

Das Deprivationssyndrom als soziale Kindesmisshandlung

Autor(en): **Hellbrügge, Theodor**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie**

Band (Jahr): - **(1985)**

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1051016>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Das Deprivationssyndrom als soziale Kindesmißhandlung

Theodor Hellbrügge

Prof. Dr. med., Dr. h.c., Direktor des Instituts für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Universität München im Kinderzentrum München, Lindwurmstr. 131, D-8000 München 2

Gemessen an den Aufgaben in Diagnose, Therapie, Prävention und Prophylaxe wird der Kindesmißhandlung in der deutschsprachigen Kinderheilkunde nur ein geringes Interesse entgegengebracht. Man kann dies am besten an der Darstellung der Kindesmißhandlung in den Lehrbüchern der Kinderheilkunde ablesen:

Erst in den neuesten Auflagen der kinderärztlichen Lehrbücher wird der Kindesmißhandlung und der Kindesvernachlässigung wenigstens ein kurzes Kapitel gewidmet. Noch bis vor 10 Jahren findet sich in den deutschsprachigen Lehrbüchern der Kinderheilkunde "Kindesmißhandlung" nicht einmal als Stichwort im Sachregister. Dies gilt sowohl für das in der Schweiz erschienene Lehrbuch der Kinderheilkunde von *Fanconi/Wallgreen* als auch für das in der Bundesrepublik Deutschland verbreitete Lehrbuch der Kinderheilkunde von *Keller/Wiskott* sowie für das große Lehrbuch "Pädiatrie und ihre Grenzgebiete" von *Dieckhoff* aus der DDR.

Aus der Sicht der Sozialpädiatrie, jener kinderärztlichen Disziplin, die sich mit den Wechselwirkungen zwischen Kind und Gesellschaft und der von der Gesellschaft geprägten Umwelt beschäftigt, sind aber die Darstellungen selbst in den neuesten Lehrbüchern noch sehr einseitig. Sie beschäftigen sich nämlich beinahe ausschließlich mit der Symptomatik traumatischer Läsionen bei Kindern als Folge *körperlicher* Mißhandlungen und sie erschöpfen sich in der Aufzählung von jenen charakteristischen Körperschäden, wie sie als "Kindesmißhandlungssyndrom" durch die eingehenden Beschreibungen angelsächsi-

scher Autoren wie *Kempe, Silverman, Caffey* und anderen bekannt geworden sind.

Seelische Kindesmißhandlungen, welche in diesem internationalen Kolloquium mit Recht besonders hervorgehoben werden, sind in den Lehrbuchdarstellungen überhaupt nicht erwähnt. Diese hinwiederum spielen aber im Hinblick auf die Prophylaxe und die Prävention auch von körperlichen Mißhandlungen eine sehr große Rolle, denn die Mißachtung kindlicher Grundbedürfnisse, vor allem der frühkindlichen Sozialentwicklung, kann mehr noch als körperliche Mißhandlungen zu lebenslangen Folgen führen.

Wie notwendig dieses kriminologische Kolloquium ist, bei dem auch die seelischen Kindesmißhandlungen maßgeblich dargestellt werden, zeigt ein Blick in kinderpsychiatrische Lehrbücher. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie, welche sich mit den seelischen Kindesmißhandlungen ganz intensiv beschäftigen sollte, mißt aber im deutschsprachigen Bereich offenbar ebenfalls den Kindesmißhandlungen nur eine untergeordnete Bedeutung zu, denn in ihrem repräsentativen "Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie" (herausgegeben von *Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk*) finden sich im Rahmen von 535 Seiten lediglich folgende Zeilen über Kindesmißhandlungen:

"Wenn eine grobe Fehlerziehung durch Kindesmißhandlung oder schädliche Erziehungspraktiken wie brutale Drohungen oder eine intellektualisierende bzw. ironisch-sadistische "Erziehung durch Nadelstiche" vorliegt, sind notfalls fürsorgliche Maßnahmen in Verbindung mit dem Jugendamt, mit dem Ziel der Entfernung des Kindes aus dem häuslichen Milieu und Einweisung in eine kinderpsychiatrische Abteilung, ein Heim oder in eine geeignete Pflegestelle, erforderlich."

Dies ist offenbar alles, was aus der Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu Kindesmißhandlungen zu sagen ist.

Eine breitere Darstellung über "Kindesmißhandlung und Vernachlässigung" findet sich im kinderärztlichen Schrifttum

eigentlich nur im Handbuch der Kinderheilkunde des Springer Verlages, und zwar in dem Band "Neurologie – Psychologie – Psychiatrie". Hier hat der ehemalige Ordinarius für Kinderheilkunde der Universität Mainz, *Ulrich Köttgen*, "Kindesmißhandlung und Vernachlässigung" in einem Kapitel dargestellt. Hierzu hat er folgende Begründung in seiner Begriffsbestimmung gegeben:

"Kindesmißhandlung und Vernachlässigung sind bei der Mehrzahl der Fälle als ein koordinierter Tatbestand anzusehen. Die negative Einstellung der Eltern, die sich in einer oder in oft wiederholten Mißhandlungen äußert, prägt sich meist auch in einer allgemein ungenügenden Betreuung aus, unter der vorwiegend die jüngsten Kinder zu leiden haben. Aus dieser Erwägung sind im deutschen Strafgesetz beide Tatbestände zusammengefaßt:

§ 223b I: Wer Kinder, Jugendliche oder wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit Wehrlose, die seiner Fürsorge oder Obhut unterstehen oder seinem Hausstand angehören oder die von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen werden oder durch ein Dienst- oder Arbeitsverhältnis von ihm abhängig sind, quält oder roh mißhandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Gefängnis nicht unter 3 Monaten bestraft.

II. In besonders schweren Fällen ist die Strafe Zuchthaus bis zu 5 Jahren."

Diese Ausführungen stellen die Frage nach der Böswilligkeit bei Kindesmißhandlungen. Sie ist m.E. nicht leicht zu beantworten, denn sie ist nicht nur abhängig von der Einstellung zum Kind, und zwar zum einzelnen Kind ebenso wie zu Kindern überhaupt, sondern auch entscheidend abhängig von den Kenntnissen, die wir über die Grundbedingungen einer kindgemäßen Pflege und Erziehung haben. Hier haben sich erst in den vergangenen Jahren Erkenntnisse durchgesetzt, nach denen die frühkindliche Sozialentwicklung im Hinblick auf die spätere Lebenstüchtigkeit gegenüber allen anderen psychomotorischen Funktionen, die das junge Menschenkind zu erlernen hat, eine einzigartige Sonderstellung einnimmt.

Die Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Beziehung ist uns im deutschsprachigen Bereich vor allem durch die klassische Darstellung von *John Bowlby* in seiner Monographie "Maternal Care and Mental Health" bekannt geworden, die er im Auftrage der Weltgesundheitsorganisation nach dem letzten Weltkrieg veröffentlicht hat. Diese Schrift ist erst vor wenigen Jahren auch in die deutsche Sprache übersetzt worden, was m.E. ein Zeichen dafür ist, wie sehr die mit Kindern beschäftigten Disziplinen von der Bedeutung der frühen Kindheit für die spätere Entwicklung des Kindes überrascht worden sind, obwohl *Freud* – allerdings aus retrospektiver Betrachtung – schon seit Jahrzehnten dieses Phänomen dargestellt hat.

Wie stark sich hier die Kenntnisse im Rahmen der Kinderheilkunde gewandelt haben, möchte ich an einem Erlebnis darstellen, das ich als junger Assistenzarzt der Universitätskinderklinik München unmittelbar nach dem Kriege in einer Mütterberatungsstelle in München hatte. Damals hatte ich sechs Kinder zu untersuchen, die zur Adoption vorgesehen waren.

Diese Kinder entstammten ausgesuchten sozialen und gesundheitlichen Schichten. Sie waren nach, wie man damals glaubte, optimalen gesundheitlichen und rassistischen Gesichtspunkten gezeugt. Sie sollten später einmal, frei von familiären Bindungen, zur "Führerelite" des deutschen Volkes gehören. Auch von ihren Eltern und Großeltern lagen, wovon wir uns später überzeugen konnten, "Erbgesundheitszeugnisse" vor. Die Kinder entstammten der Organisation "Lebensborn", über welche *Hillel* und *Henry* 1975 eine Dokumentation vorgelegt haben, in der Aufgaben und Ziele dieser Organisation zur Förderung einer "nordischen Übermenschen-Rasse" beschrieben sind.

Die von mir 1945/46 untersuchten Kinder hatten ihre ersten Lebensjahre in Säuglingsheimen verbracht, die staatlich besonders gefördert wurden. Aus den Krankengeschichten und den Fürsorgeberichten ging ebenso wie aus den Anamnesen hervor, daß die Kinder zunächst ausgezeichnet gediehen waren, solange sie von ihren Müttern betreut wurden. Nach wenigen Wochen oder Monaten hatten die Mütter die Kinder abgegeben, um

sie der Gemeinschaftserziehung zu überlassen. Die von mir untersuchten Kinder kamen aus dem Heim Steinhöring in Oberbayern. Da dieses Heim nach dem Krieg aufgelöst wurde, sollten die Kinder im Alter von zwei bis zweieinhalb Jahren zur Adoption kommen.

Obschon diese Kinder nach – wie man damals glaubte – optimalen Erbanlagen gezeugt waren und in staatlich besonders geförderten und ausgesuchten Heimen großgezogen wurden, wiesen sie im Alter von zwei Jahren trotz auffallend hübscher Physiognomie alle Zeichen auf, die wir heute mit dem Begriff des “Deprivationssyndroms” (*Hellbrügge* 1966 – aus dem Englischen “maternal deprivation”) zu belegen pflegen.














































Diese Kinder zeigten einen auf Anhieb erkennbaren Rückstand in ihrer Grundmotorik. Sie waren nicht im geringsten so lebhaft wie normale zweijährige Kinder. Auch ihre Feinmotorik war beeinträchtigt. Sie konnten im Alter von über zwei Jahren zum Beispiel noch nicht selbständig mit dem Löffel essen, sie hantierten nicht im geringsten so lebhaft wie ihre Altersgenossen.

Besonders auffällig war ihr Rückstand in der Sprach- und Sozialentwicklung. Obwohl mir entsprechende entwicklungsdiagnostische Kriterien damals nicht bekannt waren – die Kinderheilkunde beschäftigte sich in jener Zeit notgedrungenmaßen mit der Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit, mit Ernährungsstörungen, Infektionskrankheiten, Tuberkulose, Rachitis, etc. – fiel mir sofort ihr Rückstand vor allem in ihrem Sozialverhalten auf.























Diese Kinder sprachen im Alter von zwei Jahren noch kein Wort. Sie stammelten noch unverständliche Laute und Silben. Sie verstanden keine sinnvollen Worte und waren nicht vergleichbar mit gesunden zweijährigen Kindern, die normalerweise ja Dreiwortsätze beherrschen. Außerdem fiel mir auf, daß diese Kinder nicht in der Lage waren, untereinander auch nur Blickkontakt aufzunehmen. Bei der Untersuchung reagierten sie überängstlich mit einem ungewöhnlichen Geschrei, wie dies normalerweise bei einer Untersuchung von Kindern

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings

Tabellarische Übersicht nach der Münchener Funktionellen Entwicklungsdiagnostik zusammengestellt
von Theodor Hellbrügge

	Krabbelalter	Sitzalter	Laufalter	Greifalter
Ende 12. Monat				
Ende 11. Monat				
Ende 10. Monat				
Ende 9. Monat				
Ende 8. Monat				
Ende 7. Monat			 = Hopsen	
Ende 6. Monat				
Ende 5. Monat				
Ende 4. Monat				
Ende 3. Monat				
Ende 2. Monat				
Ende 1. Monat				
Neugeborenes				

Einzelheiten zu diesen Tabellen sind dem Buch "Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik" (Th. Hellbrügge, F. Lajosi, D. Menara, R. Schamberger, Th. Rautenstrauch, I. Beinroth, H. Bönisch-Warner und M. Bär †), Verlag Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1978, zu entnehmen.
 Aus dem Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Universität München im Kinderzentrum München (Direktor: Prof. Dr. Th. Hellbrügge).

Perzeptionsalter	Sprechalter	Sprachverständnisalter	Sozialalter
	Erste sinnvolle Silbe	Befolgt einfache Aufforderungen	 Reicht der Bezugsperson einen Gegenstand, wenn es durch Gesten oder Worte dazu aufgefordert wird
		Reagiert auf Verbote	
	Dialog: Nachahmung gekannter Silben	Sucht auf Befragen nach Person- oder Gegenstand durch Kopfdrehen	 Deutliches Fremdsein
	Silbenverdopplung		
	Flüstern		 Reagiert freudig auf Versteckspiel hinter Möbeln
	Plaudern durch deutliche Silben bei wechselnder Lautstärke und Tonhöhe		 Verfolgt Tätigkeiten der Bezugsperson
			Unterschiedliches Verhalten gegenüber Bekannten und Unbekannten
	Rhythmische Silben		 Lacht stimmhaft, wenn es geneckt wird
	Blaureiblaute (w-artig) Lippen (m, b) Juchzen		
	rrr-Ketten		 „Soziales Lächeln“
	Kehllaute: e-eche ek-che, e-rrhe		 Fixiert ein bewegtes Gesicht und folgt ihm
	Vokallaute zwischen ä, a, ähä, hä		 Innehalten bei Erblicken eines Gesichtes
	Schreien bei Unlust		 Beruhigt sich auf dem Arm

nicht stattfindet. Das schrille Schreien klingt mir heute noch in den Ohren. Außer dieser Angst fiel ihre Teilnahmslosigkeit auf. Sie saßen stupide mit einer unbeweglichen Mimik da. Sie hatten alle Zeichen eines Krankheitsbildes, dessen Symptome ich später in dem unvergleichlichen Film von *Jeanette Aubry* dargestellt fand.

Diese Kinder waren nach dem, was ich in der Medizin und in der Kinderheilkunde gelernt hatte, völlig gesund. Sie hatten eine normale Körpergröße, ein normales Körpergewicht, einen normalen Kopf- und Brustumfang. Sie hatten kein Fieber, kein Erbrechen, keinen Durchfall, keine irgendwie objektivierbaren Krankheitszeichen, außer ihrem deutlich erkennbaren Entwicklungsrückstand, der vor allem die Sprach- und Sozialentwicklung betraf.

Das von mir beobachtete Krankheitsbild war in der kinderärztlichen Literatur nicht beschrieben. Um es meßbar zu machen, mußten wir völlig neue Grundlagen für die Kinderheilkunde erarbeiten, denn die Entwicklung eines Deprivationsyndroms als Folge der Vernachlässigung grundlegender altersspezifischer Bedürfnisse an sozialer, emotionaler und sprachlicher Anregung ließ sich mit den Methoden der klassischen Medizin und Kinderheilkunde, also mit den Möglichkeiten der Anatomie und Physiologie, nicht nachweisen. Hierzu mußten wir die Ethologie als neues diagnostisches und später auch als neues therapeutisches Prinzip in die Kinderheilkunde einführen.

Mit der "Münchener Funktionellen Entwicklungsdiagnostik" entwickelten wir ein diagnostisches System, das es ermöglichte, Rückstände im Krabbeln, Sitzen, Laufen, Greifen, vor allem aber in der Perzeption, im Sprechen, im Sprachverständnis und in der Sozialentwicklung auch quantitativ zu diagnostizieren, und zwar bereits im ersten Lebensjahr, bevor diese Funktionsbereiche ausgeprägt sind.

Die Übersicht (Abb. 1) auf den Seiten 160/161 zeigt das System der "Münchener Funktionellen Entwicklungsdiagnostik" auf, bei dem in den genannten Funktionsbereichen die typischen Verhaltensweisen dargestellt sind.

Die Tabelle ist jeweils von unten nach oben zu lesen. Die zugehörigen diagnostischen Begriffe heißen nach meiner Definition: Krabbelalter, Sitzalter, Laufalter, Greifalter, Perzeptionsalter, Sprechalter, Sprachverständnisalter und Sozialalter.

Als Normwerte in der Münchener Funktionellen Entwicklungsdiagnostik definierten wir aus der Münchener Pädiatrischen Längsschnittstudie jene Verhaltensweisen, die von 90% der gesunden Kinder in den verschiedenen Funktionsbereichen in einem bestimmten Lebensmonat beherrscht wurden. Da es sich bei dieser ethologischen Diagnostik primär um eine ärztliche Diagnostik handelt, welche dazu dient, Rückstände in den verschiedenen Funktionsbereichen aufzudecken, haben wir bei der Auswertung darauf verzichtet, Mittelwerte mit Streubereichen zu veröffentlichen. Dieses Verfahren vermeidet, daß Kinder bereits im Säuglingsalter von ihren Eltern als gut oder weniger gut entwickelt unterschieden werden. Es gibt aber sichere und frühzeitige Hinweise darauf, wenn die Entwicklung in einem bestimmten Funktionsbereich verzögert ist.

Die Entwicklung des Deprivationssyndroms läßt sich am besten aus der Gegenüberstellung von Entwicklungsprofilen gesunder Kinder, die in der Familie aufwachsen, im Verhältnis zu Entwicklungsprofilen gesunder Kinder, die in Heimen aufwachsen, ersehen. Dabei muß grundsätzlich betont werden, daß es sich hierbei um Säuglingsheime handelt, in denen die Kinder in altersgleichen Gruppen gepflegt und erzogen werden. Abbildung 2* zeigt das Entwicklungsprofil eines sechseinhalb Monate alten gesunden Säuglings aus der Familie. Sein Krabbel-, Lauf-, Greif-, Perzeptions- und Sprechalter entspricht sieben Monaten, sein Sitzalter acht Monaten, sein Sprachverständnisalter neun Monaten, sein Sozialalter sieben Monaten. Abbildung 3 zeigt das Entwicklungsprofil eines zwölf Monate alten Säuglings, der ebenfalls in der Familie aufwächst. Er hat ein Krabbel- und Sitzalter von zwölf Monaten, ein Laufalter von 16 Mona-

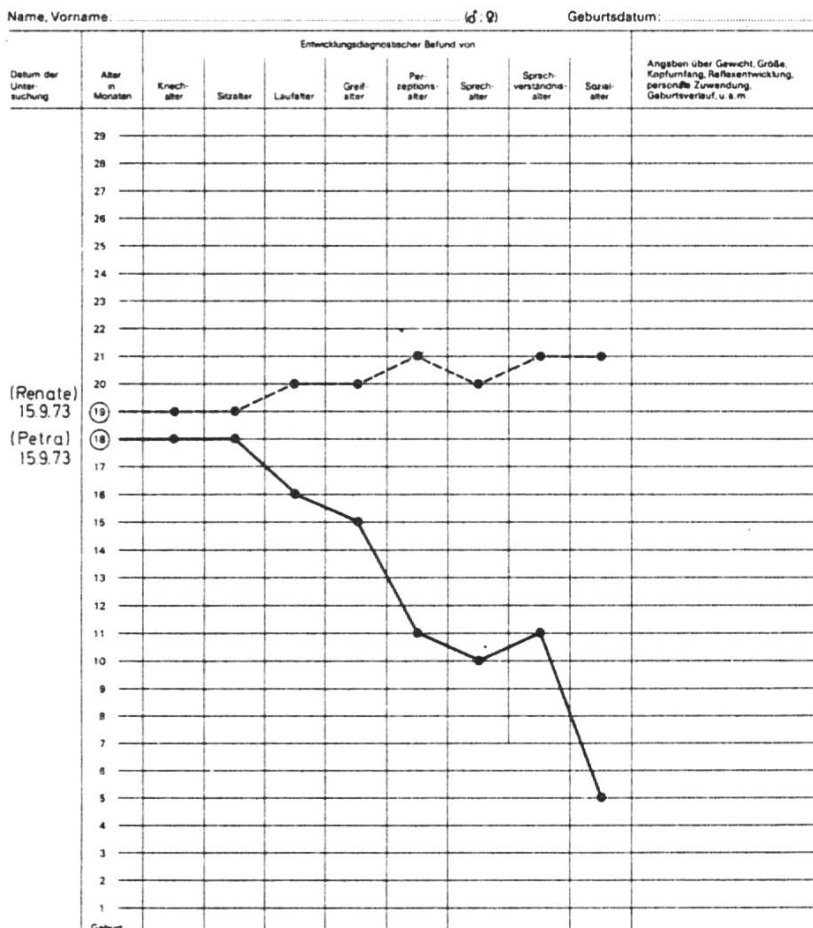
* Statt der im Vortrag demonstrierten zahlreichen Abbildungen über die Entwicklung des Deprivationssyndroms wird hier nur eine typische Abbildung wiedergegeben.

Typisches Entwicklungsprofil eines gesunden Familienkindes und eines "gesunden" Kindes aus der Massenpflege, gemessen mit Hilfe der Münchener Funktionellen Entwicklungsdiagnostik.

Entwicklungsdiagnostische Untersuchung

für das Säuglingsalter und das 2. Lebensjahr:
Entwicklung der Statomotorik, der Hand-, Perzeptions-, Sprach- und Sozialentwicklung

von Th. Hellbrügge, J. Pechstein,
D. Menara, R. Reiner-Schamberger und S. Stünkel



Beurteilung: _____

Arztstempel

Unterschrift

© 1971, Verlag FORTSCHRITTE DER MEDIZIN Dr. Schwappach & Co., 8035 Gauting, Postfach 220

Im Alter von 19 Monaten liegt das in der Familie aufgewachsene Kind Renate in allen psychomotorischen Funktionsbereichen auf bzw. über der Altersnorm. Die Altersnorm ist dadurch gekennzeichnet, daß ein bestimmtes Verhalten bei mindestens 90% gesunder Kinder in einem bestimmten Alter beobachtet wurde.

Demgegenüber weist das ebenfalls organisch und neurologisch gesunde, 18 Monate alte Kind Petra ein schweres Deprivationssyndrom auf. Es hat im Lauf- und Greifalter, noch mehr im Perzeptions-, Sprech- und Sprachverständnisalter, besonders aber im Sozialalter einen schweren Entwicklungsrückstand.

ten, ein Greif-, Perzeptions-, Sprech- und Sprachverständnisalter von 13 Monaten und ein Sozialalter von 14 Monaten.

Während bei Familienkindern die Werte in den verschiedenen Funktionsbereichen in der Regel oberhalb der 90% Grenze liegen, zeigen die Entwicklungsprofile bei Kindern (Säuglingen) in Heimen schon nach wenigen Wochen Aufenthalt einen Rückstand. Mit zunehmendem Heimaufenthalt prägt sich dieser Rückstand jeweils stärker aus, und zwar um so mehr, je weniger Pflegepersonal mit den Kindern beschäftigt ist und je häufiger das Pflegepersonal wechselt.

Als das bemerkenswerteste Ergebnis von systematischen Untersuchungen an weit über 500 Säuglingen in mehr als 50 verschiedenen Säuglings- und Kleinkinderheimen, die wir gemeinsam mit *Pechstein* durchführten (zusammenfassende Darstellung bei Pechstein 1974) war festzuhalten, daß immer in erster Linie der Sprach- und Sozialbereich betroffen war.

Diese Tatsache kommt in den folgenden Abbildungen deutlich zutage. Abbildung 3 betrifft einen Säugling, der kurz nach der Geburt in ein Heim aufgenommen wurde. Er hatte im chronologischen Alter von 4 Monaten ein Krabbelalter von 3, ein Sitzalter von 4, ein Laufalter von 3, ein Greif- und Perzeptionsalter von 4, ein Sprechalter von 3 und ein Sozialalter von 2 Monaten. Die folgende Abbildung betrifft einen Säugling, der im Alter von 8 Wochen in einem Heim aufgenommen wurde. Er hatte im chronologischen Alter von 8 Monaten ein Krabbelalter von 7, ein Sitzalter von 8, ein Lauf- und Greifalter von 7, ein Perzeptionsalter von 8, ein Sprech- und Sozialalter von 5 Monaten.

Die nächstfolgende Abbildung betrifft einen Säugling, der mit sechs Wochen in ein Säuglingsheim aufgenommen wurde. Im chronologischen Alter von zwölfteinhalb Monaten hat er ein Krabbel- und Sitzalter von 12, ein Laufalter von 11, ein Greifalter von 10, ein Perzeptionsalter von 9, ein Sprech- und Sozialalter aber von nur 5 Monaten.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Diagramme zweier gleichaltriger gesunder Säuglinge, von denen der eine in einer Familie, der andere mit wechselnder Heimpflege großgezogen wurde. Man erkennt in Abbildung 2 den extremen Rückstand vor allem im Sozialverhalten beim Heimkind. Es zeigt sich, daß die Sozialentwicklung gegenüber der Sprachentwicklung sogar noch empfindlicher auf eine außerfamiliäre Pflege reagiert.

Dabei ist als außerfamiliäre Pflege grundsätzlich jede altersgleiche Gruppenpflege bei Säuglingen und Kleinkindern anzusehen, bei der nicht eine konstante mütterliche Hauptbezugsperson die Pflege des einzelnen Kindes übernimmt.

In diesem Konzept ist also als wichtig zu beachten:

- eine* – (nicht zwei, drei oder vier Mütter)
- konstante* – (immer die gleiche Bezugsperson)
- mütterliche* – (dies bedeutet, daß diese Person mütterliche Eigenschaften an ihrem Kind entwickeln muß)
- Hauptbezugsperson* – (die vom Kind klar identifizierbar sich gegenüber anderen Bezugspersonen abhebbare bevorzugte Person) und
- Person* – (bedeutet, daß keine Maschine die menschliche Zuwendung ersetzen kann).

Aufgrund der Ergebnisse der Entwicklung von Säuglingen in Heimen haben wir 1966 den Begriff "Deprivationssyndrom" in die kinderärztliche Literatur eingeführt für alle Entwicklungsschäden, welche vor allem die frühkindliche Sprach- und Sozialentwicklung infolge Massenpflege oder des Entbehrens mütterlicher Fürsorge betreffen. Dies war notwendig, weil Begriffe wie "Hospitalismus", "Hospitalismarasmus", "kachektisierender Pflegeschaden", auch die von *Spitz* beschriebene "Anaklitische Depression" die soziale Mißhandlung der Säuglinge nicht deutlich charakterisieren.

Diese systematische Beschäftigung mit Heimsäuglingen führte auch dazu, daß wir den Folgezustand des Deprivationssyndroms

näher beschreiben konnten, wobei deutlich wurde, daß diese Form der Kindesmißhandlung offenbar zu einem lebenslangen Schaden führen kann, der in seinen Auswirkungen unter Umständen noch gravierender ist als eine körperliche Kindesmißhandlung.

Soziose

Um die soziale Bedingtheit und die sozialen Folgen dieser sozialen Kindesmißhandlung deutlich zu machen, haben wir 1963 (gemeinsam mit *Menara*) das Krankheitsbild der "Soziose" beschrieben, mit den Hauptsymptomen "Aggression", "Provokation" und "Soziale Apathie". Zu dieser Symptomatologie wurden folgende Erläuterungen gegeben:

Aggression

Aggressiv verhaltensgestörte Kinder sind für jede Kindergemeinschaft untragbar, weil sie alle Gelegenheiten benutzen, die übrigen Kinder zu schlagen, zu treten, zu beißen, zu stoßen usw. Aus unserem Schulversuch, in dem gesunde mit mehrfach und verschiedenartig behinderten Kindern gemeinsam gefördert werden, mussten wir nicht etwa geistig behinderte, sondern intelligente, aggressiv verhaltensgestörte Kinder herausnehmen.

Provokation

Provokativ verhaltensgestörte Kinder rufen unentwegt aggressives Verhalten ihrer sozialen Umwelt hervor. Dazu benutzt das Kind alle sich bietenden Möglichkeiten, um beispielsweise die Mutter oder den Lehrer zum Reagieren zu bringen: Es macht so lange Krach, bis der Erwachsene eingreift; es streckt so lange die Zunge heraus, bis es gerügt wird; es zieht sich bewußt so langsam an, bis die Mutter wütend wird; es läuft in der Klasse so lange zum Fenster, bis der Lehrer es in die Ecke stellt usw.

Soziale Apathie

Sozial apathische Kinder zeichnen sich durch ihre Bindungsstörungen zu einer sozialen Bezugsperson aus. Sie wenden sich

kurzfristig jedem Fremden zu, sie sind aber unfähig, eine tragende emotionale Bindung mit einer Bezugsperson aufzunehmen. Als Kleinkind haben sie keinen Mutterbezug, in der Schule haben sie keine Freunde, keinen Erwachsenen, z.B. den Lehrer, für den sie sich erwärmen. Nach eigenen Untersuchungen bei Jugendlichen, die aus gehobenen sozialen und gesundheitlich ausgesuchten Bevölkerungskreisen stammten, ihre Kindheit aber in Heimen verbracht hatten, hatte die soziale Apathie auch zur Unfähigkeit geführt, mit dem anderen Geschlecht eine feste Bindung einzugehen.

Die pathologische soziale Interaktion als schwere Störung der Anpassungsfähigkeit sowie der Unfähigkeit zur Kooperation zeigt sich auch schon in den Vorstadien der sozialen Krankheit, und zwar in den Verhaltensweisen: "Distanzlosigkeit", "Soziale Überängstlichkeit", "Pathologische Trotzigkeit", in der Unfähigkeit zum Spielen und zur Konzentration. Diese Vorstadien haben wir wie folgt beschrieben:

"Distanzlosigkeit"

Distanzlose Kinder, die mit jedem Fremden schmusen, sich jedem anhängen oder auf den Schoß setzen, ähneln in ihrem Verhalten einem drei bis sechs Monate alten Säugling, der normalerweise in diesem Alter auf jedwedes menschliche Antlitz, das sich ihm unmittelbar zuwendet und das sich bewegt, mit einem "sozialen Lächeln" und Zuwendung reagiert. Diese Phase der Sozialentwicklung muß im Alter von sechs Monaten aber spätestens beendet sein.

"Soziale Überängstlichkeit"

Sozial überängstliche Kinder wirken in ihrem Verhalten etwa wie ein normaler acht Monate alter Säugling. Die "Achtmonatsangst" hat *Spitz* wie folgt charakterisiert: "Nähert sich dem Kind ein Fremder, so löst dies ein unverkennbares, charakteristisches und typisches Verhalten in ihm aus, es zeigt individuell verschiedene Grade der Ängstlichkeit, ja sogar der Angst und lehnt den Fremden ab." Überängstliche Kinder zeigen ein gleichartiges Verhalten, das meist mit Schreien und Abwendung verbunden ist.

“Pathologische Trotzigkeit”

Trotzigkeit ist im Verlaufe der kindlichen Entwicklung ein Verhaltensmerkmal, das immer wieder natürlicherweise auftritt. Pathologische Trotzigkeit ist dadurch gekennzeichnet, daß das Kind permanent jede Aufforderung mit einer generellen Ablehnung beantwortet. Der Schluß liegt nahe, daß pathologische Trotzigkeit ein Persistieren des normalen Trotzverhaltens darstellt, wie es natürlicherweise um das 1. Lebensjahr (1. Trotzphase) oder im 3. Lebensjahr (2. Trotzphase) auftritt.

Die schwerwiegenden Folgen einer sozialen Deprivation als spezielle Form einer Kindesmißhandlung konnten wir durch Nachuntersuchungen bei den 17- bis 23jährigen Jugendlichen deutlich machen, die aus ausgesuchten gesundheitlichen und sozialen Schichten kamen und die ihre frühe Kindheit in Heimen zugebracht hatten.

Diese Jugendlichen, die – wie bereits erwähnt – aus optimalen Erbanlagen “gezüchtet” waren, hatten ihre ersten Lebensjahre in bevorzugten Säuglingsheimen verbracht. Dort kam es bei ihnen als Säuglinge trotz ihrer ausgesuchten Herkunft und trotz bevorzugter Pflege zu einem mehr oder minder ausgeprägten Deprivationssyndrom. Diese Kinder wurden später in Heimen, bei Pflegeeltern oder Adoptiveltern aufgezogen.

Im Jugendalter äußerte sich ihre Soziose im Vergleich zu einer gleichaltrigen Gruppe von Jugendlichen, die in der Familie aufwuchsen, in einer Häufung von Verwahrlosung wie Streunen, Wegbleiben von Schule und Arbeit, Eigentumsdelikten, sexueller Verwahrlosung, krimineller Gefährdung, etc. Keiner der 69 männlichen und weiblichen Jugendlichen hatte eine abgeschlossene Schulausbildung erreicht, keiner eine abgeschlossene Berufsausbildung vollzogen, weil sie ständig ihre Lehrstellen wechselten. Ein nicht geringer Prozentsatz war bereits vorbestraft, ein anderer Teil in Homosexualität und Prostitution abgeglitten. Bemerkenswert erscheint, daß aus der sozialen Abartigkeit auch eine sexuelle Abartigkeit in dem Sinne bestand, daß die Jugendlichen unfähig waren, eine normale Bindung mit dem anderen Geschlecht einzugehen.

Diese Ergebnisse machten auf die einzigartige Bedeutung der Familie für die Entwicklung unserer Kinder aufmerksam

1. im Sinne der konstanten mütterlichen Hauptbezugsperson
2. im Sinne des sozialen Lernens
3. im Sinne des Zeithabens für die Signale der Kinder.

Die Bedeutung des sozialen Lernens läßt sich aus meiner Sicht am besten in dem Satz darstellen "Nur wer hilft wird selbständig" – eine These, die wir bei unserem Schulversuch in Permanenz bestätigt finden.

Zeit haben für die Signale des Kindes bedeutet, daß nicht die Mutter der primäre "Sozialgeber" darstellt, vielmehr daß das kindliche Verhalten erst das mütterliche Verhalten bei der Frau induziert, die Zeit für es hat.

Alle unsere Untersuchungen haben ergeben, daß eine Frau nicht durch den Geburtsakt, sondern ausschließlich durch die soziale Zuwendung zur Mutter wird. Daraus folgt, daß "Sozialmutter" entscheidender ist als "Geburtsmutter" und ferner, daß zur Sozialmutter auch jene Person werden kann, die dem Kind in den entscheidenden Jahren der sozialen Prägung den notwendigen sozialen Bezug gibt.

Die Konstanz der Mütterlichkeit ist offensichtlich so bedeutsam, daß dem gegenüber die Qualität der Mutter eine untergeordnete Rolle zu spielen scheint. *Burlingham* und *Freud* konnten bei ihren Studien an Kleinkindern, die während des Krieges aus London evakuiert waren, feststellen, daß die pathologische Heimweh-Reaktion auch dann in gleicher Weise vorhanden war, wenn die Mütter als Erzieherinnen wenig geeignet schienen. Die pathologische Heimweh-Reaktion – so *Burlingham* und *Freud* – "der Kinder ist noch schwerer verständlich, wenn man bedenkt, daß viele der in Betracht kommenden Mütter weit davon entfernt sind, ideale Mütter zu sein. Die Majorität der Mütter unserer Kinder sind gute Arbeiter, intelligent, fürsorglich und liebevoll zu ihren Kindern und bereit, jedes nötige Opfer für sie zu bringen.

Andere haben keine dieser Qualitäten. Manche sind arbeits-scheu und nachlässig, verbittert, hart und unfähig, Zärtlich-keit zu zeigen; andere sind überstreng und unnachsichtig, schlechte Erzieher für ihre Kinder. Die Erfahrung zeigt, daß kleine Kinder sich auch an Mütter klammern, von denen sie schlecht, ja sogar grausam behandelt werden.

Die Mutterbindung der frühen Kinderjahre scheint in ihrer Stärke nicht abhängig von den persönlichen Eigenschaften der Mutter und ist sicher ganz unabhängig von ihrer Eignung zur Erzieherin. Diese Behauptung beruht nicht auf einer kon-ventionellen Überzeugung von der Unverletzlichkeit und Un-antastbarkeit der Mutter-Kind-Beziehung, sondern auf ins- einzelne gehende Untersuchungen über das frühkindliche Affekt-leben, für das die Person der Mutter als erster und wich- tigster Vertreter der Außenwelt von entscheidender Bedeu- tung ist."

Auf Einzelheiten betreffend die wichtigsten Stufen der frühen Sozialentwicklung kann ich im Rahmen dieses Vortrages aller- dings nicht eingehen. Hierzu sei auf die eingehende Darstellung in dem Buch "Kindliche Sozialisation und Sozialentwicklung" hingewiesen, wo wir ebenso wie andere Autoren diese Verhält- nisse eingehend beschrieben haben.

Die Prävalenz der Sozialentwicklung für die gesamte kindliche Entwicklung betrifft auch das Kleinkindalter, ja sogar noch das Schulalter. Hierzu erhielten wir Hinweise durch systema- tische Untersuchungen über den Verlauf der Pulsfrequenz bei 11jährigen Schülern während des Erzählens von Märchen. Erwartungsgemäß waren alle affektgeladenen Szenen der ver- schiedenen Märchen mit einer Erhöhung der Pulsfrequenz verbunden. Zu unserer Überraschung zeigte sich aber, daß die höchsten Zahlen der Pulsfrequenz jeweils mit den Szenen der Einsamkeit und des Verlassenseins verbunden waren. Wir haben bei diesen gemeinsam mit *Rutenfranz* durchgeführten Studien deutlich machen können, daß auch für 11jährige Kinder offenbar das Alleingelassensein ein stärkeres Trauma darstellt als zum Beispiel Grausamkeitsszenen wie Hexe im Ofen verbrannt, etc.

Wie schwerwiegend Deprivation und in seiner Folge die Soziose für die spätere Entwicklung des Kindes ist, versuchen wir seit Jahren dadurch zu klären, daß wir Adoptivkinder verfolgen, die unter therapeutischer Betreuung in verschiedenen Lebensaltersstufen aus Heimen mit einem Deprivationssyndrom in die Adoptivfamilie aufgenommen wurden. Diese Studien deuten darauf hin, daß es in der frühkindlichen Sozialentwicklung offensichtlich eine sensitive Periode gibt, nach der es nicht nur schwer, wenn nicht gar unmöglich ist, eine völlige Rehabilitation der kindlichen Sozialschäden zu erreichen.

Meine frühere Mitarbeiterin, Frau Dr. Menara, hat als Beispiel folgendes Verhalten eines Kindes aus unserer Adoptionsbetreuung beschrieben: "Sofern ein Kind erst nach dem dritten Lebensjahr aus dem Heim genommen wurde und in die Adoptivfamilie kam, ließ sich häufig noch nach drei bis vier Jahren langer liebevoller Hingabe an das Kind durch die Eltern beobachten, daß es sich in einem unbewachten Augenblick fremden Menschen vertrauensvoll anschloß und erst nach Stunden oder erst nach Tagen wieder nach Hause gebracht werden konnte. Beim Wiedersehen mit den Adoptiveltern benahmen sich diese Kinder genauso, als wären sie gar nicht fort gewesen."

Die Darstellung des Deprivationssyndroms als eine besondere Form der Kindesmißhandlung ist unter den derzeitigen Umständen in der Bundesrepublik Deutschland besonders hervorzuheben, denn die außerfamiliäre Erziehung und Pflege von Säuglingen und Kleinkindern nimmt in den verschiedensten Formen ständig zu. Hinzu kommt bei der Liberalisierung der Ehescheidungen die ständig zunehmende Zahl der Scheidungswaisen.

Die folgende Tabelle zeigt Ihnen den Verlauf der Eheschließungen, der lebend geborenen Kinder, der Ehescheidungen und der minderjährigen Scheidungswaisen in der Zeit von 1960 bis 1982. Man erkennt, daß die Eheschließungen deutlich abnehmen, daß ebenso die Anzahl der lebend geborenen Kinder fast halbiert wurde, daß dem gegenüber die Ehescheidungen pro Jahr auf das Doppelte anstiegen und daß wir inzwischen pro Jahr über 100 000 minderjährige Scheidungswaisen haben,

Jahr	Ehe- schließungen	Lebend- geborene	Ehe- scheidungen	Minderjährige Scheidungswaisen
1960	521 445	968 629	48 878	45 067
1961	529 907	1 012 687	49 280	45 629
1962	530 640	1 018 552	49 521	46 257
1963	507 644	1 054 123	50 840	48 961
1964	506 182	1 065 437	55 710	55 487
1965	492 128	1 044 328	58 728	59 770
1966	484 562	1 050 345	58 744	60 703
1967	483 101	1 019 459	62 855	67 837
1968	444 150	969 825	65 264	71 573
1969	446 586	903 456	72 300	80 001
1970	444 510	810 808	76 520	86 057
1971	432 030	778 526	80 444	90 245
1972	415 132	701 214	86 614	95 702
1973	394 603	635 633	90 164	98 536
1974	377 265	626 373	96 534	106 725
1975	386 681	600 512	106 829	107 216
1976	365 728	602 851	108 258	105 967
1977	358 487	582 344	74 658	64 433
1978	328 215	576 468	32 462	21 162
1979	344 823	581 984	79 490	63 211
1980	362 408	620 657	96 222	78 972
1981	359 658	624 557	109 520	87 857
1982 ¹	361 573	621 173

¹ Vorläufiges Ergebnis

bei denen die familiäre Bindung in irgendwelcher Form gestört ist.

Das sind Fakten, an denen sich z.B. die moderne Kinderheilkunde und Kinderpsychologie orientieren müssen. Das sind die Fakten, aus denen die Not der Kinder in den Industrienationen deutlich wird.

So möchte ich mit meinen Ausführungen über das Thema Deprivationssyndrom als soziale Kindesmißhandlung in dem Sinne schließen, daß das Problem der Kindesmißhandlung nicht nur als Problem einer körperlichen Mißhandlung gesehen werden darf, sondern daß weit mehr auch die seelische Mißhandlung durch den Entzug der Mütterlichkeit als das Problem unserer Tage angesehen werden muß.