



Hospitalismus



Lexilog-Suchpool

Sozialwaisen – Kleinkinder ohne Familie

Auswirkungen von Hospitalismus

Maximilian Rieländer

Für eine Zeitschrift der „Gesellschaft für Sozialwaisen“ e.V. (GeSo)
Münster 1982

Der öffentliche Umgang mit Kindern, die als Sozialwaisen ohne Familie aufwachsen, hat eine lange Geschichte.

Ärzte, Psychologen und Pädagogen haben zum Schicksal von Sozialwaisen, die in ihren ersten Lebensjahren ohne Familie aufwachsen, nachgedacht und geforscht: Was ist das Schicksal dieser Sozialwaisen? Wie wird ihre frühe und spätere Entwicklung durch das frühe Schicksal der Familienlosigkeit geprägt? Welche Hilfen und Maßnahmen sind sinnvoll, um diesen Kindern ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen?

Auch dieses Nachdenken und Forschen hat seine Geschichte.

Wir können aus dem Schicksal der familienlosen Kleinkinder vieles lernen:

- Was braucht ein Kind zu einer gesunden ganzheitlichen Entwicklung, die alle Bereiche spezifisch menschlicher Entwicklung umfaßt?
- Was braucht ein Kind also zur Entfaltung seines körperlichen und geistigen Wachstums, zur Entfaltung seines Fühlens und Handelns, zum Erleben und Gestalten von guten Beziehungen zu anderen Menschen?

Hier können Leser am Schicksal familienloser Kleinkinder und an der Forschung zu ihrem Schicksal Anteil nehmen

Inhalt

1. Kinder in Findelhäusern und Säuglingsanstalten: Beobachtungen und Auswertungen von Kinderärzten	2
1.1 Findelhäuser	2
1.2 Hospitalismus in Säuglingsheimen	2
1.3 Meinhard von Pfaundler – ein lang vergessener Mahner zum Hospitalismus	3
1.4 Praxis der institutionellen Säuglingspflege	6
1.5 Kritik an der Heimerziehung für Säuglinge und Kleinkinder	6
2. Bahnbrechende Forschungen von Rene Spitz zum Hospitalismus	7
2.1 Forschungen zur Entwicklungspsychologie des ersten Lebensjahres	7
2.2 Anaklitische Depression und Hospitalismus	8
2.3 Die Bedeutung der Forschungen von Rene Spitz	9
2.4 Folgerungen zu positiven Entwicklungsbedingungen für Kleinkinder	10
3. Institutionsbedingungen und Intelligenzentwicklung: Untersuchungen von Harold M. Skeels u. a.:	11
3.1 Die Untersuchungen	11
3.2 Auswertungen der Untersuchungen zur Intelligenzentwicklung	12
Literatur	13

1. Kinder in Findelhäusern und Säuglingsanstalten: Beobachtungen und Auswertungen von Kinderärzten

1.1 Findelhäuser

Im Mittelalter war es üblich, unwillkommene Kleinkinder in Findelhäusern abzugeben. Das erste Findelhaus in Mailand wurde im Jahre 780 auf Veranlassung des dortigen Bischofs eingerichtet. Weitere Findelhäuser entstanden bald in mehreren italienischen Städten. Papst Innozenz III. ließ im Jahre 1194 innerhalb eines Spitals in Rom ein Findelhaus mit einer besonderen Drehlade einrichten, d.h. mit einer Klappe in der Klostermauer, durch die ein Kind bis zu einer bestimmten Größe hineingelegt und durch eine Drehung des Kastens ins Innere befördert wurde. Auf diese Weise konnten Kinder auch unerkannt und in der Nacht abgesetzt werden. Auch Ehepaare nutzten öfters die Vorrichtung der Drehlade, um ihre unerwünschten Kinder im Findelhaus abzugeben.

Dieses System der Findelhäuser mit Drehlade verbreitete sich sehr stark. Kaiser Napoleon I. verordnete im Jahre 1811 sogar, daß derart ausgestattete Findelhäuser in allen französischen Departements errichtet werden sollten. In den europäischen Hauptstädten wurden zu Beginn des 19. Jahrhunderts sogar 20 - 30% der geborenen Kinder in Findelhäusern abgegeben. Am Beispiel der Stadt Mainz läßt sich zeigen, wie die Einrichtung eines Findelhauses mit Drehlade das Aussetzen unerwünschter Kinder erleichterte und förderte: während in den Jahren 1791 - 1810 insgesamt nur 30 Kinder ausgesetzt wurden, stieg nach Napoleons Verordnung zur Einrichtung einer Drehlade die Zahl der ausgesetzten Kinder in den kommenden 3 Jahren auf 516.

Die Zustände in den Findelhäusern waren in bezug auf Unterbringung, Hygiene, Ernährung und Betreuung katastrophal. In den meisten Findelhäusern starben etwa 60 - 90% der ausgesetzten Kinder im ersten Lebensjahr. Im Prager Findelhaus z. B., das 1781 gegründet wurde und in dem jährlich 3000 Kinder aufgenommen wurden, starben 50 - 70% der Kinder; die Verhältnisse in dem Findelhaus waren so schlimm, daß der Prager Landtag im Jahre 1863 die Aufhebung des Findelhauses erwog. Der französische Arzt Villerme schlug sogar vor, an den Findelhäusern Schilder mit der Aufschrift: „*Hier läßt man Kinder auf Staatskosten sterben.*“ anbringen zu lassen

1.2 Hospitalismus in Säuglingsheimen

Ab Mitte des 19. Jahrhunderts wurden die führenden Kinderärzte auf die Problematik der Findelhäuser aufmerksam. Damals prägten die Mediziner auch den Begriff "Hospitalismus". So schrieb der Kinderarzt Tugendreich im Jahre 1910:

Der "Hospitalismus" ist „*im einzelnen mannigfach, aber im großen immer dadurch charakterisiert, daß Säuglinge, die noch nicht hochgradig erkrankt oder sogar gesund eingeliefert waren, in den Anstalten sich fortwährend verschlechterten bis zum schließlich erfolgten Tode*“.

Zu Beginn dieses Jahrhunderts wiesen die beiden führenden Kinderärzte Artur Schloßmann und Meinhard von Pfaundler auf die Problematik der Säuglingsanstalten hin und setzten sich für eine Verbesserung ein. Sie betrachteten die Anstaltszustände jedoch aus verschiedenen Blickwinkeln:

- Schloßmann sah die Ursache für die Säuglingssterblichkeit in unzulänglichen hygienischen Bedingungen, die zu Infektionsausbreitungen führten, an denen dann viele Kinder starben.
- v.Pfaundler rückte demgegenüber den „psychischen Hospitalismus“, die seelische Vernachlässigung der Säuglinge in den Säuglingsanstalten ins Blickfeld und zeigte die Folgen von Mutterentbehrung und schematischer Anstaltsroutine auf.

Schloßmann gründete 1898 das „Dresdener Säuglingsheim“. Den Begriff des „Säuglingsheimes“ benutzte er als bewußt gewählte Tarnbezeichnung, um die wegen der hohen Anstaltssterblichkeit vorhandenen lokalen Widerstände gegen die Einrichtung seiner Säuglingsklinik zu überwinden. Er sorgte in der Klinik für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit durch konsequente hygienische Maßnahmen, durch die Einstellung von Ammen, usw. In seinem Säuglingsheim sank die Sterblichkeit in der Zeit von 1912 - 1920 von 71% auf 17%. Dieser Erfolg förderte ein Umdenken in der klinischen Kinderheilkunde. Säuglingskliniken wurden nach hygienischen Grundsätzen durch Sorge für Quarantäne, Asepsis bei der Versorgung, Impfungen, geeigneter Ernährung modernisiert. Die Sterblichkeitsrate sank in den weiteren Jahren in gut geführten Säuglingsheimen auf 0 - 2%.

1.3 Meinhard von Pfaundler – ein lang vergessener Mahner zum Hospitalismus

Die frühen Beiträge des Kinderarztes Meinhard von Pfaundler zum Problem des Hospitalismus zwischen 1900 und 1930 waren erstaunlich ausgereift. Diese Beiträge sind auch heute noch interessant und können den Leser faszinieren. Diese Beiträge wurden später in der Kinderheilkunde 'vergessen', bis Hellbrügge 1966 und Pechstein 1974 sie wieder ans Tageslicht brachten; und in der Psychologie wurden diese Beiträge leider gar nicht wahrgenommen.

1901 hielt v.Pfaundler einen bedeutsamen Vortrag „über natürliche und rationelle Säuglingspflege“. Er wies darauf hin, daß bei den Naturvölkern das junge Kind „auch jenseits der Geburt gleichsam ein untrennbarer Teil des mütterlichen Körpers“ ist. Er rügte die „widernatürliche Entfernung (des Säuglings) von der Mutter“ unter den modernen zivilisatorischen Bedingungen und erläuterte näher die Entstehung des Hospitalismus:

„Wo die Mutter oder eine nächste Anverwandte oder sonst eine für das Kind empfindende Person sich der Pflege ganz hingibt, wird der schwerere Schaden solcher Art meist nicht eintreten. Wohl aber sieht man ihn bei Kostkindern und insbesondere in Anstalten für gesunde und kranke Säuglinge, die unzureichendes Pflegepersonal haben. Hier verfallen die Kinder oft einem als 'Hospitalismus' bezeichneten Übel. Die Reaktion der Unruhe auf das Sich-selbst-Überlassensein hört nach Tagen bis Wochen allmählich auf und dann setzt ein langsam fortschreitender Verfall ein. ...

Man glaubte vormals, es wäre die Anhäufung der Säuglinge, die als solche Schäden verursacht; auch die Bakterien wurden natürlich verantwortlich gemacht. Wo aber gleich viele Säuglinge zusammengedrängt und ohne jeden besonderen Aufwand an sogenannter medizinischer Asepsis, also unter sonst ungünstigen äußeren Verhältnissen von ihren Müttern und damit individualisierend gepflegt werden – wie in gewissen Findelanstalten Österreichs und Frankreichs – da spielt der Hospitalismus keine annähernd ebensolche Rolle.“

1915 stellt v.Pfaundler die Bedingungen des Hospitalismus ausführlich in seiner "Physiologie des Neugeborenen" im Handbuch der Geburtshilfe dar.

Er erzählt zu Beginn seiner Ausführungen die Parabel der Chronica Salimbenis aus dem 13. Jahrhundert über die Frage des Kaisers Friedrich II.,

„in welcher Sprache Kinder sich auszudrücken beginnen würden, die niemals vorher irgend ein Wort sprechen gehört haben“.

„Sein lebhaftes Interesse veranlaßte ihn zu einem seltsamen Experimente: er übergab Wärterinnen und Ammen eine Anzahl verwaister Neugeborener zur Aufzucht mit dem Auftrag, ihnen die Brust zu reichen, sie zu reinigen, zu baden, etc. aber mit dem strengsten Verbote, sie jemals zu lieblosen und mit ihnen oder vor ihnen ein Wort zu sprechen. Es geschah nach des Kaisers Willen; aber dessen brennende Neugierde fand keine Befriedigung, denn alle Kinder starben im frühesten Alter. Sie konnten ja nicht leben ohne den Beifall, die Gebärden, die freundlichen Mienen und Liebkosungen ihrer Wärterinnen und Ammen.“

v.Pfaundler fährt fort:

„Kinder, die zu Hause von sorgsamem verständigen Angehörigen gepflegt werden, erlangen eine körperliche und geistige Überlegenheit gegenüber dem Durchschnitt der Anstaltskinder. Das Bestreben, die wahre Quelle des Hospitalismus noch schärfer zu fassen, steht in seinen Anfängen. Man darf jedenfalls annehmen, daß die natürlichen Empfindungen der Mutter zum Kind nicht bloß zu sorgsamer Erfüllung gewisser erteilter Pflegevorschriften, sondern auch zu bestimmten Formen des Verkehrs und damit zu wechselseitigen Anregungen führen. Nicht bei der Mutter allein, sondern auch beim Kinde wird eine Fülle von Reizen und damit von Empfindungen, weiterhin von Reaktionen vermittelt. ...

Eine Frau, die den umfassenden Ehrentitel „Mutter“ mit Recht führt, weiß sich mit ihrem Kinde schon in den ersten Lebenswochen in einen Konnex zu setzen, dessen Bedeutung für die geistige und körperliche Wohlfahrt ohne Bedenken hoch eingeschätzt werden darf und dessen Ausfall nach Ansicht des Verfassers für den Hospitalismus von größter Bedeutung ist. ...

Die Einwirkung anderer Reize, die andere Objekte zum Ziele haben und anderen Interessen entspringen, wie der oft ziemlich unruhige Betrieb von Säuglingskliniken, vermögen jene spezifischen empfindungswarmen Reize nicht zu ersetzen. ...

Die Pflege ist dort mehr eine nach allgemeinen fixen Normen, als nach individuellen Bedürfnissen des Kindes geregelte. Anstaltspflege ist unzweifelhaft vielfach Fabrikarbeit. Die Organisation und Disziplin einer Anstalt fordert bis zu einem gewissen Grade Pflegevorschriften, die im großen und ganzen rationelle sein mögen, die aber der Anpassung an spezielle Bedürfnisse des Einzelfalles wenig Raum geben. Individualitäten bestehen aber schon im ersten Lebensjahr. Eine sorgsame Pflegerin erkennt an Säuglingen oft sehr ausgesprochene Neigungen, Eigenarten, Willensäußerungen, z.B. auf dem Gebiet der Fütterung: das Wann, das Wie, hinsichtlich Qualität, Quantität der Nahrung, Fütterungsgeschwindigkeit, Trinktemperatur, Körperlage, Beschaffenheit des Saugpfropfens und seiner Bohrung und tausend andere Kleinigkeiten sind dem einzelnen durchaus nicht so gleichgültig, wie es generell für die allgemeine Verschreibung der Fall sein mag. ...

Auch die Nivellierung der Anstaltssäuglinge, die sich beispielsweise zum Staunen jedes Fremden durch die relative Ruhe in den großen Sälen mit kranken bereits 'eingewöhnten' Kindern ausdrückt, ist ein Pyrrhussieg. ...

Es gibt Kinder, die dem Schaden dauernd widerstehen. Das gilt nach Erfahrung des Verfassers in gewissem Maße von gesunden Brustkindern. Diese sind allerdings in Spitälern zumeist Ammenkinder, also die einzigen, die in der Nähe ihrer Mütter leben."

Beim Hospitalismus handelt es sich „nicht um die Gegensätze: Anstaltspflege/Privatpflege oder Massenpflege/Einzelpflege, sondern um den Gegensatz: Erfüllung individuellen Verlangens, Vermittlung förderlicher psychischer Reize und Befriedigung des Kindes vs. konsequente Nichtbeachtung dieser Momente mit ihren Folgen."

v.Pfaundler umschreibt 1915 auch das Schicksal von Säuglingen in einer Klinik als einen dreiphasigen Prozeß mit "Unruhe", "Resignation" und "Verfall":

1.Phase: Unruhe

"Säuglinge ... verhalten sich hier am Anfang so, wie es die Physiologie ihrer Entwicklungsperiode ... annehmen läßt." „Treten fremde Menschen an ihr Lager, ... so werden sie ängstlich oder unwillig."

2.Phase: Resignation

„Die Säuglinge werden zwar ruhiger, doch nicht aus besserem Behagen, sondern weil sie die Fruchtlosigkeit ihrer Äußerungen erkannt und angefangen haben, auf äußere Einflüsse aller Art weniger zu reagieren. Man findet diese Kinder öfter wach als schlafend. Tritt man an das Bett heran, so wenden sich die Augen wohl noch dem Beschauer zu, doch weder mit dem latenten Lächeln des gesunden noch mit der ängstlichen oder schmerzhaft gespannten Miene des kranken Kindes, sondern mit einem indifferenten, resignierenden, wie in Ernst und Trauer erstarrten Blick. Rumpf und Glieder liegen ziemlich regungslos auf der Unterlage. Auch wenn man das Kind aufdeckt oder entkleidet, gewahrt man keine lebhaften und kraftvollen Bewegungen der Glieder, sondern träge und unsichere."

3.Phase: Verfall

„Man steht einem körperlichen Verfall gegenüber, der sich in außergewöhnlicher und stabiler Blässe, Schlaffheit und Welkheit der Haut und der Unterhautfettes, in Elastizitätsverlust bei scheinbar oft vermehrtem Muskeltonus ausdrückt. Dieser Verfall ist nicht etwa als Zeichen eines chronischen dyspeptischen Zustandes, eines Milch- oder Mehlnährschadens oder einer Organaffektion bestimmter Art anzusehen. Man erkennt ihn oft, bevor ihn die Gewichtskurve ihn anzeigt. Von diesem Stadium an macht sich die schwerste Form des Hospitalismus bemerkbar, nämlich die völlige Widerstandslosigkeit gegen infektiöse Schäden."

„In dem Zustand des Hospitalismus steht der Körper ... unter dem Gesetz des unaufhaltsamen Verfalls."

Meinhard von Pfaundler schon zu Beginn unseres Jahrhunderts alle wesentlichen Elemente der Hospitalismus- und Deprivationsforschung bereits direkt angesprochen, und zwar die sozialen, sensorischen und emotionalen Defizite in der typischen Anstaltssituation bei Kleinkindern und die Auswirkungen auf die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder.

Auch regte v. Pfaundler die im Weltmaßstab erste große vergleichende Untersuchung zum Problem des Hospitalismus an. In dieser Untersuchung von 1925 verglich Eriksson 425 Anstaltskinder, die von wohlhabenden Eltern stammten, mit 760 Familienkindern aus einem städtischen Armutsviertel. Die Anstaltskinder waren gegenüber bestimmten Infektionskrankheiten deutlich anfälliger, was Pfaundler auf die „resistenzzerstörende“ Wirkung des Massenpfleges Schadens zurückführte. Weiterhin waren die Anstaltskinder in ihrem Längenwachstum deutlich beeinträchtigt. Die Familienkinder wirkten geistig reger und intelligenter und waren wesentlich kontaktfähiger als die Anstaltskinder.

Eine zweite frühe Untersuchung führte die Kinderärztin Müller im Jahre 1926 durch, wobei auch das erste standardisierte Verfahren für kinderärztliche Untersuchungszwecke Verwendung fand. Demnach zeigten 72,5% der 102 Anstaltskinder eine altersmäßig verzögerte Entwicklung gegenüber von 4% der 52 Familienkinder. Die Untersucherin stellt auch schon fest,

„daß das Zurückbleiben der Anstaltskinder mit 3 Monaten einsetzt. Man kann gleichsam von einem „Stehenbleiben“ mit 3 Monaten sprechen. ... Während aber jetzt mit 3 Monaten, nach dem sogenannten 'dummen Vierteljahr' die Kinder in der Familie regen Anteil an allem gewinnen, sich Schritt für Schritt jeden Monat sichtbar fortentwickeln, bleiben die Anstaltskinder von jetzt ab deutlich zurück.“

Zwischen den beiden Kinderärzten Schloßmann (s.o.) und v. Pfaundler entwickelte sich in den Jahren 1920 - 1930 eine heftige Kontroverse über die Bedeutung der institutionellen Säuglingspflege, vor allem auch veranlaßt durch die Ergebnisse der großen Untersuchung von Eriksson.

Schloßmann verteidigte die Einrichtungen der Anstaltspflege aufgrund der neugewonnenen Fähigkeit der Ärzte, Säuglinge in der Massenpflege des Klinikbetriebes überhaupt am Leben erhalten zu können. Er meinte 1923:

„Die physische Anstaltsversorgung der Säuglinge ist ein gelöstes Problem und die Ergebnisse hängen nicht von unserem Können und Wissen, sondern von unserem Willen ab.“

Schloßmann entschuldigte sich zwar 1923 über die *„wenig richtige Bezeichnung ‚Säuglingsheim‘“*; denn es war *„eine Anstalt, die ihrer ganzen Bestimmung nach kein Säuglingsheim im eigentlichen Sinne des Wortes war“*.

Die Tochter und Mitarbeiterin von Schlossmann, Frau Eckstein schrieb jedoch:

„Was die Frage der geistigen Beeinflussung der im Heim aufwachsenden Kinder anbelangt, so müssen wir leider zugeben, daß sie trotz aller darauf verwandten Mühe nicht gleichwertig ist mit der von Kindern, die im Elternhaus oder in der guten Pflegestelle aufwachsen.“

Durch die Erfolge in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit mit Hilfe hygienischer Maßnahmen verbreitete sich in der Öffentlichkeit allmählich eine tolerierende bis positive Einstellung zu den Säuglingsheimen. Dadurch kam es später zu einer starken Ausbreitung von Anstalten zur Bewahrung verlassener und sozial gefährdeter Säuglinge und Kleinkinder.

In einer Untersuchung zur Unterbringung alleinstehender Kinder in Heimpflege und Familienpflegestellen in Frankfurt am Main stellten Hartung und Glattkowski 1965 zum Beispiel fest, daß sich in den Jahren 1923 - 1963 das zahlenmäßige Verhältnis der Kinder in Familien- und Heimpflege von 78% : 22% änderte zu einem von 27% : 73%.

v.Pfaundler nahm eine zutiefst skeptische Haltung gegenüber der "widernatürlichen Massenpflege" junger Kinder in den Säuglingsheimen ein. Er kritisierte heftig die steigende Tendenz, Säuglingsheime als geeignete Unterbringungsstätte für junge Kinder anzusehen:

"Der Mensch aber entzieht dem Kinde vielfach nicht allein die Mutterbrust, sondern auch die persönlichen, die individuelle mütterliche Pflege, mit einem Worte, die ganze Mutter und verbringt es in Pflegefabriken, in Säuglings- und Kleinkinderkasernen".

Pechstein, der sich ausführlich mit der Deprivationsforschung befaßt hat, meint 1974:

„Wären die Ausführungen v.Pfaunders beachtet und in jugendfürsorgerische und sozialhygienische Maßnahmen übertragen worden, so hätte man "in der Vergangenheit zweifellos Zehntausende von jungen Kindern vor den Folgen der Anstaltsdeprivation bewahren können".

1.4 Praxis der institutionellen Säuglingspflege

In der Praxis der institutionellen Säuglingspflege hat sich der Status quo durchgesetzt, nämlich nur auf die Gesichtspunkte körperlicher Hygiene zur Abwehr von Infektionen zu achten:

Schon Durfee und Wolf betonen in einer großen Untersuchung 1933, daß durch eine allzu strenge Beachtung der Regeln in der Hygiene Pflegebedingungen verstärkt werden, die den psychischen Hospitalismus fördern.

Meierhofer und Keller stellten 1970 in ihrer Untersuchung zur Praxis in Säuglingsheimen fest:

„Prinzip war, daß enge Berührungen - und damit auch Zärtlichkeiten - vermieden werden mußten“, um jede Infektionsgefahr von anderen Personen möglichst zu verhindern. „Im Sinne der hygienischen Erfordernisse (ist) die Einrichtung der Räume immer noch kahl, nüchtern und spitalmäßig geblieben“.

Göden-Wippermann beschrieb in einer Dissertation 1970 ein als relativ gut eingeschätztes Säuglingsheim folgendermaßen:

„Mit den hellen, zum Teil verglasten Wänden und dem nüchternen Inventar machten die Zimmer des Heimes einen hospitalähnlichen Eindruck, da sie nur nach dem Gesichtspunkt der Hygiene und Zweckmäßigkeit eingerichtet waren“.

Die Praxis der institutionellen Säuglingspflege wurde also von den 20er Jahren an bis ca. 1970 kaum von theoretischen Erörterungen und empirischen Ergebnissen über frühkindliche Hospitalismus- und Deprivationsschäden betroffen.

1.5 Kritik an der Heimerziehung für Säuglinge und Kleinkinder

Die Kritik an der Heimerziehung für Säuglinge und Kleinkinder drang erst seit 1970 etwa in der Bundesrepublik wieder stärker durch. Unter dem Slogan „Holt die Kinder aus den Heimen!“ gab es Berichte und Aktionen, die weite Kreise der Öffentlichkeit aufrüttelten.

Der Bericht des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit aus dem Jahre 1973 für eine Tagung der Europäischen Minister für Familienfragen konnte an dieser Kritik nicht vorübergehen:

„Die Kritik an der derzeitigen Praxis und Struktur der Heimerziehung in der Bundesrepublik stützt sich dabei in Hinblick auf die Heime für Säuglinge und Kleinkinder auf die Ergebnisse der Sozialisationsforschung und insbesondere jene der Hospitalismus-Forschung. Diese zeigen, daß zumindest länger dauernder Heimaufenthalt im Säuglings- und Kleinstkindalter mit zumeist irreparablen Schädigungen in der Gesamtentwicklung des Kindes verbunden ist. Diese Form der Erziehung bietet zumindest in der heute noch überwiegend praktizierten Form nicht diejenigen Voraussetzungen, die im Zusammenhang mit der familialen Erziehung als grundlegende Voraussetzungen für günstige Sozialisationsprozesse genannt wurden: nämlich Konsistenz des Erziehungsverhaltens, Stabilität, ausreichendes Anregungspotential, Umweltoffenheit, liebevolle Zuwendung usw.“

In den letzten Jahren ist die Zahl der Säuglingsheime deutlich zurückgegangen.

2. Bahnbrechende Forschungen von Rene Spitz zum Hospitalismus

Aus dem Schicksal von Säuglingen ohne konstante Mutterliebe können wir für ein allgemeines Verständnis einer gesunden sozialen Entwicklung viel lernen. Dies hat uns Rene Spitz sehr eindrucksvoll aufgezeigt.

2.1 Forschungen zur Entwicklungspsychologie des ersten Lebensjahres

Rene Spitz stammt aus der psychoanalytischen Tradition. Er ist der Psychoanalytiker, der am intensivsten die soziale Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr erforscht und theoretisch ausgewertet. In seinen Studien zum „Hospitalismus“ und zur „anaklitischen Depression“ hat er das Schicksal und die Entwicklung von in Heimen untergebrachten Kleinkindern untersucht. Aus diesen Studien hat er wesentliche Erkenntnisse dazu gewonnen, welche Erfahrungen wir Menschen in unserem ersten Lebensjahr gebrauchen können, um gesund ‚lieben‘ zu können.

Seine Forschungen hat Rene Spitz in seinem Buch "Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr" zusammenfassend dargestellt (erschienen im Klett-Verlag in der 5. Auflage 1976; alle folgenden Zitate sind diesem Buch entnommen.)

Rene Spitz führte seine Forschungen in den USA in den Jahren um 1940 durch. Er erforschte intensiv die Entwicklung von 203 Kleinkindern in einem Säuglingsheim und von 90 Kleinkindern in einem Findelhaus. Im Sinne von vergleichenden Längsschnittstudien wurden die Kleinkinder in ihrem Entwicklungsverlauf fast von Geburt an teilweise bis ins Alter von 4 Jahren beobachtet und mit guten Entwicklungstests ("Bühler-Hetzer-Kleinkindertest") untersucht.

- Das Säuglingsheim war in einen Strafvollzug für straffällige Mädchen eingegliedert und diente zur Betreuung der Kinder, die von ihren straffälligen Müttern während der Haftzeit geboren wurden. *„Angesichts der Tatsache, daß die Mütter meistens straffällige Minderjährige waren, in gewissem Maße sozial fehlangepaßt, manchmal debil, manchmal psychisch geschädigt, psychopathologisch oder kriminell, stellten Erbanlagen und Herkunft, von den Kindern her gesehen, eine negative Auslese dar.“* (S.47) In diesem Heim konnten die Mütter ihre Kinder bis zum Ende des ersten Lebensjahres selbst versorgen; sie wurden dazu von Säuglingsschwestern des Heimes angeleitet.
- Im Findelhaus lebten zwei Gruppen von Kleinkindern: Die einen waren Kinder verheirateter Frauen, die - meist sozial gut angepaßt - nicht in der Lage waren, sich selbst und ihre Kinder unterhaltsmäßig zu versorgen; die anderen waren Kinder lediger Mütter, wobei die Mütter während der ersten 3 Monate ihr eigenes Kind und gegebenenfalls ein fremdes Kind dazu durch Stillen ernährten. Die Kinder wurden im Alter von 3 Monaten von ihren Müttern getrennt und blieben etwa bis zum Alter von 18 Monaten in "Einzelzellen", die von drei Seiten verglast waren. In dieser Lebensphase wurden jeweils etwa · Kinder von einer Schwester betreut. *„Das Findelhaus war eine Einrichtung, wie sie vor etwa fünfzig Jahren allgemein für Waisenkinder üblich war.“* (S.48) Es wirkte "immer trostlos und verlassen". Die Nahrung erfolgte durch das "Flaschenlegen (mechanische Fütterung vermittels befestigter Flaschen)". Spielzeug war kaum vorhanden. Ein Brauch ist zu erwähnen, „der bezeichnend war für das Findelhaus wie für viele „Kinderheime und -Krankenhäuser: Um zu erreichen, daß die Kinder sich still verhielten, hängten die Schwestern Betttücher oder Decken über die Gitter am Fußende und an den Seiten der Bettchen, so daß die Kinder wirksam von der Welt und allen anderen Abteilen abgeschirmt waren, in Einzelhaft versetzt, mit der Zimmerdecke als einzigen Anblick. Infolgedessen lagen die Säuglinge viele Monate lang auf dem Rücken, so daß sich in ihren Matratzen eine Vertiefung bildete, aus der sie sich mit sechs oder sieben Monaten, wenn normale Kinder sich aus der Rückenlage auf die Seite drehen, nicht auf die Seite drehen konnten.“ (S.49f.)

Beide Heime waren hygienisch einwandfrei geführt. Die Prinzipien der hygienischen Versorgung hatten sich in solchen Häusern etwa seit den 20er Jahren verbreitet.

Die Kinder erlebten in den beiden Heimen deutliche Unterschiede in bezug auf die mütterliche Zuwendung. Im allgemeinen konnte Spitz folgendes feststellen: Solange die Kinder in den Heimen von ihren Müttern betreut wurden, zeigten sie in den Entwicklungstesten einen durchschnittlich normalen Entwicklungsverlauf. Die meisten Kinder in dem Säuglingsheim wurden im ersten Lebensjahr vollständig von ihren straffällig gewordenen minderjährigen Müttern betreut und nahmen dementsprechend einen normalen Entwicklungsverlauf. In dem Findelhaus entwickelten sich die Kinder in ihren ersten 3 Lebensmonaten normal, solange sie von ihren Müttern betreut wurden.

2.2 Anaklitische Depression und Hospitalismus

Bei den Kindern, die in im ersten Lebensjahr 3 oder mehr Monate die Zuwendung ihrer Mutter entbehren mussten, stellte Rene Spitz Rückstände im Entwicklungsverlauf fest. Durch die Beobachtungen erkannte er zwei unterschiedliche Formen von "Mutter-Entbehrung": eine teilweise und eine totale Entbehrung mütterlich-gefühlsmäßiger Zuwendung. Er stellte zwei krankhafte Zustandsbilder bei den Kindern fest: Auf eine spezifische Form der teilweisen Mutter-Entbehrung reagierten die Kinder mit „anaklitischer Depression“; bei der totalen Mutter-Entbehrung zeigten die Kinder das Zustandsbild des „Hospitalismus“.

Die mit beiden Begriffen bezeichneten Zustandsbilder werden im folgenden weiter erläutert.

„Anaklitische Depression“

Das mit „anaklitischer Depression“ bezeichnete Krankheitsbild fand Rene Spitz bei 34 Kindern des Säuglingsheimes, die folgendes Schicksal gemeinsam hatten: Diesen Kindern wurde zwischen ihrem 6. und 8. Lebensmonat die Mutter für einen ununterbrochenen Zeitraum von 3 Monaten aus verwaltungstechnischen Gründen entzogen. Zuvor hatten die Kinder eine gute persönliche Beziehung zu ihrer Mutter entwickelt. Die Kinder wurden von ihrer Mutter also in einer Entwicklungsphase getrennt, nachdem sie eine spezifische Bindung an ihre Mutter gefestigt hatten.

Nach der Trennung von der Mutter zeigten die Kinder in den ersten zwei Monaten ein weinerliches Verhalten, was in auffallendem Gegensatz zu ihrem früheren fröhlichen Benehmen stand. Nach einer Weile wurde die Weinerlichkeit von einer Kontaktverweigerung abgelöst; die Kinder weigerten sich, an dem Leben ihrer Mitwelt Anteil zu nehmen. Auf Annäherung von Erwachsenen reagierten die Kinder anfänglich mit Ablehnung. Konnte die Ablehnung der Kinder in bezug auf sich annähernde Erwachsene überwunden werden, so zeigten einige Kinder eine verzweifelte Anklammerung an die Erwachsenen. Zur Kontaktverweigerung traten in dieser zweiten Phase Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, verstärkte Schlaflosigkeit und erhöhte Anfälligkeit für Erkältungen hinzu. In einer dritten Phase, nach etwa drei Monaten, zeigte sich eine gefrorene Starre des Gesichtsausdrucks; die *„Kinder pflegten mit weit geöffneten, ausdruckslosen Augen dazuliegen oder dazusitzen, mit erstarrtem, unbeweglichem Gesicht und abwesendem Ausdruck, wie in einer Betäubung“* (S.281). Ab dem zweiten Monat reagierten die Kinder auch mit einem relativen Stillstand in ihrer Entwicklung, was sich in einem fortwährenden Absinken des gemessenen Entwicklungsquotienten zeigte.

Bei der Rückkehr der Mutter nach dem Zeitraum von 3 - 5 Monaten konnten die meisten Kinder genesen. Spitz nimmt jedoch schon an, *„daß die Störung Narben hinterlässt, die in späteren Jahren sichtbar werden“* (S.285). Zögerte sich die Wiedervereinigung von Mutter und Kind jedoch länger als 5 Monate hinaus, war keine Verbesserung der kindlichen Entwicklung festzustellen, vielmehr ging die "anaklitische Depression" dann in das Krankheitsbild des "Hospitalismus" über.

„Hospitalismus“

Bei den 90 Kindern aus dem Findelhaus, die ab ihrem 4. Lebensmonat jede individuelle Betreuung vermissen mußten und in ihren "Einzelzellen" sozusagen 'dahinvegetierten', stellte Rene Spitz das Krankheitsbild des Hospitalismus fest. Der Hospitalismus trat weiterhin bei den Kindern des Säuglingsheimes auf, die im ersten Lebensjahr länger als fünf Monate alle persönliche mütterliche Zuwendung entbehrten, wobei der Art der vorhergehenden Mutter-Kind-Beziehung wenig Einfluß auf den weiteren Entwicklungsverlauf zu haben schien.

Die Kinder reagierten auf die Mutter-Entbehrung mit Symptomen „eines zunehmend schweren Verfalls“. Im Verlauf des Hospitalismussyndroms zeigten sich zunächst dieselben Stadien wie bei der „anaklitischen Depression“; sie folgten rasch aufeinander. Nach 3 Monaten schritt der Verlauf weiter fort: *„Die Verlangsamung der Motorik kam voll zum Ausdruck; die Kinder wurden völlig passiv;... Der Gesichtsausdruck wurde leer und schwachsinnig, die Koordination der Augen ließen nach.“*(S.290) Der durchschnittliche Entwicklungsquotient dieser Kinder stand am Ende des 2. Lebensjahres bei 45% der Norm. Der Verfall *„manifestiert sich zuerst in einer Stockung der psychischen Entwicklung des Kindes; dann setzen psychische Funktionsstörungen ein, mit denen somatische Veränderungen einhergehen. Im nächsten Stadium führt dies zu gesteigerter Infektionsanfälligkeit und schließlich, wenn der Mangel an affektiver Zufuhr bis ins zweite Lebensjahr hinein andauert, zu einer auffallenden Erhöhung der Sterblichkeitsquote.“* (S.292)

Die meisten der von Spitz weiter beobachteten Kinder konnten in ihrem Alter von 4 Jahren „weder sitzen, stehen, laufen noch sprechen“. Von den 90 Kindern starben im ersten Lebensjahr 24 und im zweiten Lebensjahr 4 weitere. Diese hohe Sterblichkeitsquote wird aus dem „totalen Entzug affektiver Zufuhr“ erklärt, aus der völligen Entbehrung mütterlicher Zuwendung.

Spitz beobachtete bei seinen Untersuchungen äußerst drastische Auswirkungen institutioneller Pflege von Säuglingen ohne mütterliche Zuwendung. Dadurch kam er in bezug auf die Frage, ob Hospitalismusschäden reparabel seien, zu einer pessimistischen Haltung; er meinte, die Schäden seien nicht rückgängig zu machen.

Für Kinder mit langer Entbehrung mütterlicher Zuwendung sieht Spitz aus der psychoanalytischen Theorie heraus folgenden Entwicklungsverlauf:

„Ohne eine Schablone, eine Prägeform, fehlt den Opfern gestörter Objektbeziehungen (menschlicher Beziehungen) später selbst die Fähigkeit, Beziehungen herzustellen. Sie sind nicht ausgerüstet für die fortgeschrittenen, komplizierten Formen des persönlichen und gesellschaftlichen Austauschs, ohne den wir als Art nicht fähig wären, weiter zu existieren. Sie können sich nicht an die Gesellschaft anpassen. Sie sind emotionelle Krüppel; ... Ihre Fähigkeit zu normalen menschlichen und sozialen Beziehungen ist gestört; sie haben niemals Gelegenheit gehabt, libidinöse (gefühlsmäßig liebevolle) Beziehungen zu erleben und das anaklitische Liebesobjekt zu konstituieren (eine Vertrauen spendende erste Liebesbeziehung zu erleben). ... Das Elend dieser Kinder wird in die Trostlosigkeit der sozialen Beziehungen des Heranwachsenden umgesetzt. Da ihnen die affektive Nahrung (gefühlsmäßige Zuwendung) vorenthalten wurde, auf die sie Anspruch hatten, ist ihr einziges Hilfsmittel die Gewalt. ... Das Kind wurde um die Liebe betrogen, dem Erwachsenen bleibt nur der Haß.“ (S.310f.) (In Klammern wurde die psychoanalytische Ausdrucksweise 'übersetzt'.)

2.3 Die Bedeutung der Forschungen von Rene Spitz

Seine Beobachtungen interpretierte Rene Spitz auf einem ausgefeilten theoretischen psychoanalytischen entwicklungspsychologischen Hintergrund, den er sich durch systematische Untersuchungen zur Entwicklung im ersten Lebensjahr erarbeitet hatte.

Dadurch war Rene Spitz bisher der bedeutendste Entwicklungspsychologe auf dem Gebiet der Hospitalismusforschung. Seine Forschungen wurden in deutschsprachigen sozialwissenschaftlichen Richtungen sehr bekannt. Unter dem Begriff "Hospitalismus" wurden in der Folgezeit weitgehend die von Spitz beschriebenen Auswirkungen eines längeren Heimaufenthaltes von Säuglingen und Kleinkindern verstanden. Im Funkkolleg Pädagogische Psychologie 1974 heißt es:

„Entscheidende theoretische und praktische Impulse erhielt diese Forschungsrichtung (die Forschung zum Problem frühkindlichen Heimaufenthaltes) jedoch erst durch die Arbeiten des Kinderpsychoanalytikers Rene Spitz über den Hospitalismus.“

Dieses Zitat zeigt aber auch, daß die mit Meinhard von Pfaundler geführten pädiatrischen Auseinandersetzungen aus den Jahren um 1910 - 1930 (vgl. 1. Teil in der vorherigen Ausgabe dieser Zeitschrift) im außermedizinischen Bereich weitgehend in Vergessenheit gerieten.

Welchen Stellenwert haben die vor 40 Jahren durchgeführten Untersuchungen von Rene Spitz nach gegenwärtiger Einschätzung in der Hospitalismus- und Deprivationsforschung?

Die Untersuchungsergebnisse hatten eine aufrüttelnde Wirkung zunächst im angloamerikanischen Raum. Psychologen und Pädagogen wurden für das traurige Schicksal von Kleinkindern aufmerksam, die ohne liebevolle gefühlsmäßige Zuwendung in den ersten Jahren aufwachsen müssen. An diesem Schicksal wurde deutlich (wie eigentlich schon in dem Experiment des Kaisers Friedrich II., s.o.): Zu einer normalen gefühlsmäßigen und intellektuellen Entwicklung gehört eine zuverlässige liebevolle gefühlsmäßige Zuwendung, wie sie meisten von der Mutter gegeben wird.

Im deutschsprachigen Raum wurden die Untersuchungen von Rene Spitz erst ab etwa 1965 weiter bekannt, als seine Untersuchungsergebnisse erstmals in die deutsche Sprache übersetzt wurden.

In Untersuchungen und in weiteren Untersuchungen der Hospitalismusforschung wurde deutlich:

- Die Auswirkungen des Hospitalismus hängen einmal von dem Ausmaß der Mutter-Entbehrung ab. Das Hospitalissyndrom kann in schwächerem Ausmaß auch in Familien auftreten, wo Kleinkinder eine gefühlsmäßig liebevolle mütterliche Zuwendung entbehren.
- Die Auswirkungen des Hospitalismus hängen weiterhin von der Gestaltung der Heim- und Klinikbedingungen ab, unter denen Kleinkinder aufwachsen. Bei Kleinkindern in einem Findelhauses mit dem Stil um 1900, wie Rene Spitz es kennengelernt hat, sind die Entwicklungsbedingungen auch durch die starke Verarmung der dargebotenen Umwelt massiv verschlechtert.
- Auch eine noch so gute Gestaltung von Heim- und Klinikbedingungen für Kleinkinder bietet keine von persönlicher gefühlsmäßiger Zuwendung getragenen Entwicklungsbedingungen, wie es in einer einigermaßen intakten Familie, Adoptivfamilie oder Pflegefamilie möglich ist.

2.4 Folgerungen zu positiven Entwicklungsbedingungen für Kleinkinder

Was können wir aus den Untersuchungen von Rene Spitz allgemein über eine normale Entwicklung und Entwicklungsförderung bei Kleinkindern lernen?

Die gesamte Entwicklung eines Kleinkindes ist abhängig von dem Ausmaß positiver Entwicklungsbedingungen, die die Umwelt bietet. Ererbte Entwicklungsanlagen brauchen zu ihrer konkreten Entfaltung freundliche anregende Umweltbedingungen.

Zu einer guten gefühlsmäßigen und intellektuellen Entwicklung gehören 'mütterliche' persönliche gefühlsmäßige Zuwendung, soziale Kontakte mit Erwachsenen und Anregungen aus der Umwelt.

Dementsprechend können sich Kleinkinder von 'verwahrlosten' Müttern (bei einer Unterstützung dieser Mütter) bei einer Betreuung ihrer eigenen Mutter insgesamt besser entwickeln als Kleinkinder, die aus geordneten sozialen Verhältnissen mit vermutlich 'gutem Erbgut' stammen, aber aus irgendwelchen Gründen von ihren Müttern getrennt werden und in ein Heim kommen.

Kleinkinder von jungen ledigen straffällig gewordenen Müttern können sich der Untersuchung von Rene Spitz nach viel besser entwickeln, wenn diese Mütter unterstützt werden in der Betreuung für ihre Kinder, als wenn diese Kleinkinder den Müttern aus Gründen von 'Verwahrlosung' entzogen und in ein Heim eingewiesen werden.

Kleinkinder haben im Alter von etwa 6 Lebensmonaten bei regelmäßiger mütterlicher Zuwendung eine feste Beziehung zur Mutter bzw. zur betreuenden Mutterperson gebildet. Deutlich wird dies, wenn Kleinkinder auf fremde Personen, die ihnen aus der Familie nicht vertraut sind, mit Abwendung bzw. Angstreaktionen reagieren; man spricht vom "Fremdeln"; Rene Spitz nennt es die "Acht-Monats-Angst".

Kleinkinder reagieren auf die Trennung von der Mutter heftiger und trauriger, wenn sie zuvor eine gute Beziehung zur Mutter gebildet haben. Eine starke traurige Reaktion nach Trennung kann also ein Kennzeichen einer guten vorherigen Beziehung sein. Demgegenüber ist die passive, nahezu teilnahmslose Reaktion, die Kleinkinder nach einer längeren Mutter-Entbehrung zeigen, Zeichen einer inneren Resignation. Bei einer Aufnahme eines Kindes in ein Heim oder eine Klinik wird manchmal leider noch der Besuch der Eltern in der ersten Aufnahmephase als unerwünscht betrachtet, weil das Kind dadurch 'aufgewühlt' würde und seine Trauerreaktionen aktiviert würden; und die passive teilnahmslose Reaktion wird dementsprechend als gelungene Anpassung an die Heim- und Klinikbedingungen betrachtet und damit in ihrer Bedeutung für die gefühlsmäßige Entwicklung des Kindes gründlich mißverstanden.

3. Institutionsbedingungen und Intelligenzentwicklung – Untersuchungen von Harold M. Skeels u. a.:

3.1 Die Untersuchungen

Unter der Leitung von Harold M. Skeels wurde um 1940 untersucht, wie sich ein Aufwachsen unter unterschiedlichen Lebensbedingungen in Institutionen bzw. Heimen und in Adoptivfamilien auf die Intelligenzentwicklung auswirkt.

In einer ersten Untersuchung verglichen Skeels u. a. (1938) Kinder, die über Tag in einer Kinderkrippe lebten, mit anderen Kindern aus einem Waisenhaus hinsichtlich ihrer Intelligenz. Nach der Beschreibung des Autors erscheint das Waisenhaus als äußerst deprivierend: möglichst routinierte und schnelle Pflegehandlungen der Erwachsenen, die Beschränkung von Interaktionen zwischen Kindern und Pflegepersonen auf das Notwendigste, kaum Möglichkeiten der Kinder zur freien Bewegung, wenig Spielzeug, usw. Die Waisenhauskinder wiesen eine geringere Intelligenz als die Krippenkinder auf, was Skeels auf vielfältig mangelnde Umweltstimulation im Waisenhaus zurückführt.

Zu einer weiteren bedeutsamen Untersuchung mit Experimentalcharakter wurde Skeels durch eine überraschende, nicht erwartete Beobachtung stimuliert:

Zwei Mädchen im Alter von 13 und 16 Monaten, die geistig sehr zurückgeblieben erschienen, erhielten die Diagnose „unheilbar“ und wurden deshalb als hoffnungslose Fälle in ein Heim für "schwachsinnige“ Mädchen und Frauen im Alter von 18 - 50 Jahren überwiesen; in diesem Heim entwickelten sich die Mädchen überraschend positiv: nach sechs Monaten erschienen sie aufgeweckt, fröhlich, mit den Erwachsenen spielend, sie hatten einen geistig normalen Entwicklungsstand erreicht, der auch in den folgenden Jahren bei weiterem Aufenthalt im Heim konstant blieb.

Die Ursache für diese positive Entwicklung lag darin, daß die beiden Kleinkinder bei den retardierten Frauen im Mittelpunkt standen und viel Zuwendung von ihnen erfuhren. Aufgrund dieser Beobachtung wurden 13 weitere intelligenzmäßig stark retardierte Kinder (durchschnittlicher IQ: 64), die seit Geburt im Waisenhaus lebten, im Alter von 8 - 35 Monaten in das Heim für die retardierten Frauen überwiesen, wie sie von diesen Frauen betreut wurden und beträchtliche affektive Zuwendung erfuhren. In Form einer Längsschnittstudie wurde die Intelligenzentwicklung dieser Kinder untersucht und mit der Intelligenzentwicklung einer Kontrollgruppe von 12 Kindern verglichen, die bei der ersten Untersuchung 12 - 22 Monate alt waren und dabei eine relativ bessere Intelligenz aufwiesen (durchschnittlicher IQ: 87). Diese Kinder blieben mindestens zwei weitere Jahre in dem Waisenhaus. Die in das Heim für retardierte Frauen überwiesenen Kinder der Experimentalgruppe zeigten bei einer späteren Intelligenzuntersuchung nach 1- 2 Jahren einen Anstieg der Intelligenz (durchschnittlicher IQ: 92). Kinder, die bei der Überweisung schon 2 Jahre alt waren, zeigten auch einen deutlichen Intelligenzanstieg, aber nicht so stark wie bei den im früheren Alter überwiesenen Kindern. Im Gegensatz zur Experimentalgruppe fiel der IQ bei den Kindern der Kontrollgruppe bis zum Alter von 3 - 4 Jahren deutlich (durchschnittlicher IQ: 61). 10 Kinder der Experimentalgruppe wurden im Alter von 4 - 6 Jahren adoptiert; ihre Intelligenz stieg weiter an bis zu einem durchschnittlichen IQ von 101. Die zwei restlichen Kinder der Experimentalgruppe blieben im Heim für die retardierten Frauen, mit der Folge, daß ihre Intelligenzentwicklung Rückschritte machte.

Die Mitglieder der Experimentalgruppe und der Kontrollgruppe wurden 20 - 25 Jahre später im Erwachsenenalter noch einmal aufgesucht und in bezug auf ihren Lebensweg und ihren gegenwärtigen Status interviewt. Die Unterschiede zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe, die zunächst intelligenzmäßig festgestellt waren, hatten sich deutlich verfestigt. Die Mitglieder der Experimentalgruppe zeigten eine positive Integration in das gesellschaftliche Leben: kein antisoziales, delinquentes oder psychiatrisch auffälliges Verhalten, nahezu alle verheiratet, beruflich integriert in die Mittel- oder Arbeiterklasse; ihre Kinder, 28 Kinder der 10 verheirateten Mitglieder, wiesen alle eine normale Intelligenz auf, besondere Schulschwierigkeiten wurden von ihnen nicht berichtet.

Demgegenüber wiesen die Mitglieder der Kontrollgruppe eine deutlich negativere Entwicklung auf. Zunächst kamen sie nicht in Pflege- oder Adoptivfamilien, sondern erlebten in ihrem Werdegang mehrere Heime hintereinander. Zum Zeitpunkt des letzten Interviews lebten 4 Personen immer noch in Institutionen, vorwiegend psychiatrischer Art; die anderen waren unbeschäftigt oder verrichteten einfache Aushilfs- und Gelegenheitsarbeiten. Nur ein Mann war verheiratet und hatte sich beruflich bis zu einer hochspezialisierten technischen Tätigkeit hochgearbeitet. Nach weiteren Informationen über den Werdegang dieses "Ausnahmefalles" wurde die Person im Alter von 6 Jahren bei gesunkener Intelligenz (IQ = 67) im Rahmen einer Promotionsarbeit über Sprachtraining und kognitive Entwicklung einem intensivem Stimulationsprogramm unterworfen und wegen eines Sinnesdefektes in eine Spezialschule überführt, wo sie die besondere Aufmerksamkeit einer Betreuerin erweckte und in ihre Familie einbezogen wurde.

In einer weiteren Untersuchung hat Skeels (1948) die Intelligenz von insgesamt 241 Kindern in verschiedenen Altersstufen untersucht, die alle vor dem 6. Lebensmonat ins Heim und alle vor dem 24. Monat, meistens aber auch in den ersten 6 Monaten, in eine Adoptivfamilie kamen. Die Kindeseltern stammten durchweg aus der unteren Unterschicht – geringe Intelligenz der Kindesmutter und/oder Status eines ungelernten Arbeiters beim Kindsvater –; die Adoptiveltern hatten dagegen einen Mittelschichtstatus. Intelligenzmäßig glichen sich die Kinder den Adoptiveltern an, d. h. sie hatten ein gut durchschnittliches Intelligenzniveau.

3.2 Auswertungen der Untersuchungen zur Intelligenzentwicklung

Die Untersuchungen von Skeels und seinen Mitarbeitern sind bisher die einzigen Längsschnittstudien, wo das Schicksal von Menschen, die in den ersten Jahren ihres Lebens in verschiedenen Heimen lebten, bis in Erwachsenenalter hinein verfolgt wurde. Letztlich können nur solche Studien zuverlässigen Aufschluß darüber geben, welche Bedeutung verschiedene Sozialisationsbedingungen für die gesamte Entwicklung haben und in welchem Ausmaß deprivierende Lebenserfahrungen durch Formen frühkindlicher Heimerziehung schädlich sind. Es ist deshalb ein wenig schade, daß sich die Forschungsgruppe auf die Untersuchung der intellektuellen Entwicklung und allgemeinen sozialen Anpassung beschränkt hat und Aspekte von sozialem Verhalten und von Persönlichkeitscharakteristika kaum berücksichtigt hat.

Folgende wertvolle und gültige Schlüsse lassen sich aus diesen Untersuchungen ziehen:

a) Das Ausmaß an allgemeiner quantitativer Umweltstimulation und an qualitativer affektiver Zuwendung von Erwachsenen ist entscheidend für die Intelligenzentwicklung. Ein Mangel an Umweltstimulierung und affektiver Zuwendung, wie er in den meisten Heimen vorhanden ist, kann eine anfangs noch durchschnittlich verlaufende Intelligenzentwicklung einschränken und das Intelligenzniveau sinken lassen auf das Niveau von Deбилität, wenn das Kind zur Zeit der Heimeinweisung noch nicht 2 Jahre alt ist. Ebenso kann aber auch der Wechsel in eine soziale Umwelt, in der das Kind affektive Zuwendung erfährt, deutlich positive Veränderungen in der Intelligenzentwicklung hervorrufen. Dabei scheint die Intelligenz- und persönlichkeitsmäßige Qualität der Erwachsenen, von denen das Kind affektive Zuwendung erfährt, von untergeordneter Bedeutung zu sein.

b) Intelligenzretardationen sind heilbar, aufholbar, wenn sie durch deprivierende Erfahrungen bedingt sind. Selbst wenn die Überweisung in eine anregendere soziale Umwelt erst im 3. Lebensjahr erfolgt oder wenn gar mit einem Spezialtraining erst im 7. Lebensjahr bei zusätzlicher Eingliederung in eine sich affektiv zuwendende mitmenschliche Umgebung begonnen wird - nach dem Schicksal des einen Mannes in der Kontrollgruppe -, können Intelligenzmäßig retardierte Kinder große Fortschritte bis hin zu einem gut durchschnittlichen Intelligenzniveau machen. Eine Prognose "unheilbar" erscheint von daher für die frühe Kindheit grundsätzlich ungerechtfertigt, falls keine organischen Defekte nachweisbar sind.

c) Auf eine stark deprivierende Heimerziehung, die im ersten oder zweiten Lebensjahr beginnt und nahezu unterbrechungslos die ganze Kindheit andauert, folgt ein sehr niedriger gesellschaftlicher Status, der zur unteren Unterschicht oder zum Lumpenproletariat gerechnet wird, wo die Möglichkeit gesellschaftlicher Anerkennung auf ein Minimum reduziert ist.

Literatur

DURFEE, H. & WOLF, K.

„Anstaltspflege und Entwicklung im ersten Lebensjahr“
in: Zeitschrift für Kinderforschung, 42, 1933, S. 273 - 320

HARTUNG, K. & GLATTKOWSKI, H.

„Erhebungen über Aufenthaltsdauer und Gründe, die zur Heimaufnahme von Säuglingen führen“
in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 14, 1965, S. 297 - 303

HELLBRÜGGE, Theodor

„Zur Problematik der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Anstalten“
in: Opitz, H. & Schmid, F. (Hrsg.), Handbuch der Kinderheilkunde, Band III, Berlin 1966, S. 384 – 404

LANGMEIER, Josef & MATEJCEK, Zdenek

„Psychische Deprivation im Kindesalter. Kinder ohne Liebe“
München (Urban & Schwarzenberg) 1977

LAUSCH, Erwin

„Nicht lachen, nicht weinen, nur schreien“
Folge III: "Heimkinder leiden an unheilbaren Verhaltensstörungen"
in: Die Zeit, 28, 1973, Nr. 44, S.68-69

MEIERHOFER, M. & KELLER, W.

„Frustration im frühen Kindesalter“
Bern 1970

PECHSTEIN, Johannes

„Umweltabhängigkeit der frühkindlichen zentralnervösen Entwicklung“
Stuttgart (Thieme) 1974

REYER, Jürgen

„Sozialwaisen und Ersatzerziehung“
Rheinstetten (Schindele-Verlag) 1976

RIELÄNDER, Maximilian

„Auswirkungen von frühkindlichen Heimaufenthalten und Trennungserfahrungen auf das soziale Selbstbild“
Diplomarbeit in Psychologie an der Universität Gießen 1975

SKEELS, Harold M.

„A Study of differential stimulation on mentally retarded children“
in: American Journal of Mental Deficiency, 66, 1942. S. 340 - 350

SKEELS, Harold M.

„Adult status with children with contrasting early life experiences“
Monography Social Research Child Development, 31, Nr. 105, 1966

SKEELS, Harold M. & HARMS, I.

„Children with inferior histories: Their mental development in adoptive homes“
in: Journal of General Psychology, 72, 1948. S. 283 - 294

SPITZ, Rene

„Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr“
Stuttgart (Klett-Verlag), 5. Auflage 1976