und Auffrischkurse zu den Konzepten geben, damit alle sie sicher anwenden können.

6.2.3 Material zur sexuellen Aufklärung und Förderung der BzGA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat mehrere Informationsmaterialien entwickelt zur kindlichen Sexualität. Diese richten sich sowohl an Eltern als auch an Professionelle. Es gibt mehrere Ebenen von Entwicklungsförderung, hier zähle ich die Materialien der BzGA im Sinne von „Wissen und Wissensvermittlung ist auch Förderung“ hinzu. Die BzGA selbst verortet die Materialien im Bereich der Sexualerziehung.²⁷³ Die Materialien belassen eine hohe Verantwortlichkeit der Unterstützung der psychosexuellen Entwicklung bei den Eltern.

Die für meine Altersgruppe relevanten Broschüren sind „Die Kindergartenbox“²⁷⁴, „Liebevoll begleiten“²⁷⁵ und „Körper, Liebe, Doktorspiele“²⁷⁶.

Die Broschüre „Die Kindergartenbox“ ist eine kurze Vorstellung des Materials, welches aus Lehrmaterialien für das Kindergartenalter besteht. Die Box selbst ist nicht mehr bestellbar. Inhaltlich beschäftigt sich die Box angelehnt an dem Entwicklungsstand der Kinder mit den Themen „[...] kindliches Erkundungsverhalten, Aufbau von vertrauensvollen und verlässlichen Bindungen, die Weitergabe von Werten und sozialen Normen sowie die Akzeptanz von Schamgrenzen und Intimität.“²⁷⁷

²⁷² In diesem Konzept sind die Beteiligten Angestellte, Leitung usw. der Einrichtung oder Institution

²⁷³ BzGA 2006, S.2

²⁷⁴ BzGA 2012

²⁷⁵ BzGA 2010

²⁷⁶ Phillips 2001

²⁷⁷ BzGA 2017

Ich möchte im Folgenden die Ratgeber für Eltern, bzw. die Broschüren „Körper, Liebe, Doktorspiele“ und „Liebevoll begleiten“ für das Alter von der Geburt bis zum 5. Lebensjahr vorstellen. Herausgearbeitet und zusammengefasst habe ich dabei die Passagen, welche sich mit konkreten Handlungsanweisungen zur Förderung der kindlichen Sexualität an die Eltern wenden.

6.2.3.1 Körper, Liebe, Doktorspiele

Bereits in der Einleitung werden die Eltern auf ihre Einflussmöglichkeiten auf die psychosexuelle Entwicklung ihres Kindes aufmerksam gemacht, hier insbesondere auf das Körpergefühl und die Liebesfähigkeit. Die Eltern erfahren, dass die Broschüre sie dafür sensibilisieren und dazu befähigen möchte, dass sie die Sexualität ihrer Kinder bewusst fördern können. Zudem wird impliziert, dass die Eltern im Bereich der familiären Sexualerziehungen Entscheidungen situativ und verantwortlich treffen müssen, da im Bereich der familiären Sexualerziehung genauso initiativ und fördernd vorgegangen werden kann, wie in anderen Bereichen der Erziehung auch. Ist eine familiäre, liebevolle und fördernde Atmosphäre nicht vorhanden, bleiben sinnliche Lern- und Erfahrungsmöglichkeiten des Kindes ungenutzt.

Die Broschüren enthalten Vorschläge zur Förderung der sexuellen Entwicklung, welche an die Eltern gerichtet sind. Die Vorschläge zur Förderung im ersten Lebensjahr enthalten die Stärkung der Väter im Umgang mit ihren Kindern einen eigenen Weg zu finden und um dem Kind Rollenbeispiele für Männlichkeit und Weiblichkeit zu bieten (Triangulierung.) Zudem gibt es praktische Vorschläge zu Zärtlichkeit und Berührung dem Kind gegenüber, wie sinnlicher Genuss erzeugt werden kann und wie Eltern die Grenzen ihres Kindes dabei respektieren lernen können. Weiterhin gibt es die Aufforderung an die Eltern, die körperliche Neugier und Exploration des Kindes zu fördern, ohne die eigenen Unsicherheiten auf das Kind zu übertragen (Nacktheit des Kindes, Haut-zu-Haut-Körperkontakt). Es wird benannt, dass das Sprechen mit dem Kind wichtig ist und dass die emotionale Entwicklung des Kindes durch den Kontakt zu den Eltern positiv beeinflusst wird.

Vorschläge zur Förderung im 2. Lebensjahr beinhalten die Bitte an die Eltern, selbststimulierendes Verhalten des Kindes zuzulassen und ebenso die Zeigelust und die Schaulust des Kindes den Eltern gegenüber zu akzeptieren (Entwicklung der Weiblichkeit/Männlichkeit, Intimität und Grenzen erlernen). Außerdem wird angeregt, dass die Eltern Bezeichnungen für die Geschlechtsteile ihres Kindes haben.

Im 3. Lebensjahr wird angeregt, die Neugier des Kindes für seine Ausscheidungen zu tolerieren (positive Körperwahrnehmung) und das Selbstbestimmte setzen von Grenzen des Kindes zu unterstützen, emotional und körperlich. Bei ersten Fragen zu Schwangerschaft und Sexualität des Kindes wird den Eltern geraten, kindgerecht darauf einzugehen (Bilder, klare Antworten, kurze Geschichten). Vertiefend wird auch das Thema Rollenverständnis von Männlichkeit und Weiblichkeit aufgeführt.

Vorschläge zur Förderung im 4. Lebensjahr beziehen sich nun auch darauf, Freundschaften des Kindes zu fördern (Entwicklung Liebesfähigkeit, Konfliktlösung). Die Themen der Selbststimulation und Nacktheit bestehen fort – werden jedoch altersangemessen nun anders gefördert (Scham des Kindes akzeptieren, Regeln für das Wann und Wo der Selbststimulation entwickeln). Zudem wird den Eltern geraten, wie sie eifersüchtiges Verhalten des Kindes der elterlichen Beziehung gegenüber handhaben können.

Im 5. Lebensjahr wird auf mütterliche und väterliche Rollen eingegangen und die Bedeutung für die Entwicklung des Kindes sowie wie der Austausch von Zärtlichkeit gestaltet werden kann, während sich das Kind mehr und mehr von den Eltern ablöst. Auch die Doktorspiel der Kinder werden nun angesprochen mit der Haltung, diese zu akzeptieren und nur einzugreifen, wenn eine ungleiche Machtverteilung zwischen den Kindern ersichtlich wird.

6.2.3.2 Liebevoll begleiten

Diese Broschüre aus 2010 knüpft inhaltlich an die „Körper, Liebe, Doktorspiele“ von 2000 an, zum Teil sind die Inhalte und die Sprache überarbeitet worden. Hier werden nur die Teile dargestellt, welche in der Broschüre von 2000 noch nicht aufgegriffen wurden.

Ziel der Broschüre ist es die Eltern darüber zu informieren, wie sie das Körpererleben, die sinnlichen und sozialen Erfahrungen ihres Kindes unterstützen können.

Die Eltern werden darüber aufgeklärt, dass der Umgang mit Sexualität von klein auf erlernt wird und Eltern deshalb davon profitieren eine Kenntnis über die psychosexuellen Entwicklung zu erhalten, damit sie ihr Kind angemessen begleiten können.

Thematisiert wird vor allem auch, wie Kinder insgesamt lernen und im Besonderen die Sexualität gelernt wird. Hervorgehoben wird den Eltern zu vermitteln, wie Kinder lernen: erst durch Observation, dann durch Imitation. So wird vielleicht auch der elterliche Geschlechtsverkehr nachgespielt. Für jüngere Kinder sind erlebte Körpererfahrungen und Vorbilder im Lernen wichtig, sie lernen zusammen mit den Eltern, beim Spielen oder Lesen zum Beispiel. Sexualfreundliche Erziehung ist mehr als nur Wissensvermittlung und findet

kontinuierlich durch die Haltung der Eltern statt. Den Eltern wird nahe gelegt, mit ihren Kindern gemeinsam Bücher zum Thema Aufklärung zu lesen, da diese die Themen altersgerecht darstellen und sich ein Dialog beim Lesen entwickeln kann.

Eltern werden darauf aufmerksam gemacht, dass Kinder auch durch Spiele lernen und sie dabei ihren Körper entdecken und wahrnehmen können. Dies passiert zum Beispiel durch (rückwärts) Laufen, Hüpfen und Springen, hoch Schaukeln oder von einem Stein springen – alles sinnlich und lustvolle Erfahrungen welche schöne Gefühle im Kind auslösen und die zugleich ein stabiles Körpergefühl fördern.

Über Gefühle sprechen sollten Eltern mit ihren Kindern von klein auf. Ihnen sollte dabei auch beigebracht werden mit negativen Gefühlen, wie Enttäuschung und Frustration, umzugehen, damit die Kinder eine Frustrationstoleranz entwickeln. Einzelkinder sollten dabei lernen, Kompromisse zu schließen. All das spielt in späteren Beziehungen eine wichtige Rolle und gestaltet somit sexualfreundliche Erziehung auch als Raum des sozialen Lernens.

6.2.4 Sexocorporel

Das Modell Sexocorporel ist ein Ansatz, der die Bereiche der psychosexuellen Entwicklung, kognitiven Entwicklung, körperlichen Entwicklung und sozialen Entwicklung zusammenfügt. Die Anwendbarkeit des Modells in der Sexualberatung- und therapie bei Kindern ist nicht untersucht, nach meinem Empfinden wäre es mit Modifikationen gut dafür geeignet, weshalb ich es vorstellen möchte.

Im Folgenden präsentiere ich das Modell Sexocorporel anhand von Unterrichtsskripten des Studiengangs Sexologie und der Dozentin Esther Elisabeth Schütz.²⁷⁸ Des Weiteren habe ich die Lehrhefte zu Sexocorporel von Lise Desjardins und Mélanie Tremblay einbezogen.²⁷⁹

Das Modell ist von Jean-Yves Desjardins entwickelt und lässt sich auch als integratives körperfokussiertes Modell bezeichnen. Das Modell Sexocorporel besteht aus vier Hauptkomponenten, mit wiederum dazugehörigen Teilkomponenten. Die Hauptkomponenten und die Teilkomponenten sind dabei systemisch miteinander verstrickt und beeinflussen sich gegenseitig.

Die Hauptkomponenten des Modelles und ihre Teilkomponenten sind²⁸⁰:

²⁷⁸ Schütz 2018, Schütz 2018a und Schütz 2018b

²⁷⁹ Desjardins und Tremblay 2008

²⁸⁰ Modell Sexocorporel Komponenten, Anlage 2

Psychosexuelle Entwicklung bei unsicherer Bindungserfahrung in der frühen Kindheit

- ❖ Physiologische Komponente: Erregungsreflex (auslösbar durch Tiefen- oder Oberflächensensibilität, Fantasien oder anderen Quellen), Erregungsmodi (archaisch, mechanisch, archaisch-mechanisch, ondulierend, wellenförmig, wie Erregung gesteigert wird), Erregungsquellen (z. B. eine Berührung, ein Blick, ein Duft, entstehen durch die Sinne), Sinnesempfindungen, die biologische Basis (körperlich, medizinische Gesundheit, Krankheit usw.)
- ❖ Sexodynamische Komponente: Sexuelle Selbstsicherheit, sexuelles Begehren, sexuelle und emotionale Anziehungscodes, sexuelle Fantasien, emotionale Intensität, Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit zum biologischen Geschlecht.
- ❖ Kognitive Komponente: Wissen über Sexualität und Körper, Werte, Normen, Ideologien, Kognitionen über das Selbst und Sexualität.
- ❖ Beziehungskomponente: Liebesgefühl, Bindungsfähigkeit, Verführungsfähigkeit, erotische Kompetenzen, Kommunikation.

Sexocorporel geht von fünf Axiomen aus, welche gemeinsam mit weiteren Grundannahmen in der praktischen Anwendung des Modells gelebt werden.

Die fünf Axiome sind:

- ❖ Körper und Geist sind untrennbar, eine Trennung zwischen Körper und Geist lehnt das Modell ab. Im Gegensatz zu anderen Sexualtherapeutischen Modellen, in welchen sexuelle Probleme als Symptome psychischer Konflikte oder Beziehungsstörungen gesehen werden, sieht das Modell Sexocorporel diese als indirekte Kausalitäten (psychische und psychodynamische Faktoren). Der Fokus des Modelles liegt jedoch auf den direkten kausalen Zusammenhängen (körperlichen Faktoren), z. B. beeinflusst die Art wie ein Mensch sich erregt das sexuelle Erleben.
- ❖ Der Körper ist ein Spiegel unserer Gefühle und Gedanken. Letztere werden im Körper sichtbar, z. B. durch die Haltung oder die Muskelspannung.
- ❖ Der Erregungsreflex selbst ist nicht willentlich steuerbar. Steuerbar sind aber dazugehörige Elemente, welche zur Veränderung von der Art und Weise der Erregung hilfreich sind. Diese nennen sich die drei Gesetzmäßigkeiten des Körpers und bestehen aus Muskeltonus (muskuläre Spannung, hyper- vs. hypoton), Rhythmus (Frequenz, zeitlicher Ablauf der Erregung und Bewegungen) und Bewegungsraum (im Innenraum die Atmung im Außenraum die körperlichen Bewegungen). Die Gesetzmäßigkeiten sind über Lernprozesse beeinflussbar und können durch Variationen und Veränderungen die Körperwahrnehmung verstärken

und so die Erregungsart- und -qualität (Erregungsmodus) verändern und die Erregung bis zum Orgasmus²⁸¹ gesteigert werden.

- ❖ Im Modell wird davon ausgegangen, dass die Sexualität von einem angeborenen Erregungsreflex ausgeht (Genitalität), welcher körperlich und psychisch individuell entwickelt wird und mit Beziehungsfähigkeit verbunden wird. Der Erregungsreflex kann bereits von Säuglingen bis zur Entladung gesteigert werden, durch rhythmische Bewegungen des Beckens, kontrahierende Muskelspannung im Beckenboden und durch Druck auf das Geschlecht. Die bewusste Wahrnehmung des Reflexes und zugehöriger Funktionen erfolgt durch Wiederholungen und Lernschritte.
- ❖ Alles im Menschen ist interaktiv, sodass Kognitionen Emotionen beeinflussen können, welche wiederum die Handlung beeinflussen. Die Interaktivität fungiert in alle Richtungen. Alle Komponenten stehen in Beziehung zueinander.

Grundannahmen und Haltung des Sexocorporel sind:

- ❖ Die sexologische Evaluation (Diagnostik) aller im Modell vorkommenden Komponenten, welche in der Sexualentwicklung zusammenspielen, befähigt, eine Verbesserung der sexuellen Gesundheit zu erreichen.
- ❖ In der Evaluation der Beziehungskomponente werden Bindungsentwicklungs- und -erfahrungen abgefragt, z. B. durch Fragen nach Liebesgefühlen (wie verliebe ich mich, welche Sehnsucht trage ich in mir, welches Ziel habe ich beim Verlieben), Kommunikation (kann ich Bedürfnisse wahrnehmen und ausdrücken, welche Bedeutung messe ich meinen eigenen Bedürfnissen zu im Vergleich zu denen des Partners, kritisiere ich oder mache ich Komplimente), Verführung (kommuniziere ich Unzufriedenheit oder Bedürfnisse, welche Strategien machen meine Bedürfnisse dem Anderen schmackhaft, wie setze ich Distanz zur Verführung meines Partners ein, wie zeige ich meinem Partner Liebe) und erotische Fähigkeiten (welche Berührungsarten stehen mir in der Sexualität zur Verfügung, gibt es Gewohnheiten, welche Körperbereiche meines Partners liebe ich am meisten).
- ❖ Kognitionen können Lernen und Entwicklung verhindern und beeinflussen das sexuelle Erleben. Deshalb ist die Restrukturierung der Kognitionen zentral in der Sexualtherapie.

²⁸¹ Das Modell unterscheidet zwischen orgastischer Entladung (primitive erste Form, findet sich in der kindlichen Sexualität und in allen Erregungsmodi, bis auf dem wellenförmigen Modus) und Orgasmie (Höhepunkt welcher körperliche und emotionale Entladung verbindet durch Diffusion im Körper)

- ❖ Der Körper im Sexocorporel besteht aus einem expliziten Körper (körperlicher Ausdruck, von außen beobachtbare Phänomene und körperliche Reaktionen) und einem impliziten Körper (intrapsychische Abläufe wie Gedanken, Emotionen, Wahrnehmungen, welche sich im Körper zeigen).
- ❖ Das Modell geht von dem anatomisch vorhandenen, sichtbaren Geschlecht aus und nicht vom sozialen Geschlecht und Genderkonstruktivismus. Zudem ist das Modell im Grundsatz heteronormativ angelegt. Dies gestaltet sich in der Annahme von Rezeptivität (Frau) und Intrusivität (Mann), dem sogenannten sexuellen Archetypen.
- ❖ Psychische und sexuelle Gesundheit werden voneinander getrennt, in der Annahmen, dass ein Mensch mit sexuellen Störungen psychisch gesund sein kann. Sexuelle Störungen haben dabei keinen Krankheitswert, sondern werden als Grenzen in der Sexualentwicklung gesehen.
- ❖ Sexualität wird von Geburt an gelernt und kann lebenslang umgelernt und neu gelernt werden, durch Lernschritte.
- ❖ Es wird zwischen Erregung (körperlich) und Lust (emotional) unterschieden. Ziel ist es, beide Bereiche im wellenförmigen Erregungsmodus zu einem Ganzen zu verbinden. Lust besteht dabei aus angenehmen Wahrnehmungen und Gefühlen und die sexuelle Lust stellt das lustvolle Erleben in Verbindung mit einer sexuellen Erregung dar.
- ❖ Emotionen werden im Körper im Oben verankert, das heißt Schultern, Nacken, Brust. Erregung und Genitalität finden sich im Körper im Unten. Diese Zuordnung findet sich durchgehend in den Körperübungen wieder, welche dem Sexocorporel zugehören das Hauptelement in der Sexualtherapie ausmachen. Das Modell setzt bei der Körperarbeit an und geht davon aus, dass es möglich ist, die Emotionalität (und dazugehörig Psyche, Beziehungsfähigkeit) zu verändern und die Anteile miteinander zu verbinden.
- ❖ Aus einem Berührungsreiz auf der Haut wird ein Sinneseindruck, welcher wiederum zu einer Wahrnehmung wird. Wahrnehmungen entstehen durch erlebte Erfahrungen und dazugehörigen Sinneseindrücken. Eine Wahrnehmung stellt eine Rekonstruktion der vielfältigen Reize und Sinneseindrücken.
- ❖ Fähigkeiten der TherapeutInnen und Ziele in der Beratung und Therapie nach Sexocorporel sind: die Beobachtung der Körpersprache, Durchführung einer sexologischen Evaluation, Logik des Systems herausarbeiten, Diagnose stellen und

Behandlungsplan mit realistischen Zielen gemeinsam mit den KlientInnen aufstellen, Fähigkeiten, Übungen und therapeutisches Wissen vermitteln und erweitern.

Zur kindlichen Sexualität und deren Entwicklung, greift das Modell Sexocorporel auf die psychosexuelle Entwicklung Freuds und u. a. auf die Entwicklungspsychologie (Erikson und Piaget) zurück. In Kürze zusammengefasst, bilden sich für die kindliche Sexualität im Sexocorporel diese Gedanken:

- ❖ Sexualität wird von Kindern spielend gelernt, durch sensomotorische Spiele (entdecken des Geschlechts, der Erregbarkeit des Geschlechts, sexuelle und emotionale Spannung gestalten, auslösen und entladen/auflösen), durch symbolische Spiele (Beobachten und Imitieren, Fantasienspiele und Rollenspiele zu Geschlechterrollen, Weiblichkeit/Männlichkeit) usw.
Kinder lernen Sexualität dabei von selbst, wenn sie nicht gestört werden, weil sie sich entwickeln wollen.
- ❖ Sexuelle Fähigkeiten werden gelernt und sind abhängig vom Entwicklungsstand des Kindes. Grundsätzlich ist kein Kind zu jung, um sexuelle Fähigkeiten zu lernen. Lernen erfolgt durch Entdecken, Verifizieren und Wiederholungen und vor allem durch praktisches Üben. Unterstützung durch Erwachsene bietet den Rahmen für das Lernen, denn Kinder lernen mit und an Erwachsenen. Sie brauchen eine interessierte und empathische Anleitung mit einer differenzierten Sprache und sinnliche Lernhilfen.
- ❖ Das Kind erschließt verschiedene sexuelle Lernfelder: sexuelle Erregung lustvoll gestalten und steigern können, eine sexuelle Anziehung entwickeln und einen anderen Menschen begehren, sexuelle Fantasien entstehen, sich im eigenen Körper wohl zu fühlen, sich als sexuell kompetent, selbstsicher und verführungsfähig zu fühlen. Das Lernen folgt dabei dem Weg vom Körper, zum Fühlen und Denken, vom Ich (Egozentrismus) zum anderen (Beziehungsfähigkeit)
- ❖ Ziel der kindlichen sexuellen Entwicklung, ist das Erreichen von Kongruenz als Frau oder Mann im eigenen Körper und Geschlecht, sexuelle Erregung in Verbindung mit sexueller Lust erleben können und diese Lust mit einem anderen Menschen über eine möglichst lange Zeit mit intensiven Gefühlen teilen zu können.

6.2.5 Bekannte Erfolgsfaktoren in der Sexualtherapie

Hartmann²⁸² stellt einen praxisorientierten Ansatz in der Sexualtherapie vor, welcher störungsspezifisch angelegt ist und auf die Lebenswelt Erwachsener fokussiert. Jedoch stellt Hartmann grundsätzlich zu berücksichtigenden Prinzipien einer gelingenden Sexualtherapie vor, welche ich Auszugsweise wiedergeben möchte, da sie mir auch in der Sexualtherapie mit Kindern relevant erscheinen.

Hartmann²⁸³ schreibt, dass Psychotherapie ohne die Veränderung von dysfunktionalen Schemata nicht möglich ist. Es gilt deshalb ebenso für die Sexualtherapie ausfindig zu machen, welche Schemata sexuelle Herausforderungen entstehen lassen oder aufrechterhalten und wie diese sich verändern lassen.

Zentral in der Sexualtherapie ist dabei, dass Veränderungen durch emotionale Reaktionen entstehen, weshalb intensiv mit dem emotionalen Erleben und Affekten gearbeitet werden sollte. Eine weitere zentrale Position nimmt in der Sexualtherapie, wie auch in allen anderen bekannten Therapierichtungen, die Beziehung zwischen KlientIn und TherapeutIn ein. Eine stabile Beziehung sollte möglichst früh etabliert werden, idealerweise innerhalb der ersten fünf Therapiestunden. Die Etablierung einer solchen Beziehung kann sich in bestimmten Fällen herausfordernd gestalten: „Bei schwerer gestörten Patienten ist der Aufbau einer Allianz schwieriger und diese bleibt fragiler und muss engmaschiger überprüft und häufiger nachjustiert werden.“²⁸⁴ Mittlerweile ist bekannt, dass die TherapeutIn-KlientIn-Beziehung erheblich zur Wirksamkeit der Psychotherapie beiträgt. Hartmann schreibt dazu: „Das verwundert nicht, wenn man bedenkt, dass sich in unseren primären und späteren Beziehungen herausformt, wer und wie wir sind und es dann die therapeutische Beziehungsmatrix ist, die uns korrigierende Erfahrungen und damit Veränderungen ermöglicht.“²⁸⁵ Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Psychotherapie sowohl beziehungsorientiert als auch emotional ist.

Besonders wichtig ist die Empathie des Therapierenden und das Spiegeln des emotionalen Erlebens der KlientInnen. Dies sind positive Aspekte in der TherapeutIn-KlientIn-Beziehung und Erfolgsmarker für die Therapie, indem sie den KlientInnen innerhalb der geschützten Beziehung neue emotionale Erfahrungen ermöglichen und die Selbstexploration der

²⁸² Hartmann 2018 ff

²⁸³ Hartmann 2018, S. 33

²⁸⁴ Hartmann 2018, S. 71

²⁸⁵ Hartmann 2018, S. 35

KlientInnen fördert. Auch die Zusammenarbeit von KlientIn und TherapeutIn und ein gemeinsames Ziel können ein Erfolgsmarker für die Therapie sein. Hierbei werden besonders gemeinsame Erfahrungsübungen und Hausaufgaben als wichtig angeführt. Weniger wichtig sind dabei die gewählten Interventionen oder Techniken, sondern die Qualität der Beziehung zum Therapierenden.

Hartmann führt an, dass es nicht die für das jeweilige Therapieverfahren spezifischen Wirkungen sind, die eine effektive Veränderung bei den KlientInnen schaffen, sondern dass diese auf Grund von therapeutischen Faktoren zu Stande kommen. Therapieverfahren und Konzepte sind trotzdem notwendig, weil sie den KlientInnen einen Rahmen und eine Struktur für die Arbeit im psychotherapeutischen Prozess bieten. Zum Verhältnis von spezifischem Therapieverfahren und therapeutischer Beziehung schreibt Hartmann: „In vielen Therapieverfahren wird eine tragfähige therapeutische Beziehung als eine Art „Vorspiel“ oder Plattform betrachtet, auf der dann die verfahrensspezifischen Interventionen und Techniken als „eigentliche“ Wirkfaktoren ins Spiel gebracht werden können.“²⁸⁶

PatientInnen wünschen sich, dass der Therapierende gut zuhören kann, er Wärme, Verständnis und Bestätigung sowie Wertschätzung geben kann. Qualitäten wie sie in jeder intersubjektiven Beziehung vorkommen.

Hartmann spricht sich dafür aus, dass in allen Therapierichtungen die TherapeutInnen lernen sollten, besser im Zuhören zu sein, im emphatischen Verstehen und in ihrer Beziehungsfähigkeit ausgebildet werden sollten.²⁸⁷

Hartmann²⁸⁸ fragt in seinem praktischen sexualtherapeutischen Ansatz die Sexualanamnese ab. Im Anhang des Buches stellt er einen Leitfaden dazu zur Verfügung, in welchem ersichtlich wird, dass er unter anderem auch die Beziehungsanamnese abfragt, darunter auch mit Merkmalen die Rückschlüsse auf das Bindungsmuster zulassen. Unter anderem fragt er nach frustrierten Beziehungsbedürfnissen wie Nähe, Sicherheit, Wertschätzung, Attraktivität. Es wird der positive als auch negative Interaktionszyklus abgefragt (Regulation, Konfliktlösestrategien, Rollen und Positionen innerhalb der Beziehung). Ebenso erfragt er eine Familienanamnese zur Sexualität im Elternhaus, Tabus, sexuelle Einstellungen u. Mythen, Aufklärung, religiöse u. a. Wertvorstellungen, Umgang mit Körperlichkeit,

²⁸⁶ Hartmann 2018, S. 74

²⁸⁷ Hartmann 2018, S. 74

²⁸⁸ Hartmann 2018, S. 38

Zärtlichkeit, Nacktheit. Elterliche Paarbeziehung/Sexualität, kindliche Sexualerlebnisse (evtl. Missbrauchserfahrungen) Erfahrungen in Pubertät und Adoleszenz (Geschlechtsreife, erste sexuelle Erfahrungen, Masturbation, erster Koitus). Selbstwerterleben und das Körperbild erfragt er ebenfalls. Zudem erfragt er bisherige Partnererfahrungen, dazugehörig das Geschlechterleben als Frau/Mann, die sexuelle Präferenz und sexuelle Orientierung.

6.3 Förderungsmöglichkeiten und Therapieansätze bei Kindern mit unsicherer Bindung

Explizite Förderungsmöglichkeiten oder Manuale für Beratung oder Therapie bei unsicherer Bindung existieren mittlerweile zuhauf. Oftmals fokussieren diese jedoch auf die bereits manifestierte Bindungsstörung. Nachdem ich die Manuale für die Therapie von Bindungsstörungen gesichtet habe, erscheinen mir die Interventionen durchaus anwendbar bei den unsicheren Bindungen im Sinne dieser Arbeit. Auch da, wie bereits beschrieben, unsichere Bindungsmuster als Vorläufer sich in Bindungsstörungen manifestieren können.

Im Folgenden möchte ich in Kürze die Programme STEEP und SAFE präsentieren, die den Grundgedanken der frühen, bindungsorientierten Intervention teilen, sich jedoch in der praktischen Ausführung und Anwendbarkeit unterscheiden. Außerdem möchte ich die Psychotherapie bei Säuglingen und Kleinkindern mit Bindungsstörung, die bindungsorientierte Psychotherapie und bindungsorientierte Familientherapie bei sexuellen Verhaltensauffälligkeiten darstellen. Letzteres ist mir bekannt der einzige Ansatz, der sexuelles Verhalten explizit und Bindungserfahrungen unter Einbezug der Eltern in einen therapeutischen Rahmen verortet – obwohl weit weg vom Förderungsgedanken, sondern wie viele Ansätze auch, pathologisierend unterwegs – möchte ich den Ansatz auf Grund seines Alleinstellungsmerkmals an dieser Stelle vorstellen.

6.3.1 Psychotherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindergartenkindern mit Bindungsstörung

Brisch²⁸⁹ beschreibt die Möglichkeit der psychotherapeutischen Intervention bei einer diagnostizierten Bindungsstörung. Eine frühe Intervention steigert dabei die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung.²⁹⁰ Im Rahmen einer ersten Anamneseerstellung/Diagnostik muss auch das Bindungsverhalten der Eltern elaboriert werden, da elterliche Bindungsmuster sich an ihre Kinder weitergeben können. Eltern und eventuell andere Teile der Familie, sollten deshalb in die Therapie eingebunden werden.

²⁸⁹ Brisch et al 2018, S. 537 ff

²⁹⁰ Siehe auch Steele 2018, S.120

Brisch spricht im Säuglings-, Kleinkind- und Kindergartenalter von *einer sich entwickelnden* Bindungsstörung, bzw. *erste Anzeichen* dieser.

Im Säuglings- und Kleinkindalter ist es primär die Arbeit mit den Eltern an ihrer Feinfühligkeit in der Interaktion mit ihrem Kind, welche vollzogen werden sollte. Brisch macht darauf aufmerksam, dass bei ungenügenden elterlichen Fähigkeiten eine Herausnahme des Kindes aus der Familie zu überlegen ist, damit das Kind mit einem anderen Erwachsenen feinfühlig und bindungsorientierte Erfahrungen machen kann. Auch eine Aufnahme in eine Eltern-Kind-Einrichtung sieht Brisch für möglich sowie die Psychotherapie der Eltern.

Im Kindergartenalter zeigt sich die Entwicklung einer Bindungsstörung im Verhalten des Kindes gegenüber den ErzieherInnen oder PädagogInnen im Kindergarten. Brisch spricht sich für eine diagnostische Abklärung und den Beginn einer Spieltherapie des Kindes aus. Ebenso für eine intensive Arbeit mit den Bindungspersonen des Kindes.

Im Übergang von Kindergarten zur Schule, können sich zudem erste Anzeichen von komorbiden Störungen zeigen, wie z. B. ADHS, einer Störung des Sozialverhaltens oder eine Sprachentwicklungsverzögerung.

Klitzing²⁹¹ schreibt Methoden der Eltern-Kind Psychotherapie, welche alle im Säuglingsalter begonnen werden können: Die interaktionsanleitende Therapie, die kindbezogene Psychotherapie und die psychoanalytisch-psychodynamische Kleinkind-Eltern-Psychotherapie. Allen gemein ist die Arbeit an der Eltern-Kind-Interaktion, um eine Verbesserung der Bindungsqualität zu erreichen. In der interaktionsanleitenden Therapie geschieht dies durch die Aufzeichnung von Videos der Interaktion, worauf die Eltern beim gemeinsamen Anschauen in der Entwicklung ihrer Kompetenzen angeleitet werden. In der kindbezogenen Psychotherapie lernen die Eltern unter Anleitung, sich auf die Beziehungsangebote der Kinder einzulassen und in die Interaktion mit ihnen einzusteigen. In der psychoanalytisch-psychodynamischen Kleinkind-Eltern-Psychotherapie wird zunächst die Interaktion zwischen Kind und den Eltern beobachtet, diese Beobachtungen dann von dem/der TherapeutIn beschrieben und unbewusste Konflikte des Elternteils deutlich gemacht und so bearbeitet.

²⁹¹ Klitzing 2015, S. 381

6.3.2 Programm zur Verhinderung der Entwicklung von Bindungsstörungen - SAFE
Brisch²⁹² hat ein Programm entwickelt, welches die Entwicklung von Bindungsstörungen und auch die Weitergabe von traumatischen Erfahrungen von Eltern an ihre Kinder verhindern soll. SAFE steht für „Sichere Ausbildung für Eltern“. Das Programm setzt bereits in der Schwangerschaft an und soll Eltern helfen, Feinfühligkeit zu erlernen, um die Weitergabe von unsicheren Bindungen zu unterbinden. Die Weitergabe ist von den Eltern nicht intendiert, geschieht aber durch triggern eigener emotionaler Kindheitserfahrungen, wodurch sich dies in der Handlungsebene, in der Interaktion von Eltern und Kind niederschlägt. Mit den Eltern wird im Verlauf ein Interview über die eigene Kindheit durchgeführt um elterliche Bindungserfahrungen, Traumata etc. zu verdeutlichen. Besonders bedeutsam sind dabei unverarbeitete Erfahrungen, welche den größten Risikofaktor für die Weitergabe einer unsicheren Bindung oder Bindungsstörung darstellen.

Im Programm finden Elterngruppen statt, es gibt videogestütztes Feinfühligkeitstraining in der Gruppe und individuell und nach Abschluss des Programmes ist bei Bedarf der Kontakt zu einer Telefonhotline und persönliche Beratung möglich.

Die Eltern erlernen vor der Geburt bereits Entspannungsverfahren und Stabilisierungsverfahren, um besser mit Stress umgehen zu können. Im zweiten Teil des Programmes ist die Gruppe hilfreich, da die Eltern sich in einer vergleichbaren Situation befinden, was die einzelnen Eltern stärkt und stabilisiert. Weitere Inhalte des Programmes sind elterliche Kompetenzen, die elterliche Beziehung und die Beziehung zum Kind, eventuelle Schwierigkeiten²⁹³ (Schreien, Füttern, Stillen, Schlafen usw.) und die emotionale Beziehung zum Kind. Durch Videoaufnahmen der Interaktion von Eltern und Kind gibt es Rückmeldungen, damit die Eltern lernen die Signale des Kindes besser zu erkennen und zu befriedigen – frühe Korrekturen sind so möglich. Die Hotline ist ein niedrighwelliges Angebot an die Eltern, Hilfe zu erhalten, damit sie im Sinne des bindungsorientierten Ansatzes nicht zu lange auf Hilfe warten müssen.

Im Programm ist das Prinzip „Bindung vor Bildung“ zentral, da es für alles Lernen gilt. Dahinter steht die Annahme, dass Kinder nicht gleichzeitig auf ihr aktiviertes, gestresstes Bindungsbedürfnis achten können und zugleich konzentriert lernen. Dies gilt vom

²⁹² Brisch 2020

²⁹³ Frühkindliche Regulationsstörungen

Säuglingsalter an. Voraussetzung für Lernvorgänge- und prozesse ist daher, dass die Kinder sich bindungssicher fühlen.

Brisch benennt den Sicherheitskreis²⁹⁴, welcher die sichere, emotionale Basis der Kinder bei ihren Eltern darstellt und von welcher aus die Kinder ihre Erkundungskreise ziehen. Bei unsicher vermeidend und unsicher ambivalenten Kindern ist dieser Sicherheitskreis begrenzt. Hier lösen eben nicht nur äußere, neue Situationen das Bindungsbedürfnis beim Kind aus, sondern der Elternteil mit seinem Verhalten und eigenem Bindungsmuster.

In Bezug auf das Spiel des Babys oder Kleinkindes ist es wichtig, dass dies mit den Eltern gemeinsam geschieht und ein Zwiesgespräch entsteht. Dies kann durch Nutzung der Ammensprache geschehen.²⁹⁵ Das Baby sollte sich selbstwirksam erleben können, mit Unterstützung der Eltern. Die Eltern sollten am Spiel und an den Erfolgen des Kindes teilhaben, sich zum Beispiel freuen, wenn etwas geglückt ist oder stolz äußern.

Brisch merkt an, dass Eltern, welche erschöpft sind und oft nur noch Negatives an ihrem Kind wahrnehmen, sich selbst fragen sollten, welche guten Momente es mit dem Baby am heutigen Tag gab und sich drei positive Eigenschaften für ihr Kind und die Eltern-Kind-Beziehung überlegen. Das Aufschreiben von negativen Episoden mit dem Kind hilft den Eltern, dass die emotionale Belastung sich abschwächt. Wichtig ist der positiv konnotierte Abschluss des Tages und erneute Fokus auf etwas Positives.

6.3.3 Bindungsorientierte Psychotherapie

Brisch²⁹⁶ bietet den Ansatz der ambulanten bindungsorientierten Psychotherapie und Beratung an, er ist jedoch keine eigenständige Therapiemethode. Im Folgenden möchte ich die Grundlagen des Ansatzes präsentieren.

Grundsätzliche Voraussetzung für die Therapie ist ein sicherer äußerer Rahmen. Dazu sollte möglicher Stress durch Arbeitslosigkeit, finanzielle Schwierigkeiten, Beziehungsprobleme- und konflikte und ähnliches ausgeschlossen oder zumindest reduziert werden. Ebenso gilt ein sicherer innerer Rahmen als Voraussetzung. Das bedeutet, dass KlientInnen ausreichende Strategien zur Stress- und Affektregulation besitzen und in gewissem Maße emotional stabil sind.

²⁹⁴ Entspricht dem Prinzip der sicheren Basis von Ainsworth.

²⁹⁵ Ammensprache ist ein intuitives elterliches Verhalten und bedeutet, dass im Kontakt zu einem Säugling der Erwachsene mit einer höheren Stimmlage und in kurzen Sätzen spricht. Bei Stress der Eltern oder Belastung kann die Ammensprache jedoch wegfallen.

²⁹⁶ Brisch 2014, S. 14 ff

Psychosexuelle Entwicklung bei unsicherer Bindungserfahrung in der frühen Kindheit

Die Bindungspsychotherapie besteht aus fünf Phasen. Die Phase 1 ist die Anfangsphase, in welcher TherapeutIn und KlientIn einen sicheren emotionalen Rahmen für die Gespräche erarbeiten. Bereits in der Anfangsphase können Schwierigkeiten mit der Bindung seitens der KlientInnen entstehen, weshalb der/die TherapeutIn die Bindungsmuster gut kennen sollte, um sich in der Interaktion auf sie einstellen zu können. In der Phase 2 geht es vor allem darum, Trennungserfahrungen, Verluste und traumatische Erfahrungen zu explorieren, da diese das Bindungssystem am meisten aktivieren. Brisch nennt dies, die Bindungsanamnese zu erstellen. Dabei gilt, je sicherer sich der/die KlientIn in der therapeutischen Situation fühlt, desto mehr ist er auch bereit zu explorieren. In der Phase 3 intensiviert sich die TherapeutIn-KlientIn Beziehung, was neue Herausforderungen mit sich bringen kann. Der/die KlientIn macht neue, sichere Bindungserfahrungen mit dem/der TherapeutIn und gleichzeitig werden alte Erfahrungen und Muster auf den/die TherapeutIn projiziert. Bindungswünsche- und auch Ängste übertragen sich auf den/die TherapeutIn und werden hier durchgespielt. Brisch verweist hier insbesondere auf Trennungssituationen, wie Abschiede, Urlaube, Krankheit innerhalb der Therapie, welche das Bindungsmuster der KlientInnen aktivieren können. Wenn sich dieses Muster in dem/der KlientIn offenbart, kann es in der Therapie aufgegriffen, bearbeitet und neu integriert werden. Um frühere Bindungserfahrungen zu integrieren, können kreative therapeutische Methoden eingesetzt werden, wie Kunst- oder Bewegungstherapie. In der Phase 4 ist der/die KlientIn oftmals bereit, seine neuen Bindungserfahrungen außerhalb des therapeutischen Settings anhand eigener Beziehungen zu probieren. Brisch beschreibt, dass gleichzeitig auch eine Trauer bei den PatientInnen darüber entstehen kann, wie das Leben ohne die traumatischen Erfahrungen ausgesehen hätte. Es kann dem/der KlientIn phasenweise schlecht gehen, sich Depression und Suizidalität entwickeln. Diese „Trauerarbeit“ muss ebenfalls in der therapeutischen Beziehung aufgearbeitet werden. Richtung Ende der Therapie wird sichtbar, dass der/die KlientIn sein ursprüngliches Bindungsmuster, z. B. ambivalent oder vermeidend, verändert hat und innere emotionale Sicherheit erlebt. Brisch spricht davon, dass der/die KlientIn eine erworbene Bindungssicherheit erlebt. In der letzten Phase, der Phase 5, ist der/die KlientIn dabei bereit zu werden die Therapie zu beenden. Viele Bindungserfahrungen konnten bisher verarbeitet werden und das Leben neu erkundet werden. Es ist eine Zeit des Abschieds, aber auch der Angst vor dem „Sich-selbst-überlassen-sein“ bei Beendigung der Therapie. Brisch bietet deshalb Intervalltherapie an, wo sich die PatientInnen jederzeit melden und die Therapie erneut aufnehmen können, mit einem kürzeren Behandlungsverlauf. Brisch beschreibt, dass durch die Therapie innere sichere Repräsentationen der Bindungsbeziehung

in den KlientInnen entstanden sind, welche es nicht notwendig machen, den/die TherapeutIn erneut aufzusuchen, da sie innerlich abrufbar sind. Einige KlientInnen brauchen jedoch den erneuten Kontakt zum Therapierenden.

Die Besonderheit der Bindungspsychotherapie mit Säuglingen und Kleinkindern ist, dass die Bindungserfahrungen der Eltern eine zentrale Rolle spielen und ebenso mit diesen gearbeitet werden muss, bzw. sie berücksichtigt werden müssen. Dies aus der Annahme heraus, dass Bindungserfahrungen sich transgenerational weitergeben. Die Inhalte der von Brisch an dieser Stelle beschriebenen Inhalte entsprechen dem Programm SAFE.

6.3.4 STEEP – Steps toward effective, enjoyable parenting

STE²⁹⁷ ist ein amerikanischer Ansatz und integriert Forschung und Theorie zur Bindung in jede Interaktion mit den Familien, die am Programm teilnehmen. Ziel ist es, Müttern und ihren Kindern Unterstützung zu bieten und die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung zu fördern. Insgesamt ist STEEP niedrigschwelliger angelegt, als SAFE. STEEP ist ein hoch strukturiertes Programm, mit Anleitungen und Inhalten für die BeraterInnen. Das Programm in Vollständigkeit darzustellen wird auf Grund der vielen Inhalte des Programms an dieser Stelle nicht möglich sein, weshalb ich STEEP in Kürze zusammenfassen möchte.

Grundsätze des Programmes sind: Die Mutter-Kind-Beziehung ist in die Familie und Gemeinschaft eingebettet; Die Einzigartigkeit jeder Familie und jeder Person erfordert einen individuellen Ansatz; Jedes Kind, jeder Elternteil und jede Familie haben Stärken, auf die man bauen kann.

Ähnlich wie im Programm SAFE, wird mit den Erwartungen und Erfahrungen der Eltern gearbeitet, bereits ab der Schwangerschaft. STEEP soll erzieherisches Wissen und Kenntnis über die kindliche Entwicklung vermitteln und die Feinfühligkeit der Eltern fördern. Zudem sollen die Eltern befähigt werden, soziale Netzwerke zu etablieren und als Hilfestellung zu nutzen und sie ebenso darin bestärken ihr Leben selbstwirksam und ressourcenorientiert zu gestalten. Dabei stehen die Perspektive und der Bedarf des Kindes im Fokus.

Die Qualifikation der BeraterInnen ist dabei unerheblich. Wichtig ist die Haltung der BeraterInnen, die offen und wertungsfrei sein sollte, wenn sie den Familien zur Seite steht. Als ExpertInnen werden die BeraterInnen dabei nicht betrachtet, sondern die entstehende Beziehung zwischen Familie und BeraterInnen steht im Vordergrund. Anhand folgender

²⁹⁷ Erickson und Egeland 2014

Leitsätze lässt sich die Haltung der BeraterInnen ausmachen: Ich bin nicht hier, um zu verurteilen; Wir sitzen im selben Boot; Vielfalt ist die Würze des Lebens; Du kannst das.

Das Programm besteht aus Treffen in Elterngruppen und Hausbesuchen durch die BeraterInnen. In den Elterngruppen finden gemeinsame Gesprächsrunden und Diskussionen zu dem jeweiligen Thema statt. Die Eltern erhalten Hausaufgaben und Anregungen²⁹⁸ mit nach Hause und zur Gedächtnisstütze ebenso Handouts. Auch Videoaufnahmen der Eltern-Kind-Interaktion werden gemacht und gemeinsam mit den Eltern ausgewertet. Entstehende Hindernisse im Prozess werden durch die BeraterInnen aufgegriffen und mit den Eltern reflektiert. Die Aufrechterhaltung der Beziehung von BeraterInnen und Familie kann dabei auch über Telefon, SMS oder schriftlich geschehen, je nach Bindungsmuster, welches die Eltern zeigen und was sie vermögen. Ein halbes Jahr vor der letzten Gruppensitzung, wird mit dem Abschied begonnen, da dieser den Teilnehmern erfahrungsgemäß schwerfällt.

6.3.5 Bindungsorientierte Familientherapie bei sexuellen Verhaltensauffälligkeiten
Mosser²⁹⁹ präsentiert die bindungsorientierte Familientherapie von Friedrich³⁰⁰, welche sich mit dem Bindungsaspekt in der Therapie bei sexuell verhaltensauffälligen Kindern beschäftigt. Der Ansatz sieht nicht die Förderung der sexuellen Entwicklung vor, sondern beschränkt sich auf störungsspezifische Interventionen, zeigt mögliche Interventionen bei Kindern mit sexuell auffälligem Verhalten und sexuell übergriffigen Kindern auf. Erwähnen möchte ich den Ansatz an dieser Stelle trotzdem, da er in Alleinstellung einen therapeutischen Lösungsansatz zwischen Bindung und Sexualität unter Einbezug der Eltern herstellt. Das von Friedrich entwickelte Behandlungskonzept richtet sich auf die Familie und die Bindungsqualität zwischen Eltern und Kind. Hierbei werden auch diagnostische Daten zu eventuellen sexuellen Traumatisierungen der Eltern erhoben, welche im Zusammenhang mit dem sexuell auffälligen Verhalten ihrer Kinder stehen können. Die Behandlungsdauer variiert von fünf bis 35 wöchentlichen Sitzungen im Einzelsetting und alle drei Monate wird der Behandlungsfortschritt überprüft. Wirksamkeitsstudien zu dem Konzept gibt es noch nicht. Das Behandlungskonzept beinhaltet unter anderem Komponenten zur Förderung einer positiven Eltern-Kind Interaktion, sexuelle Erfahrungen des Kindes (und der Eltern) zu bearbeiten, Veränderung der Annahmen, Erwartungen etc. der Eltern an ihr Kind, Arbeit mit den Eltern zur Sexualerziehung in der Familie und einer Veränderung des sexuellen Klimas

²⁹⁸ Diese sind vielfältig gestaltet: von Reflexionen für die Eltern über Aktivitäten mit den Kindern

²⁹⁹ Mosser 2012, S. 88 ff

³⁰⁰ Friedrich 2007. Mosser übersetzt den Ansatz von Friedrich aus dem englischsprachigen Raum.

innerhalb der Familie, die Etablierung einer nicht-aggressiven Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern.³⁰¹

³⁰¹ Mosser 2012, S. 88 ff

7 Methode

Im ersten Teil dieser Arbeit war mein Ansinnen anhand einer systematischen Literatuarbeit die theoretischen Verbindungen der psychosexuellen Entwicklung und Bindungsentwicklung aufzuzeigen, um meine erste Forschungsfrage theoretisch teilweise beantworten zu können. Im Rahmen der Literatuarbeit habe ich sowohl die Bindungsentwicklung als auch die psychosexuelle Entwicklung nach aktuellem Forschungsstand dargelegt und das Material daraufhin auf Kernmerkmale des theoretischen Textmaterials reduziert, um so Rückschlüsse auf die Verbindungen und Unterscheidungen der Bereiche ziehen zu können.

Diese Literatuarbeit als Vorarbeit war notwendig, um meine zweite Forschungsfrage beantworten zu können.

Um meine zweite Forschungsfrage beantworten zu können, habe ich mich für ein qualitatives Vorgehen mit Inhaltsanalyse nach Mayring³⁰² entschieden. Für die qualitative Forschung als Methode sprach, dass meine Literatuarbeit mir Wissenslücken innerhalb der Thematik aufzeigte und die Methode mir konkretes Wissen durch die Durchführung von Interviews verschaffen konnte.

7.1 Forschungsgegenstand

In Anbetracht dessen, dass die Teilentwicklungsbereiche der Psychosexualität und Bindung einige Gemeinsamkeiten besitzen und über die Möglichkeit einer positiven wie auch negativen gegenseitigen Beeinflussung verfügen, ist es sinnvoll zu erörtern, wie und ob diese Überschneidungen in der Praxis sichtbar sind und welche Interventionen oder Behandlungsansätze eine für das individuelle Kind gesunde sexuelle Entwicklung bei gleichzeitigem Vorhandensein einer unsicheren Bindung unterstützen können.

Wie aufgezeigt werden konnte, fehlen bisher eigentliche praktische Konzepte oder Therapieansätze, welche mit Vorschlägen zu einer Förderung der psychosexuellen Entwicklung bei unsicherer Bindung beitragen und dabei ressourcenorientiert vorgehen.

Anhand der beschriebenen Methode möchte ich meine wie folgt lautenden Forschungsfragen beantworten:

1. Wie stehen die psychosexuelle Entwicklung und die Bindungsentwicklung in Beziehung zueinander?

³⁰² Mayring 2015

2. Wie können Förderungsmöglichkeiten in professioneller Praxis aussehen, welche die psychosexuelle Entwicklung bei unsicher gebundenen Kindern im Alter von 0-5 Jahren fördern?

7.2 Die Durchführung von ExpertInneninterviews

Die Interviews wurden als explorative ExpertInneninterviews durchgeführt. Die ExpertInnen habe ich nach ihrer Tätigkeit ausgesucht, um fachliches Wissen als auch Erfahrungswerte aus der Praxis zu erhalten. Alle InterviewpartnerInnen haben eine langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Kindern, jeweils von mindestens 20 Jahren (Validität). Es wurden drei Interviews geführt, mit TeilnehmerInnen aus den Bereichen der Bewegungstherapie, bzw. psychomotorischen Therapie, der Sexualberatung- und therapie und der Familientherapie mit bindungsunsicher gebundenen Kindern. Ausgewählt wurden die Berufsbereiche angelehnt an die formulierten Hypothesen dieser Arbeit und da sie eine gute Möglichkeit haben aufzuzeigen, welche Verbindungen oder Unterschiede sowie über welche konkreten Förderungsmöglichkeiten der jeweilige therapeutische Ansatz verfügt. Die ExpertInnen wurden in der Annahme ausgesucht, dass sie über ein Wissen verfügen, welches in der Literatur nicht zugänglich ist und sie deshalb neue Aufschlüsse und Erkenntnisse zur Beantwortung meiner Forschungsfrage bieten. Die theoretische Sättigung war somit aus meiner Sicht erreicht (Objektivität).

7.2.1 Interviewleitfaden

Zur Durchführung der ExpertInneninterviews wurde ein strukturierter Interviewleitfaden erstellt.³⁰³ Dieser enthielt Überkategorien mit Fragen, welche 1. anhand von bereits bestehender Theorie zur Überprüfung der praktischen Validität der Theorie erstellt wurden, und 2. anhand der Annahme, dass die zu befragenden ExpertInnen über ein fachliches und praktisches Wissen verfügen, welches in der Literatur noch nicht zur Verfügung steht.

Der Interviewleitfaden gliederte sich in folgende Hauptthemen, welche vom Allgemeinen ins Spezifische übergehen: a) Einleitende Fragen, b) Grundsätzliches zur Arbeit mit Kindern/Rahmen, c) Konkrete Herangehensweise, Methodik in der Arbeit und Erfahrungswerte, d) Begleitende Umstände der Behandlung, Elternarbeit, e) Sexualität und unsichere Bindung, f) Abschluss/Ende der Beratung und g) offenes Gespräch.

Die Hauptthemen konnten leicht variiert formuliert sein, sodass sich die befragte Person angesprochen fühlte und die berufsspezifische Perspektive hervorgehoben werden konnte.

³⁰³ Interviewleitfäden, Anlage 3

Z. B. unter c) wurde individuell ergänzt, ob es sich um Erfahrungswerte in der Sexualberatung, Bindungstherapie oder Bewegungstherapie handelt.

Die Fragen der einzelnen Themen wiederholten sich größtenteils in allen geführten Interviews, um die Ergebnisse im zweiten Schritt vergleichbarer zu gestalten. Auch hier gab es jedoch berufsspezifische individuelle Änderungen, welche sich auf das ExpertInnenwissen der jeweiligen InterviewpartnerInnen konzentrierten.

7.2.2 Datenschutz und Forschungsethik bezüglich der Interviews

Alle InterviewpartnerInnen haben im Vorwege den strukturierten Interviewleitfaden zur eigenen Gesprächsvorbereitung zugesendet bekommen. Alle Gespräche wurden als digitale Tonaufnahmen aufgenommen, um sie später anonymisiert transkribieren zu können.³⁰⁴

Vor jedem Interview erfolgte entweder ein persönliches Gespräch oder es gab eine E-mailkorrespondenz zur Abklärung des Rahmens und des Datenschutzes. Die für die Interviews genutzte Datenschutzerklärung wurde gemäß juristischen Vorgaben angefertigt. Die InterviewpartnerInnen wurden über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme an den Befragungen aufgeklärt und ebenso über das Forschungsziel und gaben im Voraus der Interviews ihr schriftliches Einverständnis. Im Vorwege der Interviews habe ich Überlegungen zur Beziehung zwischen den InterviewpartnerInnen und mir und daraus entstehenden eventuellen ethischen Fragen angestellt, da ich alle InterviewpartnerInnen durch mein berufliches Netzwerk akquirieren konnte und eventuell auch zukünftig mit ihnen zusammenarbeiten werde.

7.2.3 Interview B01

Das Interview wurde als persönliches Einzelinterview in privaten Räumlichkeiten abgehalten, das Gespräch dauerte ungefähr eine Stunde. Vor dem Interview selbst erfolgte ein persönliches Vorgespräch, um die Relevanz der InterviewpartnerIn für diese Arbeit zu prüfen (Stichprobe) und um zu entscheiden, ob die gewählte Methode zur Beantwortung der Fragestellungen geeignet ist. Da dies der Fall zu sein schien, wurde das Interview durchgeführt. Überlegungen zur Geeignetheit waren u. a., ob und wie die InterviewpartnerInnen im Rahmen ihrer ausgeübten Tätigkeiten Berührungen zur Thematik der vorliegenden Arbeit haben und ob durch das jeweilige Gespräch relevantes Wissen zur Beantwortung von Hypothesen und Fragestellungen generiert werden kann.

³⁰⁴ Die vollständig transkribierten Interviews finden sich in Anlage 4

7.2.4 Interview B02

Das Interview wurde ebenfalls als persönliches Einzelinterview durchgeführt, in den Büroräumlichkeiten der InterviewpartnerIn. Das Interview dauerte ebenfalls ungefähr eine Stunde.

7.2.6 Interview B03

Das Interview wurde als Einzelinterview via Videotelefonie durchgeführt. Das Interview dauerte wie die anderen auch ungefähr eine Stunde.

7.2.7 Interview B03 schriftlich

Dieser Datensatz enthält die schriftlichen Beantwortungen der Fragen der InterviewpartnerIn B03. Da es einige Informationen gab, die im mündlichen Interview nicht enthalten waren, wurde die schriftliche Beantwortung des Interviews als Datensatz ergänzend hinzugezogen.

7.3 Transkription

Das Audiomaterial wurde vollständig transkribiert und anonymisiert. Hierbei wurde erweitert inhaltlich-semantic transkribiert und auch die allgemeinen Regeln zur einheitlichen Schreibweise eingehalten.³⁰⁵ Für die Anwendung der erweiterten inhaltlich-semantic Transkription, sprach aus meiner Sicht die Thematik, welche zu einem großen Teil mit Emotionen und Bewertungen verbunden ist, welche ich im Transkript verdeutlichen wollte und in der Auswertung berücksichtigen.

7.4 Strukturierung des Datenmaterials: thematische Kodierung und Auswertung der Ergebnisse

Das durch die transkribierten Interviews entstandene Material (die Datensätze) wurde im ersten Schritt deduktiv kodiert. In der Durcharbeitung des ersten Datensatzes wurde ein Kodierleitfaden³⁰⁶ angewendet, um die deduktiven Kategorien anhand von konkreten Ankerbeispielen überprüfen zu können. Dieser Kodierleitfaden wurde anhand der Themen des Interviewleitfadens und der Literatur zu den bereits vorhandenen Beratungs- und Therapieansätzen und Konzepten erstellt. Ebenfalls gingen Fragestellungen und Hypothesen dieser Arbeit in den Kodierleitfaden ein. Bei Durchgang des Materials wurden zusätzlich induktiv Kategorien gebildet, welche hauptsächlich thematisch differenzierende Subkodierungen ergeben haben. Der größte Anteil der entstandenen Subkategorien diente

³⁰⁵ Transkriptionsregeln, Anlage 5

³⁰⁶ Kodierleitfaden, Anlage 6

der weiteren Ausdifferenzierung der Kategorien der nächsthöheren Ebene. Diese Subkategorien sind deshalb nicht näher definiert und mit Ankerbeispielen versehen worden.

Nach einem ersten Durchgang des Kodierens des gesamten Materials, wurden die Kodierungskategorien und Subkodierungen gesichtet, geordnet und zusammengefasst und wiederum auf das gesamte Material angewendet.³⁰⁷ Somit konnten auch induktiv entstandene Kodierungen eines Datensatzes auf den Rest des Materials geprüft werden. Erstellte Kodierregeln konnten nicht ausschließen, dass Textstellen zwei oder mehreren Kategorien zugeordnet werden konnten, welches sich mit verdichteten Informationen der Inhalte erklären lässt. Wenn ersichtlich war, dass eine mehrfache Zuordnung Konsequenzen für die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse haben würde, wurde diese relevante Textstelle nur einer Kategorie zugeordnet. Eine Reliabilitätsprüfung im Sinne von einer Intercoderreliabilität durch Zweite hat nicht stattgefunden.

Während der Durcharbeitung der Datensätze wurden Memos angelegt, welche Überlegungen und vorläufige Theoriebildungen, sowie erste Bezüge zur Forschungsfrage und den Hypothesen dieser Arbeit enthielten. Ebenso wurden so bereits kritische Reflexionen zur Methode und den Ergebnissen angestellt.

Das Datenmaterial, welches durch die Interviews gewonnen, transkribiert und daraufhin thematisch kodiert wurde, wurde in einem letzten Schritt durch eine zusammenfassende Inhaltsanalyse ausgewertet. Für die Kategorienbildung der Daten, Kodierung und Auswertung wurde das computergestützte Verfahren des Programmes MAXQDA genutzt.

Im Rahmen der qualitativen, zusammenfassende Inhaltsanalyse blieben die wesentlichen Inhalte erhalten, um somit einen Überblick über das insgesamt generierte Material zu schaffen (inhaltliche Strukturierung). Das Material wurde durch Paraphrasierungen reduziert und zusammengefasst, um somit Inhalte zu schaffen, die auswertbar waren und in einen Kontext mit der in dieser Arbeit vorgestellten Theorie gebracht werden konnten. Es wurden dabei nicht nur die Inhalte ausgewertet, sondern auch die Häufigkeit der Benennungen berücksichtigt, um Tendenzen z. B. bezüglich bestimmten Interventionen, Vorgehensweisen, Zusammenhängen etc. ausmachen zu können und diese zu vergleichen.

³⁰⁷ Kategoriensystem, Anlage 7

Die von mir ausgewählte Literatur in dieser Arbeit sowie eigene zusammenfassende Überlegungen stellen mein Vorverständnis zur Thematik dar. Ergebnisse des Datenmaterials wurden in der Auswertung auf diese Kontextliteratur bezogen.

7.5 Methodenkritik- und reflexion

Es gab bereits in der Auswahl der InterviewpartnerInnen eine uneinheitliche Ausgangslage der Settings im ambulanten und stationären Bereich, welche zu unterschiedlichen Ergebnissen führten und den Vergleich erschwerten. Zudem konnte die Auswahl der InterviewpartnerInnen vorrangig eine Verortung der Förderung im therapeutischen Setting ergeben.

Die von mir gewählte Altersgruppe in dieser Arbeit hätte die Befragung von weiteren Professionen erfordert, die dichter und näher an besonders den Säuglingen und Kleinstkindern sind. In Bezug auf die Auswahl der InterviewpartnerInnen wäre es wünschenswert gewesen weitere TeilnehmerInnen zu akquirieren, welche in der Sexualberatung – oder Therapie mit Kindern tätig sind. Eine Anfrage meinerseits diesbezüglich bei einem bundesweit bekannten Träger, welcher einen Schwerpunkt in der Sexualpädagogik und Sexualerziehung hat, verlief leider ins Leere. Dies ließ bei mir die Vermutung aufkommen, dass mit dieser jungen Altersgruppe eventuell gar nicht oder eher verhalten und außerhalb der öffentlichen Aufmerksamkeit gearbeitet wird. Nicht wirklich abdecken ließen sich deshalb Förderungs- und Interventionsmöglichkeiten im frühen Alter von Geburt bis zum Alter von 2 Jahren über die geführten Interviews, hier eher durch den Vergleich und systematische Reduktion bereits vorhandener Literatur zur Bindungsentwicklung und sexueller Entwicklung.

Die in den Ergebnissen sich zeigende heterogene Altersgruppe erschwert den direkten Vergleich der Interventionen und Effekte im Ergebnis.

Die unsichere Bindung habe ich in den Interviewleitfäden und Interviews nicht differenziert. So habe ich nicht zwischen den besonderen Verhaltensweisen von ambivalent gebundenen und vermeidend gebundenen Kindern unterschieden, welches sich in den Ergebnissen zeigt indem auch dort wenig genau über die Besonderheiten des jeweiligen Bindungsverhaltens erörtert werden konnte, sondern Bindungsunsicherheit generalisiert wurde. Dies könnte in der Auswertung zu Fehlinterpretationen führen, da in der Kategorie unsichere Bindung ebenfalls die desorganisierte Bindung enthalten ist, welche ich auf Grund des eher

pathologischen Charakters und eher niedrigen Chancen auf Veränderung jedoch im Rahmen dieser Arbeit ausgeschlossen hatte.

Trotz Vorstrukturierung durch den Interviewleitfaden ergaben sich Schwierigkeiten bei nachträglicher Durchsicht der Antworten der befragten Personen, da zum Teil nicht auf meine Ausgangsfrage geantwortet wurde und ich meine InterviewpartnerInnen nicht dorthin zurückgelenkt habe. Die Ursache dafür könnte sein, dass ich die InterviewpartnerInnen zu frei habe erzählen lassen und sich besonders bei neuen Themenfeldern viele weitere Fragen ergaben, die nicht strukturiert worden waren.

Es gab so auch eine Vertiefung von Themenfeldern in den Interviews, die mir zunächst unwichtig in Bezug auf meine Fragestellung erschienen. Es stellte sich jedoch heraus, dass durch einige Vertiefungen auch relevantes, neues Wissen erlangt werden konnte.

Bei der Kodierung des Datenmaterials hatte ich zu Beginn zu unpräzise Ankerbeispiele und zu wenig konkrete Kategoriendefinitionen aufgestellt, sodass nach der Bearbeitung ungefähr eines Drittels des Materials eine Überarbeitung und Verschärfung der Regeln notwendig wurde. Dies hatte zur Folge, dass die induktiv entstandenen Kategorien sich zum Teil zusammenfassen ließen, was eine größere Übersichtlichkeit schaffte.

8 Ergebnisse der Daten

Auf den nachfolgenden Seiten werde ich die Ergebnisse der Interviewbefragungen darstellen. Die Ergebnisse sind strukturiert aufgegliedert und richten sich nach den vergebenen Kodierungen aus der Bearbeitung des Textmaterials, gewonnen in den Interviews. Um eine Übersicht zu erhalten, wurden die Kodierungen zu Hauptthemen zusammengefasst und mit relevanten Unterthemen, orientiert an den Subkodierungen, versehen.

Die hier beschriebenen Ergebnisse beziehen sich auf die Gruppe der unsicher gebundenen Kinder.

8.1 Rahmenbedingungen

8.1.1 Altersgruppen

Das Alter der Kinder, mit welchen die befragten Personen arbeiten, gestaltet sich heterogen. Eine Person gibt an, mit der Altersgruppe von Geburt bis 5 Jahren zu arbeiten oder gearbeitet zu haben. Eine weitere gibt an, mit der Altersgruppe der 2- bis 10-Jährigen zu arbeiten. Zuletzt gibt es noch die Arbeit mit Kindern im Alter von 2 bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Letztere Altersgruppe teilt sich dann wiederum je nach Setting in folgende Altersstufen auf: 2 und aufwärts, 6 bis 10, 12 bis 14 und die Teenager, welche nicht genauer benannt sind.

Alle befragten Personen haben aber mit Sicherheit mit Kindern ab 2 Jahren bis 5 Jahren gearbeitet und Erfahrungen mit der Altersgruppe.

8.1.2 Settings

Als Setting werden von den InterviewteilnehmerInnen vier mögliche benannt: Multifamilientherapie, Kleingruppe mit Kindern ohne Eltern, familiäres Einzelsetting mit Eltern und Einzelsetting mit Kind ohne Eltern.

In der Multifamilientherapie nehmen sieben Familien gleichzeitig teil. Die Kinder kommen entweder mit Mutter und/oder Vater oder auch Großeltern oder Personen aus dem übrigen Netzwerk des Kindes. Die Gruppe der Kinder ist geschlechtergemischt und das Alter der teilnehmenden Kinder ist ab zwei Jahren und aufwärts. In der Multifamilientherapie gibt es gemeinsame Aufgaben für die Familien, welche sie lösen sollen.

Die Kleingruppe der Kinder ohne Eltern besteht aus maximal zwei Kindern bei Übungen zur Körperwahrnehmung, da diese Ruhe benötigen. Zur Gruppengröße bei anderen Aktivitäten ist keine Angabe gemacht worden. Die Gruppenzusammenstellung kann so stattfinden, dass sich die Herausforderungen der Kinder ergänzen, z.B. ein Kind mit ADHS mit einem

depressiven Kind zusammen kommt. Ansonsten ist vorrangig, dass die Kinder zusammenpassen. Es wird berichtet, dass es eine Gruppe mit Mädchen ab 12 Jahren gibt, die auf Grund der pubertären Verhaltensweisen, welche einen Störfaktor darstellen können, geschlechtsspezifisch durchgeführt wird.

Im familiäres Einzelsetting nehmen die Kinder mit ihren Eltern teil. Die Kinder nehmen immer aktiv teil, die Eltern können auch nur beobachtend und anwesend sein.

Im Einzelsetting ohne Eltern nehmen die Kinder ohne ihre Eltern teil, sie sind mit dem/der TherapeutIn allein.

8.1.3 Erstkontakt zum Kind

Für den Erstkontakt benötigt es ein Antasten von TherapeutIn und Kind, damit das Kind Lust bekommt, sich zu öffnen. Denn die Freiwilligkeit des Kindes ist eine Voraussetzung, um überhaupt beginnen zu können. Das Kind erhält durch die Teilnahme der Eltern in der ersten Stunde die benötigte Sicherheit, um sich auf die Beziehung zum Therapierenden einlassen zu können. Bei einer anderen befragten Person erstreckt sich die Kennenlernphase über die ersten vielen Stunden der Begegnung, um Vertrauen und eine Beziehung aufzubauen. Der Erhalt der Beziehung und des Vertrauens bleibt während des gesamten Prozesses die oberste Prämisse und Bedingung der Behandlung.

8.1.4 Frequenz und Dauer

Danach gestaltet sich die Frequenz des Kontaktes bei allen befragten Personen einheitlich mit einmal in der Woche. Die Dauer der Behandlung unterscheidet sich jedoch von Monaten zu Jahren. Dies wird am Veränderungsbedarf des Kindes begründet und den institutionellen Rahmenbedingungen: bindungsbasierte Therapie findet über eine lange Zeit statt, es wird hier eine Dauer von eher mehr als 2 Jahren benannt. Die Sexualberatung richtet sich nach dem Bedarf des Kindes, beziehungsweise auf Grund des Alters der Kinder, dem Anliegen der Eltern und dem Wunsch einer Zielerreichung. In Bezug auf die Psychomotorik begrenzt sich die Dauer auf Grund des stationären Settings, im Durchschnitt halten sich die Kinder mit ihren Eltern 3 Monate dort auf.

8.1.5 Äußere Strukturierung

Bei der äußeren Strukturierung geht es um das Zurechtlegen der Stunde im Voraus, zum Beispiel muss eine befragte Person einen geeigneten Raum akquirieren für die zurechtgelegten Inhalte. Eine der Rahmenbedingungen der äußeren Struktur, die für die Durchführung der Stunde notwendig ist, ist ein geeigneter Raum. Zwei der

InterviewteilnehmerInnen verfügen über eigene Räume zur Gestaltung der Stunden mit den Kindern und Eltern. Eine befragte Person muss sich flexibel den vorhandenen räumlichen Gegebenheiten je nach Verfügbarkeit anpassen, was dann wiederum einen Einfluss auf die Auswahl an Inhalten haben kann anhand der vorgegebenen Möglichkeiten. Räume in der Bewegungstherapie können so mehr oder weniger Möglichkeiten bieten und es steht nicht immer der gewünschte Raum mit den benötigten Materialien zur Verfügung. Für die Sexualtherapie und in der bindungsorientierten Therapie wird benannt, dass kindgerechte, leicht zugängliche Materialien vorhanden und im Vorwege zurechtgelegt sein sollten. Somit wird dem Kind der Zugang zu diesen erleichtert.

Ebenfalls zur äußeren Strukturierung gehört die positive Einstimmung des Kindes auf die Stunde, es wird benannt, dass die Verantwortung dafür bei den Eltern liegt.

8.1.6 Interne Strukturierung

Bei der internen Strukturierung der Stunde geht es um eine Struktur der Inhalte, die entweder sichtbar für Kind und Eltern sind oder nicht. Die sichtbare Struktur vom Inhalt beschreibt eine befragte Person als Visualisieren des Ablaufes auf einer Tafel. Somit können die Schritte mit den Eltern und dem Kind besprochen, da das Kind den Bedarf nach Vorhersehbarkeit und Strukturierung hat.

Es wird berichtet, dass eine Strukturierung der Inhalte zudem dann angebracht ist, wenn das Kind davon situativ profitiert, z. B. Hilfe braucht zur Ruhe zu kommen.

Eine Wiederholung der jeweiligen Tagesstruktur oder bestimmten Ritualen erleichtert dem Kind den Einstieg in die Stunde und schafft Vertrauen. Eine Person äußert zu den Ritualen: "Dann frage ich ob er oder sie dem Kind ein bisschen Creme. Das wird manchmal besser, aber ich merke auch/ das ist ja etwas was ich jede Stunde mache, wenn das Kind kommt, weil das ist eine Aktivität, die auf unserem Zettel steht. Und ich merke, je mehr die Kinder sicher werden, im Umgang mit mir, die haben Vertrauen aufgebaut. (.) Nach einer Zeit ist es kein Problem mehr."³⁰⁸ Die Rituale können dabei am Anfang, innerhalb der Stunde, oder am Ende der Stunde eingebunden sein. Benannt werden auch, zu Beginn immer ein Spiel gemeinsam mit den Eltern zu spielen und am Ende eine reflexive Frage an die älteren Kinder gerichtet werden kann, wie z. B. "Was ist dir heute besonders gut gelungen?". Die Verbalisierung soll

³⁰⁸ Interview B02, PoS. 110

dem Kind dabei helfen können, die eigene Entwicklung mitzuverfolgen und hilfreich sein bei der Verfestigung der gemachten Erfahrungen und Wahrnehmungen.

8.2 Arbeit mit den Eltern und deren Einbezug

Unterschiedlich wird die Teilnahme von den Eltern und die Art des Einbezugs gehandhabt. So wird in der Sexualberatung mit dem Kind individuell und aktiv gearbeitet in der Stunde, die Eltern werden durch Gespräche einbezogen. In der Behandlung bezüglich unsicherer Bindungen werden die Eltern aktiv einbezogen und auch zum Teil angeleitet in der Interaktion, ebenso wie in der psychomotorischen Förderung der Multifamilientherapie, wo die Eltern einen aktiven Part haben. In der Psychomotorischen Förderung gibt es außerdem reine Kindergruppen, bei denen die Eltern nicht teilnehmen.

Die Auswahl der Art der Interventionen aus den verschiedenen Berufsbereichen, unterscheiden sich nicht wesentlich, trotz variierender Art des Einbezugs der Eltern.

Der praktische Einbezug in Spiel und Übungen der Eltern innerhalb einer Stunde, kann entweder durch Aufforderung des Therapierenden erfolgen oder durch Aufforderung des Kindes. Zwei der InterviewteilnehmerInnen gaben an, dass mit den Eltern idealerweise keine Korrekturen zu deren Verhalten oder ähnliches besprochen werden, während das Kind im Raum ist, sondern erst in einem anschließenden Gespräch zwischen den Erwachsenen. Die gruppenbasierte Multifamilientherapie unterliegt hier der Besonderheit, dass die Eltern sich untereinander austauschen, während der angeleiteten und gestützten Übungen. Zwei der InterviewteilnehmerInnen vermitteln in den einzelnen Stunden Wissen an die Eltern zum Entwicklungsstand- und bedarf ihres Kindes. In der TherapeutIn-Eltern Beziehung wird die Kommunikation und Beziehungsetablierung für eine gute Zusammenarbeit als am wichtigsten betrachtet. Zwei der drei befragten Personen sehen die Wertschätzung der Eltern und ihrer Kompetenzen mit dem Kind als sehr wichtig. Beim Thema der Multifamilientherapie ist die Beziehung zu den Eltern nicht besonders hervorgehoben worden, der/die TherapeutIn wirkt hier eher unterstützend, damit die Eltern selbst zur Lösungsfindung gelangen.

Es wird keine Ursachenforschung in Bezug auf die Entstehung der relationalen Herausforderungen zwischen Eltern und Kind mit den Eltern betrieben, sondern ressourcengeleitet perspektivisch gearbeitet.

Der Einbezug der Eltern wird von allen InterviewteilnehmerInnen als wichtig angesehen, im Bereich der Bindungstherapie sogar als sehr wichtig, da die Eltern an der Entstehung der

Herausforderungen ihres Kindes durch ihre Interaktion mit diesem beteiligt sind. Weiterhin wird benannt, dass die Verantwortung für das Gelingen der Therapie, der Lernschritte und der Veränderungen bei den Eltern gesehen wird. Ebenso für die Aufrechterhaltung der Veränderungserfolge nach Abschluss der Behandlung. Zudem stellt für alle InterviewteilnehmerInnen das junge Alter der Kinder eine Notwendigkeit zum Einbezug der Eltern dar.

Die Eltern tragen außerdem einer Einzelaussage zur Folge die Verantwortung für Ruhe und den so weit wie möglich emotional stabilen Zustand des Kindes vor der Therapiestunde, damit dem Kind die Teilnahme und das Lernen gelingt: "Weil das kann niemals die Aufgabe eines Kindes sein, ähm etwas zu erklären, etwas zufrieden zu machen in einer Familiendynamik oder so. Dass muss immer der Erwachsene sein. Viele Eltern sagen ‚Aber er war heute Morgen unerträglich.‘ Ja, stimmt, wenn das Kind mit dem Essen schmeißt, ist es auch nicht schön. Aber irgendetwas muss ja passiert sein, dass das Kind so reagiert. Und wenn das immer wieder das gleiche Muster ist, wie das gehandhabt wird in der Familie, mit Streit, Konflikten oder, dann trägt das Kind das mit weiter. Am Tag, aber auch im Leben. Deswegen versuche ich immer den Eltern zu erklären, der Tag davor, wir haben einen festen Tag jede Woche, wo das Kind kommt, versucht mal zu, das Familienleben so ruhig wie möglich zu haben, und auch der Morgen, bevor das Kind kommt. So dass das Kind ganz einfach, ähm, zufrieden mit sich selber ist. Ähm (.) sich befähigt fühlt, da hin zu gehen. Weil, das ist eine Arbeit, sowohl für mich, aber auch für das Kind in dieser Session, Session, ähm, Stunde, mitzumachen. Wir verlangen ja viel von dem Kind."³⁰⁹

8.2.1 Herausforderungen der Eltern

Eltern können in den Therapieeinheiten Herausforderungen erleben und manchmal gibt es Ursachen weshalb Eltern nicht aktiv teilnehmen mögen. Herausforderungen für die Eltern können Scham und Sorge sein: zum einen darüber, dass das Kind und sie selbst überhaupt Hilfe benötigen und dazu eventuell auch noch in dem Gebiet der Sexualität. Zum anderen können Eltern Scham empfinden oder nervös sein über das Setting an sich, zu dem das künstliche Beobachtetwerden in der Interaktion mit ihrem Kind gehört. Außerdem können die Eltern mit persönlichen Herausforderungen kommen, welche ihnen die Teilnahme erschweren, wie zum Beispiel die aktive Gestaltung von einer Berührung, bzw. körperlichen Aktivität, wobei die Eltern eine Ähnlichkeit zu den Herausforderungen ihrer Kinder aufweisen

³⁰⁹ Interview B02, PoS. 203-208

können. Beschrieben wird jedoch, dass die Eltern trotz der Herausforderungen teilnehmen, weil sie kognitiv einsortieren können, dass es notwendig ist.

8.3 Inhalte – Aktivitäten, Übungen, Interventionen

8.3.1 Zeitpunkt für Beginn der Förderung

In Bezug auf die unsichere Bindungsentwicklung tätigt eine befragte Person die Aussage, dass eine Intervention, ein Aufspüren dieser Kinder, so früh wie möglich geschehen sollte. Ebenfalls in Bezug auf die sexuelle Entwicklung und die Förderung dieser wird geäußert, dass bereits bei kleinen Kindern zumindest das Umfeld über ein Wissen zur sexuellen Entwicklung verfügen sollte. Zudem wird beschrieben, dass ein Kind früh im Zugang zum eigenen Körper und in der Verständigung mit anderen Menschen gefördert werden sollte, da Kinder ein Leben lang in ihrem Körper beheimatet sind. Ein frühes Kennenlernen des Körpers und des eigenen Geschlechts wird als Schutzfaktor benannt und als förderlich für das Entwickeln von Entscheidungskompetenzen, mit der Begründung, dass man sich besser schützen kann, wenn man das schätzt, was man hat. Eine befragte Person teilt aus eigenem Erfahrungsschatz der Sexualberatung mit Erwachsenen, dass wenn diese im Kleinkind- oder Kindesalter Vieles gelernt hätten, wäre Vieles möglicherweise nicht in die Schieflage gekommen.

8.3.2 Voraussetzungen für Veränderungsmöglichkeiten beim Kind

Aus eigener Erfahrung berichtet eine Person, dass Veränderungen bei einem Kind möglich sind, wenn das Kind sich einlassen kann, mitgeht und mitschwingt mit dem, was es angeboten bekommt. Zwei der befragten Personen geben an, dass die Freiwilligkeit des Kindes zur Teilnahme vorhanden sein muss als Voraussetzung und eine befragte Person gibt an, dass es der richtige Zeitpunkt sein muss: „Erwachsene hätten gerne gehabt, dass es für das Kind jetzt stimmt, aber man kann nicht am Gras ziehen.“³¹⁰ Hier wird auch angesprochen, dass die Bereitschaft der Eltern sich auf eine Therapie einzulassen nicht der richtige Zeitpunkt eine Therapie zu beginnen für das Kind sein muss.

Eine dritte Person gibt an, dass es vor allem Zeit braucht, damit Veränderungen möglich werden.

8.3.3 Auswahlkriterien der Aktivitäten und Übungen

Die Auswahl der Aktivitäten kann laut der InterviewteilnehmerInnen anhand der Berufserfahrung des Therapierenden erfolgen, wozu verschiedenste Fähigkeiten des Therapierenden notwendig sind. Dies sind eine differenzierte Beobachtungsgabe und subtile

³¹⁰ Interview B03, PoS. 61

Wahrnehmung vom Kind, eine Einschätzung des kindlichen Bedarfes und der Tagesform des Kindes sowie ein Gefühl für die richtige Intervention und eine Offenheit.

Eine spontane, situative Auswahl der Aktivitäten und nächsten Schritte wird ebenfalls von zwei InterviewteilnehmerInnen benannt, was auch mit einer weniger festen Struktur einhergehen kann. Dabei geht es darum, die Aktivität situativ an die Reaktion, bzw. das Verhalten des Kindes anzupassen und damit spontan im nächsten Schritt weiter zu arbeiten.

Einmal wird angegeben, dass überhaupt kein Konzept vor der Stunde besteht und sich die Auswahl an Interventionen an der Situation des Raumes und den Fähigkeiten des Kindes orientiert.

Die Auswahl der Aktivität kann ebenfalls davon abhängen, ob die Situation oder das Verhalten des Kindes eine Strukturierung benötigt.

Welche Aktivitäten, Übungen oder Interventionen eingesetzt werden, kann sich weiterhin entweder am Bedarf des Kindes, dem Entwicklungsstand oder durch die Interessen des Kindes ergeben. Die Arbeitsschritte ergeben sich dabei am Kind. Als Bedarfe des Kindes werden benannt, ob es etwas Aktives braucht oder ob etwas Ruhiges besser ist, welches auch tagesformabhängig sein kann. Die Abhängigkeit der Tagesform in Verbindung mit dem Bedarf des Kindes wird von zwei Personen besonders in Bezug auf die Arbeit mit dem Kind und seinem Körper benannt, welches körperliche Berührung erfordern kann. Zudem kann das Kind zu seinem Bedarf befragt werden und Bedarfe des Kindes können anhand der Reaktionen des Kindes auf das gebotene Material abgelesen werden, beschreibt eine befragte Person.

Das Interesse des Kindes kann die Wahl der Materialien beeinflussen, möchte es zum Beispiel lieber Malen oder Bauen oder zeigt es Interesse für die Puppen und Teddys.

Besonders häufig wird die Auswahl von Aktivitäten und Übungen anhand der Bedarfe und des Entwicklungsstandes des Kindes genannt. Der Entwicklungsstand wird dabei von den befragten Personen ebenfalls mit dem Alter der Kinder in Verbindung gebracht: "Und von da aus entsteht dann ein Echo vom Kind und es bra/ es ist ja immer ganz zentral, ähm, dass ich den Entwicklungsstand des Kindes berücksichtigen muss. Ja, weil ein sechsjähriges reagiert

anders als ein vierjähriges Kind. Ich kann es nicht ähm, mit irgendwelchen, ähm, Interventionen überfordern."³¹¹

Das Alter des Kindes ist ein Indikator dafür, welche Aktivitäten ausgewählt werden: bei jüngeren Kindern sind die Interventionen eher spielerisch angelegt, während eine Person äußert, dass bei älteren Kindern die Erwartung an eine ernsthaftere, aktive Teilnahme höher ist. Eine individuelle Differenzierung der Aktivitäten anhand des Alters der Kinder ermöglicht im Gruppensetting außerdem mehr Kindern eine Teilnahme. Das Entwicklungsalter wird mit einer vorhandenen Selbstständigkeit des Kindes in Verbindung gebracht und wird somit als Voraussetzung für die Teilnahme im Gruppensetting betrachtet:" Hm, weil das von der Aufgabenstellung her schon überhaupt nicht geht. Also, so ein bisschen ähm wie malen können, basteln können, nicht von hier nach da getragen werden müssen sondern selbstständig irgendwie (unv.)."³¹²

Auch wird davon berichtet, dass sich die Auswahl nach dem Geschlecht des Kindes gestalten kann, welches in der Sexualberatung auf Grund der geschlechtsspezifisch individuellen Lernschritte von Jungen und Mädchen der Fall ist.

Einheitlich wird angegeben, dass das Störbild des Kindes nicht relevant ist bei der Auswahl der Aktivitäten und Übungen, alle drei InterviewteilnehmerInnen geben aber auch an, dass das Verhalten und Symptomatik schon von Bedeutung sind.

So gibt es die Aussage, dass eine unsichere Bindung keine Rolle in der Sexualtherapie spielt, wohl aber schon das gezeigte Verhalten des Kindes, welches wiederum einer unsicheren Bindung entspricht. Die Auswahl der Aktivitäten anhand des Entwicklungsstandes des Kindes wird von einer Person als unabhängig von Einschränkungen beschrieben, sondern eher am individuellen Förderungsbedarf festgemacht: "Und ob jetzt dann Kinder mit einer schweren Behinderung oder Schwerstbehinderungen, oder, egal welche Diagnosen haben, geht es ja darum dass man sie fördert, sich mit anderen Menschen zu verständigen und das man sie auch fördert in ihrem Zugang zu ihrem eigenen Körper indem sie ja, zu Hause oder beheimatet sind ihr Leben lang."³¹³ Eine andere befragte Person schildert, dass wichtiger bei der Auswahl als das Störbild die gemachte Erfahrung des Kindes durch die Stunde ist: "Und dabei ist das relativ egal was sie für ein Störungsbild haben, (.) denn wenn die Stunde

³¹¹ Interview B03, PoS. 53

³¹² Interview B01, PoS. 108

³¹³ Interview B03, PoS. 28

irgendwie gut läuft und sie haben positive Erfahrungen gemacht mit sich und anderen, mit Absprachen, mit Rücksichtnahme, ähm, dass ihnen etwas gelungen ist, so Selbstwirksamkeit ist ein ganz großer/ ganz großer Punkt ähm, dass sie ihre Interessen vertreten haben, ihre Möglichkeiten ausprobieren konnten. Dann ist relativ egal mit welchem Störungsbild die gekommen sind." ³¹⁴

8.3.4 Übungen, Aktivitäten und Interventionen

Die Art der Aktivitäten und Interventionen lässt sich nach der Ausführung als Gruppensetting und als Einzelsetting aufteilen. Außerdem in die Ausführung mit den Eltern als aktiven Part und ohne die Eltern als aktivem Part. Die Ausführung von Kindern allein findet sowohl im Einzelsetting als auch im Kleingruppensetting statt.

In der Psychomotorik mit unsicher gebundenen Kindern wird sowohl ein Eltern-Kind basiertes Setting für die jüngeren Kinder angeboten und ein Kleingruppensetting für die älteren Kinder ohne Eltern.

In der Sexualberatung findet das Angebot im Einzelsetting mit dem Kind statt.

In der bindungsfokussierten Therapie wird grundsätzlich im familiären Einzelsetting gearbeitet, das heißt Kind und Eltern gemeinsam.

8.3.4.1 Im familiären Einzelsetting

Bei Kindern mit unsicherer Bindung wird im familiären Einzelsetting an folgenden Punkten gearbeitet: Der Emotionsregulierung, das Spiegeln von Gefühlen und Gefühle üben, Veränderung von Grenzen durch Körperarbeit.

Zudem wird daran mit folgenden Aktivitäten und Materialien gearbeitet: durch Spielen, Puppen und Teddys, Tierfiguren und Rollenspiele, Körperarbeit wie Schaukeln, das Kind in den Arm nehmen, gegenseitig Hände eincremen und massieren.

Es wird beschrieben, dass Kinder mit einer unsicheren Bindung oft ihre Emotionen nicht regulieren können. Wie an anderer Stelle beschrieben, regulieren bindungsunsichere Kinder sich zum Teil durch orale Stimuli. Hier wird in der Behandlung daran gearbeitet, dass das Kind lernt sich zu regulieren, zum Beispiel indem das Kind in ein Rollenspiel mit Teddys einbezogen wird, durch welche es dann die Gefühle über das Medium des Spielzeugs benennen kann. Zudem wird beschrieben, dass das Kind durch Schaukeln oder in den Arm genommen werden

³¹⁴ Interview B01, PoS. 138

reguliert wird, wenn es zum Beispiel einen schlechten Start in den Tag hatte. Die Regulierung wird durch den Therapierenden durchgeführt und mit Singen verbunden.

Das Üben vom Interpretieren und Ablesen von Gefühlen mit den Kindern und ihren Eltern, wird als Lernschritt bei unsicher gebundenen Kindern am häufigsten erwähnt, da die Kinder es nicht gelernt haben die Grundgefühle zu identifizieren. Deshalb übt das Kind, Gefühle bei anderen Personen zu erkennen und mit Hilfe eines Spiegels auch im eigenen Gesicht wahrzunehmen. Zum Beispiel lächelt der/die Therapeutin und das Kind imitiert das Lächeln. Dazu gehört auch, dass der Erwachsene das gezeigte oder erkannte Gefühl für das Kind verbalisiert, zum Beispiel "Ich sehe, dass du jetzt traurig bist." oder "Ich lächele".

Es wird beschrieben, dass Grenzen der positiven körperlichen Wahrnehmung des Kindes verändert werden, indem als Ritual Eltern, Kind und TherapeutIn sich gegenseitig die Hände eincremen. Da die Kinder Berührungen häufig nicht mögen, wird verhandelt, mit dem kleinen Finger zu beginnen, welcher gecremt und massiert wird, bis irgendwann problemlos die ganze Hand berührt werden darf. Erweiterungen der Berührung an Arm und Rücken funktionieren zunächst nicht, dies entwickelt sich im Laufe der Zeit.

Mit den Eltern und dem Kind wird weiterhin an der Feinfühligkeit gearbeitet. Dies umfasst körperliche Berührungen zu lernen und zuzulassen, emotionales Spiegeln, prompte Antworten auf die Signale des Kindes geben zu können, eine Wahrnehmung für die Signale des Kindes zu schaffen und Wissensvermittlung über den Bedarf von Struktur ihrer Kinder. Eine Person berichtet so zum Beispiel von einer angeleiteten Interaktion zur Erweiterung der Fähigkeit der Feinfühligkeit: "Weil wenn ich merke das Kind hat/ macht Widerstand, versuche ich sofort Mutter oder Vater was da sitzt im Raum, mit rüber zu bekommen. Ich frage dann den Vater oder die Mutter, ob die auch trockene Hände haben. Manchmal reagieren sie ein bisschen: Nein, haben sie nicht! aber mal, viele reagieren auch und sagen "Oh ja, guck mal hier.". Und dann frage ich, ob ich deren Hände einschmieren darf. Und dann merke ich wirklich, dass viele Eltern auch taktil scheu sind. [...] Das ist wahnsinnig, das zu erleben, weil das merkt das Kind ja auch. Und dann wissen die auch kognitiv, die müssen jetzt mitmachen, halten das auch aus, und ich versuche dann zu sagen "Ist das schön!" und "Guck mal, wie das blank wird" und so weiter. Und die Eltern spielen dann auch mit."³¹⁵

³¹⁵ Interview B02, PoS. 106-108

Prompte Antworten der Eltern auf die Signale des Kindes werden von einer befragten Person als sehr wichtig benannt, da das Kind merken soll, dass der Erwachsene verfügbar ist.

Eine vorgegebene Struktur durch die Eltern bewirkt, dass die Kinder sicher werden. Dies versucht die befragte Person an die Eltern zu vermitteln.

8.3.4.2 Im familiären Gruppensetting, Multifamilientherapie

Im familiären Gruppensetting, der Multifamilientherapie, wird an der Körperwahrnehmung des Kindes und der Eltern gearbeitet und an der Wahrnehmung der kindlichen Signale durch die Eltern. Es geht um selbstständige Problemlösung der Eltern durch Austausch in der Elterngruppe, es gibt Aufgaben zur Kommunikation zwischen Eltern und Kind und den Kindertausch als Intervention bei einer Krise in der Eltern-Kind Interaktion.

Durch unterstützendes Fragen kann die Feinfühligkeit der Eltern trainiert werden, wie hier anhand eines Beispiels aus dem familiären Gruppensetting deutlich wird: "Wenn die Mutter nicht selbst da drauf kommt oder dass ich ähm, dass ich einfach mal frage, ob sie denkt ähm, dass sich das Kind wohlfühlt, oder ob sie was wahrnimmt, dass das Kind das nicht mag oder so, und wenn das Kind das nicht mag, (.) ob man was anderes machen könnte und ob sie fragen kann. Also die brauchen oft so eine Unterstützung ähm, für ihre Wahrnehmung."³¹⁶

Lernschritte für das Kind können durch einen Kindertausch, bzw. Elterntausch erfolgen. Hierbei erhält das Kind für eine vorgegebene Übung ein anderes Elternteil, wodurch sich die Interaktion vom Kind zum Erwachsenen verändert und der vorher geschehene Konflikt zwischen Kind und biologischem Elternteil nicht mehr präsent ist.

8.3.4.3 Im Einzelsetting mit Kindern in der Bewegungstherapie

Im Einzelsetting mit Kindern ohne elterliche Teilnahme wird benannt, dass mit den Kindern daran gearbeitet wird, emotional versorgt zu sein und mit der Einhaltung von Struktur, Regeln und Grenzen von sich und anderen. Außerdem geht es um Körpererfahrungen. Aktivitäten können sein: Klettern, Bogenschießen, Rollen und Hinschmeißen, freies und kreatives Spiel, Schaukeln, eine Höhle bauen und Reize auf der Haut.

Auf die Frage hin, ob unsicher gebundene Kinder einen höheren Bedarf an einer Förderung der Körperwahrnehmung haben, antwortet eine Person dazu: " Vielleicht hat das eine besondere Bedeutung, weil man annehmen kann, dass die/ das ja irgendwas/ so eine normale, so einen normalen Aufbau von einer Bindung schwierig gemacht hat. Dann kannst

³¹⁶ Interview B01, PoS. 212

du unterstellen, dass sie nicht so positive Erfahrungen mit ihrem Körper gemacht haben und mit Nähe und, und mit Hautkontakt, dass es (.) eigentlich ganz wichtig wäre. (.) Noch wichtiger als bei anderen Kindern. Vielleicht, dass so ein positives, so ein Nachfüttern, genau bei diesen Kindern passiert."³¹⁷ Die Erweiterung der Körperwahrnehmung erfolgt hier über die Erweiterung des Körperschemas, indem der ganze Körper des Kindes zum Beispiel mit schweren Sandsäcken belegt wird.

Das Erfüllen des Bedarfes der körperlichen Berührung und den damit verbundenen Emotionen wird von zwei der befragten Personen als Bedürfnis von unsicher gebundenen Kindern benannt, welches über Umarmung und Körperwahrnehmungsübungen auf dem Rücken des Kindes passiert, z. B. durch spielerische Massage "Pizza backen", Zahlen auf den Rücken schreiben und ähnliches. Es wird von einer Person beschrieben, dass die Kinder dabei nicht genug von dieser Art der Versorgung und Bedürfniserfüllung bekommen können, sie genießen und in die Regression gehen.

Die Maßnahmen zum Lernen von Einhalten einer Struktur und einem miteinander werden über die Aktivität selbst vermittelt. So erfordert zum Beispiel Bogenschießen ein hohes Maß an Kontrolle und Struktur, im Sinne von einem einhalten von Regeln, damit niemand verletzt wird.

Durch freies Spiel und Toben, wie z. B. Hüpfen und Rollen auf dem Luftkissen, Schaukeln im Sitzen, Liegen und Stehen, werden Reize über die Haut vermittelt und über den Gleichgewichtssinn.

8.3.4.4 Im Einzelsetting mit Kindern in der Sexualberatung

In der Sexualtherapie wird benannt, dass die Förderung im Spiel mit dem Kind geschieht, im Einzelsetting ohne Eltern. Es gibt Lernschritte zur Erregungssteigerung, zur Aneignung des Geschlechts und dessen Wahrnehmung und zur Aneignung des eigenen Körpers und dessen Wahrnehmung. Zudem werden die Kinder bei distanzlosem Verhalten für das Entwickeln/Einhalten von Grenzen sensibilisiert.

Werkzeuge, Materialien und Aktivitäten sind hier der Körper und Bewegung, dazugehörig der Atem und die Körperwahrnehmung. Matte, Bälle, Bücher, Bilder, Bauen oder Malen, sowie Rollenspiele und Puppen und Teddys.

³¹⁷ Interview B01, PoS. 360

Die Erregungssteigerung geschieht durch Muskelanspannung des Beckenbodens und äußerem Druck auf das Geschlecht, bis zur Auslösung des Erregungsreflexes. Das Kind drückt sich dazu z. B. an die Hüfte der Eltern, wenn es auf dem Arm ist, auf ein Kuscheltier auf dem Bauch liegend oder Ähnliches: „Ich meine kleine Mädchen oder Buben, die lösen zum Beispiel, ähm, beim Krabbeln auf dem Boden, auf einem Kissen oder Plüschtier einen Druck gegen das äußere Geschlecht aus. Das brauchen sie nicht, aber das passiert im Spiel, in der Bewegung. Und damit sie sich beim Kriechen vorwärts bewegen können, müssen die Kinder ja ihre Beckenbodenmuskulatur anspannen und das führt unbewusst zur Steigerung der sexuellen Erregung, bis hin auch zur Entladung. [...] Und das Spiel, ausgehend von der Bewegung dauert nur kurz und kann in der Spielgruppe zum Beispiel, gut beobachtet werden. Natürlich auch im familiären Kontext.“³¹⁸

Das Kennenlernen des eigenen Geschlechts wird in Verbindung gebracht mit der Entstehung von Entscheidungskompetenz und somit der Fähigkeit sich zu schützen.

Teddys und Puppen und das Rollenspiel mit diesen wird als spielerischer Einstieg in einen Dialog mit dem Kind beschrieben, wobei sich aus dem Spiel selbst die Interventionen ergeben. Die Erfahrungswelten des Kindes entstehen durch Spiel und Bewegung, wobei dadurch auch zufällig Körperübungen entstehen können. Auch die Körperübungen sollten sich aus dem Prozess des Spiels mit dem Kind ergeben. So wird ein gemeinsames Hüpfen als Beispiel benannt, was zur Reflexion über das was im Körper passiert führt: „Ja, ich mein, nur schon, wenn wir Hüpfen oder, dann ist ja klar, wenn wir stark Hüpfen auf der Matte zusammen, dann passiert etwas im Körper und wenn wir nachher da Absitzen und mal schauen miteinander, was ähm, was jetzt gerade passiert oder was, was erzählen die Füße vom Hüpfen oder was passiert mit dem Herz, oder. Dann entstehen Gespräche und es entstehen Wahrnehmungen. Und die, es geht mir darum die sehr achtsam eben auch ähm, in das Gebiet zu lenken in dem ich arbeite, nämlich um sein Geschlecht und seine Möglichkeiten, die es hat.“³¹⁹

8.3.5 Nicht-Teilnahme der Kinder an den Aktivitäten

Alle InterviewteilnehmerInnen geben Erfahrungen mit der Nicht-Teilnahme oder Rückzug der Kinder an.

³¹⁸ Interview B03, PoS. 34

³¹⁹ Interview B03, PoS. 56

Im Gruppensetting wird von Ausschluss der Teilnahme auf Grund von einem zu jungen Entwicklungsalter im Vergleich zu anderen Teilnehmern gesprochen. Erlebt wurde auch, dass das Kind nicht von Beginn an teilnehmen möchte, sondern erst beobachtet und dann im Laufe der Stunde einsteigt. Auch hier kann der Elterntausch dem Kind helfen, einen Einstieg zu finden.

Es wird außerdem berichtet, dass das Kind sich zurückzieht von der Teilnahme, wenn seine Grenzen überschritten werden. Hier igelt es sich entweder ein und versteckt sich unter Kissen und Decken oder es schubst. Bei Nicht-Teilnahme des Kindes kann versucht werden eine erneute Teilnahme durch die Aktivierung der Eltern zu bewirken. Auch der Versuch des Lockens zum Einstieg durch Puppen oder Geschichtenerzählen wird beschrieben.

Alle befragten Personen äußern, dass sie das Kind gewähren lassen, wenn es nicht mitmachen möchte.

Das Zurückziehen des Kindes während einer Stunde wird von einer Person als sinnvoll beschrieben, da daraus etwas Anderes entstehen kann.

8.3.6 Gemeinsamkeiten der Lernschritte und Aktivitäten

Gemeinsamkeiten in den Lernschritten und Auswahl der Aktivitäten und Interventionen, welche von allen drei InterviewteilnehmerInnen benannt werden, gibt es in der Sexualtherapie und der Bindungstherapie bei: dem Einbezug von Puppen und Teddys in die Therapie, dass Rollenspiele durchgeführt werden, dass spielerisch und durch Spiel an das Kind herangetreten wird, die Aktivität des Schaukelns, das Decken der emotionalen Bedürfnisse der Kinder durch Anerkennung und Körperkontakt, durch Übungen zur Änderung der Körperwahrnehmung und dem zugehörig, der Selbstbestimmung und das Interessen vertreten/Grenzen setzen der Kinder.

Die elterliche Feinfühligkeit wird in allen Ansätzen gefördert.

8.4 Wirkung und Lerneffekte der Interventionen und Förderungsansätzen

8.4.1 In der Sexualtherapie

Eltern lernen in der Sexualtherapie etwas über sich und werden offener der Möglichkeit über ihre eigene Sexualität zu sprechen und mit ihrem Kind über dessen sexuelles Erleben zu sprechen. Zum Beispiel kann durch die Doktorspiele des Kindes ein Dialog eröffnet werden über eigene Erfahrungen mit Doktorspielen und dem Grenzen setzen.

Ein befragte Person äußert auf die Frage, was Kinder in der Sexualtherapie lernen: "Also ich denke der Hauptteil, den sie lernen, ist ähm, ja dass das was sie tun, auch rund um die

sexuelle Erregung, dass das okay ist, dass sie das dürfen, dass sie ihren eigenen Raum haben, dass sie sich hier abgrenzen können."³²⁰ Zudem lernen Mädchen, dass sie sich ihr Geschlecht anschauen dürfen und Jungen und Mädchen erreichen einen positiven Zugang zu ihrem Geschlecht und zu ihrem Körper. Dabei geht es um die Aneignung des Körpers im Ganzen, inklusive des Denkens, Fühlens und der Bezogenheit auf andere.

Sie lernen sich zu schützen, körperliche Selbstbestimmung und ihre Interessen zu vertreten, was als wichtiger Faktor beschrieben wird: "Es geht ja immer wieder im Leben zu entscheiden, was will ich, was will ich nicht, was lasse ich zu, was lasse ich nicht zu und je mehr ich mich mit meinem Bedürfnis kenne, desto eher kann ich sagen was ich will oder nicht. Und es ist ja, gerade im Kleinkindalter passieren ja auch sehr viele traumatische Geschichten im Bereich der Sexualität und ähm, und gerade da ist es mit drei, vier, fünf Jahren wichtig, dass die Kinder merken, sie können auch, ähm, eben das anderen Erwachsenen erzählen, beziehungsweise, dass sie merken was ist in Ordnung und was nicht für sie selbst."³²¹

8.4.2 In der Bewegungstherapie

Letzterer Lerneffekt wird ebenfalls im Bewegungstherapeutischen Kontext beschrieben, erworben durch die Körperarbeit an sich: "Also, vielleicht dass man das, das Recht hat zu sagen was man möchte, was man nicht möchte. Und wo eine Grenze ist. Dass die das erfahren, dass ich das sagen darf. Ähm, "das hätte ich gerne" (.) und (.) vielleicht dass das angenehm ist."³²² Ebenfalls verdeutlicht wird hier, dass auch das Vertreten eigener Interessen und ein positives Erleben der körperlichen Erfahrung in Verbindung mit dem Ausdruck eigener Interessen entsteht. Die Stärkung der Selbstbestimmung wird auch durch Unterstützung des Therapierenden erreicht, durch ermutigen.

Weiter wird beschrieben, dass eine Wirkung positive Erfahrungen mit sich und anderen sind, mit Absprachen, mit Rücksichtnahme und sozialem Lernen in der Gruppe. Zudem ist die Erfahrung der Selbstwirksamkeit ein großer Punkt sowie der Selbstwertsteigerung. Das Kind erlebt, dass der eigene Körper was kann, er hilfreich und einsetzbar ist, um etwas Positives zu empfinden. Das Erleben von Selbstwirksamkeit entsteht besonders beim Elterntausch, sowohl bei der Mutter als auch beim Kind.

³²⁰ Interview B03, PoS. 81

³²¹ Interview B03, PoS. 29

³²² Interview B01, PoS. 402

Ein weiterer Effekt ist die Bewusstmachung von Erlebnissen beim Kind durch verbale Reflexion mit dem Therapierenden und anderen TeilnehmerInnen aus der Gruppe: "Also, das macht es ja erstmal bewusst, dass es nicht einfach so durchflutscht, ähm (.). Und ich denke es bewirkt so eine, so ein Gefühl ähm, ich habe da eine Kontrolle drüber, was ich mache, was mit mir passiert, was ich lerne, was ich blöd mache auch."³²³

Das Kind lernt das feinfühliges Ablesen von Gefühlen in der Interaktion mit dem Elternteil und erfährt, dass es emotionale Bedürfnisse erfüllt bekommt.: "Also ich habe die Hoffnung, ähm, dass sie über viele positive Erfahrungen, viele kleine Sachen, ähm (.), dass einfach sowas nochmal sich, sich verändert im Erleben des Kindes. Ähm (.), dass ich sowas wie ein Sparbuch quasi auffüllen kann, so ein Guthabekonto von netten Sachen, die sie mit dem Körper erlebt haben. Also auch gerade Kinder, die Gewalt erfahren haben oder so. Das es einfach auch, schöne Sachen erlebt, angenehme Sachen."³²⁴

8.4.3 In der Bindungstherapie

Durch die Arbeit mit den Gefühlen wird auch eine Weiterentwicklung der sozialen Fähigkeiten des Kindes erreicht. Auch hier erlebt das Kind Selbstwirksamkeit, eine Stärkung des Selbstwertgefühls und macht die Erfahrung, dass seine emotionalen und körperlichen Grenzen eingehalten werden. Zudem kann es eine Verbesserung der Toleranz bei Berührungen geben.

8.4.4 Gemeinsame Wirkungen

Es ergeben sich einige Gemeinsamkeiten in den Wirkungsaspekten der verschiedenen Ansätze.

Die Erfahrung von Sinnlichkeit wird in allen Bereichen berichtet, ebenso die Erfahrung der Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit. Die Kinder erleben durchgängig sichere Beziehungen zum Therapierenden.

In allen Interviews wird benannt, dass Erfahrungen aus den Behandlungsverläufen beim Kind internalisiert und später abgerufen werden können. Dies ist einmal die sichere Beziehung zu dem Therapierenden als Erwachsenen und die emotionale Bindung: „Das klingt total groß, da oben im Himmel schweben, aber, ähm, dass die Kinder sich geliebt fühlen, dass die Kinder die Zuneigung von mir, dass die weiter ähm, das die Kinder das dann so stark empfinden,

³²³ Interview B01, PoS. 169-170

³²⁴ Interview B01, PoS. 322

dass die ein bisschen überhaupt für zu Hause, wenn die Eltern das nicht geben können.“³²⁵ Zweitens ist es die Übertragung von Übungen in den familiären Rahmen: „Sondern es sind alles Sachen, die es gibt und wenn ähm, (..) das Kind das nach Hause transportieren kann, oder zum Beispiel unter den Geschwistern oder mit Freunden oder so, das sind Sachen wenn einem das so richtig gut gefällt, das kann man einfach so als, als Spiel auch in einem ganz anderen Rahmen machen. Das könnten sie als Idee mitnehmen //für das was sie brauchen//.“³²⁶ Die Wahrscheinlichkeit dafür, dass sich der Effekt auf den familiären Rahmen überträgt wird höher, wenn dieser durch Interaktion entstanden ist und mit positiven Emotionen verbunden ist: „Wenn Mutter und Kind irgendwie, irgendwie zusammen so etwas Schönes erlebt haben, und ähm (..) Die Mütter sind häufig total ergriffen, wie schön die Situation mit diesem komplizierten Kind ist (..). Da ist die Chance natürlich viel größer, dass die es nach Hause transportieren können und das sie es als Werkzeug nutzen.“³²⁷ Drittens gibt es ein Verständnis davon, dass die Grundsteine für die Entwicklung der kindlichen Erfahrungswelt innerhalb der Therapie gelegt werden und später abrufbar sind: „Und ich denke da nehmen sie schon viele kleine Grundsteine mit, die dann ähm, sich sicher, sagst du, sie ähm, ich habe manchmal das Gefühl, sie nisten sich irgendwo in der Erinnerung mit der Erfahrungswelt ein und werden dann auch für später wieder abrufbar sein.“³²⁸

8.5 Ziele

8.5.1 Ziele der Therapieansätze

Innerhalb der Sexualberatung im Modell Sexocorporel wird das Ziel beschrieben ein Erweitern des Verhaltens ermöglichen zu wollen. Dies geschieht durch ressourcenorientierte Beobachtung und Gespräche in denen erkannt werden soll, was das Kind bislang macht und um dann im Dialog, in der Interaktion, das Verhalten zu erweitern.

Auch bei den Kindern wird ein Beratungsziel festgelegt, auf Grund des Alters der Kinder durch das Umfeld. Übungen oder Spiele dienen dazu, dass das Kind auf spielerische Weise dieses Ziel erreicht. Wichtig ist dabei, dass es kleine, erreichbare Ziele sind.

Für die Bewegungstherapie besteht das Ziel darin, den Kindern etwas Gutes mitzugeben und dass sie mit mehr Selbstbewusstsein, mehr Wahrnehmung und Akzeptanz für ihren Körper

³²⁵ Interview B02, PoS. 234

³²⁶ Interview B01, PoS. 374

³²⁷ Interview B01, PoS. 378

³²⁸ Interview B03, PoS. 81

die Therapie beenden. Ziel ist zudem, dass seine Veränderung im Kind stattfindet: „Es soll sich einfach ja auch was im positiven Innenleben, im Erleben des Kindes ähm, verändern. Das möchten wir ja. Sonst, kommts/ bleibts ja auf diesem Ist-Zustand, der ja unbefriedigend war. Sonst wäre es nicht bei uns. [...] Ja, so Entwicklung anzuschieben, genau.// Welchen Bereich auch immer.“³²⁹

Das Ziel in der bindungsorientierten Therapie ist, dass die Eltern sich selbst auch so weit entwickeln, dass sie ihr Kind fortan stützen können und auch, dass sich die Bindungsbeziehung zwischen Kind und Eltern in Richtung einer sicheren Bindung entwickelt. Ziel ist auch, die Grenzen des Kindes zu erweitern, dem Kind etwas Positives mitgeben, dem Kind Mut zu geben, dass es sich wagt und befähigt wird seine eigene Entwicklung in die Hand zu nehmen, um somit die Aspekte mit negativer Einwirkung auf die weitere Entwicklung einzudämmen. Eine Person beschreibt: „Ich versuche den Kindern beizubringen ‚du bist gut genug‘. Egal ob das Kind eben gestern einem Kind ein Stuhlbein gegen den Kopf gegeben hat. [...] ‚Aber das, was du gerade gemacht hast da, du hast mich gehauen und jetzt habe ich einen blauen Fleck, das ist nicht gut. Aber ich mag dich trotzdem!‘. Das ist für mich das Wichtigste. Und dass das Kind wächst, mit sich, das möchte ich gern dem Kind geben.“³³⁰

8.5.2 Ziele in den Therapiestunden

Im Gruppensetting mit Kindern wird beschrieben, dass Ziel ist, dass sich die Kinder sich als soziale Wesen untereinander verhalten und sie einen guten Umgang miteinander haben. Ziel ist, dass den Kindern eine wertschätzende Haltung vermittelt wird im Miteinander. Dass alle unverletzt aus der Stunde gehen und das Material des Therapierenden noch in Ordnung ist. Auch dass die Kinder etwas selbstwertstärkendes erfahren und die Erfahrungen mitnehmen, damit sie stabiler aus der Stunde gehen mit guten Erfahrungen und auch mit dem Gefühl, dass sie etwas ausrichten und bewegen können.

8.6 Beschreibungen von Verhalten und Symptomatik der Kinder

8.6.1 Verhalten bei Bindungsunsicherheit

Es wird von zwei befragten Personen in der Praxis beobachtbares Verhalten bei unsicher gebundenen Kindern benannt, welches in ihrem Therapiealltag vorkommt: mit Wut reagieren, Schubsen, Schlagen, mit Dingen schmeißen, Schimpfen, Schreien, Weinen, Aggressivität gegenüber der primären Bindungsperson, Ablehnung zeigen, sich verstecken,

³²⁹ Interview B01, PoS. 418

³³⁰ Interview B02, PoS. 236

körperlich zu nah oder zu distanziert sein, wahllose und unkritische Kontaktaufnahme, fehlende Emotionsregulierung, körperliche Ablehnung von Berührungen, motorische Unruhe, taktile Scheue, Spielen nicht gewohnt sein, wenig Selbstwertgefühl, Gefühle nicht erkennen und benennen können, keine Verbundenheit, Nachhaltigkeit oder Verlässlichkeit in der Beziehung zum Erwachsenen und eine emotional verspätete Entwicklung.

Eine befragte Person gibt an, dass es oftmals bei der Vermutung über das Bindungsmuster des Kindes bleibt, da es keine Einblicke in die familiären Verhältnisse gibt.

Der fehlende Wille des Kindes, etwas zu tun da keine Beziehung zum Therapierenden vorhanden ist, beschreibt eine Person wie folgt: „Also, wo ich denke, es trägt nicht. Wir hatten eine tolle Zeit zusammen und die Zeit ist vorbei und da ist kein Band mehr. Die gehen einfach. [...] Ähm, und auch dass Sachen gut laufen, solange sie was bekommen dafür, sei es nur die Möglichkeit irgendwie zu spielen, zu reiten oder sonst was. Ähm, aber wenn die nicht mehr da ist, also wenn die Stunde zum Beispiel vorbei ist und es sind die letzten fünf Minuten und sie vermasseln sich nichts mehr, indem sie sich ganz schlecht benehmen und Gefahr laufen rauszufliegen oder sowas. (.) Ähm (..), dann sind die manchmal richtig unangemessen im Verhalten. Ähm (..) //(unv.)// [...] Ähm, weil wenn das egal ist, ob ich in dem Moment böse bin, frustriert bin, (..) [...] Das ist so wahllos. Solange sie wollen, dass ich auf ihrer Seite bin und irgendwie Material ran schlepe oder anschaukeln, also Anschwung geben kann, oder so, solange sie was bekommen, ist gut und wenn das vorbei ist dann bricht auch so dieses Geben und Nehmen häufig total weg. Das finde ich ist ganz typisch.“³³¹ Das wechselhafte Verhalten in der Beziehung zum Erwachsenen, welches mit Ablehnung einhergeht, wird auch von einer weiteren Person geschildert: „Und mit unsicherer Bindung ist ja schon/ die können ja total unkritisch auch sein im Kontakt. Die sind/ die kommen rein, mögen dich, finden das gut was du auf dem Boden liegen hast, aber dann auf einmal würden die ablehnen.“³³²

Besonders oft erwähnt wird die emotional verspätete Entwicklung, die wahllose und unkritische Art in den Kontakt zu gehen und die Aggressivität, welche sich in Schubsen anderer Kinder äußern kann. Die Wut und Aggression beschreibt ein andere Person so: „Ja, ist auch etwas sehr Auffälliges bei unsicher Gebundenen. Ähm. (.) Ich habe manchmal das Gefühl, wenn ich die kennenlerne, die haben so viel Wut in sich. Und die haben gar kein, die

³³¹ Interview B01, PoS. 286

³³² Interview B02, PoS. 132

sind nicht befähigt, sich selber zu regulieren. Da ist Wut, Wut, Wut und das muss raus.“³³³
Die Wut wirkt in die sozialen Interaktionen im Kindergarten negativ ein.

Es wird von allen InterviewteilnehmerInnen geschildert, dass das Zulassen von Berührungen bei unsicher gebundenen Kindern länger dauern kann und die generelle Öffnung länger dauert, sie erstmal beobachtend verbleiben: „Und andere Kinder, die sind eher scheu, es braucht länger, bis sie sich etwas dem öffnen können. Und da geht es nicht darum, dass ich in den Körperkontakt mit ihnen gehe, wenn ich beobachte, wie es selbst mit seinem Körper auf solche Interventionen reagiert.“³³⁴

8.6.2 Sexuelle Verhaltensweisen

An Verhaltensweisen die sexuelle Herausforderungen indizieren, wird fehlende Grenzsetzung beschrieben und exzessive Selbststimulierung: „[...] dann ist es, sicher ein Teil ist, dass manche Kinder ein exzessives Verhalten aufweisen, indem sie eben, wie ich vorhin erwähnt habe sich vielleicht einen Teddybär oder einen Gegenstand am Geschlecht reiben, und auf diese Weise versuchen zu entladen. Oder eben auch einfach über die Beckenbodenmuskulatur. Und das gelingt nicht allen und manche führen ihr Verhalten bis in den Kindergarten oder in die ersten Schuljahre fort. Indem sie vielleicht zum Beispiel in der Schulbank sitzen oder im Kindergarten und sich immer, weißt du, fortwährend am Geschlecht angreifen mitten im Spiel. Und wenn diese Kinder unter Druck Erwachsener geraten, dass sie dies nicht tun dürfen, umso mehr machen sie es manchmal. Weil das Verhalten vielleicht gerade für sie genutzt wird, um Stress abzubauen. Oder um sich zu trösten. Und man kann sagen, es gibt dann auch Kinder, denen es über einen langen Zeitraum gelingt zu entladen, (unv.) vielleicht nicht auf die beste (unv.) und ähm, andere werden vielleicht auch ähm, von denen habe ich auch manchmal schon (unv.) die sind dann dementsprechend schon sechs, sieben, das Schamgefühl nicht ernstgenommen und lernen sich weniger abzugrenzen.“³³⁵

8.7 Entstehen der Herausforderungen durch die Eltern-Kind Interaktion

Es wird explizit benannt, dass die kindlichen Herausforderungen in der Interaktion mit den Eltern entstehen, bzw. dass dort etwas nicht gelingt. Das Kind reagiert dabei auf das Verhalten der Eltern, zum Beispiel wenn es gemäßregelt wird: „Ähm, wenn die Eltern

³³³ Interview B02, PoS. 182

³³⁴ Interview B03, PoS. 73

³³⁵ Interview B03, PoS. 40

verlangen zum Beispiel "jetzt musst du aber mit machen!", dann (.) passiert etwas. Das ist negativ für das Kind. Ähm, und das Kind schlägt dann, schreit, weint (.) ähm."³³⁶

Dies wird ebenfalls in Hinblick auf den Elterntausch im Gruppensetting beschrieben, bei welchem eine Verhaltensänderung beim Kind in der Interaktion mit einem anderen Elternteil sichtbar wird.

8.8 Diskrepanzen zwischen den Entwicklungsbereichen

Alle befragten Personen geben einheitlich an, dass es eine Diskrepanz zwischen unterschiedlichen Teilentwicklungsbereichen des Kindes geben kann. Hier wird vor allem die Aufmerksamkeit auf den möglichen unterschiedlichen Entwicklungsstand von der emotionalen zur kognitiven Entwicklung bei bindungsunsicher gebundenen Kindern gelenkt, welche auch in Verbindung mit einer Diskrepanz von der emotionalen Entwicklung und den zu erwartenden Fähigkeiten anhand des biologischen Alter des Kindes steht. Auch wird benannt, dass die Körpersprache der Erwachsenen an Signifikanz gewinnt, wenn die sprachliche Entwicklung nicht altersgemäß ist.

Werden Unterschiede in den Entwicklungsbereichen festgestellt, oder gar Entwicklungsverzögerungen, stellen die nicht-altersentsprechenden Entwicklungsbereiche den Maßstab dar, wie z. B. Übungen, Aufgaben und Interventionen zur Förderung gewählt werden sollten. Nicht altersentsprechende Entwicklung beeinflusst die Auswahl der Aktivitäten und Materialien. Auch die Art wie der/die TherapeutIn mit dem Kind in Kontakt geht und kommuniziert, sollte sich nach dem jüngeren Entwicklungsstand richten. Dafür sollten auch die Eltern sensibilisiert werden, um eine weitere Beeinträchtigung des Kindes zu vermeiden.

Eine befragte Person hat angegeben, dass unsicher gebundene Kinder häufig noch eine hohe Oralität aufzeigen, obgleich sie vom biologischen Alter angenommen diesen Schwerpunkt abgeschlossen haben sollten: "Ja, die nehmen alles in den Mund. Die sind, dieses was Babys machen, alles in den Mund stecken, Saugen, Lutschen und so weiter, damit sind die nicht fertig."³³⁷ Auf die Frage, weshalb die Oralität bei unsicher gebundenen Kindern eine so große Rolle spielen kann, wird als Vermutung die Funktion der Beruhigung, der Regulierung angegeben. Auch die kinästhetisch sinnliche Erfahrung des Schaukelns wird als Regulierung benannt.

³³⁶ Interview B02, PoS. 72

³³⁷ Interview B02, PoS. 168

Umgekehrt werden Schlussfolgerungen einer weiteren Person aufgestellt, dass nicht erreichte Lernschritte in der sexuellen Entwicklung, hier im Beispiel die Erregungssteigerung durch das An- und Entspannen der Beckenbodenmuskulatur und anderen Muskelgruppen, sich in anderen Entwicklungsbereichen spiegelt, wobei auch andere Bereiche entwicklungsverzögert sein können: "Das heißt ähm, Kinder, die nicht entladen können, das heißt ja auch anderweitig vom Bewegungsrepertoire nicht genügend Spannung, anspannen und entspannen können."³³⁸

8.9 Zusammenhänge der der Sexual- und der Bindungsentwicklung

Kinder nutzen ihre sexuellen Verhaltensweisen, zum Beispiel Selbststimulation am Geschlecht, zur Selbstregulation, um sich zu Beruhigen oder um sich zu trösten. Die Regulation geschieht über den Körper als Medium, wie auch in den anderen Bereichen beschrieben, durch körperliche und sinnliche Erfahrungen, wie Schaukeln, Singen, Berührungen.

In der Bewegungstherapie wird Sexualität nicht in der vorgegebenen Altersgruppe erlebt, sondern erst bei Eintritt in die Pubertät der Kinder. Die sexuelle Entwicklung ist in den Interventionen mit den jüngeren Kindern in der vorgegebenen Altersgruppe kein relevanter Faktor.

In der Sexualberatung stellt umgekehrt das Bindungsmuster des Kindes keinen relevanten Faktor dar. Ein Wissen über die Bindungstheorie beim Therapierenden ist jedoch vorhanden. Es wird angegeben, dass es Vermutungen über den Zusammenhang gibt, dass die Behandlung der sexuellen Entwicklung einen positiven Einfluss auf das Bindungsverhalten hat.

In der Bindungstherapie gibt es eine Verbindung der beiden Entwicklungsbereiche in der Oralität des unsicher gebundenen Kindes. Sexuelles Verhalten wurde nicht erlebt.

8.9.1 Verbindungen der Teilentwicklungsbereiche

Es ist nicht möglich, direkte Wirkungen der Bewegungstherapie an sich auf andere Bereiche und deren Veränderung zu benennen und zurückzuführen, da auch andere mit dem Kind im stationären Setting arbeiten. Geäußert wird jedoch, dass die Bewegungstherapie die sozialen Fähigkeiten und die Emotionalität beeinflusst. Die Aussage ist, dass es keine Bewegung im Rahmen dieses Settings gibt, ohne dass das Kind in einem sozialen Kontakt mit anderen ist. Mit dem Körper Erlebtes kann zu positiven, schönen Erfahrungen werden, das heißt

³³⁸ Interview B03, PoS. 89

emotional gespeichert werden. Zudem ist es ein Ansinnen, dass der vom Kind erlebte Respekt und die Wertschätzung in anderen Beziehungen und Kontexten weiter getragen wird. Der Körper fungiert als Medium für das Lernen in anderen Bereichen: „Also der Körper ist ja unser Werkzeug (lacht). [...] Also wir benutzen den ja einfach ständig, nä. [...] //Ja, // also die Bewegung ist einfach auch ein Medium, nä, und wenn ich eine Gruppe hab, ähm, die sich irgendwie absprechen müssen mit einer Sache, dann haben die ganz viel soziales Lernen zum Beispiel dabei ähm und (.) emotionale Erlebnisse und Erfolgserlebnisse und Selbstwertstärkung und das ganze ähm (.) aber sie arbeiten mit dem Körper.“³³⁹

Das Arbeiten an der Bindungsbeziehung eines Kindes, ist auch ein Entwickeln der emotionalen und sozialen Fähigkeiten. Es wird benannt, dass wenn Kinder ängstlich und unruhig sind (auf Grund ihres Bindungsmusters), erst die Bindungsbeziehung als Grundstein der Pyramide stabilisiert werden sollte, bevor Neues gelernt werden kann: „Wir können, wir können alle unsere emotionale, soziale, kognitive Entwicklung können wir nicht voneinander weg halten oder trennen, die gehören alle mit zusammen. Wir sind, wir sind, unser Leben besteht / wie soll ich das erklären, wie eine Pyramide. Da muss ja ein Fundament sein, bevor wir weiter gehen in unserer Entwicklung. Und wenn wir ängstlich sind, wenn wir unruhig sind, (..) ist das Fundament ja porös, also es sind Löcher drin und diese Löcher müssen wir immer versuchen zuzustopfen, bevor wir Neues erlernen können.“³⁴⁰

Sexuelle Herausforderung beim Kind, wie nicht entladen können, stehen in Verbindung mit der motorischen Entwicklung. Bei der sexuellen Entwicklung von Kindern geht es von klein auf um die Aneignung des Körpers als Ganzes, inklusive Denken und Fühlen und der Bezogenheit auf andere Menschen. Außerdem ist die sexuelle Entwicklung insgesamt in die globale Entwicklung des Kindes eingebettet: „B: //Ja, es// gab ähm, also ich kann ja die Sexualität, da habe ich glaube ich am Anfang schon etwas ausgeführt, sie ist Teil von der Gesamtentwicklung. Und ähm (.) die Sexualität hat eigentlich, wenn wir sie betrachten, es gehört ja zu den wichtigsten Überlebensfaktoren und wenn wir an ihr arbeiten, arbeiten wir immer auch ganzheitlich an vielen anderen Dingen mit. Die fließen dann wie mit ein und da gibt es natürlich da und dort übergeordnete neue Verhaltensweisen, ähm, die jetzt nicht einfach rund um das Geschlecht oder (unv.) ähm, damit zu reduzieren sind.“³⁴¹ Die Verbundenheit der Einzelelemente in der Gesamtentwicklung wird im Modell Sexocorporel

³³⁹ Interview B01, PoS. 112

³⁴⁰ Interview B02, PoS. 224

³⁴¹ Interview B03, PoS. 79

aufgegriffen: „(..) Ja, weil, (.) wenn ähm, es ist ja ein Modell, das die gesamte Entwicklung des Menschen betrachtet. Und da nimmt das Modell genauso die Kinder in den Fokus, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, ähm, ja die Menschen im mittleren Alter, im älteren Alter.“³⁴²

8.9.2 Emotionen als Bindeglied

Die Emotionalität und die emotionalen Belastungen eines Kindes stehen in Verbindung mit sowohl der Bewegungs-, Bindungs- und Sexualtherapie. Die emotionale Belastung, wie sie bei einer unsicheren Bindung vorkommt, hat Auswirkungen auf das soziale Leben des Kindes und die Interaktion mit den Eltern. Emotional nicht altersgemäß entwickelte Kinder können wie bereits erwähnt mit Wut reagieren. Dies wirkt negativ auf die sozialen Interaktionen des Kindes ein, z. B. im Kindergarten. Kinder mit emotionalen Herausforderungen brauchen viel Struktur, da es ihnen Sicherheit gibt.

Unsicher gebundene Kinder sind nicht befähigt sich emotional selbst zu regulieren. Zum Trösten oder bei Stressabbau wird die Emotionsregulierung auch in der Sexualberatung sichtbar und hier mit sexuell selbststimulierendem Verhalten in Verbindung gesehen.

Es wird beschrieben, dass die Emotionalität untrennbar ein Teil eines jeden Spiels ist und sie findet sich so zum Beispiel im spielerischen Bewegen oder im Rollenspiel mit Puppen und Teddys.

8.10 Benötigte Fähigkeiten der Beratenden/Therapierenden in der Arbeit mit Kindern

Als besonders wichtig wird die Ressourcenorientierung zum Kind benannt: „Und (.) ich finde hier ist der Ansatz [Anm. Sexocorporel] ja auch gerade bei den Kindern ganz wichtig ressourcenorientiert vorzugehen und wirklich zu schauen, was sie schon können, was haben sie alles zur Verfügung.“³⁴³ Das Kind soll sich öffnen können und nicht das Gefühl bekommen, dass mit ihm etwas nicht stimmt. Ebenfalls die Ressourcenorientierung bezüglich der Eltern wird als wichtig genannt: „Weil (.) man soll ja nicht die Eltern das Gefühl geben, ähm, dass die Schuld sind, dass irgendetwas schief läuft, in der Familiendynamik. Und ähm, das ist echt eine Herausforderung für uns Psychologen finde ich. Dass man versucht denen das zu erklären, dass irgendetwas läuft schief, keiner ist schuld, aber wir wollen versuchen, das zu beheben. Durch irgendeine Form von Therapie.“³⁴⁴ Es gilt als Ressource, dass die Eltern

³⁴² Interview B03, PoS. 38

³⁴³ Interview B03, PoS. 97

³⁴⁴ Interview B02, PoS. 28

erkannt haben, dass sie Hilfe in Bezug und in Beziehung mit ihrem Kind benötigen. Erwähnt wird, dass die Eltern Wertschätzung erhalten sollten: „Und ähm, mir geht es einfach darum zuerst mit diesen Herausforderungen, ihre Erziehungsaufgaben ernst zu nehmen, zu wertschätzen und was sie bereits tun und ihren Handlungsspielraum in der Aufgabe mit den Kindern zu erweitern.“³⁴⁵

Die Fähigkeit des Therapierenden die Stunde zu strukturieren, sowohl für das Kind als auch einmalig von einer befragten Person erwähnt für die Eltern, wird hervorgehoben. Die Strukturierung dient entweder der Aufrechterhaltung des Vertrauens vom Kind zum Therapierenden, da sie den Kindern Sicherheit gibt. Auch wenn Kinder in einer Gruppe sich nicht verstehen hilft eine feste Struktur und vorstrukturierte Abläufe bei Übungen helfen, damit die Kinder dann bei der Durchführung zur Ruhe kommen können. Zwei der InterviewteilnehmerInnen geben zudem an, dass Wiederholungen, z. B. von Aktivitäten, notwendig sind.

Ein Person gibt an, dass die Verantwortung für die Durchführung der Aktivitäten bei dem Therapierenden liegt, indem er die Kontrolle behält. Dies soll dem Zweck dienen, dass kein Teilnehmer eine ungute Erfahrung macht.

Relevant ist die bereits vorhandene Erfahrung in der Arbeit mit Kindern. Dazugehörig sollte Wissen über die Entwicklungsstufen bei Kindern vorhanden sein, damit die Kinder altersspezifisch erfasst werden können und Ursachen für das Verhalten des Kindes klar sind und die Interventionen dementsprechend passend zurechtgelegt werden. Es gehört ebenso dazu, mit dem Wissen am Entwicklungsstand des Kindes anzusetzen, wie zwei Personen angeben. Eine Person bzgl. Sexualberatung gibt an, dass es gut ist, die Bindungstheorie zu kennen, um adäquat reagieren zu können, gibt jedoch auch an, über kein vertiefendes Wissen darüber zu verfügen. Eine weitere Person äußert, dass Bindungsmuster nur Vermutungen in der Arbeit darstellen.

Es wird benannt, dass der Gebrauch von Humor in der Therapie ein wesentlicher Faktor ist. Ebenfalls sollte der Therapierende über eine genaue Beobachtungsgabe verfügen: „Und es braucht einfach eine differenzierte Beobachtungsgabe, um zu schauen, ähm, was der Weg ist, in dem das Kind weitere Entwicklungsschritte machen kann.“³⁴⁶ Es wird angegeben, dass

³⁴⁵ Interview B03, PoS. 40

³⁴⁶ Interview B03, PoS. 73

man durch die Beobachtung des Kindes bereits viele Informationen über das Kind (und die Eltern) erhält.

Zwei InterviewteilnehmerInnen geben an, dass es wichtig ist zu beobachten welche Bedarfe sowohl Kind als auch Eltern haben. Beide Bedarfe im Blick zu haben, wird ebenfalls als eine Herausforderung für den Therapierenden geschildert.

An weiteren Herausforderungen für den Therapierenden wird benannt, dass dieser bei unsicher gebundenen Kindern vorsichtiger sein muss mit dem Kind, dabei nicht über die Grenzen des Kindes zu gehen, welches ein erhöhtes Maß an Feinfühligkeit verlangt. Dass unsicher gebundene Kinder mit dem Therapierenden nicht in Beziehungen eingehen, wird ebenfalls als Herausforderung erlebt.

8.10.1 In der Beziehung zu den Kindern

Wichtig sind die Beziehungsaufnahme und die Beziehungsgestaltung mit einem Kind. Denn es muss sich wohlfühlen können, um neugierig und spielerisch lernen zu können. Die Kinder bauen im Verlauf der Therapie eine Beziehung mit dem Therapierenden auf, in welcher sie lernen, für welchen Rahmen und Grenzen der Erwachsene steht und der/die TherapeutIn kann besser erkennen, was das Kind braucht. Der Vertrauensaufbau und auch Vertrauserhalt vom Kind zum Therapierenden haben eine hohe Signifikanz für alle InterviewteilnehmerInnen. Das Vertrauen des Kindes in den Therapierenden wird hauptsächlich durch das Spielen und durch Zeit im Therapieprozess erreicht, zudem auch dadurch, dass es die Erfahrung macht angenommen zu werden. Über die Zeit, die vergeht, werden die Kinder sicherer im Kontakt mit dem Therapierenden, durch ein feinfühliges Antasten. Das Kind macht Erfahrungen mit dem/der TherapeutIn im Prozess, die bewirken, dass es sich auf den/die TherapeutIn verlassen kann. Einmalig wird benannt, dass der Beziehungsaufbau sogar so stark werden kann, dass die Beziehung mit den verbundenen Emotionen auch über die Beendigung der Therapie hinaus reicht. Alle Gefühle, welche in der Therapie beim Kind auftauchen können, sind valide, auch die negativen. Der Therapierende sollte dafür sorgen die Beziehung zum Kind aufrechtzuerhalten, wenn zwischen Kind und Therapierendem negative Gefühle entstehen oder erlebt werden, z. B. wenn das Kind nach einem Konflikt wütend auf den Therapierenden ist. Die Aufrechterhaltung der Beziehung kann zum Beispiel gelingen, indem der Therapierende seine eigenen Gefühle auf eine Puppe im Rollenspiel überträgt und sie somit mit dem Kind kommuniziert.

Als besonders wichtig mit häufigen Benennungen wird einheitlich angegeben, dass es wichtig ist das Kind anzuerkennen und sein Verhalten zu verstehen, Signale des Kindes richtig zu deuten und es darin ernst zu nehmen, damit man als Therapierender auf das Kind angemessen reagieren kann. Zwei Personen geben dazu an, dass durch Spiel oder Verhalten das Kind mit den Erwachsenen kommuniziert und etwas erzählen möchte.

Ebenso wird von allen befragten Personen hervorgehoben, dass die Kommunikation des Therapierenden mit dem Kind aus unterschiedlichen Gründen wichtig ist. In der Kommunikation mit dem Kind kann der/die TherapeutIn allgemeine Regeln vermitteln und durch Verbalisieren sicherstellen, dass das Kind von seinem Recht der Selbstbestimmung Gebrauch macht: „Sie haben immer das Recht, ähm, zu sagen dass sie irgendwas nicht möchten und das sag ich denen auch ganz, ganz deutlich, dass sie sich trauen.“³⁴⁷ Auch während der Ausführung von körperlichen Berührungen am Kind und zuvor in der Anleitung sollte der/die TherapeutIn beim Kind nachfragen, wie es die Berührungen wahrnimmt, um die Äußerungen des Kindes auf Selbstbestimmung zu unterstützen. Auch individuelle Grenzen sollten dabei erfragt werden, wie die Durchführung einer Übung an einem bestimmten Körperteil. Der Therapierende sollte sich die Zustimmung der Berührung an sich beim Kind einholen. Ein weiterer wesentlicher Faktor ist, dass das Kind einbezogen werden sollte in das, was mit ihm in der Therapie geschieht, indem es ihm erklärt wird. Der Therapierende muss die Grenzen des Kindes einhalten, um sein Vertrauen nicht zu zerstören.

Aus den Antworten aller befragter Personen geht hervor, dass der Therapierende dem Kind als Modell für eine sichere Bindung dient und in gewissem Maße ebenfalls den Eltern. Dieser Umstand zeichnet sich in vielen Antworten ab. Der/die TherapeutIn sollte als Modell für eine sichere Bindung sensibel auf die körperlichen Signale des Kindes reagieren, die Kinder im Verhalten und emotional spiegeln können, einfühlsam auf das Kind eingehen, schnell auf Signale des Kindes reagieren und bei Bedarf eigenes Verhalten schnell korrigieren können, den Eltern zeigen können, wie man feinfühlig auf das Kind reagieren kann, über Langsamkeit verfügen und dem Tempo des Kindes folgen, dem Kind prompte Antworten auf seine Signale geben können, sowohl verbal als auch körperlich/mimisch und das Kind ablesen können.

Die Kinder sollten vom Therapierenden ermuntert und ermutigt werden, zum Beispiel in dem ihnen gesagt wird, dass sie gut genug sind, ihnen Mut zugesprochen wird und auch indem sie bestätigt werden, indem was sie gut machen. Der Therapierende sollte auf der Seite des

³⁴⁷ Interview B01, PoS. 226

Kindes sein: „[...] das Kind merkt, ich bin auf deiner Seite und ich kann jetzt das was ich machen möchte, kann ich machen, ohne dass ich korrigiert werde, bestraft werde oder (.) auch gelobt werde.“³⁴⁸

Von den InterviewteilnehmerInnen, die körperlich mit Berührungen am Kind arbeiten, geben zwei an, dass das Kind die Berührungen genießt. „Also, manchmal sagen die das, so ganz von sich. Ähm. Und das ist wie bei den anderen Stunden, ich frage das schon auch.“³⁴⁹

Eine Person gibt an, dass es der Therapierende ist, der sein Verhalten zügig in Bezug auf das Kind korrigieren muss, wenn das Kind eine Reaktion zeigt, bei der es sich z. B. versteckt oder zurückzieht. Ebenfalls abgeleitet vom Verhalten des Kindes, muss der Therapierende Flexibilität zeigen können.

Es braucht als Therapierender ein Bewusstsein dafür, dass in einer Therapie viel von dem Kind verlangt wird und es arbeitet, auf der Grundlage der Freiwilligkeit.

Selten gibt es Momente, in denen die TherapeutInnen erzieherisch intervenieren müssen. Dies kann jedoch im Gruppensetting vorkommen, wenn das Kind die Grenzen nicht einhalten kann oder dann, wenn die Eltern das Kind im Rahmen der Therapiestunde maßregeln, dies aus therapeutischer Sicht jedoch nicht angebracht ist. In dem Falle interveniert die Person, indem Partei des Kindes ergriffen wird.

8.10.2 In der Beziehung zu den Eltern

Zwei InterviewteilnehmerInnen benennen die Arbeit mit den Eltern vorgeschaltet zu der Arbeit mit den Kindern. Ebenso wie mit dem Kind muss der/die TherapeutIn eine Beziehung mit den Eltern etablieren: „Und finde das ist, hat ja auch sehr viel mit Ethik zu tun. Also man muss sehr aufpassen, dass man nicht die Eltern von sich weg schubst, dass man immer versucht die Eltern mit einzubeziehen. Viele Eltern, die fühlen sich sofort schuldig und werden auch aggressiv zum Teil. Wo, da muss man Gespräche mit denen führen, ohne, ohne dass das Kind dabei ist. Und das machen wir auch hier. Immer versuchen das Kind, die Eltern, hm ähm (..) zu erklären, oder dass die mitarbeiten. Ähm, wir gehen auf einen Entdeckungsweg miteinander.“³⁵⁰ Die Beziehung zu gestalten gelingt durch Kommunikation mit den Eltern. Hierbei spielt die Wissensvermittlung zu den Bedarfen und der Entwicklung des Kindes an die Eltern eine wichtige Rolle.

³⁴⁸ Interview B02, PoS. 152

³⁴⁹ Interview B01, PoS. 370

³⁵⁰ Interview B02, PoS. 226

Ohne die Beziehung zu den Eltern und die Zusammenarbeit, ein Vertrauen, gibt eine befragte Person an, braucht die Arbeit nicht fortgesetzt werden. Ein Verständnis für die Eltern und die Situation, in der sie sich befinden, wird vorausgesetzt – sowohl Anbetracht der therapeutischen, künstlich konstruierten Situation aber auch den Herausforderungen, welche sie mit ihrem Kind erleben. Die Eltern können als nervös erlebt werden, hier muss der/die TherapeutIn dafür sorgen die Nervosität zu minimieren.

Es wird einheitlich geäußert, dass der Therapierende die Eltern unterstützen können sollte. Dies geschieht durch Anleitung, Impulse zu Lösungsideen liefern, oder Nachfragen, hierbei auch im Rahmen eines Wahrnehmungsabgleiches. Nur vereinzelt wird berichtet, dass der Therapierende eine Interaktion zwischen Kind und Eltern stoppen musste, da die Mutter sich aus einem Konflikt mit dem Kind nicht lösen konnte.

Die Eltern sollten ebenfalls in ihrer Verhaltensveränderung vom Therapierenden gestützt werden.

9 Diskussion der Ergebnisse

Nachdem ich die Ergebnisse aus den von mir geführten Interviews präsentiert habe, werde ich diese nun in Bezugnahme zum Theorieteil dieser Arbeit auswerten, die Ergebnisse beurteilen und kritisch reflektieren sowie meine Fragestellungen und Hypothesen dieser Arbeit beantworten.

Im Folgenden beziehen sich Vorschläge und Ideenentwicklungen zur Beratung und Therapie immer auf die psychosexuelle Förderung bei unsicher gebundenen Kindern in der benannten Altersgruppe.

9.1 Rahmenbedingungen der Förderungsmöglichkeiten

Die unterschiedlichen Settings bieten Vor- und Nachteile für Förderungsmöglichkeiten. Ein multifamilientherapeutisches Setting scheint einen niedrigschwiligen Zugang für die Eltern zu bieten. Der Austausch der Eltern untereinander ist mehr von einem Lernen durch Gemeinschaft, welches mit einer höheren Identifikation des Prozesses einhergehen kann, geprägt, als von einem TherapeutIn-KlientIn-Verhältnis, also einem Experten und einem Hilfesuchenden. Die bindungsorientierten Programme SAFE und STEEP arbeiten ebenfalls mit Gruppen von Eltern und ihren Kindern, sowie auch im Einzelsetting. Eine starke Identifikation der Eltern mit dem Prozess wäre von Vorteil, auch da die Ergebnisse zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit der Übertragung der Therapieerfolge in den familiären Rahmen nach Beendigung der Behandlung höher ist, wenn die Eltern emotional in dem Prozess involviert waren. Affektive Verbundenheit beschreibt auch Hartmann als Erfolgsmarker für die Therapie.

Als Alternative in der psychosexuellen Förderung mit bindungsunsicheren Kindern, anstelle der Eltern-Kind-TherapeutIn Einzelsituation, könnte deshalb ein Kleingruppensetting mit zwei bis drei Familien stehen. Dies auch, da in der Literatur und den Ergebnissen indiziert ist, dass Wirkungsweisen einer gruppenbasierten Therapie ein soziales Lernen fördern und die Kinder voneinander lernen können, genauso wie die Eltern. Kinder orientieren sich selbstverständlich an Gleichaltrigen und an dem, was sie bereits können, welches einen positiven Effekt auf die Lernschritte des einzelnen Kindes haben könnte.

Die Einzelsettings ermöglichen eine fokussierte und intensive Arbeit mit dem Kind und seinen Eltern, wodurch individuelle Bedarfe der Familie durch den Therapierenden gut aufgegriffen und bearbeitet werden können.

Eine Kombination aus Kleingruppen im Rahmen eines Multifamiliensettings und familiären Einzelsettings scheint tatsächlich am besten für die psychosexuelle Förderung bei unsicher gebundenen Kindern geeignet, ähnlich wie es in den Programmen SAFE und STEEP beschrieben wird.

Die variable Dauer der Ansätze in der Praxis spiegelt sich ebenfalls, je nach Ansatz und Konzeptgestaltung, in den dargestellten Programmen der Theorie wider. Beantwortet werden konnte nicht, inwieweit ein längeres oder kürzeres Förderungsprogramm/Konzept die Wirksamkeit verändert oder ob es überhaupt Unterschiede gibt. Interessant ist zu betrachten, dass die Förderungsdauer in den Ergebnissen ebenso divers gestaltet ist, wie in der Theorie. Dies lässt den Rückschluss zu, dass es andere Faktoren als die Dauer sind, welche die Wirksamkeit des Ansatzes ausmachen.

9.2 Möglichkeit der Veränderung in der psychosexuellen Entwicklung und Bindungsmustern durch Beziehungen und Interaktionen

Dass Veränderungen der Bindungserfahrungen und der Muster des Kindes grundsätzlich durch neue Erfahrungen in anderen Beziehungen möglich sind und ebenso die Sexualität veränderbar ist, wurde bereits anhand der dargestellten Theorie, durch Grossmann, Strauß und Holmes bestätigt. Es ist möglich, dass rein der Aspekt der *Interaktion* als Veränderungspfeiler funktioniert und es zweitrangig ist, welche Person in dem Veränderungsprozess (Mutter, Vater, Großeltern, TherapeutIn etc.) teilnimmt. Die Ergebnisse zeigen auf, dass das Kind im Spiel mit dem Therapierenden, in der Interaktion, neue Erfahrungen macht und ebenso, dass die Interaktion an sich mit dem Therapierenden für das Kind eine neue Erfahrung ist. Eine Veränderung und Lernschritte beim Kind könnten so allein durch die andere Person in der Interaktion erreicht werden. Dies würde mit den Ergebnissen übereinstimmen, dass der/die TherapeutIn als sichere Basis für das Kind fungiert und sich der/die TherapeutIn tatsächlich auch dem Kind gegenüber als sichere Bindung präsentiert, indem ein hohes Maß an Feingefühligkeit aufgezeigt wird. Interessant ist, dass obwohl nicht alle InterviewteilnehmerInnen explizit fokussiert mit unsicher gebundenen Kindern arbeiten, sich doch alle Elemente für die Etablierung einer sicheren Bindung in allen Beschreibungen finden lassen; unter anderem Vertrauensaufbau, das Kind zu validieren, verbalisieren von Gefühlen und der Struktur usw. Dies könnte darauf hindeuten, dass Erfahrungswerte aus der Arbeit mit Kindern auch die Feingefühligkeit und Intuition des Therapierenden schulen, ohne dass ein explizites Wissen über das Bindungsmuster des Kindes vorhanden sein muss.

Die Ergebnisse sind in Übereinstimmung mit Hartmanns beschriebenen Erfolgsfaktoren in der Sexualtherapie, der von Ludwig-Körner ausgeführten Eltern-Säuglings-Kleinkind Psychotherapie und den bindungsbasierten Therapieansätzen insofern, dass die (gelungene!) therapeutische Beziehung für den Erfolg der Behandlung den wichtigsten Faktor ausmacht, weshalb auch bezüglich der Förderung der psychosexuellen Entwicklung bei unsicher gebundenen Kindern viel Zeit in die Beziehungsgestaltung und -aufrechterhaltung investiert werden sollte. Dies besonders da die Befragungsergebnisse nahelegen, dass unsicher gebundene Kinder eine längere Zeit benötigen können, sich zu öffnen und auf eine neue Beziehung einzulassen.

Bei der besonderen Konstellation der unsicher gebundenen Kinder und ihren Eltern bei einem sensiblen Thema wie der kindlichen Sexualität erfordert es wahrscheinlich sogar noch ein wenig mehr Beziehungsarbeit. Die Herausforderung für den Therapierenden wird dabei mit Sicherheit auch in dem Verhalten der unsicher gebundenen Kinder (und wahrscheinlich auch der Eltern) liegen, die mit Abbrüchen der Beziehung reagieren können und scheinbar fehlender Verbundenheit. Hier sollte immer Zeit in die Korrektur der Beziehung und des auslösenden Faktors des Beziehungsabbruches gesteckt werden, um so, wie in den bindungsbasierten Therapiekonzepten beschrieben, bereits im Prozess die bisherigen Bindungserfahrungen verändern und die Arbeitsbeziehung erhalten zu können. Dies gilt auch für neue emotionale Erlebnisse von Kind und Eltern, welche sie im Rahmen der Therapie machen.

Die Befragungen ergaben, dass eine Nachhaltigkeit der Kind-TherapeutIn Beziehung gegeben ist – bzw. dass dies ein Ziel des Prozesses darstellt – indem das Kind die sichere Beziehung internalisiert, wie auch in den bindungsbasierten Therapieansätzen beschrieben wird.

9.3 Teilnahme der Eltern als Voraussetzung in der Förderung

Die in den Ergebnissen als unterschiedlich beschriebene Herangehensweise beim Einbezug der Eltern könnte einmal an der Arbeitshaltung des/der behandelnden TherapeutIn liegen, ebenso an dem Konstrukt, in welches die Therapie eingebettet ist – Sexualberatung und Bindungstherapie finden ambulant statt, während die Psychomotorik in einem vollstationären Kontext ausgeübt wird. Außerdem könnten unterschiedliche Herangehensweisen sich im Behandlungsfeld begründen. Die Arbeit an Bindungsmustern ergibt eine zwangsläufige Teilnahme der Eltern auf Grund der Entstehung und Veränderung von Bindung in der Interaktion zwischen Eltern und Kind. An der psychomotorischen Förderung kann das Kind ohne die Eltern teilnehmen, wenn nicht das Ziel eine Veränderung

der Eltern-Kind-Interaktion ist, sondern eine Veränderung der Aufnahmediagnose des Kindes. Hier möchte ich mich doch dafür aussprechen, dass eventuelle Herausforderungen und Probleme bei Kindern in der Häufigkeit immer dem familiären Umfeld und der Interaktion mit den Eltern entwachsen, weshalb die aktive Einbindung der Eltern immer indiziert ist, wie auch Ludwig-Körner beschreibt.

Die aktive Teilnahme der Eltern an einem therapeutischen bzw. beraterischem Prozess mit dem Ziel der Entwicklung des Kindes zeigt sich im Ergebnis tatsächlich übereinstimmend mit der Theorie als unabdingbar, welches auch für die Sexualberatung- und therapie gelten muss. Denn die psychosexuelle Entwicklung vollzieht sich genauso wie die Bindungsentwicklung in der Interaktion mit den Eltern. Meine Annahme wäre deshalb, dass Veränderungen bei jungen Kindern somit auch nur durch die Interaktion mit den Eltern erfolgen können, was Erwähnung im sexualpädagogischen Konzept von Schütz findet. Zudem stimmen die Ergebnisse der Praxis und die Theorie insoweit überein, dass die Eltern ihr eigenes Bindungsmuster, ihre eigenen Erfahrungen und Erinnerungen zur Sexualität und auch alle weiteren Aspekte ihrer Erziehung, an ihr eigenes Kind weitergeben. Aus diesem Grund sollten Eltern immer in die Arbeit aktiv mit einbezogen werden, da ein Entwicklungsbedarf bei den Eltern mit hoher Wahrscheinlichkeit ebenfalls gegeben ist. Brisch beschreibt dazu, dass in der angemessenen elterlichen Korrektur im feinfühligem Zusammenspiel mit dem Kind der Schlüssel zur sicheren Bindungsentwicklung liegt. Die Ergebnisse der Befragungen legen ebenfalls nahe, dass der Therapierende über diese Fähigkeit verfügen muss und die Eltern somit auch das Korrigieren als Lernschritt erarbeiten können – davon profitiert auch die psychosexuelle Entwicklung des Kindes.

Des Weiteren könnte es in der Förderung der psychosexuellen Entwicklung bei unsicher gebundenen Kindern sinnvoll sein, eine kurze Diagnostik zum Bindungsmuster der Eltern und ihrer Einstellung zu Sexualität und Erwartungen an ihr Kind durchzuführen, wie z. B. im Modell Sexocorporel, bei Brisch, Mosser und weiteren beschrieben wird, jedoch nicht als Vorgehen in der Praxis unter den InterviewteilnehmerInnen erwähnt wird.

Für die Beratungs-/Therapiesituation bedeutet die Anwesenheit der Eltern, dass die Hauptbindungsperson des Kindes anwesend ist und damit das Bindungssystem des Kindes nicht weiter gestresst wird. Zudem bedeutet dies auch, dass in der Sitzung zunächst abgeklärt werden muss, wie das Kind im Bindungsbedürfnis zur Mutter und zum Vater ist. Es wäre dazu außerdem sinnvoll, bei dem Elternteil abzufragen, ob etwas vorhergegangen ist vor der Sitzung, z.B. eine Trennungssituation, hat das Kind geweint, war es aufgebracht, um zunächst

diese Situation ggf. zu lösen. Es geht dabei vor allem auch um eine emotionale Sicherheit in der fremden Situation, welches die Sitzung ausmacht. Ganz wichtig zu unterstreichen ist an dieser Stelle noch einmal, dass ein unsicheres Bindungsmuster nicht bedeutet, dass gar keine Bindung zwischen Eltern und Kind vorhanden ist, sondern es nur die Qualität der Bindung und das dazugehörige Verhaltensmuster beschreibt.

Es sind die Eltern, die verantwortlich die Übertragung des Gelernten in den Alltag nach Beendigung des Therapieprozesses gewährleisten müssen – eine Verantwortlichkeit, die aber auch nur sicher übertragen werden kann, wenn sich die Eltern sicher fühlen, und dies erreichen sie durch aktive Partizipation und Übung und wie eben schon erwähnt, Identifikation mit dem Prozess. Die Frage danach, wie die Eltern faktisch einbezogen werden damit sie aktiv am Lernprozess beteiligt werden und wie letztendlich eine Übertragung in die familiäre Lebenswelt erfolgt, kann an dieser Stelle anhand der Ergebnisse leider nicht beantwortet werden. Es ist in Bezug auf die Ergebnisse kritisch zu betrachten, dass keinerlei Verbindungen und Kooperationen mit anderen Helfersystemen benannt wurden, um die Aufrechterhaltung des (hoffentlichen) Erfolges zu gewährleisten. Wünschenswert wäre tatsächlich eine Art Nachbetreuung für die Eltern gewährleisten zu können, wie sie in den Programmen SAFE oder STEEP beschrieben wurden, die lebensweltnah umzusetzen ist. Zum Beispiel durch Telefonanrufe oder Hausbesuche, welche gut durch ausgebildete Fachkräfte durchgeführt werden können, die im Alltag im Kontakt mit der Familie stehen, wie Tagespflege, ErzieherInnen, Familienhilfen der Jugendhilfe, Kinderärzte usw.

Für die Eltern gilt, dass das Training der elterlichen Feinfühligkeit oberste Priorität hat, da stimmen die dargestellten Förderungs- und Therapieansätze und die Ergebnisse der Befragungen überein. Wie auch in der Zusammenfassung und den ersten Überlegungen zur Verbindung von Bindungs- und Sexualentwicklung aufgezeigt werden konnte, ist Feinfühligkeit ein wichtiges Element auch für die psychosexuelle Entwicklung. Die Ergebnisse haben aufgezeigt, dass sich Feinfühligkeit sehr gut über Bewegung und Körperübungen trainieren lässt, welches in der hinzugezogenen Literatur nicht erwähnt wird. Insgesamt zeigt die Literatur wenig Bezug zum Körper, sondern ist eher auf Spielen, bzw. Spieltherapie ausgerichtet. Die Ausklammerung des Körpers kann verwundern, denn der Körper bei Säuglingen und Kleinkindern ist das vorrangige Kommunikationswerkzeug mit der Umwelt und Lernmedium. Umso erfreulicher ist es deshalb, dass die Bedeutung des Körpers durchgängig in den Befragungen und praktischen Ansätzen honoriert wird.

Es sollte ebenfalls mit den Eltern im Rahmen des Erlernens von Feinfühligkeit erarbeitet werden, wie sie in die Interaktion und in das Spiel mit ihren Kindern einsteigen und dieses gestalten können, angeleitet dabei durch den BeraterIn/TherapeutIn, wie von Klitzing und Brisch beschrieben und in den Ergebnissen aus der Praxis angezeigt.

Die Wissensvermittlung an die Eltern über die Entwicklung ihres Kindes, die Reflexion dabei über das eigene Verhalten, spielt in der Arbeit mit den Eltern eine große Rolle. Hierbei sind die Broschüren der BzGA tatsächlich schon sehr ausführlich in der Beschreibung der Förderungsmöglichkeiten der sexuellen Entwicklung. Diese könnten gut in eine Therapie integriert werden und vielleicht noch besser in die Lebenswelten der Eltern, um eine Niedrigschwelligkeit zu erreichen und wenn möglich somit auch Sorge und Scham der Eltern reduzieren zu können.

9.4 Überlegungen zur Form der Hilfe für Eltern und Kind

Da nun gerade die Lebenswelt der Eltern zur Sprache gekommen ist, möchte ich ein paar Überlegungen zur Verortung der Förderung anstellen. Denn die Lebenswelt der Kinder und Eltern sollte unbedingt berücksichtigt werden. Familien begegnen täglich zum Beispiel den Tagespflegemüttern, ErzieherInnen oder nehmen an Müttergruppen teil, weshalb es wünschenswert wäre die Förderung auch dort (zumindest zum Teil) verorten zu können, eventuell nach dem Modell von Ludwig-Körner Teile von Beratung und Therapie in den Kindertagesstätten zu integrieren; denn, wenn bisher durchgängig von „TherapeutIn/Therapierenden“ und „Therapie“ gesprochen wurde, liegt es daran, dass meine Ergebnisse und die vorgestellten Konzepte sich oftmals an einem therapeutischen Setting orientiert haben, auf Grund meiner Auswahl an InterviewpartnerInnen und den vorhandenen Konzepten. Sehr gut denkbar wäre allerdings auch, ähnlich wie in dem Programm STEEP, dass andere Personen, wie ErzieherInnen etc. für die feinfühligkeitsorientierte Arbeit mit Kindern und ihren Eltern zur Entwicklung der Psychosexualität bei unsicheren Bindungen ausgebildet werden und in dem Zusammenhang Material wie die Broschüren der BzGA gut nutzen könnten, um den Eltern zusätzlich etwas Praktisches zum Nachlesen an die Hand zu geben. Natürlich braucht es für die Aufgabe mit so jungen Kindern und ihren Eltern zu arbeiten eine Fülle an Fähigkeiten, wie die Ergebnisse erschließen lassen, die grundsätzlich eher im therapeutischen Bereich angesiedelt sind, was aber nicht bedeutet, dass nicht Elemente in anderen Kontexten und von anderen Professionen angeboten werden können, um eine ganzheitliche Unterstützung des Kindes und seiner Familie zu erreichen. Findet die

Förderung in einem Setting außerhalb einer Therapie statt, bietet sich dafür eventuell das zu Hause der Kinder an, mit eigenem Spielzeug und in vertrauter Umgebung.

Es ist davon auszugehen, dass die einzelnen Lernschritte und Förderungsansätze sich durchaus in andere Settings übertragen lassen, in denen Erwachsene über einen langen Zeitraum hinweg als feinfühlig Bindungspersonen zur Verfügung stehen können, wie z. B. in den Krippen und Kindertagesstätten, FamilienhelferInnen oder SozialarbeiterInnen und ErzieherInnen in Voll- oder Teilstationären Einrichtungen sowie Pflegeeltern. Mediziner werden höchst wahrscheinlich, auf Grund der fehlenden Möglichkeit die notwendige, engmaschige Terminvergabe zu gewährleisten, für die Ausführung nicht in Frage kommen, ebenso nicht SozialarbeiterInnen, welche beim Jugendamt tätig sind. Die letzteren beiden Gruppen sollten jedoch auch über eine Kenntnis zu den Besonderheiten der sexuellen Entwicklung bei unsicher gebundenen Kindern verfügen: Zum einen, um Hilfebedarfe richtig einschätzen zu können und um ggf. an andere, denen eine intensivere Auseinandersetzung mit den Kindern und Eltern möglich ist, verweisen können.

Ich sehe die Aufgabe der frühkindlichen Förderung der psychosexuellen Entwicklung bei unsicherer Bindung am besten in der Sexualtherapie oder -beratung angesiedelt. Allein der Bindungsaspekt erfordert einen therapeutischen Hintergrund im Sinne von Fähigkeiten, Wissen und Erfahrungswerten, welche der Ausführende benötigt. So argumentieren Ludwig-Körner und Schütz, dass die Arbeit im frühkindlichen Bereich fachliche Qualifikation und Kompetenz erfordert, welches ebenfalls die Haltung der befragten Personen ist und sich in den Ergebnissen widerspiegelt.

Es sollte als Mindestmaß der Sexualberatende – oder Therapierende in jedem Fall eine Kenntnis über die Verbindung der Systeme der Bindung und Sexualität in der frühen Kindheit herstellen, um optimal arbeiten zu können, wieder im Sinne der Ganzheitlichkeit und um auf die besonderen sensiblen Bedürfnisse der unsicher gebundenen Kinder adäquat eingehen zu können.

An die fachlichen und persönlichen Fähigkeiten des Therapierenden oder Beratenden werden viele Anforderungen gestellt. Eine gute Beobachtungsgabe, Erfahrungswerte, Flexibilität und die Fähigkeit auf die Bedürfnisse von Eltern und Kind gleichermaßen einzugehen, werden übereinstimmend als Anforderungen durch die InterviewteilnehmerInnen und in den ausgewählten Therapiekonzepten dieser Arbeit beschrieben. Es muss weiterhin nicht nur ein hohes Maß an Feinfühligkeit aufgebracht

werden, sondern in jedem Fall sollten die Grenzen des Kindes respektiert werden und das Verhalten des Kindes korrekt einsortiert werden können mit dem Gedanken, dass jedes gezeigte Verhalten des Kindes aus einer Intention dem Erwachsenen etwas zu kommunizieren geschieht und nicht aus Aufsässigkeit. Deshalb sind meiner Ansicht nach auch erzieherische Maßnahmen oder ein Eingreifen in die Eltern-Kind-Interaktion in dem Kontext der Therapie völlig unangebracht, weil es darum geht, das Kind mit seinen internen Mustern und Arbeitsmodellen verstehen zu lernen und nicht es zu maßregeln. Als Grundvoraussetzung wird in einer Befragung benannt, dass ein gründliches Wissen über die kindliche Entwicklung und Erfahrungswerte in der Arbeit mit Kindern vorhanden sein sollte. Dem kann ich nur zustimmen, denn es erfordert, wie hoffentlich eindrücklich in diesem Abschnitt beschrieben, andere persönliche und fachliche Fähigkeiten in der Arbeit mit Kindern als dies bei Erwachsenen der Fall ist und zusätzliche Fähigkeiten und Wissen zur infantilen Sexualität und der Bindungstheorie.

9.5 Unterschiede in der Förderung der psychosexuellen Entwicklung von sicheren und unsicher gebundenen Kindern

Ich bin der Annahme gefolgt, dass die drei Bereiche Körperlichkeit (Bewegung und Berührung), Emotionalität (Regulierung, Wahrnehmung und Kommunikation) und Beziehungsgestaltung- und -erhaltung die sind, in welchen ein unsicher gebundenes Kind im Verhalten von Kindern mit einer sicheren Bindung abweicht, weshalb sie auch die Bereiche darstellen, die die größte Wahrscheinlichkeit haben mit der psychosexuellen Entwicklung zu korrelieren. Dies hat sich in den Befragungsergebnissen bestätigt. Zusätzlich ließen sich noch weitere Förderungsschwerpunkte ausmachen.

Als besonders wichtig lässt sich das Vorhandensein einer Struktur in der sexuellen Förderung mit bindungsunsicheren Kindern benennen. Innere und äußere Strukturen, ebenso wie die sichere Beziehung zum Therapierenden, schaffen die notwendige Ruhe für das Kind, sich neue Lernschritte anzueignen, wie auch von Hartmann beschrieben, der ein Konzept und Struktur für den therapeutischen Prozess als notwendig ansieht. Das Kind braucht in Umgebung und Personen eine sichere Basis, um sich explorativ und neugierig verhalten zu können und sich somit sein sexuelles Erleben entwickeln kann: man könnte mit anderen Worten sagen, die Bindungsetablierung zum Therapierenden geht den sexuellen Lernschritten voraus. Variierenden Räume, wie ein einem Fall beschrieben, sind dabei eher nachteilig. Das Kind mit einer unsicheren Bindung könnte wechselnde Räume als Veränderung und somit Bedrohung wahrnehmen und somit bereits gestresst werden,

wodurch die Aufnahmefähigkeit durch den inneren Stresszustand des Kindes beeinträchtigt sein kann. Der Leitgedanke „Bindung vor Bildung“, oder in dem Fall „Bindung vor sexuellen Lernschritten“ scheint hier zu greifen. Natürlich würde es hier einer Differenzierung der Fähigkeiten des einzelnen Kindes bedürfen – denn eine unsichere Bindung äußert sich genauso wenig gleich im Verhalten von zwei Kindern, wie die sexuelle Entwicklung gleich verläuft. Bindungserfahrungen sind ebenso als individuelle Geschichte zu betrachten, wie die sich ausbildende Sexualität. Aber als umsichtiger Leitgedanke verstanden, lohnt es sich, zumindest auszuloten, wieviel Bedarf an Struktur das Kind hat und wie sich die unsichere Bindung konkret zeigt, um dies im Therapieprozess berücksichtigen zu können. Es ist vorstellbar, dass auch die Bedarfe der Eltern ausfindig gemacht werden müssen, um ein mit dem Kind gemeinsames Explorieren innerhalb der sicheren TherapeutIn-Bindung zu ermöglichen.

Es ist der Entwicklungsstand, das Alter und das Interesse des Kindes, welches das Tempo der initiierten Veränderungsschritte vorgeben sollte und somit sich auch die Aktivitäten, Interventionen und Übungen maßgeblich am Kind orientieren. Es geht um den individuellen Förderbedarf im Hier und Jetzt mit einer auf die Ressourcen von Eltern und Kind gerichteten Perspektive. Es müssen kindgerechte Interventionen gewählt werden, die sich an den Dingen entlang bewegen, die das Kind bereits kennt und welche ihm natürlich zur Verfügung stehen und ihm vertraut sind, wie Spielen und sich bewegen. In der psychosexuellen Entwicklung und in der Bindungsentwicklung geht es darum, dass das Kind positive Erlebnisse mit sich, den Eltern und anderen in Interaktion machen kann, emotionaler und körperlicher Natur. Das Kind benötigt positive, neue Reize, die es internalisieren kann. Dies alles muss recht kleinschrittig voran gehen, denn in der Natur der unsicheren Bindung liegt es auch, dass die eventuell nicht altersangemessene emotionale Entwicklung das Kind daran hindert, zu schnell voran zu gehen und es stattdessen in einer Überforderung landet. Natürlich könnte dies genauso für die Eltern gelten.

Den Ergebnissen zu Folge, nimmt das Spielen, z. B. das freie Spiel, Rollenspiele, das Spiel mit Puppen etc., eine besondere Position in der sexuellen Förderung ein, wie es auch in den sexualpädagogischen Konzepten aus Hagendorn und Uster beschrieben wird. Aber auch in der Veränderung des Bindungsmusters steht die Nutzung von Spiel im Zentrum. Obwohl Spielen zunächst als eine selbstverständliche Fähigkeit bei kleinen Kindern gesehen wird, geben die Ergebnisse und die Literatur Aufschluss darüber, dass gerade bei bindungsunsicher gebundenen Kindern das Spielen erst ein Stück weit gelernt werden muss, idealerweise im

Zusammenspiel mit den Eltern. So sind die sexuellen Lernschritte, welche im Rahmen des Spiels erfolgen³⁵¹, vielleicht weitaus weniger eine Selbstverständlichkeit für ein bindungsunsicheres Kind als für ein sicher gebundenes Kind. Indem Eltern also darin angeleitet werden und lernen positive Momente in der Interaktion mit ihrem Kind zu erleben und dies in der Beschäftigung und im Spiel mit ihm zu erreichen, kann das Kind beginnen, Wahrnehmungen für sich schaffen welche es für seine sexuelle Entwicklung braucht.

Dass die Ergebnisse hervorheben, dass Aktivitäten und Interventionen sich am Entwicklungsstand und Bedarf des Kindes orientieren, indiziert, dass der Entwicklungsstand, zu welchem auch die Bindungsqualität gehört, auf jeden Fall bei der Auswahl von Aktivitäten und Interventionen berücksichtigt werden sollte.

In Bezug auf Möglichkeiten zur Verdeutlichung von Interaktionsmustern zwischen Eltern und Kind in der psychosexuellen Entwicklung sowie auch der Bindungsbeziehung, bieten sich videogestützte Verfahren an, deren Nutzung häufig beschrieben wird, u.a. von Ludwig-Körner, Klitzing, Brisch, Erickson & Egeland und auch in den Ergebnissen zu finden ist. Der Vorteil der Integration von Videoaufnahmen liegt in dem Angebot an die Eltern, eigene Verhaltens- und Reaktionsmuster in Bezug auf ihr Kind zunächst wahrzunehmen und diese dann gemeinsam mit dem Therapierenden oder Beratenden reflektieren zu können. Den Eltern kann so bewusst werden, wie ihre eigene Geschichte und gemachte Erfahrungen, ihr Verhalten und ihre Erwartungshaltung an das Kind prägt – ein relevanter Punkt sowohl für die Sexual- als auch die Bindungsentwicklung.

9.6 Lernschritte in der psychosexuellen Entwicklung bei unsicher gebundenen Kindern durch Körperarbeit

Die frühkindliche psychosexuelle Entwicklung bei Kindern mit einer unsicheren Bindung lässt sich auf Grund der Symptomatik der unsicheren Bindung und der grundsätzlichen Beschaffenheit und Entstehung der sexuellen Entwicklung am ehesten/besten durch Körperarbeit fördern und verändern. Diese Hypothese von mir hat sich bestätigt und lässt sich anhand der Ergebnisse und vorliegenden Literatur noch um die Arbeit mit Lernschritten zu Gefühlen und der Sprache erweitern.

Die Arbeit mit dem Körper/der Bewegung, der Sprache und den Gefühlen des Kindes, hat einen besonders hohen Stellenwert in den Befragungsergebnissen. Gefühle identifizieren

³⁵¹ Gedacht sind hier z. B. autoerotische, spielerische Exploration, Fantasien spielen, körperlich-sinnliche Nähe beim tobenden Spiel etc.

lernen, bei sich und anderen, Frustrationstoleranz erlernen, ist nicht nur in einer Bindungsbeziehung wichtig, sondern auch in der sexuellen Entwicklung. Mosser stellt sexuell übergriffiges und abweichendes Verhalten von Kindern in Verbindung mit dysfunktionalen Strategien der emotionalen Selbstregulierung, in der Bindungsbeziehung zu den Eltern entstanden. Weiter ist Gefühle verbalisieren können und das Geschlecht benennen essenziell für die Körperwahrnehmung und Integration ins Körperschema. Denn ohne Namen, ohne Bezeichnung, ist es fast so, als gäbe es das Geschlecht nicht. Das heißt, beim Ansetzen darin mit der Feinfühligkeit der Eltern zu arbeiten, eine liebevolle Sprache zu entwickeln, wird sich auch die sinnlich-erotische Wahrnehmung des Kindes verändern können. Alle befragten Personen arbeiten mit der Körperwahrnehmung des Kindes und haben Aktivitäten zur Förderung dieser. Bewegung schafft dabei ein sinnliches Erleben im Kind, durch Spüren des eigenen Körpers, der Muskeln und der Atmung und fördert somit sexuelle Lernschritte. Kinder mit einer unsicheren Bindung profitieren indessen auch auf einer anderen Ebenen besonders von Bewegung, denn sie reduziert den Stress, welcher durch ein nicht erfülltes Bindungsbedürfnis entsteht. Bei Lernschritten in der Förderung der sexuellen Entwicklung kann es sinnvoll sein, Berührungen, Empfindungen dem Kind gegenüber während der Übungen zu verbalisieren. Zum Beispiel beim Eincremen der Hände: „Ist das schön? Magst du an den Händen gestreichelt werden, ja, ich sehe du findest es schön, du lächelst.“. Dies verbindet die Körperebene mit der emotionalen Ebene und ist bei Kindern jeden Alters umsetzbar. Zudem stellt sich anhand der Befragungen in den Ergebnissen heraus, dass darauf geachtet werden sollte, die körperlichen Aktivitäten und dabei den Körperkontakt zwischen Eltern und Kind altersangemessen zu gestalten, welches ebenfalls aus den Förderungsvorschlägen der BzGA hervorgeht. Bewegung stellt sich anhand der Ergebnisse als Bindeglied aller Teilentwicklungsbereiche heraus, als Medium für Kommunikation und Lernen in jedem Alter, im Üben der Feinfühligkeit genauso wie im Üben von sexuellen Erfahrungen, als Speicherort im Sinne von Quindeau für emotionale, sinnliche, körperliche Erfahrungen, die für die weitere Entwicklung des Kindes von Bedeutung sind.

Für unsicher ambivalent gebundene Kinder wird indessen die Förderung eigene Interessen zu vertreten und angemessene Grenzen setzen zu können, indem es im Rahmen der psychosexuellen Förderung seinen eigenen Körper und Bedürfnisse kennenlernt, besonders relevant, da ambivalent gebundene Kinder eher auf den anderen und seine Bedürfnisse fokussiert sind und somit weniger Aufmerksamkeit auf eigene Bedürfnisse richten.

Alle InterviewteilnehmerInnen gaben an, mit dem Körper und Bewegung mit den Kindern zu arbeiten. Besonders interessant scheint mir hierbei die Annahme des Sexocorporel, dass Gefühle und Gedanken im Körper sichtbar werden (Embodiment), Dies wird ohne Zweifel insbesondere bei Kindern gelten, die noch nicht im gleichen Maße wie Erwachsene über eine Körperbeherrschung und völlige Ich-Kontrolle verfügen und sie vermutlich körperlich gut ablesbar sind. Körperbeobachtung und der Einsatz des Körpers in verschiedensten Übungen könnte somit in dem Entwicklungsprozess der Psychosexualität bei unsicherer Bindung vorteilhaft eingesetzt werden. Herausfordernd könnte sich das korrekte Ablesen des emotionalen Zustandes des Kindes sich jedoch bei vermeidend gebundenen Kindern darstellen, die ihre Gefühle hinter einem eher hohen Körpertonus „verstecken“.

9.7 Die Beziehung von psychosexueller Entwicklung und der Bindungsentwicklung

Die theoretischen Ergebnisse aus dem ersten Teil meiner Arbeit lassen sich nur teilweise in der Praxis durch die befragten Personen bestätigen. Eine Verbindung der Bereiche wird in Studien beschrieben und auch von den InterviewpartnerInnen gesehen, aber in der praktischen Arbeit von keinem der InterviewteilnehmerInnen berücksichtigt.

Es überrascht nicht, dass in den Bereichen, welche nicht vorrangig mit kindlicher Sexualität in Berührung kommen, dass wenig bis gar keine Verknüpfungen zur sexuellen Entwicklungen hergestellt werden. In Bezug auf die Sexualberatung- bzw. therapie, verwundert es mich doch, dass die Verbindung in der Praxis den Ergebnissen dieser Arbeit zufolge wenig bis kaum berücksichtigt wird, besonders weil ein grundsätzliches Wissen zu Bindungsmustern angegeben wird. Erklären lässt es sich vielleicht mit dem Umstand, dass eine unsichere Bindung ein weitaus weniger sichtbares „Handicap“ ist, als zum Beispiel eine körperliche, geistige oder seelische Behinderung – denn für die letzteren Bereiche gibt es Förderungskonzepte zuhauf. Eine unsichere Bindung ist nicht sichtbar, weil sie eben noch keine Störung ausmacht und wir Menschen haben die Tendenz erst zu handeln, wenn das „Problem“ bereits einen Namen hat³⁵² – was bezüglich der ressourcengeleiteten Förderung von sexueller Entwicklung völlig unerheblich sein sollte. Aus dem Grunde möchte ich dafür plädieren, dass auch den Bindungsmustern eine Bedeutung in der Sexualberatung- und therapie mit Kindern zukommt, was erfordert, dass Wissen an die Ausübenden vermittelt wird.

³⁵² Frei nach dem früh gelernten Grundsatz aus meinem Studium der Sozialen Arbeit: „Ein Problem ist dann ein Problem, wenn einer oder eine Gruppe von Menschen sagt, dass es ein Problem ist.“

Überraschend war auch die einstimmige Antwort der InterviewteilnehmerInnen, das Störbild, bzw. die unsicher Bindung, sei nicht relevant für den Behandlungsprozess, schon aber das Verhalten der Kinder. Dies widerspricht sich auf den ersten Blick, da der Begriff der unsicheren Bindung tatsächlich ein spezifisches Verhalten anhand von erlernten Mustern beschreibt. Eine Annahme zum Ergebnis diesbezüglich könnte sein, dass es an der Begriffsdefinition gelegen hat, indem „Störbild“ mit „Diagnose“ gleichgesetzt wird und im Interview diese Differenzierung nicht klar abgesteckt wurde. Positiv ist die einheitliche Haltung, welche sich hinter der Aussage der InterviewteilnehmerInnen verbirgt. Nämlich das Kind mit seinen Eltern im Hier und Jetzt mit den aktuellen Kompetenzen und Fähigkeiten zu betrachten und es nicht durch einen von außen indoktrinierenden Begriff in seiner Entwicklung festzuhalten und zu stigmatisieren.

9.8 Förderungsmöglichkeiten anhand der bereits bekannten Verfahren und Interventionen

Meine Hypothese lautete, dass bereits bekannte Verfahren und Interventionen, die bei Kindern mit unsicherer Bindung erfolgreich eingesetzt werden, auch die psychosexuelle Entwicklung fördern auf Grund der bestehenden Beziehung der Entwicklungsbereiche – und dies natürlich auch umgekehrt der Fall sein kann.

Die psychosexuelle Entwicklung beinhaltet körperliche, emotionale und soziale Lernschritte, ebenso wie die Bindungsentwicklung. Dabei lässt sich sogar eher davon sprechen, dass das Kind körperliche, emotionale und soziale Lernschritte in der frühen Kindheit vollzieht, die sich nicht einem konkreten Bereich zuordnen lassen, sondern für alle Teilentwicklungsbereiche gelten, sodass sie wie Zahnräder ineinander greifen und einander antreiben aber auch blockieren können. So sieht sich auch die Frage nach der Möglichkeit der wechselseitigen Beeinflussung mit einem „ja“ beantwortet und die Hypothese bestätigt, dass Entwicklungsschritte in der psychosexuellen Entwicklung Veränderungen im Bindungsmuster hervorrufen können und umgekehrt. Zum Beispiel ist das Modell Sexocorporel darauf angelegt auch Beziehungen und Bindungen im Zuge der Arbeit verändern zu können. Ebenso hat die Arbeit an der Bindungsqualität im Rahmen des Trainings der Feinfühligkeit einen positiven Effekt auf die sexuelle Entwicklung (Sprache lernen, Stress reduzieren zum Vorteil des Explorierens usw.).

Es gilt zudem, dass Wiederholungen und mehrmaliges Üben allein bereits eine Veränderung im Kind und in den Eltern anschieben können. Denn etablierte (verhaltens-, emotionale- und kognitive-)Muster in der Psychosexualität können sich durch neue Muster, neue Abläufe,

eine andere Herangehensweise verändern. Auf Grund der Beschaffenheit eines Musters an sich, wie sie in den sexuellen Lernwegen und Bindungsqualitäten vorkommen, sind Wiederholungen und Übungen notwendig, um diese nachhaltig verändern zu können – denn ein Muster ist eine ziemlich manifeste Größe und es braucht Zeit, um diese verändern und verinnerlichen zu können. Dazu könnte sich insbesondere das Modell Sexocorporel und körperorientierte Ansätze eignen, da es hier die Möglichkeit der Übung durch „Hausaufgaben“ gibt und wie in den Ergebnissen beschrieben, eine Übertragung von Übungen aus dem Therapiesetting in die Familie möglich ist. Die Ergebnisse zeigen dabei vielversprechend auf, dass dies gelingen kann und die neuen Muster bestehend aus den gemachten Erfahrungen innerhalb der Therapie internalisiert und in anderen Kontexten wieder abgerufen werden können. Hier ist durchaus eine positive Wechselwirkung der Therapieansätze möglich.

Auf einer anderen Ebene lässt sich die Frage stellen, ob nicht eine emotionale Entwicklungsverzögerung, oder eine unausgeglichene Nähe/Distanz Regulierung eine Hürde für die psychosexuelle Entwicklung darstellen können, oder ob die sexuelle Entwicklung sich dann andere Wege um die Hürde herum sucht? Letzteres scheint der Fall zu sein, wenn die Oralität als Selbstregulationsstrategie bei Kindern mit einer unsicheren Bindung verhaftet scheint. Das Kind kann sich durch Bewegung regulieren, wobei eine Bewegung auch Selbststimulierung sein kann. Interessant ist, dass das Kind sexuelles Verhalten als Regulierung nutzt. Laut Brisch reduzieren Berührungen den Stresszustand des Kindes, ausgelöst durch das Bindungssystem bei (drohender) Trennung von der Bindungsperson. Eine weitere mögliche Überlegung dazu wäre, dass das Kind die Fähigkeiten nutzt, die ihm selbst autonom zur Verfügung stehen, um sich zu beruhigen, wenn die Eltern eine Regulierung in Interaktion nicht vermögen. Der eigene Körper und die frühkindliche sexuelle Erfahrung der Masturbation wird sich dabei zu Nutze gemacht, nicht anders als jeder andere Regulationsmechanismus wie z. B. motorische Unruhe oder Schreien, Gegenstände werfen auch. Eine Entwicklung in der Sexualität des Kindes könnte somit ebenfalls zu einer Veränderung der Regulationsmuster und Bindungsmuster beitragen.

9.9 Förderungs- und Unterstützungsbedarf der psychosexuellen Entwicklung

Die Ergebnisse zeigen auf, dass es eine Notwendigkeit der frühen sexuellen Förderung geben kann. Wenn die Entwicklung frühzeitig auf eine positive Spur gebracht wird, ist es wahrscheinlich, dass ein Leidensdruck im Erwachsenenalter gar nicht erst entsteht – denn durch eine frühe Förderung entsteht ein stabiles Entwicklungsfundament. Dies könnte sich

auch in den Studien zur Devianz bzw. sexuellen Verhaltensauffälligkeiten geltend machen, bei denen sexuelles Verhalten häufig mit Bindungsstörungen korreliert – wird frühzeitig an der Veränderung entweder der Bindungsentwicklung oder der psychosexuellen Entwicklung gearbeitet, könnten diese Entwicklungen anders verlaufen. Hier stellte Mosser bereits fest, dass besonders durch nicht funktionale Bindungsmuster durchaus bereits im Kindesalter bereits dysfunktionale Strategien entwickelt werden, die mit sexuell übergriffigem Verhalten in Verbindung stehen und ihren Ursprung in den fehlenden elterlichen Kompetenzen dem Kind einen emotional und erzieherisch haltenden Rahmen zu bieten sowie eher wenige positive Eltern-Kind-Interaktionen. Dieses Verhältnis haben die Ergebnisse gar nicht beachtet. Dies könnte bedeuten, dass in der Praxis die Aufmerksamkeit fehlt, für die durch Mosser als „störungsanfällig“ beschriebene Schnittstelle der beiden Entwicklungssysteme. Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch ebenfalls, dass diese Aufmerksamkeit hergestellt werden sollte, um Kinder (und auch Eltern) vor den Konsequenzen und Stigmatisierung durch das Umfeld, die sexuell auffälliges und übergriffiges Verhalten mit sich zieht, schützen zu können.

Ebenso legen Brenk-Franz und von Sydow eindrücklich dar, auf welche Weise die gemachten Bindungserfahrung die Sexualität, Partnerschaft, Liebesfähigkeit und das Körperschema im Erwachsenenalter beeinflusst und sich als Teil der Identität verankert.

Eine frühe Förderung der psychosexuellen Entwicklung bei unsicheren Bindungserfahrungen scheint zudem sinnvoll, da eine unsichere Bindung eine Verletzlichkeit der kindlichen Entwicklung ausmacht, welche in besonderer Verbindung mit der sexuellen Entwicklung steht. Es braucht ein erhöhtes Maß an Sensibilität, eine frühzeitige leichte Korrektur, aber nicht unbedingt ein massives Eingreifen. Die Sensibilität bezieht sich dabei auch auf die Grundvoraussetzung einer liebevollen und fördernden Familie welche laut BzGA für die sexuelle Entwicklung notwendig ist – nicht unbedingt eine Voraussetzung, die in bindungsunsicheren Familien gegeben ist.

Von Sydow schilderte, dass sexuelle Intimität des Menschen ein Minimum an Bindungssicherheit benötigt, welches für mich ein weiteres Argument für eine frühe Förderung ausmacht.

Der Entwicklungsprozess und die Fähigkeiten, welche das Kind in seiner sexuellen Entwicklung erlernt, können eine Ressource darstellen, besonders bei Kindern mit unsicheren Bindungsmustern. Erfolgreiche Lernschritte in der sexuellen Entwicklung können

die Selbstwirksamkeit des Kindes stärken, welche bei unsicher gebundenen Kindern gering ausgeprägt sein kann.

Es wäre interessant gewesen darüber Aufschluss zu erhalten, wer eigentlich mit einem wirklichen Anliegen in die Beratung oder Therapie der InterviewpartnerInnen kommt. Das Alter der Kinder und die Tendenz aus den Ergebnissen heraus, deuten darauf hin, dass es die Eltern oder anderes Umfeld zum Kind sind, die mit einer Vorstellung der Notwendigkeit der Intervention vorstellig werden. Abgedeckt werden konnte in dieser Arbeit nicht, welchen Bedarf an Förderung die Kinder selbst empfinden und mit welchem Verständnis zur Situation, in welche sie eingebunden werden, die Kinder teilnehmen. Dazu hätten Befragungen von Eltern und Kindern im Alter von 3-5 Jahren Aufschluss geben können. Besonders da die Ergebnisse und die Literatur stark darauf hindeuten, dass die Bedarfe der Kinder in den Therapien im Fokus stehen und erst an zweiter Stelle die der Eltern.

Ob in den ersten zwei Lebensjahren eine explizit psychosexuelle Förderung bei unsicherer Bindung notwendig ist, bleibt ein Stück offen. Fest steht, dass Interventionen sinnvoll sein können, sich dafür jedoch auch andere Ansätze und Behandlungsmethoden bei unsicherer Bindung eignen könnten, wie die bindungsbasierte Psychotherapie, Eltern-Kind Therapien, die den kindlichen Körper (und das Embodiment) entweder im Fokus oder als Teil integriert haben, durch welche die psychosexuelle Entwicklung mitgefördert wird.

Es muss nicht direkt eine invasive Lösung sein, grundsätzlich sollte so wenig wie möglich in die Familie und die Lebenssituation des Kindes eingegriffen werden. Zudem sollte der Grundsatz „Bildung vor Therapie“ gelten, angelehnt an die Vorgehensweise der Eltern-Säuglings-Kleinkind-Psychotherapie wie beschrieben von Ludwig-Körner. Hierbei soll es darum gehen, zunächst durch Wissensvermittlung und Beratung eine gewünschte Veränderung zu erreichen, bevor durch Therapie oder umfassendere Interventionen eingegriffen wird. Der Gedanke ist auch in den Ergebnissen zu finden, indem die Eltern durch Beratung bereits lernen können, ihre Kompetenzen zu erweitern und im Dialog mit ihrem Kind einzusetzen.

Hinweisen möchte ich an dieser Stelle darauf, dass unter dem Gedanken die psychosexuelle Förderung so wenig wie möglich invasiv im Leben des Kindes und seiner Familie zu gestalten, ein Wissen und eine Offenheit zur frühkindlichen Sexualität und deren Wirkbereiche, deren Bedeutung und Integration in die frühkindliche Entwicklung für die Professionen, die täglich mit Kindern in den ersten zwei Lebensjahren arbeiten (ÄrztInnen, Hebammen,

Tagespflegeeltern, KrippenerzieherInnen usw.) notwendig ist. Denn so könnten durch informelle Gespräche bereits Impulse bei den Eltern geschaffen werden, etwas in der Interaktion mit ihrem Kind zu verändern und in der Entwicklung des Kindes eine neue Richtung eingeschlagen werden.

Zur Notwendigkeit der Konzeptentwicklung zur Förderung der psychosexuellen Entwicklung bei unsicherer Bindungserfahrung lässt sich festhalten, dass die psychosexuelle Entwicklung in den ersten Lebensjahren innerhalb der Familien stattfindet und somit für die Außenwelt verborgen stattfindet. An sexualpädagogischen Konzepten für Professionelle und Aufklärungsmaterial für die Eltern gibt es doch sehr gut aufgearbeitete Angebote, besonders die Broschüren der BzgA, welche meiner Meinung nach angemessene und geeignete Förderungsanregungen für die Eltern bieten. Die sexualpädagogischen Konzepte greifen in der Regel erst ab dem Kindergartenalter, wie in dieser Arbeit dargestellt werden konnte. Hier beginnt auch die Sexualerziehung, welche sich in der Schule fortsetzt. Für die ersten Lebensjahre, in der Zeit in dem sich das Bindungsmuster gestaltet und auch der erste Grundstein mit psychosexuellen Erfahrungen gelegt wird, stehen die Eltern somit recht allein da mit ihrem Kind und der sexuellen Entwicklung. Die Beantwortung von Fragen der Eltern, zu Sorgen, ob sexuelle Verhaltensweisen des Kindes in Ordnung sind oder nicht, obliegt den eigenen Erziehungsmaßgaben und Vorstellungen der Eltern aus eigener Erfahrung heraus. Wie die Eltern vorgehen, unterliegt auch deren Fähigkeiten, Informationen über die sexuelle Entwicklung ihres Kindes zu beschaffen, zum Beispiel bei anderen Eltern, Kinderärzten und anderen niedrigschwelligen Informationsquellen sowie den höherschwelligen wie Beratungsstellen, PsychologInnen oder der Jugendhilfe (je nach Scham der Eltern zu dem Thema).

10 Fazit

Mein Wunsch war es, mit dieser Arbeit dazu beitragen zu können, erste Ideen und Ansatzpunkte für einen praxisorientierten Leitfaden für die Förderung psychosexueller Entwicklung bei unsicher gebundenen Kindern vorzustellen. Mein Anliegen war auch die Aufmerksamkeit auf den Bedarf der frühen Förderung von kindlicher Sexualität in Zusammenhang mit der Bindungsentwicklung zu lenken, um Professionelle für die Thematik zu sensibilisieren und um Eltern in der Entwicklung ihrer Kinder bestmögliche Unterstützung anbieten zu können.

Die Fragestellungen und Hypothesen dieser Arbeit haben sich vorrangig im Kontext von Überlegungen, Beobachtungen und durch bereits bestehende Erfahrungswerte zur kindlichen Entwicklung meines Beruf entwickelt. Beide Fragestellungen konnten beantwortet werden, wenn auch vielleicht nicht vollkommen zufriedenstellend. Meine Hoffnung auf die Ergebnisse diese Arbeit war, dass nicht nur die positive Förderung der sexuellen Entwicklung bereits gut und umfassend etabliert ist, sondern auch, dass in der Praxis bereits integrativ mit unsicheren Bindungserfahrungen in der Sexualberatung- und therapie gearbeitet wird.

Diese Arbeit hat aufzeigen können, dass die Verbindung von infantiler Sexualität und Bindungsentwicklung tatsächlich noch nicht in Bezug auf die frühkindliche Entwicklung angekommen ist. Ein grundlegendes, theoretisches Wissen darüber, was es für eine frühkindliche psychosexuelle Förderung unsicher gebundener Kinder brauchen könnte, scheint vorhanden zu sein. Das Wissen besteht jedoch noch isoliert in den jeweiligen Bereichen und ist noch nicht verknüpft und entwickelt worden – weder in der Forschung noch in der Praxis.

Bemerkenswert ist, dass zumindest in der Sexualberatung- und therapie im Erwachsenenbereich in der theoretischen Darlegung der Konzepte (u.a. Hartmann, Sexocorporel) die Bindungsmuster der KlientInnen und PatientInnen ein Faktor sind, welcher in die Beratung/Therapie integriert wird und Beachtung findet. Dies ließ sich leider nicht durch die Interviewbefragungen aus der Praxis in dieser Arbeit bestätigen, welches mit Sicherheit auch der Auswahl der InterviewpartnerInnen geschuldet war, denn im Rahmen dieser Arbeit wurde nur ein/eine SexualberaterIn/SexualtherapeutIn befragt. Interessant wäre es deshalb umfassendere Befragungen von SexualberaterInnen und -TherapeutInnen durchzuführen welche im Rahmen ihrer Arbeit mit Kindern tätig sind, um zu elaborieren und

besser differenzieren zu können, wie die Bindungserfahrungen in der Sexualberatung- und Therapie sich berufsspezifisch tatsächlich darstellen.

Die Ergebnisse zu der Frage über Förderungsmöglichkeiten der psychosexuellen Entwicklung bei unsicher gebundenen Kindern im Alter von 0-5 Jahren in professioneller Praxis, konnten durchaus gute Anregungen liefern, bleiben jedoch auch hier unvollständig. Als zentrale Elemente einer solchen Förderung, möchte ich hier noch einmal die Folgenden hervorheben:

- ❖ Es braucht eine sichere Basis für eine sexuelle Explorationsgrundlage, weshalb der Therapierende bzw. Beratende den Kindern Mut und Sicherheit geben sollte
- ❖ Es braucht Zeit und Ruhe für die sexuelle Entwicklung, weshalb bindungsaktivierte Stresszustände so weit wie möglich reduziert werden sollten. Auch um dem Kind das Lernen zu ermöglichen.
- ❖ Der Beratungs- bzw. Therapieprozess sollte dem Kind ein Vertrauen in eigene (sexuelle) Fähigkeiten vermitteln können und Selbstwirksamkeit fördern, durch spielerische, am Bedarf des Kindes ausgerichtete Aktivitäten.
- ❖ Das Förderungskonzept sollte die Kinder befähigen ihre Bedürfnisse zu äußern (emotional und physisch) und sie dabei unterstützen, Genuss zu lernen der Berührungen, des Körperkontaktes und der emotionalen Verbundenheit zu einem anderen Menschen.
- ❖ Die Eltern sollten immer in die Förderung einbezogen werden und durchaus den Mittelpunkt der Arbeit ausmachen können, um sie in ihrer Verantwortlichkeit für die Entwicklung ihrer Kinder zu stärken und sie zu positiven Interaktionen mit ihrem Kind zu befähigen, welche als Resilienzfaktor in der psychosexuellen Entwicklung und der Bindungsentwicklung fungieren.

Der nächste Schritt wäre die Entwicklung eines konkreten Förderungskonzeptes für die psychosexuelle Förderung bei Kindern mit unsicherer Bindungserfahrung und ihren Eltern. Das Förderungskonzept sollte praktische Aktivitäten und Übungen als Werkzeuge für Professionelle in der Arbeit mit Kindern enthalten, die sich an den Lebenswelten der Kinder und ihren Eltern orientieren und auch spielerisch im Alltag der Familien umsetzbar und integrierbar sind – wünschenswert wäre dabei, die Ebenen der Körperlichkeit und der Emotionalität durch die Interaktion zwischen Kind und Eltern um eine dritte Ebene der zärtlich-sinnlichen Erfahrungen erweitern zu können.

Im Übrigen denke ich, dass noch weitaus kreativere Elemente in der Förderung der psychosexuellen Entwicklung bei unsicherer Bindungserfahrung Einzug halten könnten, als die Ansätze, welche anhand der Befragungsergebnisse hervorgekommen sind. Dabei könnte ich mir besonders gut die Gestalttherapie vorstellen. Auch eine kindgerechte Anpassung des Modells Sexocorporel wäre denkbar, denn das Modell trägt mit einer wertschätzenden Haltung und seiner Körperorientierung dazu bei dem Kind in seinen Bedarfen zu begegnen und es somit entwickeln zu können.

Die fünf Haupthypothesen meiner Arbeit ließen sich bestätigen und zum Teil sogar ergänzen und erweitern.

Es hat sich gezeigt, dass die sexuelle Entwicklung von einer Förderung unter gewissen Bedingungen profitieren kann. Es konnte die Annahme formuliert werden, dass die psychosexuelle Entwicklung für die Eltern tatsächlich unbewusst stattfindet und ebenso für einige Professionen, die am und mit dem Kind arbeiten, weshalb ein Konzept zur Förderung der psychosexuellen Entwicklung durchaus sinnvoll sein kann, um Bewusstsein zu schaffen mit dem Ziel der Reflexion und somit der Möglichkeit zur Veränderung. Ein wechselseitiges Veränderungspotential von Verfahren und Konzepten zur Förderung der sexuellen Entwicklung und der Bindungsentwicklung besteht, welches als Rückschluss aus den Interviewbefragungen gezogen werden konnte. Dabei steht die Veränderungsmöglichkeit durch die sichere Beziehung und Interaktion tragend im Fokus.

Auch die Körperarbeit durch Bewegungsübungen und Aktivitäten mit Kindern bildet einen Schwerpunkt in der Förderung der psychosexuellen Entwicklung von bindungsunsicheren Kindern, wie einleitend überlegt wurde. Als Erkenntnis dieser Arbeit gelten aber auch emotionale Kommunikation und Spiel in der Erweiterung der anfänglichen Überlegung als wesentliche Elemente, welche zur Förderung beitragen.

Körperlichkeit (Berührungen, Einsatz des Körpers), Emotionalität (Regulierung und Kommunikation) und Beziehungsgestaltung- und -erhaltung sind die Bereiche, welche die größte Wahrscheinlichkeit für Herausforderungen in der psychosexuellen Entwicklung für Kinder mit unsicheren Bindungserfahrungen sind. Jedoch hat diese Arbeit nicht nur diese Hypothese bestätigen können. Für mich ergab sich die Erkenntnis, dass das Kind als sozial-emotional, sexuelles Wesen betrachtet werden kann. Denn die Sexualität ist ein körperliches, emotionales und soziales Grundbedürfnis des Menschen. Das Kind ist mit Geburt ein sexuelles und ein soziales Wesen, welches über die Funktionen und Fähigkeiten verfügt, die

Psychosexuelle Entwicklung bei unsicherer Bindungserfahrung in der frühen Kindheit

es in der sich entwickelnden Sexualität und Bindungsbeziehungen braucht. Die angeborenen Fähigkeiten des Kindes – körperlich, affektiv, sozial und seine Sinne zu gebrauchen – ermöglichen es in Verbindung mit Neugierde und Motivation zu lernen und zu entdecken und die Entwicklungssysteme voranzutreiben. Sexualität und die Liebesfähigkeit sind dabei nicht im Wesentlichen nur biologische, sondern vorrangig soziale Phänomene. Die Ganzheitlichkeit der sexuellen Entwicklung zeigt sich in der Verbindung zwischen Körper und Seele. Körperliches Erleben und affektive Wahrnehmung stehen in ihrer Bedeutung in beiden Systemen in einer wechselseitigen Beziehung zueinander. Sexuelle Entwicklung ist ein soziales Konstrukt, bei dem der Säugling von Beginn an unter dem Aspekt eben auch ein soziales, beziehungsfähiges Wesen zu sein, Sexualität, Beziehung, Liebe und Bindung durch die Eltern lernt. Denn es strebt sowohl nach emotionalen Bindungen und ebenso sinnlichen Erfahrungen in eben diesen.

Auf einer anderen Ebene üben die kulturellen und gesellschaftlichen Regeln, Werte und Normen eine Einwirkung auf das Kind aus. Die psychosexuelle Entwicklung ist durch soziokulturelle Normen beeinflusst, nicht zuletzt auch durch die in den Eltern eingeschriebenen kulturellen Werte- und Moralvorstellungen. Ebenso verhält es sich natürlich auch bei der Beeinflussung der Bindungsbeziehung. Eine wirkliche individuelle Entwicklung ist deshalb wahrscheinlich nebst den Fähigkeiten, Veranlagungen und Ressourcen des Einzelnen Kindes oder Elternteils auch als Produkt von einem gemeinschaftlichen Verständnis und Bewertung von „richtig“ oder „falsch“ zu sehen und geprägt. Aus diesem Grund liegt es nicht nur in der Verantwortung der Eltern, sondern auch der Gesellschaft und ihren Hilfsmöglichkeiten, Kinder in ihrer sexuellen Entwicklung zu fördern und zu unterstützen.

Abschließend möchte ich noch fragen, was die Überlegungen und Ergebnisse dieser Arbeit für Karl bedeuten könnten? Überraschend für mich wurde im Verlauf der Ausarbeitung dieser Arbeit deutlich, dass Karl ein ziemlich genaues Abbild eines Kindes mit unsicheren Bindungserfahrungen und den möglichen Herausforderungen in der psychosexuellen Entwicklung ist. Angefangen bei seiner nicht ausbalancierten Nähe-Distanz-Regulierung, seiner oralen Stimulierung und Regulierung durch Essen, seine Herausforderungen, Berührungen zuzulassen und zuletzt seiner fehlenden Möglichkeit, seinen Gefühlen Ausdruck zu verleihen, was zu Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion führt.

Karl begann vor einem Jahr eine Therapie zur Unterstützung einer sicheren Bindungsentwicklung, welche bisher positive Auswirkungen auf Karls emotionale und soziale

Entwicklung gezeigt hat. In dem einen Jahr der Therapie hat sich bereits verändert, dass Karl nicht mehr unbedingt Sicherheit und Struktur in Ritualen und Handlungsabfolgen im Alltag sucht, sondern er in der Beziehung zu dem Erwachsenen Sicherheit finden kann und er mittlerweile seine Gefühle weitaus besser selbst regulieren kann. Berührungen und emotionale Nähe kann Karl mittlerweile viel besser akzeptieren und in vertrauensvollen Beziehungen genießen. Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen mich darauf hoffen, dass Karl eine für sich gesunde und zufriedenstellende sexuelle Entwicklung erleben wird und diese Entwicklung vielleicht schon begonnen hat.

11 Literaturverzeichnis

Ahrbeck, Bernd; Benz, Ute; Kohaupt, Georg; Bistrović, Miriam; Krenz, Michael; Eicke, Sibylle von et al. (Hg.) (2013): Festhaltetherapien - Ein Plädoyer gegen umstrittene Therapieverfahren. Gießen: Psychosozial Verlag

Arens, Ulla (2003): Offenheit und Scham in der Familie. Wie Eltern und Kinder unbefangen miteinander umgehen. Kreuzlingen: Ariston.

Betschart, Markus (2001): Sexualpädagogisches Konzept. Heilpädagogisches Zentrum Hagendorn.

Bowlby, John (2006): Bindung. München: Reinhardt

Bowlby, John (2006a): Bindung und Verlust. München, Basel: E. Reinhardt.

Brenk-Franz, Katja (2010): Sexuelle Verhaltensweisen in Abhängigkeit vom Bindungsstil. In: Sexuologie (17), S. 14–23.

Brisch, Karl Heinz (2012): Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In: Karl Heinz Brisch und Theodor Hellbrügge (Hg.): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Vierte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 105–135.

Brisch, Karl Heinz (Hg.) (2012a): Bindungen - Paare, Sexualität und Kinder. Stuttgart: Klett-Cotta

Brisch, Karl Heinz (2013): Magret Mahlers Konzept der Separation und Individuation. Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum der Universität München. Online verfügbar unter https://www.khbrisch.de/media/brisch_akademie_mahler_271013_02_versand.pdf, zuletzt geprüft am 19.12.2019.

Brisch, Karl Heinz (2014): Säuglings- und Kleinkindalter. Bindungspsychotherapie; bindungsbasierte Beratung und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta

Brisch, Karl Heinz (2020): SAFE. Sichere Ausbildung für Eltern: sichere Bindung zwischen Eltern und Kind: für Schwangerschaft und erste Lebensjahre. Zehnte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, Karl Heinz; Hellbrügge, Theodor (Hg.) (2012): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Internationaler Kongress Attachment and

Trauma: Risk and Protective Factors in the Development of Children. Vierte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, K. H. et al (2018): Bindungsstörungen. In: Monatsschrift für Kinderheilkunde 6 (166), S. 533–544. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00112-018-0465-7>. Zuletzt geprüft am 27.01.2021

Brisch, Karl Heinz (2018a): Bindung und Bindungsstörungen. Hg. v. Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum der Universität München. Online verfügbar unter https://www.khbrisch.de/media/vorlesung_bindungsstoerung_22012018.pdf, zuletzt geprüft am 19.12.2019.

Bruckhardt-Mußmann, Claudia (2012): Wenn Sexualität ins Spiel kommt. Überlegungen zu konstituierenden Bedingungen infantiler Sexualität. In: Quindeau, Ilka und Brumlik, Micha (Hrsg.) (Hg.): Kindliche Sexualität. 1. Aufl. Weinheim, Bergstr: Juventa, S. 129–156.

Brumlik, Micha (2012): Wie ein Kugelblitz? Das Rätsel der kindlichen Sexualität. In: Quindeau, Ilka und Brumlik, Micha (Hrsg.) (Hg.): Kindliche Sexualität. 1. Aufl. Weinheim, Bergstr: Juventa, S. 13–23.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (2006): Körper, Liebe, Doktorspiele. Ein Ratgeber für Eltern zur frühkindlichen Sexualentwicklung; Evaluation einer zweiteiligen Broschüre. 1. Aufl. Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzG) (2010): Liebevoll begleiten. Körperwahrnehmung und körperliche Neugier kleiner Kinder; vom 1. Lebensjahr bis zur Einschulung; ein Ratgeber für Eltern zur kindlichen Entwicklung vom 1. bis zum 6. Lebensjahr. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Köln. Online verfügbar unter <https://www.bzga.de/infomaterialien/sexualaufklaerung/liebevoll-begleiten/>. Zuletzt geprüft am 13.01.2021

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzG) (Hg.) (2017): Flyer Die Kindergartenbox. Online verfügbar unter <https://www.bzga.de/infomaterialien/sexualaufklaerung/informationflyer-kindergartenbox-entdecken-schauen-fuehlen/>. Zuletzt geprüft am 13.01.2021

Burian-Langegger, Barbara (Hg.) (2005): Doktorspiele. Die Sexualität des Kindes. Wien: Picus-Verl.

Desjardins, Lise und Tremblay, Mélanie (2008): Ausbildung in Sexocorporel. Heft 1-5. Hg. v. Académie du Sexocorporel Desjardins Inc.

Dilling, Horst (Hg.) (1992): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation. 1. Aufl., Nachdr. 16. - 30. Tsd. Bern: Huber.

Dornes, Martin (2013): Die Seele des Kindes. Entstehung und Entwicklung. 4. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (Hg.) (2015): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 6. Auflage. Marburg: Dr. Dresing und Pehl GmbH.

Erickson, Martha Farrell; Egeland, Byron (2006): Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP-Programm. 3. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Flammer, August (2009): Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung. 4., vollst. überarb. Aufl. Bern: Huber

Franneck, Yvonne (2020): Frühkindliche psychosexuelle Entwicklung im ersten Lebensjahr. Wissenschaftliche Arbeit im Studiengang Sexologie, Hochschule Merseburg.

Freud, Sigmund (1940): Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. Dreizehnter Band. Jenseits des Lustprinzips/ Massenpsychologie und Ich-Analyse/ Das Ich und das Es. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.

Freud, Sigmund (1941): Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. Siebenter Band. Werke aus den Jahren 1906-1909. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.

Freud, Sigmund (1942): Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. Fünfter Band. Werke aus den Jahren 1904-1905. 18 Bände. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.

Freud, Sigmund (1943): Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. Achter Band. Werke aus den Jahren 1909-1915. London: Imago Publishing Co. Ltd.

Freud, Sigmund (1944): Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. Elfter Band. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.

Freud, Sigmund (1948): *Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. Vierzehnter Band. Werke aus den Jahren 1925-1931.* London: Imago Publishing Co. Ltd.

Früh, Friedl (op. 2005): Warum wird die infantile Sexualität sexuell genannt? In: Ilka Quindeau und Volkmar Sigusch (Hg.): *Freud und das Sexuelle. Neue psychoanalytische und sexualwissenschaftliche Perspektiven.* Frankfurt am Main: Campus Verl., S. 97–111.

Graf Recke Stiftung (2013): *Sexualpädagogisches Konzept.* Online verfügbar unter https://www.horizonte.biz/wp-content/uploads/Sexualp%C3%A4dagogisches_Konzept.pdf.
Zuletzt geprüft am 08.12.2020

Grossmann, Klaus E. (2010): Sichere und unsichere Bindungserfahrungen im Säuglingsalter und ihre Folgen für die Entwicklung der Persönlichkeit. In: *Sexuologie* (17), S. 5–13.

Hartmann, Uwe (Hrsg.) (2018): *Sexualtherapie. Ein neuer Weg in Theorie und Praxis.* Berlin: Springer.

Helfferich, Cornelia (2011): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews.* 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer

Helfferich, Cornelia. (2014): Leitfaden- und Experteninterviews. In: N. Baur, J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung.* Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 559-574

Holmes, Jeremy (2002): *John Bowlby und die Bindungstheorie.* 2. Aufl. München: Reinhardt

Honig, Michael-Sebastian (2012): Kinder und Sexualität. Der Betrag der childhood studies. In: Quindeau, Ilka und Brumlik, Micha (Hrsg.) (Hg.): *Kindliche Sexualität.* 1. Aufl. Weinheim, Bergstr: Juventa, S. 45–59.

Klitzing, Kai von (2015): Psychische Störungen in der frühen Kindheit. In: *Deutsches Ärzteblatt* (21-22), S. 375–386.

Laplanche, Jean (2017): *Sexual. Eine im Freud'schen Sinne erweiterte Sexualtheorie.* Deutsche Erstveröffentlichung. Hg. v. Udo Hock und Jean-Daniel Sauvant. Gießen: Psychosozial-Verlag

Ludwig-Körner, Christiane (2013): Möglichkeiten und Grenzen der Eltern-Säuglings-Kleinkind Psychotherapie. In: Bernd Ahrbeck, Ute Benz, Georg Kohaupt, Miriam Bistrovic, Michael

Krenz, Sibylle von Eicke et al. (Hg.): Festhaltetherapien - Ein Plädoyer gegen umstrittene Therapieverfahren. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 49–75.

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz

Mertens, Wolfgang (1996): Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. Band 2. Kindheit und Adoleszenz. 2., überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer

Mertens, Wolfgang (1997): Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. Band 1. Geburt bis 4. Lebensjahr. 3. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Mosser, Peter (2012): Sexuell grenzverletzende Kinder. Praxisansätze und ihre empirischen Grundlagen; eine Expertise für das IzKK - Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung, DJI e.V., München. München: Deutsches Jugendinstitut. Online verfügbar unter https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/izkk/IzKK_Mosser_Expertise.pdf. Zuletzt geprüft am 25.11.2020

Nitsche, Esther M. (2017): Die Wichtigkeit einer starken Eltern-Kind-Beziehung. In: Pädiatrie (29), S. 32–34. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s15014-017-1157-9#citeas>, zuletzt geprüft am 13.11.2020.

Philipps, Ina-Maria (2001): Körper, Liebe, Doktorspiele. 1. bis 3. Lebensjahr. 1. Aufl. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Körper, Liebe, Doktorspiele, ein Ratgeber für Eltern zur kindlichen Sexualentwicklung / Ina-Maria Philipps. Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Abt. Sexualaufklärung, Verhütung u. Familienplanung; 1).

Philipps, Ina-Maria (2001): Körper, Liebe, Doktorspiele. 4. bis 6. Lebensjahr. 1. Aufl. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Körper, Liebe, Doktorspiele, ein Ratgeber für Eltern zur kindlichen Sexualentwicklung / Ina-Maria Philipps. Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Abt. Sexualaufklärung, Verhütung u. Familienplanung; 2).

Quindeau, Ilka (op. 2005): Braucht die Psychoanalyse eine Triebtheorie? In: Ilka Quindeau und Volkmar Sigusch (Hg.): Freud und das Sexuelle. Neue psychoanalytische und sexualwissenschaftliche Perspektiven. Frankfurt am Main: Campus Verl., S. 193–208.

Quindeau, Ilka (2008): Verführung und Begehren. Die psychoanalytische Sexualtheorie nach Freud. Stuttgart: Klett-Cotta.

Quindeau, Ilka (2012): Die infantile Sexualität. In: Quindeau, Ilka und Brumlik, Micha (Hrsg.) (Hg.): Kindliche Sexualität. 1. Aufl. Weinheim, Bergstr: Juventa, S. 24–44.

Quindeau, Ilka; Sigusch, Volkmar (Hg.) (op. 2005): Freud und das Sexuelle. Neue psychoanalytische und sexualwissenschaftliche Perspektiven. Frankfurt am Main: Campus Verl.

Quindeau, Ilka und Brumlik, Micha (Hrsg.) (Hg.) (2012): Kindliche Sexualität. 1. Aufl. Weinheim, Bergstr: Juventa

Rohrman, Tim; Wanzeck-Sielert, Christa; Holodynski, Manfred; Gutknecht, Dorothee; Schöler, Hermann (2018): Mädchen und Jungen in der KiTa. Körper - Gender - Sexualität. 2nd ed. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Schmidt, Gunter (2014): Das neue Der Die Das. Über die Modernisierung des Sexuellen. Überarbeitete und erweiterte Neuauflage. Gießen, Lahn: Psychosozial-Verlag

Schurke, Bettina (2005): Sexuelles Verhalten von Kindern – zwischen Normalität und Abweichung. In: Barbara Burian-Langeegger (Hg.): Doktorspiele. Die Sexualität des Kindes. Wien: Picus-Verl., S. 34–62.

Schurke, Bettina (2012): Problematisches sexuelles Verhalten als Herausforderung für die Kinder- und Jugendhilfe. In: Quindeau, Ilka und Brumlik, Micha (Hrsg.) (Hg.): Kindliche Sexualität. 1. Aufl. Weinheim, Bergstr: Juventa, S. 157–176.

Schütz, Esther Elisabeth (2018): Einführung in den Masterstudiengang Modul 1 Block 1. Einführung in die Themen zu Sexocorporel im Masterstudiengang / Gruppenbildung / Unterschiedliche Ansätze der Sexualwissenschaften /Einführung Sexocorporel. Unterrichtsskript. Hochschule Merseburg.

Schütz, Esther Elisabeth (Mai und Juni 2018a): Block 2: Sexuelle Entwicklung der Kinder nach Sexocorporel Block 3: Sexualität im Jugendalter und der Adoleszenz sowie im Erwachsenenalter nach Sexocorporel. Unterrichtsskript. Hochschule Merseburg.

Schütz, Esther Elisabeth (Mai 2018b): Sexocorporel. Sexuelle Entwicklung von Mädchen und Jungen. Block 2. Unterrichtsskript. Hochschule Merseburg.

Schütz, Esther Elisabeth (2020): Die Sexualität von Kindern, Jugendlichen, Frauen und Männern mit einer Behinderung. Vortragsskript, internes Papier. Uster: ISP Uster.

Strauß, Bernhard (2015): Bindung. Wetzlar: Psychosozial-Verlag.

Sydow, Kirsten von (2012): Bindung und Partnerschaft: Forschungsergebnisse und Implikationen für die Paar- und die Einzeltherapie. In: Karl Heinz Brisch (Hg.): Bindungen - Paare, Sexualität und Kinder. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 61–79

Ullrich, Peter (2006): Das explorative ExpertInneninterview: Modifikationen und konkrete Umsetzung der Auswertung von ExpertInneninterviews nach Meuser/Nagel. In: Engartner, Tim; Kuring, Diana; Teubl, Thorsten (Hrsg.): Die Transformation des Politischen: Analysen, Deutungen und Perspektiven; siebentes und achtes DoktorandInnenseminar der Rosa-Luxemburg-Stiftung. - Berlin: Dietz, (Manuskripte / Rosa-Luxemburg-Stiftung; 66), S. 100–109.

Vetter, Brigitte (2007): Sexualität. Störungen, Abweichungen, Transsexualität. Stuttgart: Schattauer.

White, Kate (2012): Die Verflechtung von Bindung und Sexualität in der klinischen Arbeit. In: Karl Heinz Brisch (Hg.): Bindungen - Paare, Sexualität und Kinder. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 80–95.

WHO (2019): ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Version: 04/2019. Hg. v. WHO. Online verfügbar unter <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fclid%2fentity%2f991786158>, zuletzt geprüft am 17.11.2019.

World Health Organisation WHO (2020): Definition sexuelle und reproduktive Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>, zuletzt geprüft am 12.12.2020.

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Stellen sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Verfasserin/ des Verfassers