

# Bindung versus keine Bindung

Die Aufbau von Bindungsverhalten von Heimkindern und spätere  
Pflegekinder



Mein Kind hat mich ausgesucht, ich frag mich warum?  
Was haben wir in diesem Leben wohl miteinander zu tun?  
Was kann ich ihm Lehren, was lehrt er mich?  
Ich weiß nur eines, ich freue mich!  
Ich will es lehren in sich zu geh´n,  
die Schönheit der Welt auch im Kleinen zu seh´n.  
Ich will es lehren auch andere zu achten,  
Pflanze und Steil mit Freude zu betrachten.  
Menschen und Tiere zu lieben und zu ehren,  
und sich gegen Unrecht und Böse zu wehren.  
Eins, das fällt mir jetzt ein,  
da wird er sicher mein Lehrmeister sein.  
Es lehrt mich zu lieben, ohne zu halten,  
es leicht nur zu führen, nicht zu verwalten.  
Loslassen können zu jeder Zeit,  
schwer wird es sein, doch ich bin bereit.  
Ich will es nicht ketten und fesseln an mich  
Und doch kann es immer sich lehnen an mich.  
So lernen wir beide,  
und ich weiß, darum,  
haben wir in diesem Leben miteinander zu tun.  
(Veronika Fink)

# Inhaltsverzeichnis

1. Kinderheime in Rumänien .....	4
1.1. Säuglings- und Kleinkinderheime (Kinderkrippen) .....	6
2. Praxisorientierte Darstellung des Kinderheimes in Sânmartin.....	9
2.1. Mein Tätigkeitsbereich .....	9
2.2. Reflexion der eigenen Rolle und Funktion .....	11
2.3. Stellungnahme zur Institution .....	16
3. Fallbeispiel eines Heimkindes und nach dessen Ausgliederung in eine Pflegefamilie .....	18
4. Die Bindung und Trennung in der Mutter - Kind – Beziehung .....	20
4.1. Die Phasen in der Entwicklung der Bindung nach Bowlby .....	21
4.1.1 Die Bindungsqualität .....	23
4.1.2 Die Trennung in der Mutter-Kind-Beziehung .....	27
4.2. Die Folgen fehlender Mutter-Kind-Beziehung .....	30
4.2.1 Anaklitische Depression .....	31
4.2.2 Hospitalismus.....	32
4.2.3 Marasmus.....	33
4.3. Vergleiche der Frühentwicklung von Anstalts- und Familienkindern .....	33
4.3.1 Kinder ohne Bindung .....	36
4.4. Zusammenfassung .....	38
5. Die Beziehungsaufbau in den Pflegefamilien .....	39
5.1. Zusammenfassung .....	42
6. Reflexion und mein zukünftiger Tätigkeitsfeld als Familienmentorin.....	43

## Einleitung

Die vorliegende Diplomarbeit befasst sich mit der Entwicklung von Kleinkindern in einem rumänischen Kinderheim und nach der Ausgliederung in private Familien. Der Kern dieser Arbeit umfasst eine Langzeitbeobachtung, die sich auf etwas mehr als ein Jahr erstreckt hat und ein Teil meine Diplomarbeit an der Universität Klagenfurt erfasst. Die Studie die ich für die Diplomarbeit gemacht habe, befasst sich hauptsächlich mit der Analyse des Entwicklungsstandes von 20 Kleinkindern, wobei auch die Berufseinstellung der Pflegerinnen als zukünftige Pflegemütter miteinbezogen worden ist. Die 20 untersuchten Kinder stammen aus einem rumänischen Kinderheim aus dem Ort Sânmartin<sup>1</sup>. Sie wurden nach dem Zufallsprinzip aus 140 Kindern (Aufnahmekapazität des Heimes) ausgewählt. Die Gelegenheit, diese Beobachtungen durchzuführen, ergab sich aus der Situation, dass das Kinderheim ab Juni 1994 unter der Führung von „International Children´s Saving Service“ mit dem Sitz in Hannover und durch anderen beteiligten internationalen Hilfsorganisationen generalsaniert wurde. Für die zügige Verwirklichung dieses Projekts wurde für die Dauer des Umbaus die Räumung des Heimes verlangt. Die leitenden Organe des Heimes haben für die Räumung vorgesehen, dass die im Kinderheim arbeitenden Pflegerinnen während dieser Zeit je zwei Kinder in ihren Familien aufnehmen müssen.

Meine Verbindung zu diesem Kinderheim geht bis in meine Kindheit zurück. Sie begann in meinem Volksschulalter, von 1974 bis heute, natürlich mit immer größer werdender Intensität.

Meine Mutter arbeitete beinahe 25 Jahre lang in diesem Kinderheim als Buchhalterin. Durch sie hatte ich die Gelegenheit, das Kinderheim recht früh kennenzulernen. Die magische Anziehungskraft, die das Kinderheim zu dieser Zeit auf mich ausübte, war durch die Spielkameradschaft mit einigen Kindern aus dem Heim bedingt.

Später, mit dem langsamen Erwachsenwerden, zog mich meine Neugier und die quälende Frage, „Warum gibt es solche Schicksale?“, und meine Beobachtungen über die ständig schlechter werdende Situation im Heim immer wieder dorthin. Auch der Gedanke, mit solchen Kindern arbeiten zu wollen, ist schon relativ früh entstanden, weshalb ich Psychologin werden wollte. Leider machte mir die damalige rumänische Regierung unter der Ceausescu Ära einen Strich durch meine Rechnung, weil sie das Psychologiestudium an den Universitäten einstellte.

Nach meiner Matura im Oktober 1987 begann ich meine Tätigkeit im administrativen Bereich des Kinderheimes als „Registrator Medical“ (zuständig für die Registrierung und Aufnahme von Kindern). Meine Berufslaufbahn dauerte im Kinderheim drei Jahre. Bereits während dieser Zeit konnte ich die Heimkinder beobachten und dabei tiefe Einblicke in den Einweisungsprozess, die Arbeitsmodalitäten und den Betreuungsablauf gewinnen.

---

<sup>1</sup> Das Kinderheim Sânmartin liegt in dem gleichnamigen Ort im südlichen Teil der Ostkarpaten, nahe Kronstadt (Braşov) in Rumänien. Die Ortschaft zählt ca. 4000 Einwohner und liegt an der Nord-Süd Hauptverbindungsstraße in Richtung Bukarest.

Im Jahr 1991 kam ich nach Österreich/Klagenfurt, zu einer Familie als Au-Pair-Mädchen. Gleichzeitig begann ich Deutsch zu lernen und mich für die Aufnahme an der Universität Klagenfurt vorzubereiten.

Ich hatte die Möglichkeit, auch während meines Daueraufenthaltes in Österreich seit den letzten 21 Jahren meine Kontakte zu dem Kinderheim (Mittlerweile Seit 9 Jahren statt Kinderheim gibt es ein Mutter-Kind Heim und ein Kindergarten) aufrechtzuerhalten, was insbesondere auf meine Teilnahme an den Hilfslieferungen der „Initiative Pflegeverein Wien“ und auf die Datensammlung für meine Diplomarbeit sowie auf die private Reisen zu meiner Familie zurückzuführen ist. Im Zuge dieser Aufenthalte in Rumänien nahm ich auch an den von Wien aus organisierten Weiterbildungsseminaren für das dort zuständige Pflegepersonal teil. Ich erarbeitete aktiv gemeinsam mit der Kinderheimleitung und der Hilfsorganisation Verbesserungsvorschläge, sowie die Listen für die nächsten Hilfslieferungen, die speziell für das Kinderheim bestimmt waren. Im Zuge der Ausgliederung der Kinder in die Familien half ich dem oben genannten Pflegeverein, indem ich die aus Ungarn angeforderte Frau Dr. Révész bei der Betreuung der völlig unvorbereiteten Pflegerinnen unterstützte.

Im Zuge der Datensammlung für meine Diplomarbeit pflegte ich besonderen Kontakt sowohl zu den untersuchten Kindern, deren Entwicklungsfortschritte ich beobachtete, als auch zu den Pflegerinnen, in deren Obhut diese Kinder sich befanden. Überdies führte ich auch fast regelmäßig Gespräche mit der Kinderheimleiterin bezüglich der Situation der Kinder und des Heimes.

Diese Diplomarbeit ist in sieben Kapitel gegliedert. Der erste Teil beschäftigt sich mit der Darstellung der Säuglings- und Kleinkinderheime in Rumänien. Der zweite Teil befasst sich mit der praxisbezogenen Darstellung des untersuchten Kinderheimes und der Besonderheiten, die im Heim auftraten. Im dritten Teil wird aus der Studie ein Fallbeispiel eines Heimkindes in dem Heim und nach der Ausgliederung in eine Pflegefamilie. Der vierte Teil beschäftigt sich mit dem Beziehungsaufbau in den Pflegefamilien. Der fünfte Teil mit drei Unterkapiteln widmet sich der Theorie der Bindung und Trennung in der Mutter-Kind-Beziehung. Der sechste Teil umfasst meine Reflexion aus heutiger Sicht und wie ich heute als Familienmentorin mit einem Kind und Adoptiv- bzw. Pflegeeltern arbeiten würde, welche Techniken würde ich einsetzen sowie mein Ziel in der Begleitung als Familienmentorin.

## **1. Kinderheime in Rumänien**

Diese Einrichtungen sind traditionell nach Altersstufen organisiert. Diese Tradition bestand darin, da Kinder zwischen 0–3 Jahren in Kinderkrippen<sup>2</sup> und Kinder zwischen dem 3.-18. Lebensjahr in Kinderheimen untergebracht wurden.

Der Grund für diese künstliche Trennung der nach Alterskriterien eingewiesenen Kinder war unter anderem, daß diese Einrichtungen administrativ und methodisch unterschiedlich untergeordnet waren. Die sogenannten Kinderkrippen unterlagen nämlich dem Gesundheitsministerium und die Kinderheime dem Ministerium für Nationale Erziehung. Es liegt auf der Hand, daß die

---

<sup>2</sup>In meinem Bericht nenne ich diese Einrichtung Säuglings- und Kleinkinderheime, weil meines Erachtens diese Bezeichnung zutreffender ist als die Bezeichnung: Kinderkrippen.

Betreuungsformen der Kinder in diesen zwei Einrichtungsarten durch sehr unterschiedliche Merkmale geprägt wurden, und dies hatte zur Folge, daß die Problematik des Kinderschutzes nicht im Sinne der Nöte der Kinder angegangen wurde. In der Kinderkrippe wurde eine intensive medizinische Betreuung der Kinder betrieben, weil diese Einrichtungen unter der Leitung des Gesundheitsministeriums standen und das Betreuungspersonal überwiegend im medizinischen Bereich geschult wurde. Im Gegensatz dazu standen die Kinderheime unter der Leitung des Ministeriums für Nationale Erziehung. Da das Personal überwiegend didaktisch ausgebildet war, beschränkte man sich in Kinderheimen vorwiegend auf die kognitive Erziehung, in der Ansicht, daß diese alle Bedürfnisse der betreuten Kinder abdeckt.

In der Regel ist die Zahl der betreuten Kinder in jeder öffentlichen Fürsorgeanstalt sehr groß, und die Kinder befinden sich für eine längere Zeit in diesen Anstalten. Da diese Betreuungseinrichtungen im allgemeinen sehr groß angelegt sind und die Betreuungsformen nicht unbedingt an die Nöte der eingewiesenen Kinder angepasst sind, ist es kaum möglich eine individuelle Betreuungsform für jedes einzelne Kind durchzuführen. Das Fehlen von echten flächendeckenden Fürsorgeeinrichtungen als Alternative zu den momentan existierenden öffentlichen Fürsorgeanstalten führt dazu, dass jedes in diese Anstalten eingewiesene Kind praktisch im Netz dieses Systems gefangen ist und zumindest einmal von einer Institution in eine andere (nach dem Alterskriterium) überwiesen werden muss. Somit wird sein ganzes soziales Umfeld zumindest einmal gewechselt, nämlich: Ort, Pflegepersonal, Spielkameraden. Wenn wir diese Kriterien des Heranwachsens der Kinder in diesen Fürsorgeanstalten aus entwicklungspsychologischer Sicht betrachten, können wir feststellen, dass solch ein Umstand keineswegs zu einer harmonischen Entwicklung des Kindes beitragen kann.

Die große „Welle“ internationaler Adoptionen in der Zeit zwischen 1990–1992 führte zwar zu einem bedeutenden Rückgang der sowohl in Säuglings- und Kleinkinderheimen als auch in Kinderheimen für Kinder im Alter zwischen 3 und 18 Jahren untergebrachten Kinder, aber nun ist ihre Zahl wieder im Steigen begriffen.

Die Sonderversammlung der Unicef hat 1991 und 1997 zwei Studien über die Kinderpflegeanstalten in Rumänien durchgeführt. In der Studie von 1991 weist die Unicef darauf hin, dass die Kinder, die längere Zeit in Fürsorgeanstalten untergebracht wurden in ihrer Entwicklung erheblich zurückgeblieben sind im Vergleich mit Kindern, die in ihrer Familie aufwuchsen. Laut der Studie von 1997 besserte sich die Lage etwas in den öffentlichen Fürsorgeanstalten im Vergleich zu 1991. So wurden Fortschritte in der körperlichen Entwicklung der Kinder festgestellt, hingegen wurden starke Verspätungen in der geistigen Entwicklung der Kinder verzeichnet. Dies kam besonders stark in den Schulergebnissen zum Ausdruck.

Im Folgenden werde ich die Kinderkrippen, die Kinderheime und die Krankenheime (Sonderkinderheime) genauer darstellen und werde auch auf die getarnte Unterbringung von notleidenden Kindern in den Krankenhäusern eingehen. Außerdem werde ich versuchen die Ausbildung des Betreuungspersonals in den öffentlichen Fürsorgeeinrichtungen kurz anzuschneiden.

### 1.1. Säuglings- und Kleinkinderheime (Kinderkrippen)

Die in Säuglings- und Kleinkinderheimen beherbergten Kinder im Alter von 0 - 3 Jahren unterlagen, wie bereits oben angedeutet, dem Gesundheitsministerium.

In diesem Typus von Kinderheimen wurden sowohl gesunde als auch psychisch oder physisch behinderte Kinder ab einem Alter von ca. 2 Wochen bis kurz der Vollendung des 3. Lebensjahres aufgenommen. In ganz Rumänien gibt es 58 Heime dieser Art in denen 9.800 Kinder untergebracht sind.

Kinder, die in dieser Art von Heimen das dritte Lebensjahr vollendet haben, wurden in der Regel in Kinderheime überwiesen, psychisch und physisch behinderte Kinder in die Sonderkinderheime.

Kurz bevor die Kinder ihr drittes Lebensjahr vollendet haben, wurden sie vor einer Überweisung in ein anderes Kinderheim auf das Ansuchen des Heimleiters/Heimleiterin von einer Auswahlkommission untersucht. Bei der Untersuchung wurde der Entwicklungsstand der Kinder festgestellt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung waren ausschlaggebend dafür, ob ein Kind in ein Kinderheim oder in ein Sonderkinderheim überwiesen werden soll. Wie die Überprüfung des Entwicklungsstandes der Kinder durch die Auswahlkommission stattgefunden hat würde den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen.

Hier muss darauf hingewiesen werden, dass im Jahr 1991 das Gesundheitsministerium einen Erlass herausgebracht hat, welches den Leitern/Leiterinnen der Säuglings- und Kleinkinderheime gestattet (außerhalb des vom Gesetz Nr. 3/1970 auferlegten Limits), auch Kinder, die älter als drei Jahre sind, nicht in Kinderheime oder in Sonderkinderheime zu überweisen.

**Abbildung: Situation der Kinderkrippen 1989 – 1996**

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Zahl der Kinderkrippen	65	64	62	61	60	59	58	58
Zahl der Betten	13.963	13.623	13.278	11.812	11.472	11.981	11.075	11.075
Zahl der Kinder	11.954	8.286	7.968	9.979	8.442	8.555	8.622	9.863

Quelle: Gesundheitsministerium, 1997

Auf das Problem der vorwiegend starren medizinischen Betreuung der Kinder in den Säuglings- und Kleinkinderheimen habe ich bereits schon oben hingewiesen. Ein anderes Problem lag in der Verwaltung und Personalpolitik, bedingt durch die Tatsache, dass diese Kinderheime dem Gesundheitsministerium unterstellt waren.

Die Säuglings- und Kleinkinderheime galten, ab einer Bettanzahl von 160 aufwärts, als eine eigenständige Institution mit einem eigenen Verwaltungsapparat. Vom wirtschaftlichen Aspekt bedeutete dies, daß ein solches Kinderheim über ein eigenes Budget verfügte. Dadurch konnte dessen

Verwaltung eigenständig innerhalb der gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen sowohl über den Einkauf der für das Kinderheim notwendigen Waren als auch über die Personalaufnahme bis hin zu Renovierungen und Sanierungen selbst entscheiden.

Wenn die Aufnahmekapazität eines ähnlichen Kinderheimes unter 160 lag, dann war das Kinderheim verwaltungsmäßig dem Bezirkskrankenhaus untergeordnet. Wenn dies der Fall war, bedeutete das für das Kinderheim ein Abhängigkeitsverhältnis zum Krankenhaus, vor allem was die Budgetaufteilung, Personalaufnahmen, Einkaufsmöglichkeiten und die Versorgung mit Lebensmitteln, Bekleidung und sämtliche andere notwendigen Sachen betraf. Dieses Verhältnis wirkte sich natürlich auch auf die Renovierung und Sanierung der Heime aus. In diesem Fall war der direkte Budgetempfänger die Verwaltung des Bezirkskrankenhauses. Es wurde zwar schon bei der Budgetverteilung festgelegt, welche Summe etwa im Jahr aus diesem Budgettopf dem Kinderheim zu gewähren ist, aber über die Form, die Zeit und den Zweck, wofür sie dem Kinderheim zur Verfügung gestellt wird, entschied die Verwaltung des Bezirkskrankenhauses.

Dieser Zustand führte nicht selten dazu, daß die Investitionen in allen Bereichen für das Kinderheim mehr oder weniger auf der Strecke blieben oder am Jahresende eine relativ hohe Summe für unnötige Sachen ausgegeben wurde, damit der Budgetrahmen wegen Nichtverbrauchs nicht gekürzt wird.

Zur allgemeinen Situation des Betreuungspersonals in Säuglings- und Kleinkinderheimen kann ich nur auf die Daten die im Weißbuch angegeben sind, zurückgreifen, weil mir zu diesem Punkt keine anderen statistischen Daten zur Verfügung stehen. Auf die Miss Lage der Personalausstattung in den öffentlichen Fürsorgeanstalten vor der Wende in Dezember 1989 kann ich nur am Beispiel des Säuglings- und Kleinkinderheimes Sânmartin näher eingehen. Dadurch dass mir die statistischen Daten fehlen, kann ich die Daten vom Heim in Sânmartin nicht verallgemeinern. Hier muss ich erwähnen, dass seit 1989 durch unterschiedliche Verordnungen, die die Ausstattung mit Personal betreffen, sich alle Arten von öffentlichen Fürsorgeanstalten wesentlich verbessert haben. Im Sinne dieser Optimierungen schaut die Situation der Bestückung mit Personal der Säuglings- und Kleinkinderheime folgendermaßen aus:

### Abbildung: Personal in den Säuglings- und Kleinkinderheimen

<b>Medizinisches Personal mit Hochschulbildung:</b>	
Ärzte	1/40 Betten
Laborfacharzt	1/Anstalt
Psychologe	1/80 Kinder
Logopäde	1/Anstalt
<b>Medizinisches Personal mit mittlerer Ausbildung:</b>	
Assistentin, zuständig für bestimmte Zimmer Kinder/Schicht	1/20
Assistentin, zuständig für bestimmte medizinische Dienste Betten/Schicht	1/40
Laborassistentin	1/Anstalt
Assistent für Krankengymnastik	1/Anstalt
<b>Medizinisches Hilfspersonal:</b>	
Pflegerin Kinder/Schicht	1/6-8
<b>Personal der Sozialfürsorge:</b>	
Sozialassistent 1Stelle bei mehr als 200 Kindern	1/Anstalt +
Rechtsberater Betten	1/300-600
<b>Erzieher:</b>	
Pädagoge oder Kinderpfleger Kinder, 2 Schichten	1/8-12
<b>Hilfspersonal:</b>	
Reinigungspersonal	1/250 m <sup>2</sup>

**Quelle: [Stiftung, Copiii României, 1997], Seiten 109 - 110**

Laut diesem Stellenschema können in einem Säuglings- und Kleinkinderheim mit 200 Kindern angestellt werden:

Medizinisches Personal mit Hochschulausbildung	9 Personen	3,9%
Medizinisches Personal mit mittlerer Ausbildung	47 Personen	20,7%
Medizinisches Hilfspersonal	90 Personen	39,6%
Erzieher	40 Personen	17,6%
Hilfspersonal	40 Personen	17,6%
Personal der Sozialfürsorge	2 Personen	0,8%

Der Anteil der Erzieher und der Sozialarbeiter ist sehr klein.



Die Analyse dieses Schemas zeigt deutlich auf, daß beinahe 2/3 des Personals in den Säuglings- und Kleinkinderheimen medizinisch geschult ist. Diese Tatsache bedeutet, dass die Fürsorge in dieser Art von Heimen, wie schon bereits oben angedeutet, überwiegend auf medizinische Betreuung ausgerichtet ist. Hingegen ist der Anteil der Erzieher und Sozialarbeiter sehr gering. In diesem Sinne kann festgestellt werden, dass die soziale und seelische Betreuung der Kinder vernachlässigt wird.

Abschließend kann behauptet werden, daß momentan die gesellschaftliche Bedeutung der Säuglings- und Kleinkinderheime unterschätzt wird. Obwohl sich die Lage in den letzten Jahren diesbezüglich einigermaßen verbessert hat, ist das Problem immer noch sehr groß. Die Betreuungsdauer in den Säuglings- und Kleinkinderheimen auch über das Alter von 3 Jahren hinaus wurde zu einem besonderen Problem, weil das Pflegepersonal nicht aufgestockt, die Personalkategorien, die Tätigkeitsprogramme und die materiellen Lebensbedingungen nicht dementsprechend angepasst wurden. Unter solchen Bedingungen kann dieser Typus von Heimen nicht derart funktionieren, dass die grundlegenden Interessen des Kindes gewährleistet werden können.

## **2. Praxisorientierte Darstellung des Kinderheimes in Sânmartin**

### **2.1. Mein Tätigkeitsbereich**

Ich arbeitete in der Zeit von 01. 10. 1987 bis 22. 03. 1991 in dem oben beschriebenen rumänischen Kinderheim (Sinmartin-Ciuc, Kreis: Harghita) meines Heimatortes.

Meine Tätigkeit umfasste zum großen Teil die Aufarbeitung der unterschiedlichen Dokumente, welche die Kinder bei der Heimeinweisung begleiteten, sowie die Erstellung der Akten der Kinder und die Archivierung dieser Akten, aber auch die Überprüfung dieser Dokumente über die sozialen Hintergründe der Kinder sowie die Anfertigung statistischer Auswertungen für das Zentrale Statistische Amt. Ein weiterer Aufgabenbereich war die Vorbereitung der Dokumente jener Kinder, die in ein anderes Kinderheim überwiesen werden sollten, bzw. wenn Kinder adoptiert wurden. Außerdem musste ich jeden Tag den Tagesmenüplan überprüfen, ausrechnen, wie viel Geld wir täglich zur Verfügung hatten und aufpassen, dass das monatliche Geld für die Lebensmittelquote am Monatsende nicht überschritten wurde. Diese tägliche Überprüfung war deshalb notwendig, weil wir in dem Heim eine enorme Fluktuation im Bezug auf die Kinder hatten. Fast täglich änderte sich die Zahl der anwesenden Kinder, verursacht durch Einweisungen in das Krankenhaus, Überweisungen in andere Kinderheime und Neueinweisungen von Kindern in das Kinderheim. Durch die veränderte Zahl änderte sich logischerweise die Summe der pro Kind zur Verfügung stehenden Alimente aber auch der Lebensmittelbedarf. Das heißt, wenn z. B. ein Kind am Nachmittag oder in der Nacht in das Krankenhaus eingewiesen wurde, hatten wir am darauf folgenden Tag um genau diese Alimenten Quote weniger oder umgekehrt mehr, wenn am Nachmittag ein Kind aus dem Krankenhaus zurückkam, oder ein Kind in das Heim neu eingewiesen wurde.

Hatte ich ein wenig Freizeit, dann versuchte ich mich einigen Kindern in dem Heim zuzuwenden.

Seit der Wende, im Dezember 1989, als die ersten Hilfsorganisationen das Heim besuchten, wurde seitens der Heimleiterin meine Tätigkeit zunächst auch auf den Empfang von Hilfsorganisationen erweitert. Diese Aufgabe war zwar sehr interessant, aber auch sehr anstrengend. Denn oft kamen Hilfslieferungen auch am Nachmittag an, und wenn weder eine von beiden Ärztinnen oder der Verwalter nicht anwesend waren, wurde ich verständigt, um die Lieferung zu übernehmen, bzw. die Begleiter der Hilfsorganisation durch das Kinderheim zu führen, sowie zu erklären, wie alles funktioniert und ihnen die Engpässe mitzuteilen und natürlich ihnen auch den Dank im Namen des Heims auszusprechen.

Im März 1990 kam die erste Hilfslieferung, organisiert von der Initiative Pflegeverein aus Wien. Die Begleiter dieser Hilfsorganisation stellten gegenüber der Heimleitung die Frage, ob Möglichkeiten für Auslandsadoptionen bestünden. Laut unseren Erkundigungen beim Jugendamt bestand die Möglichkeit solcher Adoptionen, vor allem bei jenen Kindern, die von ihren Eltern oder Verwandten kaum oder überhaupt nicht besucht wurden. Allerdings mussten die vom Notar unterzeichnete Einverständniserklärung zur Adoption von den Müttern oder von den Sorgeberechtigten eingeholt werden. Wie ich schon bereits am Anfang erwähnte, war der Großteil der Kinder in unserem Heim Zigeunerkinde, die kaum oder überhaupt nicht besucht worden sind. Die Zigeuner sind, wie allgemein bekannt, ein Wandervolk. Sie sind in Rumänien zwar in den Gemeinden gemeldet, wandern aber immer wieder herum. Mal wohnen sie bei irgendwelchen Verwandten irgendwo in Rumänien, oder sie üben irgendwelche Gelegenheitsarbeiten aus. Sie halten sich nie an die Meldegesetze, d. h. man weiß nie, wo sie sich gerade aufhalten. Für die Adoptionen mussten aber die Einverständniserklärungen, meistens der Mütter (da keine anderen Sorgeberechtigten vorhanden waren) eingeholt werden.

Ab dem Zeitpunkt erweiterte sich mein Tätigkeitsbereich auch dahingehend, dass ich die Mütter finden sollte und ihnen die Chancen, die eine Adoption für ihr Kind bedeuten würde, zu erklären. Ich besuchte in einem Umkreis von rund 100 km fast jede Zigeunerfamilie oft in der Begleitung von Österreichern, oft auch alleine. Die Folge dieser Arbeit waren 19 positiv durchgeführte Adoptionen alleine nach Österreich. Wichtig für mich, aber auch sowohl für die Mitarbeiter der Initiative Pflegeverein als auch für die Adoptiveltern war das Kriterium, dass die Mütter frei entscheiden mussten und weder Geld noch andere Güter als Verlockung in Frage kommen durften. Ich persönlich konnte so was mit meiner ethischen Auffassung nicht vereinbaren. Für mich sind Kinder keine Handelsware. Ob sich dann die Adoptiveltern nach dem gerichtlichen Adoptionsprozess für die Aufrechterhaltung der Kontakte mit den leiblichen Eltern entschieden oder nicht, wurde meinerseits ihnen überlassen. Wie diese Kontaktpflege aus der Sicht der Adoptiveltern aufrechterhalten wurde, (sprich Geschenkspakete an die Geschwister der Kinder, oder Unterstützung der Mütter) wurde ihnen überlassen.

Wichtig war aber dabei, dass die Adoptiveltern dies vor der Adoption den Müttern nicht mitteilen durften.

Hier muss ich noch erwähnen, dass die materielle und soziale Situation der Zigeunerfamilien generell in Rumänien katastrophal war und ist, bis auf sehr geringe Ausnahmen. In einer ca. 10 - 12 m<sup>2</sup> Hütte, ohne Fußboden (der Fußboden bestand aus der abgetretene Erde), meistens ohne Heizung und Möbel leben 2-3 Generationen oder Familien zusammen. Sie haben kaum finanzielle Mittel zur Verfügung und leben meist vom Betteln. Im Sommer sammeln sie Waldfrüchte und Pilze, oder sie fertigen aus unterschiedlichen Materialien Besen, Körbe etc. an und versuchen sie zu verkaufen. Es ist keine Seltenheit, dass man sowohl im Sommer als auch im Winter Zigeunerkinder aber auch Erwachsene ohne Schuhe und in abgenützter, in Fetzen gerissener, Bekleidung sieht. Sie leben in erbärmlichen Zuständen.

Das schönste Erlebnis im Zuge dieser Adoptionen war für mich jenes, als ich nach drei monatiger Suche die Mutter eines dieser Kinder finden konnte. Diese Mutter hat nach der Adoption vor den Adoptiveltern zu mir mit Sehnsucht gesagt: „Vielleicht wird aus meiner Tochter jetzt eine Dame werden“.

## 2.2. Reflexion der eigenen Rolle und Funktion

Meine Tätigkeit umfasste am Anfang groß teils die Aufarbeitung der Dokumente, mit denen die Kinder in das Kinderheim eingewiesen wurden und deren statistischen Auswertungen. Später wurde mein Tätigkeitsbereich mit der Koordination für die Auslandsadoptionen erweitert.

Die Aufarbeitung der Daten der Kinder wurde für mich nach einer gewissen Zeit eher Routinearbeit. Wie ich schon bereits erwähnte, waren für die Einweisung der Kinder unterschiedliche Institutionen zuständig, die aber miteinander koordiniert werden sollten. Einer dieser Institutionen waren die Bürgermeisterämter, die mit ihren Mitarbeitern (keine geschulten Sozialarbeiter) die soziale Lage der Familien überprüfen sollten, aus denen die Überweisung (ev. von dem Kinderarzt oder Krankenhaus oder Jugendamt) eines oder mehrerer ihrer Kinder in das Kinderheim eingeleitet wurde. Diese Überprüfung sollte dann in Form einer schriftlichen Berichterstattung an das Jugendamt weitergeleitet werden. Wir im Kinderheim erhielten alle Berichte über die Familie und über die Kinder von allen Institutionen, die für Einweisung zuständig waren. Diese Berichte bekamen wir meistens aber erst dann, nachdem das Kind schon bei uns aufgenommen wurde, selten vorher. Wir wurden zwar telefonisch rechtzeitig informiert, dass ein Kind aus einer bestimmten Region des Komitats demnächst bei uns eintreffen wird, und wir wussten den Namen des Kindes. Oft vergingen dazwischen aber Wochen, bis wir nach dem Eintreffen des Kindes im Heim auch die begleitende notwendige Dokumenten bekamen. Das heißt, dass wir lange Zeit so gut wie nichts über die

Lebensgeschichte des betreffenden Kindes wussten. So sind uns und auch für alle MitarbeiterInnen, sowohl für die Ärztinnen als auch für die BetreuerInnen wichtige Informationen entgangen, z. B.: Wurde das Kind verlassen? , Wenn ja, wo? Unter welchen Umständen? Wo und wie leben die Eltern? Hat das Kind noch Geschwister oder Großeltern? Wie heißen die Eltern? usw.. Wenn wir diese Daten rechtzeitig bekommen hätten, hätten wir die BetreuerInnen mit dem besonderen Leidensschicksal des Kindes vertraut machen können. Vielleicht hätte sich die Einstellung der BetreuerInnen, gegenüber den Kindern, aufgrund dieser Informationen anders gestaltet, vielleicht hätten sie dann mehr Mitleid empfunden.

Aus meiner Position, habe ich auch verabsäumt, dann die später eingetroffenen Informationen an die BetreuerInnen weiterzuleiten. Ich verließ mich darauf, dass es die Ärztinnen, die in dem Heim tätig waren, erledigen werden. Sie haben nämlich immer von mir die bei uns angekommenen Begleitpapiere erhalten.

Beim Aufarbeiten dieser Informationen ist mir aufgefallen, dass wir oft keine originalen Geburtsurkunden der Kinder erhalten haben und dass bei ca. 50% der Kinder kein Vater in den Geburtsdokumenten eingetragen war. In der Spalte, wo der Name des Vaters eingetragen werden sollte, stand oft nur ein Strich. Merkwürdig war für mich diese Tatsache auch deshalb, weil ich aus den statistischen Daten gewusst habe, dass der Prozentsatz der Kinder im Kinderheim von deklarierten alleinerziehenden Müttern nur ca. 5% ausmachte. Ich fragte mich oft, wie dies nur sein kann. In den Geburtsdokumenten steht kein Vater, das Jugendamt deklariert mit unterschiedlichen Berichten, dass die Mütter verheiratet sind, und es nahm an, dass die Kinder aus der Ehe stammten.

Bei der Berichterstattung der Bürgermeisterämter über die soziale Lage der Familien konnte ich öfters feststellen, dass sie kaum Hintergrundinformationen über die Familien lieferten. Meistens beinhalteten diese Berichte nur, wie viele Personen in der Familie leben und wie groß die ihnen zur Verfügung stehende Wohnfläche ist, aber der wahre Grund, warum die Kinder aus diesen Familien herausgerissen werden und in das Kinderheim eingewiesen werden mussten, war oft nicht eindeutig. Meistens gaben sie als Grund für die Einweisung die viel zu kleine Wohnfläche an. Ich wunderte mich oft über die Tatsache, dass meistens aus den Zigeunerfamilien oft jene Kinder eingewiesen wurden, die inmitten der Geschwisterreihe standen. Auch solche Kinder wurden oft von ihren Müttern im Krankenhaus verlassen. Diese Bemerkung gilt natürlich nicht für die Fälle der im Krankenhaus oder an anderen Orten von den Eltern verlassenen Kinder.

Erst durch meine Involvierung in das Auslandsadoptionsverfahren konnte ich mit den Müttern oder mit den Eltern aufschlussreichere Informationen bekommen, warum die betreffenden Kinder in das Kinderheim eingewiesen worden sind. So konnte ich selber ein Bild davon bekommen, unter welcher ärmlichen und schweren Verhältnissen diese Familien oder Mütter lebten, und dass in den meisten Fällen die Väter oder die Ehemänner ein hohes Maß an Alkoholkonsum

aufwiesen und dass Gewalttätigkeit seitens der Männer gegenüber der Frauen, vor allem im alkoholisierten Zustand, keine Seltenheit war.

Bei diesen Gesprächen konnte ich zum Teil auch eine Erklärung für die oben beschriebene seltsame Situation der Einweisung von Kindern, die irgendwo in der Mitte der Geschwisterreihe standen, erfahren. Die meisten Zigeunermütter gaben als Grund an, dass sie meistens sehr jung heiraten und Kinder bekommen, allerdings sind die Väter in der Regel auch sehr jung und meist steht ihnen noch die Absolvierung von 18 Monaten (seit 1992 nur noch 12 Monate) Präsenzdienst beim Militär bevor. Während ihrer Abwesenheit werden die Frauen von den Verwandten und guten Freunden versorgt, und in den meisten Fällen schaut dann diese „Versorgung“ so aus, dass die Frauen ein uneheliches Kind bekommen.

Für die Zeit nach der Rückkehr des Mannes aus dem Militär ist die Familientragödie vorprogrammiert, und wie ich schon oben beschrieben habe, wird auch vor körperlichen Übergriffen nicht gescheut. Aus Angst vor den Männern und um die „Harmonie in der Familie“ (Zitat von eine Zigeunermutter) wieder herzustellen, lassen die Frauen die Kinder in das Kinderheim einweisen, oder sie verlassen die Kinder noch in den Säuglingsstationen. Diese Erklärung warf auch Licht darauf, warum in vielen Fällen die Väter in den Geburtsurkunden nicht eingetragen wurden. Zur Adoption wurden auch eher diese Kinder von den Müttern oder Eltern freigegeben.

Im Laufe meiner Arbeitszeit konnte ich auch zwei psychiatrische Kinderheime kennen lernen. Weil zu bestimmten Zeiten das Kinderheim vollkommen überfüllt war, und fast immer ein akuter Personalmangel herrschte, trat die Leitung des Heimes an mich heran und bat mich, einige Male die Kinder zu begleiten die in diese Heime überstellt werden mussten. Bei diesen Überstellungen habe ich je 5-8 Kinder meistens alleine begleitet. Die Kinder wurden jedes Mal mit einem Krankenwagen vom Krankenhaus transportiert und vor Reiseantritt bekamen sie immer Beruhigungsmittel.

Das erste Mal begleitete ich 5 Kinder, die in das psychiatrische Kinderheim Timisul de Sus, in der Nähe von Kronstadt/Brasov, überstellt werden mussten. Obwohl ich die Verabreichung von Beruhigungsmitteln an diese Kinder vor Reiseantritt sehr seltsam und merkwürdig fand, war ich während der Reise doch heilfroh darüber, dass der Krankenwagen ausgestattet war, wie ein normaler Krankenwagen ausgestattet sein soll, nämlich mit einem tragbaren Krankenbett für Erwachsene und medizinischen Apparaten.

Die Kinder wurden nebeneinander in der Reihe quer auf das tragbare Krankenbett gelegt. Ich muss sagen, dass ich während der ganzen Reise trotz Verabreichung von Beruhigungsmittel an die Kinder alle Hände voll zu tun hatte, um nur darauf aufzupassen, dass keines von den Kindern auf den Boden des Wagens herunterfiel, und dies nicht nur, weil die Kinder einfach unruhig waren, sondern weil die Straßenverhältnisse in Rumänien dermaßen schlecht waren (und teilweise noch sind), dass ein Schlagloch dem anderen folgte. Es war jedoch wesentlich erträglicher, als das was mich im psychiatrischen Kinderheim

erwartete. Die Bilder, die ich dort gesehen habe, werde ich wahrscheinlich in meinem ganzen Leben nie vergessen können.

Das Gebäude wurde mit Holzbalken gestützt, ansonsten bestand die Gefahr, dass es zusammenstürzt. Die im Kinderheim arbeitenden Pflegerinnen wollten mich zuerst nicht in das Gelände, wo sich die Kinder aufhielten, eintreten lassen. Nach langwierigen Diskussionen durfte ich einen Teil des Gebäudes besichtigen. Ich ahnte noch nicht, was ich zu Gesicht bekommen würde. In den Räumlichkeiten lagen in dunklen Räumen je 2-4 Kinder im Alter von 3-16 Jahren in je einem Gitterbett vollkommen nackt. Draußen gab es an dem Tag Temperaturen bis zu -30°C.

Die Betten wurden nur mit einem Plastik- oder Gummibezug überzogen, damit der Urin nicht in die Matratzen eindringt. In der Luft lag ein unerträglicher fast ätzender Gestank. Die Kinder waren wegen der Kälte blau und schrien wild herum, oder lagen nur mehr da und schauten vollkommen apathisch in irgendeine Richtung. Ich hatte den Eindruck, dass sie auch sehr hungrig waren. Meine Annahme bestätigte sich später. Einige wenige Kinder, die gehen konnten, liefen ziellos herum und bei unserem Anblick liefen sie auf mich und den Rettungsfahrer zu, klammerten sich an uns fest und wollten uns überhaupt nicht loslassen. Ihr Blick war traurig und bettelnd, als ob sie sagen wollten, „Bitte lasst mich nicht hier, bitte nimm mich mit“. Ich möchte nicht wissen warum ich bestimmte Räumlichkeiten nicht betreten durfte. Um ehrlich zu sein, diese Bilder von Elend, Trostlosigkeit und Menschenverachtung reichten momentan.

Weil ich die Bekleidung vorschriftsmäßig in das Kinderheim Sinmartin zurückbringen musste, musste ich die Kinder, die ich begleitet habe, ausziehen. In dem Augenblick, als ich gesehen habe, in was für einen Zustand sich die Kinder in dem Heim befanden, und dass sie die größte Kälte ohne Heizung, ohne Bekleidung ausstehen mussten, hätte ich am liebsten die ganze Bekleidung dort gelassen. Leider war dies nicht möglich. Ich habe lediglich nur bei den anwesenden Pflegerinnen erreicht, dass ich in dem einzigen geheizten Raum, wo sich die Erzieherinnen und die wenigen „Lieblingskinder“ aufhielten, die von mir begleiteten Kinder ausziehen durfte, und auf mein Verlangen, haben die PflegerInnen dann irgendwelche abgenutzten Kleidungsstücke den von mir mitgebrachten Kindern angezogen.

Die Pflegerinnen teilten uns mit, dass wir aus diesem Kinderheim ein Mädchen mitnehmen sollten. Es wurde in ein Sonderkinderheim überwiesen, weil die im psychiatrischen Kinderheim beschäftigte Ärztin festgestellt hatte, dass es nicht debil sei.

Dieses Mädchen wurde uns nackt vorgeführt. Ob sie früher Kleidung anhatte, weiß ich nicht. Als ich sie näher betrachtet habe, fiel mir auf, dass sie schon seit mindestens mehreren Tagen nicht gewaschen war, und dass ihre Gliedmaßen eine bläuliche Farbe hatten, wie gefroren. An ihrem Po klebten mehrere schon getrocknete Schichten von den eigenen Exkrementen. Nach mehrmaliger Aufforderung meinerseits wurde sie schließlich mit eiskaltem Wasser gewaschen. Da ich keine Kleidung für sie bekam, versuchte sie die Kleidungsstücke, die ich in unser Kinderheim zurückbringen musste, anzuziehen. Schließlich war ich froh, dass ich diesen Ort der menschlichen Tragödie verlassen konnte. Ich hatte aber

ein mulmiges Gefühl, was wohl mit den Kindern, die ich mitgebracht hatte, passieren wird, wie lange sie wohl in dem Heim überleben werden. Ich fragte mich, ob es in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts möglich ist, dass es solche Einrichtungen gibt, dass nach den Greueln des 2. Weltkrieges mit Menschen, sogar mit kleinen Kindern immer noch so unmenschlich umgegangen wird.

Im Krankenwagen saß ich die ganze Zeit neben dem kleinen Mädchen, sie hatte einen Blick als ob sie darauf gefasst wäre, dass ich ihr in jedem Augenblick etwas antun werde, ihre kleinen Arme hielt sie schützend vor ihr Gesicht. Als wir in der Stadt Brasov/Kronstadt ankamen, bat ich den Fahrer anzuhalten, um etwas zum Essen kaufen zu können. Obwohl damals die Lebensmittelversorgung in ganz Rumänien mehr als miserabel war, konnte ich schließlich in einer Bäckerei einige Kipferl kaufen.

Ich gab dem Mädchen eines, sie griff danach, als ob sie schon seit Tagen nichts mehr gegessen hätte. Obwohl sie sichtlich sehr hungrig war, hielt sie eine Zeit lang das Kipferl nur in der Hand, mich anschauend und wartend, wann ich es ihr wohl wegnehmen werde. Für mich war es eine Erleichterung, als ich sah, dass sie anfang zu essen. Als ich das Mädchen im Sonderkinderheim übergeben habe, war ich einigermaßen erleichtert, dass es wenigstens ein Kind geschafft hat, aus diesem schrecklichen Heim herauszukommen, und dass es wenigstens unter menschlicheren Zuständen aufwachsen und vielleicht überleben kann.

Nach dieser Erfahrung wurde mir wochenlang übel, wenn ich an die Bilder, die ich oben beschrieben habe, dachte. Und die Bilder kamen immer wieder. Ich habe auch mit unserer Heimleitung gesprochen und ihnen erzählt, was ich gesehen habe. Sie teilten mir mit, dass sie leider darüber Bescheid wissen und immer wieder versuchten an das Jugendamt zu appellieren, keine Kinder in dieses Psychiatrische Kinderheim überweisen zu müssen. Diese Bestrebungen haben im der Folge dann auch Früchte getragen, weil nach den von mir begleiteten Kindern kein einziges Kind mehr in dieses Heim überwiesen wurde, sondern nur in ein Psychiatrisches Sanatorium, wo sowohl Erwachsene als auch Kinder betreut wurden. Ich habe auch in dieses Sanatorium Kinder begleitet.

Dieses Psychiatrische Sanatorium ist in einer ehemaligen Kaserne aus der K. u. K. Monarchie untergebracht. Dort werden sowohl kurzfristig als auch längerfristig, bis zu lebenslangen Aufenthalten, Patienten stationär betreut. Das Sanatorium ist mit Personal wesentlich besser ausgestattet, als ich es dachte, obwohl auch hier Mangel an fachspezifischem Personal herrscht. In der Kinderabteilung gibt es einige Räume, wo sogar Spielzeug vorhanden war, und es gab Turnmatratzen, wo sich die Kinder austoben konnten. Sowohl die Schlafsäle als auch die anderen Aufenthaltsräume sind hell und großräumig. Die Kinder waren bekleidet und offensichtlich auch gut genährt. Ich habe hier die von mir mitgebrachten Kinder mit gutem Gewissen lassen können.

Ich will jetzt nicht den Anschein erwecken, dass es sich hier um eine Musterbeispiel handelt, nur für meine Begriffe in der damaligen Zeit in Rumänien war ich überrascht, denn psychiatrische Einrichtungen, Altersheime und Kinderheime waren damals die Stiefkinder des Staates.

Zu dem oben beschriebenen psychiatrischen Kinderheim kann ich noch ergänzend berichten, dass ich erst, nachdem ich nach Österreich kam und die deutsche Sprache einigermaßen erlernt habe, der österreichischen Hilfsorganisation, die das Kinderheim in Sinmartin unterstützt hat, erzählte, in welchem Zustand sich dieses psychiatrische Kinderheim befand. Im Rahmen eines Hilfstransports im Jahre 1991 für das Kinderheim Sinmartin fuhr ich mit Mitarbeitern der Hilfsorganisation auch zu dem psychiatrischen Kinderheim mit dem Vorhaben, notwendige Hilfsmaßnahmen auch für dieses Kinderheim einzuleiten.

Wir konnten erleichtert feststellen, dass das Kinderheim von einer Schweizer Hilfsorganisation aktiv betreut wird. Das Gebäude wurde renoviert, Sanitäreinrichtungen und eine neue Küche eingerichtet, und die ständige Anwesenheit der Mitarbeiter der Hilfsorganisation war gewährleistet. Drei Mitarbeiter, die sich monatlich abwechselten, sorgten ständig für die Aufsicht und den weiteren Aufbau des Kinderheimes. Ihre Berichte, wie sie das Kinderheim vorfanden, deckten sich mit meinen Erfahrungen, mit dem Unterschied, dass sie auch jene Räume betreten konnten, wo mir damals kein Zutritt gewährt wurde. Sie berichteten unter anderem, dass z. B. die Mahlzeiten der Kinder in einem Steinkrug (ähnlich einem Steinkrug, der früher für die Schweinefütterung verwendet wurde) serviert wurden. Ihre ständige Anwesenheit wurde gezwungenermaßen erforderlich, weil, wie sie berichteten, am Anfang nachdem Lieferungen eintrafen, unter anderem Werkzeuge für die Renovierung, der Großteil der Lieferung und Werkzeuge bis sie wieder kamen in verschiedene Kanäle verschwunden war.

Der Umgang mit den Kindern in dem Kinderheim Sinmartin und meine Erfahrungen in den mir bekannten Betreuungsinstitutionen und der leichtfertige Umgang der Behörden mit Einweisungen der Kinder in solche Institutionen festigten in mir den Wunsch meine Ausbildung im psychologisch-pädagogischen Bereich zu belegen, um Änderungen und Verbesserungen in diesem Bereich herbeiführen zu können.

### 2.3. Stellungnahme zur Institution

Dieses Kinderheim war, wie schon bereits ausführlich dargestellt, an den Verwaltungsapparat des Bezirkskrankenhauses angeschlossen. Alle Entscheidungen wurden von der Krankenhausverwaltung getroffen. Von Personen, die keine Ahnung von dem Leben der Kinder und der Arbeit der Betreuerinnen im Kinderheim hatten. Einige Entscheidungsträger haben zwar sporadische, kurzfristige Besuche im Kinderheim absolviert, jedoch dienten diese aber in den meisten Fällen nicht der Informationsbeschaffung von auftretenden Problemen und der gemeinsamen Ausarbeitung möglicher Bewältigungsstrategien, sondern hatten eher den Charakter, dem Personal einen Schrecken einzujagen; für die Kinder zeigten sie meistens überhaupt kein Interesse.



Aber auch das Jugendamt zeigte keinesfalls Interesse am Kinderheim und an dessen Problemen. Für das Amt war nach der Beschlussfassung über die Einweisung der betroffenen Kinder die Sache mehr oder weniger so gut wie erledigt. Es hat auch von Jugendamt niemand Interesse gehabt, sich zu erkundigen, wie es den eingewiesenen Kindern geht, geschweige denn nachzuschauen, wie die Kinder im Heim lebten. Das Jugendamt wusste nicht einmal, wann genau die Kinder im Kinderheim eintrafen. Die Liste der einzuweisenden Kinder gaben sie telefonisch durch, genauso die Liste der Kinder, die vom Kinderheim anderswohin überwiesen wurden. Es interessierte die Beamten überhaupt nicht, ob wir genügend Platz hatten oder nicht, wann genau die Überweisungen in andere Heime stattfinden werden war ihnen nicht bekannt, aber die neuerlich eingewiesenen Kinder konnten wir ab sofort erwarten. Abgesehen vom Desinteresse des Jugendamtes an sich muss ich noch erwähnen, dass das Personal, das beim Jugendamt arbeitete keineswegs über die notwendige fachliche Qualifikation verfügte. Es waren Personen die durch ihre Parteizugehörigkeit einen bequemen Beamtenposten bekommen hatten, gut bezahlt wurden und wenig Arbeit hatten. Das Schicksal der Kinder interessierte niemanden..

Solange solche institutionelle Abhängigkeitsverhältnisse aufrechterhalten bleiben und wichtige Entscheidungen willkürlich so getroffen werden, dass es nicht dem Interesse der Kinder und den im Kinderheim arbeitenden Personen dient, sehe ich keine Zukunftschancen für das Kinderheim. Das Heim müsste mehr Autonomie bekommen, was Versorgungsmöglichkeiten und Problembewältigung sowie Verbesserungsstrategien anbelangt. Es müsste sowohl auf der Regierungsebene als auch auf der gesellschaftlichen Ebene dahingehend ein Umdenken stattfinden, dass Heimkinder nicht als Kinder zweiter Klasse abgestempelt werden. Die Einweisungsmodalitäten sollten verbessert werden und die konstruktive Zusammenarbeit des Jugendamtes mit dem Kinderheim würde sich fördernd auswirken. Die Aufnahmekapazität des Heimes sollte gesenkt werden. Die Räumlichkeiten, wo die Kinder schlafen und sich beim Spielen aufhalten, sollten kindergerechter und bunter gestaltet werden. Außerdem soll es endlich möglich sein, dass die Heime so ausgerichtet werden, dass die Kinder zumindest bis ihrem 14. Lebensjahr in einem Heim bleiben können, damit dem ständigen Wechsel von Bezugspersonen ein Ende bereitet wird. Das Personal soll eine Grundausbildung im Sinne von einer Weiterbildung bekommen, über die Grundkenntnisse der Entwicklungspsychologie und die Entwicklungsproblematik der Kinder in Heimen. Die Möglichkeit zur Supervision sollte für das Betreuungspersonal bestehen. Außerdem müssten fachlich ausgebildete Kräfte, die eine pädagogische und psychologische Ausbildung haben, zusätzlich eingestellt werden, damit den Entwicklungsrückständen entgegen gearbeitet werden kann und das Trauma, das die Kinder alleine schon durch die Trennung von den Eltern erlebt haben, aufgearbeitet werden kann. Diese Kinder müssten auch in die Gesellschaft integriert werden. Förderungsprogramme für die Integration in Normalschulen und später in die Lehrstellen oder in Arbeitsplätzen wären wünschenswert. Die Liste könnte ich noch weiter führen.

### **3. Fallbeispiel eines Heimkindes und nach dessen Ausgliederung in eine Pflegefamilie**

B. V., ein Mädchen, kam im Alter von 5 ½ Monaten in das Kinderheim, direkt aus dem Krankenhaus. Sie wurde dort von den Eltern verlassen. Die Eltern äußerten sich, dass sie das Kind nicht brauchen. Die Mutter, 31 Jahre alt und Hausfrau, der Vater, 32 Jahre alt und arbeitslos, haben noch weitere 11 kleine Kinder, für die sie sorgen. Die ganze Familie lebt in einer Einzimmerwohnung. Die Vormundschaftsbehörde stellte fest, dass das Kind von den Eltern verlassen wurde und, dass die Eltern kein Interesse an dem Kind zeigen und nicht in der Lage seien, das Kind großzuziehen und stellte den Antrag auf die Einweisung des Kindes in ein Kinderheim.



Sie war bei der Erstuntersuchung 1 Jahr alt, an ihr war auch Dystrophie, Anämie und Rachitis festgestellt worden, außerdem hatte sie chronische Bronchitis und öfters Mandelentzündung. Sie sah aus wie ein großes Baby, war in der Entwicklung um ca. 4 Monate retardiert. Für sie konnte keine Pflegefamilie gefunden werden, und weil das andere Kinderheim in Toplița auch bereits voll war, wurde sie auf die Kinderstation des Bezirkskrankenhauses verlegt. Dort verbrachte sie insgesamt 8 Monate, dann wurde sie endlich in einer Pflegefamilie untergebracht.



Als ich sie im Dezember 1994 in Krankenhaus aufsuchte, konnte ich sie kaum erkennen, sie war stark hospitalisiert. Ich traf sie in einem vollkommen hospitalisierten Zustand wieder. Sie lag entweder völlig passiv und vollkommen

apathisch im Bett oder wippte ständig von einem Fuß auf den anderen und hatte ein starres Blick, welches trotzdem unheimlich traurig war. Die Entwicklung des Kindes stagnierte auf dem Niveau der Erstuntersuchung, in manchen Bereichen fiel sie sogar weiter zurück. Lediglich die Grobmotorik wies eine minimale Entwicklungssteigerung auf. Das Kind war am stärksten retardiert von allen 20 untersuchten Kindern. Das bedeutete damals eine Entwicklungsverzögerung von ca. 8 Monaten.



Bei der dritten Untersuchung war sie bereits seit 4 Monaten bei einer Pflegefamilie. Aus der Pflegefamilie wurde ein Pflegekind adoptiert, dann bekam sie das Mädchen B.V. Die Pflegemutter war komplett verzweifelt, das Kind war ängstlich und sehr aggressiv. Es konnte überhaupt nicht beißen, aß immer noch nur breiige Nahrung. Die Pflegemutter war auch sehr traurig wegen der Adoption des anderen Pflegekindes. Sie wollte das Kind nämlich bis zum 18. Lebensjahr bei sich behalten, das wurde aber von der Behörde nicht genehmigt. Sie fragte mich damals auch: „Sag mir bitte, was soll ich tun. Wenn ich das Kind liebe und mich mit ihm beschäftige, entwickelt es sich gut, und dann wird es mir weggenommen. Dann bekomme ich wieder ein vollkommen hospitalisiertes Kind, dann quäle mich mit dem ab, damit es sich entwickelt, und es wird mir wieder weggenommen. Wenn ich aber ein Pflegekind bekomme und es nicht liebe, dann bin ich eine schlechte Mutter.“ Sie tat mir leid. Darüber hinaus ist es nicht sinnvoll, Kinder, die in einer Pflegefamilie gut aufgehoben sind, und wo die Bereitschaft besteht, sie großzuziehen, zur Adoption frei zu geben.

Bei dem Kind war der soziale Kontakt und die Sprache überhaupt nicht entwickelt, im Bereich der Feinmotorik hatte es ein Entwicklungsstadium von ca. 1 Jahr erreicht (eine Verzögerung um 1 Jahr), in der Grobmotorik stand es ca. auf dem Niveau von 18 Monaten (eine Verzögerung von 6 Monaten).

## **DIE AUSWERTUNG DER DENVER – SKALEN:**

### **Sozialer Kontakt:**

Im Alter von 1 Jahr war das Kind interessanterweise scheu gegenüber Fremden, spielte Verstecken und griff nach Objekten außerhalb der Reichweite, lächelte, aber nicht spontan, aß Kekse nicht und widerstand der Wegnahme des Spielzeuges nicht. Spielte auch nicht mit dem Untersucher Ball, trank noch immer aus der Flasche. Das entsprach einem Entwicklungsstand von ca. 8 Monaten.

Nach einem Jahr, davon 8 Monate Krankenhausaufenthalt, konnte es lediglich einige Kleidungsstücke ausziehen, konnte nicht einmal die Aufgaben erfüllen, die sie im Alter von 1 Jahr noch können hatte. In diesem Bereich - ein Entwicklungsstand fast am Rande der Debilität.

### **Feinmotorik – Adaptation:**

Im Alter von einem Jahr langte sie nach Spielzeug, griff nach Rosinen, schaute sitzend dem fallenden Wollknäuel nach, aber der Daumen- Finger-Griff war nicht vorhanden, sie konnte nicht sitzend 2 Klötzchen in die Hand nehmen. Auch in diesem Bereich bestand ein Entwicklungsniveau von ca. 8 Monaten.

Nach 1 Jahr konnte das Kind lediglich den Pinzetten griff und 2 Klötzchen zusammenschlagen; kritzeln, einen Turm bauen oder die Rosinen aus der Flasche kippen konnte sie nicht. Das entspricht einem Entwicklungsstand von ca. 14 – 15 Monaten. Also in diesem Bereich - nur noch eine Verzögerung von ca. 9 Monaten.

### **Sprache:**

Im Alter von 1 Jahr wandte sie sich nach der Stimme, alles andere war in dem Bereich noch nicht entwickelt. Nach einem Jahr konnte das Kind noch immer keine sprachliche Entwicklung aufweisen.

### **Grobmotorik:**

Bei der Erstuntersuchung hatte das Kind bereits die Kopfkontrolle, konnte sich umdrehen und den Oberkörper in Bauchlage auf die Arme gestützt halten, die Beine trugen aber noch kein Körpergewicht, es konnte ohne Hilfe nicht sitzen oder mit Festhalten stehen. Das entspricht einem Entwicklungsstadium von ca. 8 – 9 Monaten.

Nach einem Jahr konnte es bereits alleine laufen, sich bücken und aufrichten und rückwärts laufen, konnte aber noch keine Treppe hinaufgehen oder Fußball spielen.. Das entspricht einem Entwicklungsstand von ca. 17 – 18 Monaten. In diesem Bereich wies das Kind nur mehr 5 Monate Entwicklungsverzögerung auf.

## **4. Die Bindung und Trennung in der Mutter - Kind – Beziehung**

In diesem Abschnitt möchte ich einige Überlegungen aus der Bindungstheorie aufgreifen. Diese Theorie verbindet verschiedene Denkarten wie ethologisches, entwicklungspsychologisches, systemisches und psychoanalytisches Denken. Sie setzt sich auseinander mit den frühen Einflüssen, die entscheidende Bedeutung auf die emotionale Entwicklung des Kindes haben und mit dem Erklären von

Entstehung und Veränderung intensiver Bindungen zwischen den Individuen durch den ganzen Lebenslauf.

Bindung (attachement) ist die Bezeichnung für eine emotionale Beziehung zwischen Menschen. Diese äußert sich z. B. in Form von Kontaktsuche, Aufrechterhalten der Nähe zur Bezugsperson vor allem angesichts fremder Personen oder wenn die Ereignisse unvertraut sind (wie das Fremdeln oder Acht-Monats-Angst bei Kinder) oder wenn die Abwesenheit oder die Abwendung einer Bezugsperson (Trennungsangst) befürchtet wird (Vgl., Fröhlich, S. 95).

Bowlby war einer der Pioniere der die Bindungstheorie begründet hat. Er wies bereits in einer Publikation 1946 daraufhin dass Kinder durch Verlust- und Trennungserlebnissen emotionale Traumatisierung erfahren, die die Entwicklung beeinflussen können und zu Verhaltensstörungen führen können. Im Jahre 1958 spricht er über ein System der Bindung, das biologisch angelegt ist, und einen grundlegenden Einfluss auf die Entwicklung der emotionalen Beziehung zwischen Mutter und Kind hat (Vgl. Brisch, 2001, S. 31). Bowlby sieht die *"Mutter und Säugling als Teilnehmer in einem Sich Wechselseitig bedingenden und selbstregulierenden System"*. (Brisch, 2001, S. 35).

Bowlby meint dass, *"...Das Bindungsverhalten ist nach unserer Ansicht das Resultat der Aktivität von Verhaltenssysteme, die ein andauerndes gesetztes Ziel haben, dessen Spezifizierung eine bestimmte Art von Beziehung zu einem anderen spezifischen Individuum ist"*. (Bowlby, 1984, S. 137).

Die Nähe der Mutter sucht der Säugling besonders dann wenn er Angst hat (z. B. wenn er sich von der Mutter getrennt fühlt, wenn er unbekannte Situationen oder fremde Personen als bedrohlich erlebt, oder unter Schmerzen leidet usw.). Für den Säugling bedeutet die Nähe der Mutter Sicherheit, Schutz und Geborgenheit. Bowlby ist der Meinung, daß sich innerhalb von zwölf Monaten bei fast allen Säuglingen ein starkes Band zwischen dem Säugling und der Mutterfigur entwickelt. Bowlby`s Konzepte der Bindungstheorie sind nach Papoušek ethologisch fundiert. Bowlby (1984) spricht davon dass sein Ausgangspunkt für die Entwicklung der Bindungstheorie die Psychoanalytische Objekttheorie war und stützt sich auf die Instinkttheorie, demnach bietet Bindung Sicherheit von Gefahren und eine sichere Basis für die Erkundung von fremden Situationen (Vgl., Bowlby, 1984, S.171, Brisch, 2001, S. 36, und Papoušek in Eggers 1984, S. 158). Bowlby meint, das die Instinkttheorie *"...postuliert das Band zwischen Kind und Mutter als Produkt der Aktivität einer Anzahl von Verhaltenssystemen, deren voraussehbares Ergebnis die Nähe zur Mutter ist"*. (Bowlby, 1984, S. 172).

Bowlby meint, dass: *"Für die geistige Gesundheit wird als wesentlich erachtet, daß der Säugling und das Kleinkind eine herzliche, innige und dauerhafte Beziehung zu seiner Mutter (oder dem ständigen Mutterersatz) erlebt, in der beide Glück und Befriedigung finden"*. (Bowlby, 1951 in Bowlby, 1984, S. 11).

#### 4.1. Die Phasen in der Entwicklung der Bindung nach Bowlby

Bowlby geht davon aus, dass ein Neugeborenes einerseits mit unterschiedlichen Verhaltenssystemen (wie Schreien, Saugen, Festhalten) ausgerüstet ist, die es sofort aktivieren kann, andererseits sind diese Systeme schon von Anfang an so verankert, daß sie durch Reize sowohl aktiviert als auch beendet, gestärkt oder geschwächt werden können. Diese Systeme beinhalten bereits einige Bausteine

wodurch später auch die Bindung (attachement) sich entwickelt. Am Anfang sind diese Verhaltensweisen noch einfach strukturiert und sie tendieren dazu auf mehrere Arten von Reizen die gewöhnlich von einem Menschen ausgehen zu reagieren (Vgl. Bowlby, 1984, S. 247).

*"Aus diesen kleinen Anfängen entwickelt sich all die unterschiedenen und verfeinerten Systeme, die später in der Kindheit - und fürs ganze Leben - die Bindung an bestimmte Figuren vermitteln."* (Bowlby, 1984, S. 247).

Bowlby hat in mehreren Untersuchungen aufweisen können wie sich Bindungsverhalten bei den Kindern entwickelt und welche Bedeutung die Bindung für die soziale- und kognitiven Funktionen des Kindes haben kann. Bowlby (Vgl. Bowlby, 1984, S. 247 - 249) unterscheidet vier Phasen in der Entwicklung der Bindung:

1. Phase: Orientierung und Signale ohne Unterscheidung der Figur

Diese Phase dauert von der Geburt bis zum Alter von 8-12 Wochen. Sollten ungünstige Lebensbedingungen vorhanden sein kann diese Phase noch länger andauern. In dieser Phase kann das Baby Personen noch nicht unterscheiden, weil ihm diese Fähigkeit fehlt oder sehr beschränkt ist. In dieser Zeit orientiert sich das Baby zunächst an einer Vielzahl von Personen, indem es Bindungssignale wie Schreien, Greifen, später Personen mit dem Augen verfolgen, Lächeln und Schwätzeln aussendet. Es hört z. B. auf zum Schreien wenn es eine Stimme hört oder ein Gesicht sieht. Etwa mit 12 Wochen werden diese Reaktionen intensiver spontaner und lebhafter (Vgl. Bowlby, 1984, S. 247-248).

2. Phase: Orientierung und Signale, die sich auf eine (oder mehrere) unterschiedliche Person (Personen) richtet.

Diese Phase schließt sich an die erste Phase an und dauert je nach Bedingungen ungefähr bis etwa 6 Monate oder darüber hinaus. Die Bindungssignale werden mehr und mehr in dieser Phase nur an bestimmte Personen (die Mutter oder konstante Pflegeperson) als auf andere Personen gerichtet. Kinder die in einer familiäre Umgebung aufgewachsen sind zeigen bereits im Alter von 12 Wochen "Unterscheidungsreaktionen" auf Auditiv- und Sehreize. Babys die in Heimen aufwachsen zeigen nach Bowlby im Alter von sechs Monaten noch kein Bindungsverhalten (Vgl. Bowlby, 1984, S. 248).

3. Phase: Aufrechterhaltung der Nähe zu einer unterscheidenden Figur durch Fortbewegung und durch Signale:

Diese Phase beginnt im Normalfall im Alter zwischen 6-7 Monaten, aber bei Kindern die wenig Kontakt zu einem "Hauptfigur" gehabt haben, kann sich der Beginn dieser Phase bis nach dem 1. Lebensjahr verzögern. Diese Phase hält an durch das 2. Lebensjahr bis in das 3. Lebensjahr hinein. In dieser Phase erweitern sich die Reaktionen des Kindes auf die Mutter, das Kind folgt z. B. der weggehenden Mutter, begrüßt sie bei ihrer Wiederkehr und benützt sie als Ausgangsbasis bei der Erkundung der Umwelt. Die freundlichen und wahllosen Reaktionen des Kindes auf andere Personen nehmen deutlich ab, Fremde werden mit Vorsicht behandelt und rufen Angst- oder Rückzugsreaktionen hervor. Ab dem ersten Lebensjahr kann das Kind die Nähe zu der Bezugsperson (oder Bezugspersonen) aufrechterhalten kann aber auch bereits Pläne zur Aufrechterhaltung der Nähe entwickeln aber ohne zu wissen wie die

Bezugsperson darauf reagieren wird. Das alles geschieht sowohl durch Signale als auch durch Körperbewegungen (Vgl. Bowlby, S. 248).

Einige Systeme die das Verhalten des Kindes der Mutter gegenüber vermitteln, werden auf einer *„zielkorrigierten Basis organisiert und dann tritt seine Bindung an die Mutterfigur für alle deutlich in Erscheinung“*. (Bowlby, 1984, S. 248).

#### 4. Phase: Bildung einer zielkorrigierten Partnerschaft:

Im Verlauf der 3. Phase wird vom Kind die Nähe zu einer „Bindungsfigur“ aufrechterhalten. Die Mutterfigur wird früher oder später als ein unabhängiges Objekt betrachtet. Das Kind lernt dann langsam ein wenig über die eigenen Ziele und Pläne der Mutter, die sie in die Tat umsetzt, durch das Beobachten des Verhaltens der Mutter und deren Einflüsse. Dadurch wird das Weltbild des Kindes komplexer und sein Verhalten viel flexibler. Bowlby, meint an dieser Stelle, daß *„das Kind Einblick in die Gefühle und Motive der Mutter gewinnt“*. (Bowlby, 1984, S. 249). Dadurch sind die Grundlagen gelegt für eine viel komplexere Beziehung zueinander in dem Mutter-Kind-Paar. Diese komplexe Beziehung zwischen Mutter und Kind nennt Bowlby Partnerschaft. Diese Phase der komplexen Mutter-Kind-Beziehung beginnt im Alter zw. 2 – 3 Jahren, liegt aber näher zum 3. Lebensjahr, bei manchen Kinder beginnt es sogar später (Vgl. Bowlby, 1984, S. 248 – 249).

Bowlby vertritt in Anlehnung anderer Theoretiker die Meinung, dass während des Säuglingsalters und der Kindheit die stabile und dauerhafte Beziehung *„zu einer liebenden Mutter (oder einem Mutterersatz)“* eine entscheidende Bedeutung hat. Um das 1. Lebensjahr können für das Kind auch andere Personen wie z. B. der Vater oder Großeltern wichtig sein, dadurch beschränkt sich die Bindung des Kindes nicht mehr auf eine einzelne Person, dennoch bevorzugt das Kind weiterhin eine bestimmte Person. Gegenüber dem Bindungsbedürfnis steht die Erkundungsbedürfnis des Säuglings. Diese zwei Bedürfnisse sind voneinander abhängig. Nur aufgrund von einer sicheren emotionalen Basis kann der Säugling seine Umwelt ausreichend erforschen und die Angst auch in der Entfernung von der Mutter aushalten. Demnach ist eine grundlegende Voraussetzung für den Säugling eine sichere Bindung, dass es seine Umwelt erkunden kann und dabei sich *„selbsteffektiv und handelnd erfahren kann“* (Vgl. Bowlby, 1982, S. 14 und 65, Brisch, 2001, S. 38).

#### 4.1.1 Die Bindungsqualität

Die Bindungsqualität hängt von des *„Feinfühliges“* Pflegeverhaltens der Bezugsperson ab. Das **„Feinfühliges Verhalten“** bedeutet, dass die Pflegeperson in der Lage ist nicht nur die Signale des Kindes wahrzunehmen sondern sie auch richtig zu interpretieren (z. B. ob das Weinen des Kindes Hunger oder ob es die Suche nach Nähe bedeutet) sowie sie auch angemessen und schnell zu befriedigen. Wenn die Bedürfnisse des Säuglings durch die Bezugsperson feinfühlig befriedigt werden, entsteht zudem eine sichere Bindung. Sollten aber die Bedürfnisse in der Interaktion durch die Bezugsperson gar nicht, unzureichend oder widersprüchlich (z.B. ständiger Wechsel zw. Verwöhnung und Vernachlässigung) beantwortet werden, entwickelt sich eine unsichere Bindung (Vgl. Brisch, 2001, S. 36).

Das Konzept der Feinfühligkeit wurde von Ainsworth und Mitarbeitern (1978) entwickelt. Sie hat bei mehrere Studien des Pflegeverhalten von Müttern gegenüber den Säuglingen studiert. Aufgrund ihrer Beobachtungen an Säuglingen im Laufe des ersten Lebensjahrs bezüglich des Interaktionsverhaltens von Müttern mit ihren Kindern, entwickelte sie mit ihren Mitarbeitern eine standardisierte Untersuchung zum Trennungsverhalten welche unter dem Begriff "Fremden Situation" (Vgl. Ainsworth et al.,1978) in die Literatur einging. Durch diese standardisierte Untersuchung bestimmte sie die Bindungsqualität der Kinder.

Feinfühliges Pflegeverhalten bedeutet aus der Sicht von Ainsworth (1977):

1. Die aufmerksame Wahrnehmungsfähigkeit der Mutter kindliche Signale in der Verhaltensweise des Säuglings wahrzunehmen
2. Die Signale des Säuglings muss die Bezugsperson richtig deuten (z. B. ob das Weinen Hunger oder Schmerzen bedeutet)
3. Die Bezugsperson muss auf diese Signale angemessen reagieren (z. B. sie muss herausfinden welche Menge an Nahrung der Säugling benötigt und dieses richtig dosieren)
4. Die Bezugsperson muss schnell auf die Signale des Kindes reagieren, das bedeutet, dass die Reaktion noch innerhalb der für das Kind noch "tolerablen Frustrationszeit" erfolgen muss (Vgl. Brisch, 2001, S. 40 – 41).

Normalerweise können Mütter die Signale ihrer Kinder wahrnehmen. Schwieriger ist es diese zu deuten und die Zeitspanne herauszufinden welche das Kind für seine Bedürfnisbefriedigung tolerieren kann.

Wie bereits oben angedeutet kann die Bindungsqualität durch die sogenannte "**Fremde Situation**" bestimmt werden und Aufschluss darüber geben wie sicher oder unsicher die Bindung der Kinder an ihre Bezugspersonen ist.

Mit Hilfe dieser standardisierten Untersuchung konnten Ainsworth und ihre Mitarbeiter in dieser "Fremde Situation" drei verschiedene Reaktions- und Verhaltensweisen bei den Kindern beobachten. Das ist wie folgt die Klassifikation nach Ainsworth und Mitarbeiter der kindlichen Bindungsqualität. Für jede dieser Gruppe wurden noch Untergruppen eingeführt um die feinere Differenzierung im Bindungsverhalten der Kindern zu erfassen. Im Folgenden werden nur die drei Hauptgruppen beschrieben:

A. Sichere ("secure") gebundene Kinder reagieren auf das Weggehen der Mutter mit Kummer, rufen nach der Mutter, unterbrechen das Spiel und lassen sie sich von der fremden Person nicht gerne trösten. Selten lassen sie sich von der fremden Person zum Spielen überreden. Auf die Rückkehr der Mutter reagieren sie mit Freude, strecken ihre Arme aus , sie suchen die Nähe und den Körperkontakt bei der Mutter und nach kurzer Zeit beginnen sie wieder zu spielen.

B. Unsicher-vermeidend ("avoidant") gebundene Kinder reagieren auf den Weggang der Mutter mit Ignoranz, protestieren wenig oder kaum, obwohl sie die Mutter mit den Augen verfolgen als sie das Zimmer verlässt. Sie bleiben auf ihren Platz, setzen das Spiel fort als ob überhaupt nicht geschehen wäre allerdings mit etwas weniger Neugier oder Ausdauer. Ihr Spiel ist mit den



Fremden oft lebhafter als mit der Mutter. Sie reagieren auch auf die Rückkehr der Mutter mit Ignoranz, sie lehnen die Mutter eher ab, wollen nicht in den Arm genommen werden und von ihr getröstet werden, vermeiden mit ihr den Blickkontakt, begrüßen sie nicht oder wenn dann nur flüchtig. Die Nähe zu der Mutter wird kaum gesucht.

C. Unsicher-ambivalent ( "ambivalent") gebundene Kinder reagieren auf das Weggehen der Mutter mit Unruhe und heftigem Weinen, sie wollen es überhaupt nicht zulassen, dass die Mutter weggeht und lassen sich von der fremden Person überhaupt nicht trösten. Sie können kaum beruhigt werden von der rückkehrenden Mutter. Sie begrüßen zwar die Mutter nach ihrer Rückkehr, setzen aber Zeichen der Verärgerung und weisen die Spielzeuge zurück. Sie klammern sich einerseits an der Mutter, dadurch drücken sie den Wunsch nach Körperkontakt und Nähe zu der Mutter aus, andererseits beruhigen sie sich durch diesen Kontakt nicht wirklich und wollen im darauf folgenden Moment wieder losgelassen werden. Sie sind unzufrieden, zeigen oft aggressives Verhalten gegenüber der Mutter (Schlagen, Stoßen oder mit den Beinen an ihr Herumstrampeln) oder wenden sie sich von der Mutter ab (Vgl. Brisch, 2001, S. 46-47, und Dornes, 2001a, S. 50-51).

Viele Forscher beobachteten, dass es eine große Anzahl von Kindern gibt deren Bindungsverhalten sich in keiner von diesen drei Kategorien eindeutig einordnen ließ, weil sie sich in der "Fremde Situation" eigenartig benahmen und ihr Verhalten gemischt war. Sie konnten durch das Ainsworth-System der Bindungsqualität der Kinder nicht klassifiziert werden. Für diese schwer klassifizierbaren Fälle führte eine Untersuchung dann zu der Entwicklung einer neuen Kategorie in dem die Bindungsqualität dieser Kinder mit **desorganisiertem/desorientiertem Verhaltensmuster** bezeichnet wurde. In dieser **Zusatzkategorie** können Kinder eingeordnet werden die zwar sicher gebunden sind aber in kurzen Momenten zeigen sie ein desorientiertes Verhalten, wie z. B. sie laufen zwar Richtung Mutter hin, bleiben sie aber auf der Mitte des Weges stehen, sie drehen sich um und laufen von der Mutter weg und vergrößern dadurch den Abstand zu ihr. Im Bewegungsablauf können ihre Bewegungen erstarren, man beobachtete sogar stereotype Verhaltens- und Bewegungsmuster bei diesen Kindern. Die Interpretation dieser Verhaltensweisen der Kinder werden anhand der Beobachtungen so ausfallen, dass bei diesen Kindern zwar das Bindungssystem aktiviert ist, das Bindungsverhalten ist aber nicht ausreichend konstant und die Verhaltensstrategien der Kinder ist nicht konsistent. Sie zeigen ein erhöhtes Konfliktverhalten, diese scheint in Zusammenhang mit der Furcht vor der Bindungsperson zu sein (Vgl. Brisch, 2001, S. 47-48, und Dornes, 2001a, S. 52).

Die Verhaltensmuster wurde nach Brisch sehr häufig bei Kindern aus klinischen Risikogruppen oder bei Kindern deren Eltern Misshandlung und Missbrauch oder Trennungs- und Verlusterlebnisse in die Beziehung mit dem Kind hineinbrachten.

Die Verhaltensweisen der Kinder die als desorganisiert klassifiziert waren, sind laut Beobachtungen einiger Forscher ähnlich mit Verhaltensreaktionen die in klinischen Stichproben bei frühgeborenen Kindern oder bei Kindern die frühkindlichen Alter misshandelt wurden oder bei deprivierten Kindern im

Kleinkindalter gesehen werden konnten. Es kann angenommen werden dass bei der desorganisiertem/desorientiertem Verhaltensmuster eine fließender Übergang zu den psychopathologischen Verhaltensweisen besteht (Vgl. Brisch, 2001, S. 48).

Dornes beschreibt, dass sämtliche Untersuchungen mit der traditionellen Klassifikationsmethode bei misshandelten Kindern ergaben, dass *„misshandelte Kinder wesentlich häufiger unsicher gebunden sind als Kinder einer vergleichbare Kontrollgruppe“*. (Dornes, 2001b, S. 225). Egeland/Sroufe (1981) haben versucht einen Zusammenhang zwischen den unterschiedlichen Misshandlungsarten und zwischen der späteren Bindungsqualität der Kinder herzustellen. Sie konnte gewisse Zusammenhänge finden zwischen physischer Misshandlung und vermeidenden Bindungsverhalten und zwischen Vernachlässigung und ambivalenten Bindungsverhalten.

Eine große Anzahl von Forschern beobachteten, dass die Bindungsqualität misshandelter Kinder nicht in das traditionelle Klassifikationsmuster passte. Die misshandelten Kinder wurden dann mit dem oben beschriebenen Zusatzqualifikation, erweiterten System noch einmal untersucht. Diese Untersuchungen ergaben, dass die meisten (80 %) der misshandelten Kinder desorganisiert/desorientiert gebunden waren (Vgl. Dornes, 2001a, S. 52, und Dornes, 2001b, S. 225-226).

Brisch beschreibt hinsichtlich der Diagnostik und Typologie von Bindungsstörungen Kinder die keine Anzeichen von Bindungsverhalten hatten. Diese Kinder wenden sich auch sogar in Bedrohungssituationen nicht an eine Bezugsperson. In Trennungssituationen zeigen diese Kinder keinen Protest oder sie protestieren undifferenziert bei jeder beliebigen Bezugsperson. Wenn sie Anzeichen von sozialen Verhalten zeigen, bevorzugen sie keine bestimmte Bezugsperson. Diese Bindungsstörung kann man nach Brisch erst nach dem 8. Lebensmonat also erst nach der Entwicklung der Acht-Monats-Angst in Erwägung ziehen, denn erst dann wird die Differenzierung und Bevorzugung der primären Bezugsperson ausgeprägt. Diese Störung sieht ähnlich wie das Muster der unsicher-vermeidenden Bindungsqualität (nach Ainsworth) aus. In dieser Bindungsstörung ist aber das vermeidende Bindungsverhalten extrem ausgeprägt, und Verhaltensweisen die auffällig sind wie kein Protest gegen Trennung oder undifferenzierter Protest gegen die Trennung können dazu kommen. Brisch meint, dass diese Bindungsstörung bei Heimkindern beobachtet werden kann weil diese schon bereits im Säuglingsalter vielfältige Beziehungsabbrüche und Beziehungswechsel erlebt haben und oft in verschiedenen Pflegeanstalten aufwachsen. Kinder mit dieser Bindungsstörung erinnern an autistisches Verhalten. Kinder die diese Bindungsstörung aufweisen, können nie eine stabile aber auch keine unsichere Bindung aufbauen. Eine Bezugsperson die für diese Kinder eine besondere Bedeutung hat und einen Sicherheitspool für die Kinder darstellen kann, den das Kind bei Angst oder in bedrohlichen Situationen aufsuchen kann, gibt es nicht (Vgl. Brisch, 2001, S. 83 - 84).

Diese Untersuchungen zeigen deutlich, dass die Empathiefähigkeit der Mutter oder der ständigen Bezugsperson ausschlaggebend ist, ob ein Kind sich sicher oder unsicher an die Bindungsfigur bindet. Die neueren Untersuchungen können sogar aufweisen das das Bindungsverhalten misshandelter sowie vernachlässigter

und deprivierter Kindern, sich von Kindern die unter normalen Verhältnissen aufwuchsen, deutlich unterschiedlich ist. Im folgenden Kapitel werde ich auf die Trennung in der Mutter-Kind-Beziehung näher eingehen.

#### 4.1.2 Die Trennung in der Mutter-Kind-Beziehung

Bowlbys Kollege Robertson untersuchte Kleinkinder im Hinblick auf die problematischen Folgen der frühkindlichen Entbehrung der Mutter auf die spätere Persönlichkeitsentwicklung. Er untersuchte die Kinder vor, während und nach der Abwesenheit von den Eltern. Die meisten der von ihm untersuchten Kinder waren im Alter zwischen zwei und drei Jahre, und während der Trennungszeit von den Eltern, wuchsen sie getrennt von ihren Müttern im Krankenhaus oder in Heimen auf, wo sie so behandelt wurden wie es in diesen Institutionen traditionell üblich war und wo sie keine Ersatzmutter fanden. Die Kinder wurden aus ihrer gewohnten Umgebung und aus der vertrauten Betreuung der Mutter herausgerissen und kamen an einen für sie völlig unbekanntem Ort, wo sie von mehreren für das Kind unbekanntem, nicht vertrauten Personen betreut wurden. Die untersuchten Kinder zeigten ein hohem Maß an Ängsten und Nöten und die Störungen die durch die Trennung von Zuhause verursacht wurden hielten noch lange nach der Rückkehr der Kinder in den Familien an.

Bowlby und seine Kollegen waren der Meinung, dass der wichtigste Faktor wodurch die Störungen und die Ängste bei den Kindern in Erscheinung traten, im Wesentlichen auf den Verlust der "Mutterfigur" zurückzuführen war (Vgl. Bowlby, 1984, S. 10-11, 39).

"...Tatsächlich waren wir der Meinung, dass Reaktionen wie Protest, Verzweiflung und Rückzug, die typisch für ein Kind über sechs Monaten sind, wenn es von der Mutter getrennt ist und von fremden Personen versorgt wird, hauptsächlich zurückzuführen sind auf den >>Verlust der mütterlichen Obhut in diesem höchst abhängigen, höchst verletzbarsten Entwicklungsstadium<<..." (Bowlby, 1984, S. 11).

*Aufgrund von empirischen Beobachtungen stellten Bowlby und seine Kollegen fest, daß das Kleinkind ebenso ein großes Bedürfnis nach Liebe und nach der Nähe seiner Mutter hat wie nach der Nahrung. Sie sind auf die Schlussfolgerung gekommen das die Abwesenheit der Mutter zur ">>starken Verlust- und Zornempfindungen<<" führt. Aufgrund der Abwesenheit der Mutter verändert sich das Verhalten des Kindes in der Beziehung zur Mutter nach der Rückkehr ins Elternhaus und kann sich einerseits als ">>ein intensives Sich-Anklammern an die Mutter, das Wochen, Monate und Jahre anhalten kann<<" , andererseits als ">>ein Ablehnen der Mutter als Liebesobjekt, das zeitweilig oder dauernd sein kann<<" demonstrieren. Das ablehnende Verhalten des Kindes haben Bowlby und Mitarbeiter als "detachment (Ablösung; Entfremdung)" bezeichnet. Dieses Verhalten resultiert aus der "Verdrängung der Gefühle des Kindes für seine Mutter". Bowlby und seine Mitarbeiter gingen davon aus, dass das Fehlen der Mutterfigur alleine oder im Zusammenhang mit anderen Faktoren solche Reaktionen und Vorgänge erzeugen können, die für die Psychopathologie des*

*Menschen interessante Aufschlüsse geben könnte. Sie diskutieren die Wirkungen, die durch den Verlust der Mutterfigur bei Kindern im Alterszeitraum von ca. sechs Monaten bis sechs Jahren ausgelöst werden können (Vgl. Bowlby, 1984, S. 11 und 20).*

*Bowlby stützt sich in seinen Ausführungen auf mehrere Beobachtungen die durch Fachleute über die Trennungsreaktionen von Kindern im Kleinkindalter getätigt wurden. Sein Basismaterial beruht aber auf den Beobachtungen von Robertson. Die Kinder die Robertson beobachtet hat, hatten eine verhältnismäßig stabile Beziehung zu den Müttern, sie waren von ihren Müttern vor dem Alter von 15 – 30 Monaten von der Mutter noch nie getrennt. Diese Kinder zeigten auf die Trennung Reaktionen die in drei Phasen abgelaufen sind. Diese Phasen sind zwar scharf voneinander zu trennen, können sich aber auch überlappen (Vgl. Bowlby, 1984, S. 39).*

*Die drei Phasen hat Bowlby zusammenfassend folgendermaßen beschrieben:*

*"...Wann immer ein kleines Kind, das Gelegenheit hatte, eine Bindung an seine Mutterfigur zu entwickeln, gegen seinen Willen von ihr getrennt wird, zeigt es Kummer; und sollte es in einer fremden Umgebung von einer Reihe fremde Leute versorgt werden, dann wird dieser Kummer wahrscheinlich intensiv sein. Sein Verhalten folgt einer typischen Sequenz. Zuerst **protestiert** es heftig und versucht mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln seine Mutter wiederzufinden. Später scheint es die Hoffnung, sie wiederzufinden, aufzugeben und zu **verzweifeln**, aber es beschäftigt sich dennoch weiterhin mit ihr und ersehnt ihre Rückkehr. Danach scheint es das Interesse an der Mutter zu verlieren und sich von ihr emotional **abzulösen**. Trotzdem bleibt ein Kind nicht für immer entfremdet, wenn die Trennungszeit nicht allzu lang ist..." (Bowlby, 1976, S. 45-46).*

*Wenn die Trennungszeit nicht lange andauert wird das Kind wenn es wieder bei der Mutter ist, seine Zuneigung gegenüber der Mutter früher oder später wieder zeigen. Ab dem Zeitpunkt wird das Kind für Tage, Wochen oder sogar länger versuchen immer in der Nähe der Mutter zu sein. Wenn das Kind den Verdacht schöpft, dass es die Mutter wieder verlieren könnte zeigt das Kind akute Angst.*

*Die Reaktionen der Kinder auf die Trennung von der Mutter können gedämpft und gemildert werden, wenn:*

- a.) "eine vertrauter Gefährte und/oder vertraute Besitztümer" des Kindes zur Verfügung stehen und
- b.) die mütterliche Betreuung durch eine Ersatzmutter übernommen wird

Wenn diese beiden Umstände zusammenwirken ist die Störung minimal, z. B. wenn das Kind von der Großmutter zu Hause versorgt werden kann (Vgl. Bowlby, 1976, S. 34).

Auch Spitz stellte in seiner Untersuchung bei den Anstaltskindern ähnliche Verhaltensweisen fest. Er stellte fest, dass Kinder die in der zweiten Hälfte ihres

Lebensjahres von den Müttern getrennt wurden und in den Heimen untergebracht waren, wo sie unzureichend psychologisch versorgt waren, eine bestimmte Reihe von Krankheitszeichen beobachten lassen. Diese Kinder werden weinerlich, sie wimmern, sie verlieren an Gewicht, zeigen einen Entwicklungsstillstand, haben Schlafstörungen und verweigern den Kontakt. Sie sind anfälliger für Krankheiten, die Motorik verlangsamt sich und sie werden zunehmend apathisch.. Je länger das Kind die Mutter entbehren muss, desto eher verstärken sich diese Symptome (Vgl. Eckensberger, 1973, S. 50-51).

Spitz stellte auch fest, dass Störungen bei Kindern nicht nur dann entstehen können, wenn das Kind von der Mutter getrennt wird, sondern auch wenn die Mutter ihre Disharmonie mit seiner Umwelt in die Mutter-Kind-Beziehung hinein trägt. Nach Spitz können sich die "Störungen der mütterlichen Persönlichkeit" in den Störungen des Kindes spiegeln und eine unbefriedigende Beziehung zwischen Mutter und Kind im Kleinkindalter kann "schädliche psychische Einflüsse" zur Folge haben. Spitz hat die unbefriedigende Beziehungen die krankheitsauslösend sind, in zwei Kategorien eingeteilt:

- a.) "ungeeignete Mutter-Kind-Beziehungen" und
- b.) "unzureichende Mutter-Kind-Beziehungen".

Spitz meint, dass bei der ersten Kategorie die Persönlichkeit der Mutter als krankmachender Faktor wirkt. In diesen Fällen kann entweder die Mutter wegen ihrer Persönlichkeit dem Kind keine normale Beziehung bieten oder wegen der Struktur ihrer Persönlichkeit ist sie gezwungen die normale Beziehung zum Kind zu stören. Die zweite krankmachende Kategorie nach Spitz bei Säuglingen, vor allem im ersten Lebensjahr, wenn die Mutter ohne einen entsprechenden Ersatz entzogen wird. Bei diesen Fällen entsteht der Eindruck "als habe man ihnen eine für die Lebenserhaltung wesentliche Element entzogen". In solchen Fällen führt dies bei den Kindern zur ernsthaften Schädigungen und schwere Störungen ihrer Seele. Diese Erkrankung der Kinder die auf die "unzureichende Mutter-Kind-Beziehung" zurückzuführen ist bezeichnete Spitz als "psychogene Mangelerkrankung" oder "affektive Mangelerkrankung" (Vgl. Spitz, 1974, S. 219-222).

Diese Studien von Bowlby, Robertson, Spitz (und zahlreichen anderen Studien) bekräftigen, dass die Trennung eines Kindes von der Mutter und das Aufwachsen in einem fremden Milieu, wo die Bezugspersonen sich ständig abwechseln, erhebliche Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder und ihrem späterem Beziehungsverhalten haben kann. Traumatische Erfahrungen der Kinder die durch frühe Trennungserlebnisse von der Mutter verursacht wurden, können nur dann gelindert werden, wenn das Kind möglichst früh nach der Trennung eine Beziehung zu einem Mutterersatz (z.B. Großeltern, Pflegeeltern oder Adoptiveltern) aufbauen kann.

Ich werde nun auf die Erkrankungen die Spitz beschrieben hat im nächsten Kapitel näher eingehen. Die zweite Kategorie die Spitz beschrieben hat trifft auch auf die von mir untersuchten Kinder zu. Ich werde in dieser Arbeit die ungeeignete Mutter-Kind-Beziehung außer Acht lassen, nicht weil es unwichtig ist, sondern weil die zweite Kategorie zutreffender für meine Studie ist.

#### 4.2. Die Folgen fehlender Mutter-Kind-Beziehung

Kinder die bereits die Sorge und die Liebe der Mutter (Vater oder Pflegeperson) einmal erfahren haben und plötzlich, aus irgendeinem Grund, von dieser Person (oder Personen) unerwartet getrennt wurden, werden den Entzug der Liebesquelle und der emotionalen Sicherheit nicht verstehen. Diese Kinder fühlen sich zurückgewiesen, nicht geliebt und unerwünscht.

Auch R. Castellino schreibt das gesunde Anbindung und Bindung die Individuationsprozess des Babys fördern. Bei den Traumaerlebnissen hingegen müssen die Babys/Kinder effektive, mentale, emotionale und körperliche Überlebensstrategien entwickeln. Abhängig von der Höhe und Ausmaß des erlebten Traumas verändern sich die Funktionen des zentralen Nervensystems. „So kann etwa zu einer Dominanz der Überlebensfunktionen des Hirnstammes über den limbischen und neocorticalen Funktionen kommen.“ Durch die Traumaerfahrungen werden auch das autonome Nervensystem und seine sympathischen/parasympathischen Funktionen gestört. (Vgl. R. Castellino, in Harms; S. 98)

Babys reagieren traumatisch, wenn ihr System von außen überwältigt wird. Trauma bei Babys erzeugt Brüche in der Kontinuität der senso-motorischen Integration der fein- und grobmotorischen Koordination Verlust der propriozeptiven Fähigkeiten. Auch die somatische Orientierungsfähigkeit wird vermindert, und dadurch wird die Bewegung beeinträchtigt, das Baby kann in geringerem Maße die „Meisterschaft über seinen Körper“ erlangen. Das wiederum wirkt sich direkt auf die Entwicklung des Selbstgefühls, d. h. Babys/Kinder mit Traumaerfahrungen haben eine herabgesetzte Selbstachtung. (Vgl. R. Castellino in Harms; S. 99)

In diesem Kapitel werde ich weiter die Folgen der fehlenden emotionalen Zuwendung nach Spitz und Anna Freud/ Dorothy Burlingham beschreiben.

Spitz (Vgl. 1973, S.111-116) beschreibt die folgenden Folgen wenn die Mutter-Kind-Beziehung durch die frühe Trennung des Kindes von der Mutter fehlt und wenn diese Trennung länger andauert:

- a) anaklitische Depression
- b) Hospitalismus
- c) Marasmus

#### 4.2.1 Anaklitische Depression

Die "Anaklitische Depression" oder "partieller Entzug affektiver Zufuhr" tritt aufgrund einer zeitweiligen Trennung von der Mutter allerdings nur dann auf, wenn eine gute emotionale Beziehung zwischen Mutter und Kind mindestens acht Monate bestand. Anaklitische Depression tritt auf, weil diese Kinder durch die Trennung auf die gute Affektbeziehung zu der Mutter verzichten müssen. Dieses Symptom entwickelt sich folgendermaßen: Im *ersten Monat* der Trennung werden die Kinder weinerlich, anspruchsvoll und klammern sich an Personen die mit ihnen Kontakt aufnehmen. Im *zweiten Monat* verwandelt sich das Weinen ins Schreien, es kommt zum Entwicklungsstillstand und Gewichtsverlust. Im *dritten Monat* verweigern die Kinder den Kontakt, sie liegen meisten auf ihrem Bauch in den Betten ("pathognomische Position"), leiden an Schlafstörungen, verlieren noch mehr an Gewicht, die Motorik verlangsamt sich, sie bekommen einen starren Gesichtsausdruck und neigen eher zu erkranken. *Nach dem dritten Monat* wird der starre Gesichtsausdruck dauerhaft, das Schreien verwandelt sich in leises Wimmern, die Verlangsamung der Motorik wird noch mehr ausgeprägt und führt schließlich zur Lethargie.

Das Symptom der anaklitischen Depression hat eine Ähnlichkeit mit der klinischen Depression der Erwachsenen, seine Struktur unterscheidet sich aber grundlegend von der Struktur der Erwachsenen Depression.

Er hat beobachtet, dass bei den Kindern die in dem Säuglingsheim von ihren Müttern nicht getrennt wurden dieses Symptom überhaupt nicht auftrat.

Wenn die emotionale Beziehung der Kinder zu der Mutter vor der Trennung schlecht war, treten nach der Trennung vollkommen andersartige Störungen auf.

Dieses Krankheitssymptom kann behoben werden, wenn zwischen dem dritten und dem fünften Monat (die kritische Periode nach Spitz) das Kind wieder der Mutter zurückgegeben wird oder es gelingt einen adäquaten Mutterersatz für das Kind zu verschaffen. In diesem Fall verschwindet die Störung beim Kind erstaunlich schnell. Spitz zweifelt aber daran, dass bei den Kindern die diese Erfahrung erlebt haben eine vollkommene Genesung eintreten kann, er glaubt daran dass "die Störung Narben hinterlässt, die in späteren Jahren sichtbar werden" (Vgl. Spitz 1973, S. 111-112, und Spitz 1974, 279-285).

"Eine für das Entstehen der anaklitische Depression notwendige Voraussetzung ist das vorherige Vorhandensein guter Beziehungen zur Mutter. Es ist bemerkenswert, dass, wenn die Beziehungen zur Mutter vor der Trennung schlecht waren, nach der Trennung ganz andersartige Störungen beim Kinde auftraten. Diese Beobachtung ist eine weitere Bestätigung der Wichtigkeit der Objektbeziehungen während des ersten Lebensjahres und der Folgen, welche die spezielle Form dieser Beziehungen im gegebenen Fall nach sich zieht." (Spitz, 1973, S. 112).

#### 4.2.2 Hospitalismus

Spitz hat den Hospitalismus an Kindern in einem Findelheim untersucht. Diese Kinder waren bis zu drei Monate an der Brust aufgezogen. Während dieser Zeit entwickelten sich die Kinder normal. Dann kamen sie in der Obhut von einer Schwester die im Durchschnitt 10 Kinder versorgt hat. Die Unterbringung der Kinder, die hygienische Voraussetzungen, die Nahrung, also alles was die körperliche Fürsorge betrifft war vortrefflich und war zum Teil besser als in den anderen von Spitz untersuchten Heimen. Die Kinder haben nach der Trennung von den Müttern, durch die Anzahl der Kinder die ein Schwester zu versorgen hatte, einen wesentlich geringeren Anteil von emotionaler Zuwendung bekommen. Diese Kinder liefen das erste Stadium, den partieller Entzug, sehr rasch durch. Die verlangsamte Motorik wurde immer deutlicher, sie lagen auf ihren Rücken nur mehr völlig passiv in den Betten, ihr Gesichtsausdruck wurde leer und oft schwachsinnig, die Augenkoordination ließ nach und die Anfälligkeit für Krankheiten stieg. Die motorische Entwicklung war so niedrig, dass sie sich nicht einmal vom Rücken in die Bauchlage drehen konnten. Spitz stellte bei Kindern die beinahe 2 Jahren unter solchen Umständen gelebt haben durch einen Test das Entwicklungsniveau fest, deren Mittelwert von 45 % dem Niveau der Idiotie entspricht. Dieses klinische Bild wird als Hospitalismus in der Fachliteratur bezeichnet.

Spitz hat seine Beobachtungen aus dem Findelhaus mit den Beobachtungen aus Säuglingsheimen verglichen, wo die Kinder von ihren Müttern versorgt und bemuttert waren.

Er stellte durch diesen Vergleich fest, dass eine normale Mutter-Kind-Beziehung eine lebenserhaltende, krankheitsschützende Wirkung hat die weit über das körperliche hinausgeht. Im Gegensatz dazu führt der vollkommene emotionale Entzug zum Verfall. Die Dauer des Liebesentzugs, dem der Säugling ausgesetzt wird, korreliert zeitlich mit dem fortschreitenden Verfall.

Spitz schließt dass die zwei Krankheitsbilder, anaklitische Depression und Hospitalismus zeigen, dass wenn Kindern die mütterliche Fürsorge entzogen wird, verhungern diese Kinder förmlich emotional. Aufgrund des Liebesentzugs können diese Kinder keine Objektbeziehungen aufbauen. Das führt bei diesen Kindern auf der Ebene der Persönlichkeitsentwicklung zu einem vollkommenen Stillstand. Diese Beobachtungen bestätigten nach Spitz, dass die Ausbildung von Objektbeziehungen einen enorm hohen Stellenwert in der Gesamtentwicklung hat. Spitz setzt den kritischsten Zeitpunkt in der Entwicklung hinsichtlich des Objektverlustes zwischen dem achten und dem achtzehnten Lebensmonat an. Er meint, dass das Kind gerade in diesem Zeitraum enorm komplexe Anpassungsvorgänge meistern muss. In dieser Zeitspanne vollzieht sich mit Hilfe der Objektbeziehungen unter der Leitung des Ichs die "Eingliederung und Meisterung der Triebe"

(Vgl. Spitz, 1973, S. 112-117, und Spitz 1974, S. 289-295).

"...Die Katamnese beider Störungen zeigt, dass bei Fehlen der Objektbeziehung die Entladung aggressiver Strebungen unmöglich gemacht wird und der Säugling die Aggression dann gegen sich selbst als das einzige ihm verbliebene Objekt



richtet. Der Säugling wird unfähig zur Assimilierung der Nahrung; Schlafstörungen treten auf; noch später wird die Selbstaggression in aktive Handlung umgesetzt, indem diese Kinder mit dem Kopf gegen Gitterstäbe ihres Bettes schlagen, sich mit der Faust auf den Kopf trommeln und sich die Haare büschelweise ausreißen..." (Spitz, 1973, S. 115).

#### 4.2.3 Marasmus

Der langfristige emotionale Entzug führt zu dem oben beschriebenen Krankheitsbild des Hospitalismus. Je länger ein Kind ohne emotionale Zuwendung leben muss, desto eher schreitet der Verfall voran. Es wird die Resistenz gegen Infekte gemindert. Das Kind kann keine Objektbeziehung bilden. In diesen Fällen kommt es zu einer "Entmischung der beiden Grundtriebe". Das Kind bekommt keine emotionale Zuwendung und wendet die Aggression, die von den libidinösen Trieben getrennt wird, gegen sich. Das führt wiederum zum zunehmenden Verfall. Kinder die durch den dauerhaften Liebesentzug an Hospitalismus erkranken und keine Gelegenheit haben eine Bindung einzugehen verfallen schließlich dem Marasmus. Diese Kinder entwickeln sich überhaupt nicht weiter, magern zum Skelette ab, sind völlig apathisch und sterben schließlich oft ohne dass man bei ihnen eine organische Krankheit nachweisen kann (Vgl., Spitz, 1973, S. 114-115, und Spitz 1974, S. 292).

#### **4.3. Vergleiche der Frühentwicklung von Anstalts- und Familienkindern**

Anna Freud und Dorothy Burlingham haben im zweiten Weltkrieg Kinder in Londoner Kinderheimen beobachtet. Sie verglichen die Frühentwicklung von den Anstalts- und Familienkindern und stellten bei der Entwicklung der Kinder Unterschiede fest, vor allem im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung. Sie beobachteten je nach Funktion der Entwicklungsperioden Vor- und Nachteile von der Familienerziehung gegenüber der Heimerziehung.

##### a) Kinder im Alter von null bis fünf Monate

Säuglinge in diesem Alter, die in dem Heim mit der Flasche aufgezogen wurden, entwickelten sich besser als der Durchschnitt in den proletarischen Haushalten. Die Erklärung fanden A. Freud und D. Burlingham darin, dass in den von ihnen untersuchten Heimen die Nahrung mit größerer Sorgfalt zubereitet und abwechslungsreicher war, es eine bessere Lüftung gab und die Kinder sich öfter im Freien aufhielten. Auch wurde mit frischer Wäsche nicht gespart, das Personal war gut ausgebildet und erfahren. Es fielen die Ängstlichkeit und Unerfahrenheit der Mütter und die Störungen weg die in dem engen proletarischen Haushalt unvermeidlich waren. Am besten gediehen aber jene Kinder die in den Säuglingsheimen von ihren Müttern gestillt wurden. Diese genossen sowohl die Mutterpflege als auch die hygienischen Lebensumstände des Heimes (Vgl. A. Freud/D. Burlingham, 1971, S. 67).

## b) Kinder im Alter von fünf bis zwölf Monate

Das Blatt hat sich bei den Kindern in diesem Alter gewendet. Die Säuglinge die von ihren Müttern aufgezogen waren, haben früher nach Gegenständen gegriffen und konnten mit diesen aktiver spielen. Sie verfolgten aufmerksam mit den Augen das Kommen und Gehen im Zimmer.

Kinder die in Säuglingsheimen in großen Abteilungen durch das ständig wechselnde Pflegepersonal erzogen wurden, können in diesem Alter die oft wechselnden Pflegepersonen nicht unterscheiden und eine Beziehung zu ihnen herzustellen. Das ist der Grund warum Kinder in den Heimen auf Gesichtsausdruck und Stimmveränderung nicht reagieren können. Kinder im Alter von acht Monaten haben bereits die Fähigkeit entwickelt nachzuahmen, in den Säuglingsheimen wird sich diese Fähigkeit durch mangelnde Anregung weniger entwickeln, weil sie weniger Kontakt mit den Pflegerinnen haben und nicht wie die Kinder die bei ihren Müttern aufwachsen. Daher ist ihr Kontakt mehr oder weniger auf eine Person beschränkt. Kinder die bei ihren Müttern aufwachsen zeigen eine bessere emotionale Entwicklung und Intelligenzentwicklung.

Die Entwicklungsrückstände bei den Kindern in den Säuglingsheimen führen A. Freud und D. Burlingham auf die mangelnde Befriedigung der emotionalen Bedürfnisse der Kinder zurück, welche aber in dem Alter genauso wichtig sind wie die Befriedigung der körperlichen Bedürfnisse. Mütter beschäftigen sich mit ihren Kindern normalerweise auch außerhalb der Essens- Badens- und Wickelzeiten mit ihren Kindern. In den Säuglingsheimen beschränkt sich aber der Kontakt des Kindes mit den Pflegepersonen genau auf diese Aktivitäten. Durch den Mangel der emotionalen Zuwendung entwickeln sich Kinder in dem Alter in den Säuglingsheimen weniger gut als in der familiären Umgebung (Vgl. A. Freud/D. Burlingham, 1971, S. 69-70).

## c) Kinder im Alter von ein bis zwei Jahre

### 1) Die Motorische Entwicklung

Mit Ende des ersten Lebensjahres erlernen die Kinder die Fähigkeit sich selbst, ohne fremde Hilfe zu bewegen und die Muskeltätigkeiten zu beherrschen. Die beobachteten Kinder in dem häuslichen Milieu hatten wegen enger Räumlichkeiten und wegen der erhöhten Anzahl von Gefahrenquellen im familiären Haushalt weniger Bewegungsfreiheit genießen können als die Anstaltskinder. Wegen der größeren Bewegungsfreiheit in den Säuglingsheimen entwickelten sich die Heimkinder motorisch besser als die in den Familien aufgewachsenen Kinder. Sie konnten im Alter von 1 ½ Jahr auf und ab marschieren, bereits Stühle und Tische verschieben, sie konnten eigenständig essen und konnten beim An- und Auskleiden helfen usw.

## 2) Die sprachliche Entwicklung

Ein großes Gewicht bekommt im Verlauf des zweiten Jahres die Entwicklung der Sprache. Kinder am Ende des ersten Lebensjahres haben einen Wortschatz von ca. zwei Wörtern, im Laufe des zweiten Lebensjahres entwickelt sich der Wortschatz unter normalen Umständen enorm. Kinder in den Säuglingsheimen hatten auch am Anfang des zweiten Lebensjahres ungefähr den gleichen Wortschatz wie jene die in den Familien aufwuchsen, aber die weitere Entwicklung im Bereich der Sprache verlangsamte sich bedeutend. Bei den Heimkindern im Alter von zwei Jahren konnten Entwicklungsrückstände von ungefähr sechs Monaten im sprachlichen Bereich festgestellt werden. Die Ursachen dafür sahen die zwei Forscherinnen in zwei Bereichen:

- ◆ In einer Familie verständigen sich die Familienmitglieder überwiegend auf der sprachlichen Ebene. In dieser Umgebung kann nur das kleine Kind noch nicht sprechen. In dem Kinderheim können aber alle kleinen Kinder in dem gleichen Alter noch nicht sprechen, d. h. sprechen hat auch keine praktischen Vorteile in dieser Gemeinschaft. Es gibt dadurch keinen Anreiz sprechen zu lernen, außerdem fehlen diesen Kindern im Bereich der Sprache im Heim die Vorbilder die sie nachahmen könnten.
- ◆ Die Entwicklung der Sprache beginnt in der ersten Objektbeziehung zwischen Mutter und Kind, denn zwischen ihnen besteht schon bereits in den ersten Lebensmonaten ein enger Gefühlskontakt. Der Säugling spürt die emotionale Stimmung der Mutter und antwortet darauf instinktiv mit der eigenen Gefühlslage. Genauso reagiert das Kind auf die Worte und Stimme der Mutter und versucht sie zu reproduzieren. Kindern in den Heimen fehlt die enge emotionale Verbindung zum Pflegepersonal und dadurch auch der Reiz den sprachlichen Ausdruck von ihnen zu reproduzieren.

Für die Sprachentwicklung im ersten und im zweiten Lebensjahr sind zwei Faktoren wichtig:

- Die Lust Laute hervorzubringen; diese ist einerseits im Mund lokalisiert andererseits beruht sie sich auf die Art und Stärke des Tons der hervorgebracht wird. Dieses Vorbringen von Lauten hat eine "autoerotische" Befriedigungsqualität.
- Der andere Faktor ergibt sich aus dem Bedürfnis nach Verständigung mit der geliebten Person die zu der unmittelbaren Umgebung gehört. Aus diesem Antrieb gewonnene Lust ist eine "objektlibidinöse" Befriedigung die durch das Verhältnis zu der Außenwelt bedingt ist.

Die Sprechlust des Kindes ist also einerseits autoerotisch und andererseits objektlibidinös bedingt. Die autoerotische Lust Laute vorzubringen entwickeln in dem Alter auch die Kinder in den Heimen, wie auch andere autoerotische Betätigungen wie lutschen, rhythmisches Schaukeln, usw. Die letzteren werden sogar umso mehr ausgeübt je mehr die Kinder auf sich allein gestellt sind. Der zweite Faktor fehlt aber bei den Heimkindern, der Antrieb sich durch die Sprache mit der Umwelt zu verständigen. Wenn Kinder in das Heim eintreten die bereits

sprechen können sind solche Entwicklungsverzögerungen dann nicht mehr zu bemerken (Vgl. A. Freud/D. Burlingham, 1971, S. 69-74).

“...Anstaltskinder sind in den ersten Lebensjahren dort im Vorteil, wo die Entwicklung unabhängig vom Affektleben vor sich geht, sie sind überall dort im Nachteil, wo die Gefühlsbeziehung zur Mutter oder zur Familie die Triebkraft der Entwicklung ist...” (A. Freud/ D. Burlingham, 1971, S. 79).

#### 4.3.1 Kinder ohne Bindung

Karl Heinz Brisch und Theodor Hellbrügge, haben in dem Buch mit dem Titel Kinder ohne Bindung verschiedenste Studien über Kinder die in Heimen aufwachsen und später adoptiert wurden oder zu Pflegefamilien kamen. In einer dieser Studie befasst sich Michael Rutter mit Kindern die aus rumänischen Kinderheimen, in England adoptiert worden sind. Für mich stellte sich eine interessante Zusammenhang zu meiner Studie dar, den auch bei der von Rutter erwähnte Studie wurde die Denver Pre-Screening and Developmental Questionnaire (PDQ; Frankenburg et al., 1986) verwendet. Die Ergebnisse von Rutter weisen auf ähnliche Ergebnisse hin, die ich bei meiner Studie gemacht habe.

Rutter wirft die Frage auf welche psychische Auswirkungen haben Kinder, die kurz nach ihrer Geburt bis zu der Adoption in Heimen aufwachsen. Rutter geht davon aus, dass es „eine Art der Plastizität des Gehirns gibt, nämlich die Fähigkeit von Gehirnregionen, Funktionen zu übernehmen, die sie sonst nicht haben“ (Rutter in Brisch/Hellbrügge, S. 123). Bereits in eine Studie (Erikson et al , 1998) wird darauf hingewiesen dass es Belege dafür gibt „das der menschliche Hippokampus das ganze Leben lang seine Fähigkeit behält Neuronen zu erzeugen“.. Unklar ist aber ob diese Fähigkeit auch für andere Bereiche des Gehirns gilt oder nicht (Erikson in Brisch/Hellbrügge, S. 123)

Rutter kommt zu den Schlussfolgerungen, dass die Heimerziehung größere Auswirkungen auf die psychische Entwicklung von Kindern hat, allerdings wenn diese Kinder später in eine positive familiäre Umgebung aufwachsen können, trägt es viel dazu bei die negativen Effekte zu vermindern. Jedoch bleiben trotzdem bei einen beachtenswerter Zahl von Kindern (auch wenn es die Minderheit darstellt) erhebliche Defizite zurück. „Es ist jedoch klar, dass dann mehrere, ziemlich unterschiedliche Prozesse, die ein Risiko in sich bergen, involviert sein müssen. Die Erziehung in Heim führt nur dann zu kognitiven Entwicklungsdefiziten, wenn sie auch mit einer globalen Deprivation in den Lernerfahrungen verbunden ist und die negativen Folgeerscheinungen noch durch Unterernährung verstärkt werden. Unter diesen Umständen ist die kognitive Erscheinung mit einem vermindertem Wachstum des Kopfes verbunden – wobei auch das Hirnwachstum begrenzt ist. Aufgrund der verschiedenen

Forschungsergebnisse kann man – als ihr gemeinsamer Nenner – annehmen, dass eine normale kognitive Entwicklung sowie ein normales Gehirnwachstum einen angemessenen, auf Erfahrungen beruhenden >>Input<< für die biologische Programmierung der neuronalen Strukturen erfordern, die beidem, kognitiver Entwicklung wie Hirnwachstum zugrunde liegen.“ (Rutter in Brisch/Hellbrügge; S. 123-124)

Rutter fand im Weiteren heraus, dass ein undifferenziertes Bindungsverhalten bei Kindern mit Heimerziehung häufiger vorkommt, auch wenn es bei diesen keine tiefgreifenden Deprivationserfahrungen gibt. Vermutlich hängt das mit dem vielen und häufig wechselnden Fürsorgepersonen (der Regel bei der Heimbetreuung) zusammen, welches die normale Entwicklung selektiver Bindung verhindert. Dieser Bindungseffekt wird nicht vollkommen beseitigt durch ein späteres Heranwachsen in einer guten familiären Umgebung. “Es wird angenommen, dass eine Art biologischer Programmierung bei undifferenziertem Bindungsverhalten eine Rolle spielen kann, möglicherweise ist dieser Einfluss aber eher von erfahrungsanpassender als von erfahrungserwartender Art. Damit diese Effekte sichtbar werden, scheinen mindestens 6 Monate Erfahrungen des Kindes in der Heimerziehung notwendig zu sein. Es sind nur sehr wenige Daten über die Auswirkungen einer Heimerziehung verfügbar, wenn Kinder erst nach den Säuglingsjahren ins Heim kommen, es scheint jedoch wahrscheinlich, dass die Effekte nicht dieselben sind. Wenn dies so wäre, müsste man die Wirksamkeit einer Art von sensibler Phase annehmen.“ (Rutter in Brisch/Hellbrügge; S. 124)

Rutter stellt die universellen Auswirkungen der biologischen Programmierungen in Frage, weil laut seiner Studie individuelle Unterschiede gibt, weil er festgestellt hat dass es bei manchen Kindern sogar bei einem mindestens 2 Jahre Aufenthalt in einem stark deprivierendem Heimmilieu keine nachweisbaren Folgeerscheinungen feststellbar waren. Welche Prozesse dabei für die psychische Widerstandsfähigkeit bzw. Resilienz beteiligt sind ist bisher unbekannt. Er nimmt an, dass „...der teilweise schützende Effekt eines – wenn auch minimalen – Spracherwerbs lässt vermuten, dass die Mechanismen eher in der Heimerfahrungen selbst zu suchen sind als in den Erfahrungen, die die Kinder nach dem Verlassen des Heimes in den Adoptivfamilien gemacht haben.“ (Rutter in Brisch/Hellbrügge; (S. 125) Die Bedeutung des Heranwachsens in einer guten Adoptivfamilie lindert die Folgeerscheinungen der Heimerziehung, aber die Unterschiede in der Qualität der Umgebung der Adoptivfamilie kann die Heterogenität in den Ergebnissen nicht klären. Die Basis dieser >>Heimeffekte<< auf neuronalen Ebene bleibt laut Rutter weiter unbekannt. (Vgl. Rutter in Brisch/Hellbrügge; S. 125)

Joachim Bauer sagt, dass das kindliche Gehirn sich in einem Entwicklungs- und Reifungsprozess befindet, der in den ersten Schwangerschaftswochen beginnt und erst mit etwa 18 Jahren abgeschlossen ist. Dieser Reifungsprozess gelingt aber nicht alleine, sondern nur dann, wenn das Kind zuverlässige, stabile Bindungen zu beschützenden Bezugspersonen hat. Dazu gehören nicht nur

Zuwendung und Liebe, sondern auch Grenzsetzungen, Nein-Sagen und angemessene Zurechtweisungen, dabei gilt es zärtliche und verständnisvolle Zuwendung von Anfang an, das Erlernen von sozialen Regeln beginnt zw. 2. und 3. Lebensjahr. Liebe und Anleitung zum Beachten von Regeln ist unersetzlich für die Entwicklung des kindlichen Gehirns. Durch die Zuwendung und Liebe werden die Motivationssysteme des kindlichen Gehirns aktiviert. Einfühlung und Empathie bringen die Spiegelsysteme des kindlichen Gehirns zur Reifung. Die Reifung des präfrontalen Cortex wird durch die Anleitung zum Einhalten von Regeln gefördert.

Durch negative Beziehungserfahrungen, wie Vernachlässigung, Stress und Gewalt bleiben wichtige Reifungsschritte aus. Das führt dazu, dass neuronale Systeme, die wir für eine vertrauensvolle Grundhaltung gegenüber der Welt brauchen, verkümmern. Stattdessen entwickeln sich im Kind Angst und Aggression. Kinder und Jugendliche mit schweren Verhaltensstörungen und intellektuellen Defiziten sind das Ergebnis solche negative Erfahrungen. Das muss allerdings für das Kind keinen dauerhaften negativen Folgen bedeuten, allerdings sind die Folgen oft langanhaltend. Betreuungsdefizite der Kindheit lassen sich aber durch nachholende Maßnahmen zu einem erheblichen Teil ausgleichen. "Auch wenn die ersten Lebensmonate oder Jahre Belastungen mit sich gebracht haben, kann das Gehirn später in einem großen Ausmaß nachreifen. Vorausgesetzt das Milieu, in dem ein Kind oder Jugendlicher dann lebt, gleicht die frühen Mängel aus." (Vgl. Joachim Bauer; S. 30)

#### 4.4. Zusammenfassung

Diese drei oben ausgeführten Studien haben wieder ausdrücklich auf die Wichtigkeit der emotionalen Zuwendung und auf eine gute Mutter-Kind-Beziehung hinsichtlich der Entwicklung der Kinder hingewiesen. Ich konnte aufgrund dieser Beschreibungen einige Parallelen zu meiner Untersuchung finden. Beinahe alle von mir untersuchten Kinder wiesen Entwicklungsrückstände in den Bereichen der Feinmotorik, Sprache und sozialen Kontakt auf, während die Grobmotorik bei allen Kindern besser ausgeprägt war. A. Freud. und D. Burlingham, sowie Rutter haben in ihren Studien auf ähnliche Entwicklungsrückstände bei Heimkindern hingewiesen. Obwohl das Personal des von mir untersuchten Heimes im Gegensatz zu den Londoner Kinderheimen kein fachlich gut ausgebildetes Personal war, weist ihre Beschäftigung mit den Kindern Ähnlichkeiten auf. Auch die Führung des Heimes war ähnlich, was die Hygiene anbelangt. Wenn man bedenkt, dass die Untersuchung von A. Freud und D. Burlingham während des zweiten Weltkrieges stattfand, kann ich davon ausgehen, dass die von ihnen und das von mir untersuchte Heim große Ähnlichkeiten aufweisen.

Leider gibt es in meiner Untersuchung auch, zum Glück wenige Beispiele, wie in den Falldarstellungen 8 und 9 sowie 14. An diesen Kindern konnte ich nach langem Heim- und Krankenhausaufenthalt schon schweren Hospitalismus

feststellen. Alle anderen Kinder haben Anzeichen der anaklitischen Depression oder in manchen Fällen bereits auf Hospitalismus aufgewiesen, diese verschwanden aber zum großen Teil durch die Unterbringung in die Pflegefamilien. Die Narben durch den Mangel an emotionaler Zuwendung, Vernachlässigung und Abweisung durch die Eltern werden diese Kinder wahrscheinlich ein Leben lang tragen müssen. Durch die Pflegeeltern haben sie aber die Chance bekommen, geliebt zu werden und dadurch die Möglichkeit, mit diesen unangenehmen und schlechten Erfahrungen aus ihrem frühkindlichen Alter besser umgehen zu können. ZU diesem Ergebnis kommt auch Rutter und J. Bauer.

Im folgenden Kapitel werde ich kurz auf die Entwicklung der Beziehungen zwischen dem Pflegekind und die Pflegeeltern eingehen.

### **5. Die Beziehungsaufbau in den Pflegefamilien**

Die Kinder, die an die Pflegefamilien übermittle werden, haben eine Erfahrung in ihrer Lebensgeschichte hinter sich, die für sie sehr belastbar ist. Die meisten von diesen Kindern haben Beziehungsstörungen durch oft wechselnde Bezugspersonen und Umweltbedingungen. Manche dieser Kinder konnten noch keine oder unzureichende Beziehungen zu Bezugspersonen aufbauen. Viele Kinder haben traumatische Erlebnisse durch den Verlust der Eltern durch natürlichen Tod, Suizid oder durch die Ablehnung von den Eltern, durch Misshandlungen jeglicher Art oder haben bereits Gewalt in der Familie erlebt (Vgl. Kauermann-Walter/ Krolzik, 1997, S. 24).

Die meisten Kinder, die in Pflegefamilien untergebracht werden, sind keine Waisenkinder im engsten Sinn des Wortes sondern "Sozialwaise", die existierende Herkunftseltern haben.

Die Kinder erleiden einen Abbruch ihrer Beziehungen und Bindungen zu den leiblichen Eltern und bei der Pflegefamilie müssen neue Kontakte aufgebaut werden. Steimer betrachtet alle Formen von Ersatzfamilien in denen Kinder ohne ihrer leiblichen Eltern aufwachsen als "psychologische Eltern" (Vgl. Steimer, 2000, S. 42).

Es gibt zahlreiche Untersuchungen im Bereich der Adoptiv- und Pflegeeltern. Alle Untersuchungen weisen auf *"...die höchst diffizile Beziehung zwischen den Kindern und ihren Adoptiv- oder Pflegeeltern. Und diese Beziehung ist gestaltet durch die Vorgeschichten beider Seiten und deren Wechselwirkung. Die möglichen Beziehungsformen sind aus tiefenpsychologischer Sicht vor allem geprägt durch frühkindliche Trieb-, Selbst- und Objektentwicklungen..."* (Steimer, 2000, S. 43-44).

Kinder die in eine neue Familie kommen, sind meistens wegen "untragbarer Verhältnisse" in der Herkunftsfamilie nach eine Reihe von juristischen Verfahren

aus diesem Lebensmilieu herausgeholt worden. Dadurch erlebten sie eine "frühe Traumatisierung". Oft erleben diese Kinder Ausstoßung, das Gefühl nicht geliebt zu werden, Ablehnung usw. Die Wunden die dabei entstehen können nur schlecht geheilt werden und lassen Narben zurück, die bei weiteren belastenden Erlebnissen wieder wund werden können. Solche Kinder haben eine "Identitätsstörung", die Erfahrungen von Ablehnung, Ausstoßung u.v.m. prägen sich in einem negativen Selbstbild ein. Die aggressiven Gefühle welche eigentlich ihren leiblichen Eltern gelten richten diese Kinder oft gegen sich oder auf die neuen Pflegepersonen. Dieses emotionale Gefüge der Kinder führt in vielen Fällen dazu, dass sich das Zusammenleben mit ihnen höchst kompliziert gestaltet (Vgl. Steimer, 2000, S. 44-45).

Alle Pflegekinder teilen ein Schicksal das Trennung heißt. Durch die Trennung verlieren die Kinder ihre erste Bezugsperson/en. Wie schwer diese Trennungsbelastung bei einem Kind ausfällt hängt davon ab, in welchem Alter es erlebt worden ist, wie die "Ich-Fähigkeiten" des Kindes ausgeprägt sind und welche Qualität die bisherigen Beziehungen hatten. Wenn ein Kind über zwei bis vier Jahren bei seinen Eltern gelebt hat, konnte bereits eine feste Bindung zu den Eltern entstehen, die auch nach der Trennung aufrecht bleibt. Auch für Kinder die traumatische Erfahrungen bei den leiblichen Eltern gesammelt haben, bedeuteten die Eltern den Ausgangspunkt für sein Selbstwertgefühl und Identität. In solchen Fällen bedroht die Trennung die *"...eh schon geringe Sicherheit des Kindes und seine eingeschränkte Identität ...Die Fremdunterbringung kann die schon vorhandene Traumatisierung verschärfen..."* (Kötter, 1997, S. 47).

Die Fremdunterbringung bedeutet für das Kind eine Zukunftsperspektive die noch nicht klar definiert ist, denn diese dient am Anfang als Warnung für die Eltern. Diese Situation kann bei den Kindern widersprüchliche Gefühle wecken, denn sie entwickeln einerseits Sehnsucht nach den verlorenen Eltern andererseits haben sie den Wunsch nach befriedigenden Beziehungen die eventuell in der neuen Familie bewältigt werden können. Dadurch können sie sich von den Eltern nicht ablösen aber sich an die neuen Pflegepersonen nicht binden. Die innere Dynamik des Kindes wird dadurch gestört, und kann zu der Idealisierung der leiblichen Eltern führen. Oft empfinden die Kinder die Fremdunterbringung als Strafe. Kinder haben auf die Trennung keinen Einfluss, sie sind entwurzelt, fühlen sie sich stigmatisiert und können ihre Trauer über den Verlust nicht offen zeigen, sie drücken dies an ihrem Verhalten aus. Sie werden misstrauisch gegenüber Beziehungen (Vgl. Kötter, 1997, S. 47-48).

Der Eintritt des Kindes in die Pflegefamilie ist durch diese ganzen widersprüchlichen und negativen Gefühle gekennzeichnet. Sie bringen in die neue Familie alle bisher erlebten Erfahrungen, die das Kind geprägt haben mit hinein. In die neue Familie sollten neue Beziehungen entstehen die zu Stabilisierung des Kindes beitragen. Dies ist aber keine einfache Aufgabe weder für das Kind noch für die Pflegeeltern. Denn auf der einen Seite steht das Kind mit seinen negativen Erfahrungen und auf der anderen Seite die Pflegeeltern mit ihren Geschichten und Vorstellungen.



Die Pflegefamilie erfüllt dann sinnvoll seine Aufgabe als neue und sichere Basis für das Kind, wenn die Möglichkeit für das Kind besteht sich in der Familie zu integrieren und es die Chance bekommt eine neue befriedigende Eltern-Kind-Beziehungen zu entwickeln (Vgl. Nienstadt/Westermann, in Kolleck, 1999, S. 9).

*“Wir denken, wenn die Integration eines Kindes in eine Ersatzfamilie Sinn haben soll, muss man als Ziel eines Pflegeverhältnisses den Aufbau und die Entwicklung neuer, intensiver, individueller Eltern-Kind-Beziehungen ansehen”* (Nienstadt/Westermann, 1989, S. 45).

Voraussetzung für die Theorie der Integration ist, dass ein Kind in der Lage ist und ihm erlaubt wird, noch einmal neue Eltern-Kind-Beziehungen zu entwickeln. Dieser Prozess der Entwicklung neuer Eltern-Kind-Beziehungen ist abhängig von den besonderen traumatischen Erfahrungen, die das Kind in der Ursprungsfamilie mit Vater und Mutter gemacht hat. Denn die aus den frühen Beziehungserfahrungen resultierenden Persönlichkeitsstrukturen finden ihren Niederschlag im Erleben, in den Ängsten und Wünschen des Kindes, die die Beziehung zu den neuen Eltern prägen.” (Nienstadt, Westermann, 1989, S. 43).

Nach Nienstadt und Westermann verläuft der Integrationsprozess des Pflegekindes in den Pflegefamilien in drei Phasen:

- ◆ Das Kind passt sich an den Wünschen und Erwartungen der Pflegeeltern passiv an, und “gewinnt erst dadurch, dass sich die Eltern vom Kind an die Hand nehmen lassen”, auch Einfluss auf die Eltern und die Überzeugung ein angenommenes Kind zu sein.
- ◆ Durch die frühen Erfahrungen mit Eltern werden in der 2. Phase die Beziehungen zur Pflegemutter und zum Pflegevater verzerrt. Übertragungsbeziehungen werden entstehen, in denen die Beziehungsstörungen des Kindes wieder mobilisiert werden, die in der Beziehung zu den Eltern entwickelt wurden. “Die Annahme der Übertragungsbeziehung ermöglicht dem Kind eine Korrektur der prägenden Beziehungsstörungen. Ihre Bewältigung ist die Voraussetzung für die 3. Phase.”
- ◆ Die dritte Phase ist die Regression: in dieser Phase kehrt das Kind zurück auf die “frühkindliche Entwicklungsstufen”, dies ermöglicht es für das Kind in Entwicklungsschritten neue Eltern-Kind-Beziehungen zu entwickeln, die “für die frühkindliche Entwicklung charakteristisch sind”. Die Integration gilt als abgeschlossen wenn sich das Kind geschlechtsspezifisch mit den Pflegeeltern identifizieren kann und seine Selbstidentität durch die Zugehörigkeit zu den Pflegeeltern prägen kann (Vgl. Nienstadt/Westermann, 1989, S. 43-44).

Der Beziehungsaufbau eines Pflegekindes in den Ersatzfamilien ist also ein sehr komplexer Prozess und fordert von den aufnehmenden Familien enorme Geduld, Feinfühligkeit und Liebe. Die Größe der Pflegeelternaufgabe besteht darin, dass einerseits die fragile Persönlichkeit des Kindes durch die Sicherheit, Angenommen werden und geschätzt werden gestärkt wird, andererseits muss

das Kind, die Ambivalenz von Nähe und Distanz ertragen lernen, klare Grenzen, Rollen und Regeln erlernen und verinnerlichen.

Damit Pflegeeltern eine positive Entwicklung des Kindes aus neurobiologischer Sicht ermöglichen können sind laut J. Bauer drei Dinge besonders wichtig. Stehvermögen und Geduld, weil die Kindern die negativen Erfahrungen gemacht haben brauchen Zeit, bis sich ihre manchmal schwierigen Verhaltensweisen bessern. Kinder die traumatisiert oder vernachlässigt wurden und durch diese negativen Erfahrungen Misstrauen, Angst und Aggression geprägtes Verhalten entwickeln kann das nur im Laufe einer längeren Geduldsphase ändern. Diese Kinder brauchen immer wieder neu geschenkte Liebe und Vertrauen. Außerdem sollen Pflegeeltern das Kind zur Einhaltung sozialer Regeln anhalten.

Jedes Kind muss lernen sein Impulse kontrollieren zu können, warten und teilen lernen. Dabei ist aber sehr wichtig, dass die Erwachsene selbst vorleben und dadurch dem Kind zeigen wie es geht.

Man muss wissen, dass bei traumatisierten Kindern dient die Aggression als Schutzmechanismus, mit dem sich das Kind von neuer Traumatisierung, vor neuen Enttäuschungen und vor seelischem Schmerz sich schützt.

Bei den Umgang mit Kindern mit Gewalterfahrungen sind die wichtigsten Prinzipien Geduld und Gelassenheit. Pflegeeltern sollten dem Kind gegenüber Zuwendung und Verständnis spürbar machen. Negative Reaktionen des Kindes, die für die Pflegeeltern oft enttäuschend wirken, sollen sie nicht auf sich beziehen, sondern als Teil der Not des Kindes sehen. Pflegeeltern sollten immer wieder geduldig auf die Einhaltung von sozialen Regeln bestehen, dabei aber maßvoll und menschlich bleiben. „Pflegeeltern leisten oft emotionaler Schwerstarbeit.“ (Vgl. J. Bauer, S. 31)

## 5.1. Zusammenfassung

Der Beziehungsaufbau von Pflegekindern wurde in diesem Abschnitt nur am Rande erfasst, denn neben der Vorgeschichte und Erfahrungswelt des Kindes und die Bereitschaft der Pflegeeltern, dem Kind den Aufbau einer neuen Eltern-Kind-Beziehung zu ermöglichen, spielen andere wichtige Faktoren mit. Faktoren, wie z. B. wenn ein Kontakt zu den leiblichen Eltern noch besteht wie werden die Besuchskontakte geregelt, wie steht das Kind in diesem Beziehungsdreieck da, oder was waren die Gründe der Ersatzfamilie ein Pflegekind aufzunehmen usw. Auf diese Fragen hier einzugehen würde den Rahmen diese Diplomarbeit sprengen. Dieser Abschnitt sollte nur auf die Komplexität des Beziehungsaufbaues in den Pflegefamilien hinweisen.

Den Abschluss dieses Teiles möchte ich mit einem Zitat beenden:

*“...Überall dort, wo Erwachsene verbindlich, verantwortungsvoll und zuverlässig mit Kindern in einer auf Dauer angelegten Gemeinschaft lebt, ist Familie.....*

*...Familie ist aber vor allem ein Ort der Annahme, in dem das Kind und der Erwachsene angenommen sind, so wie sie sind. Sie sind angenommen mit ihren Besonderheiten und Absonderlichkeiten, mit ihren ganzen So-Sein – jenseits von Leisten-müssen und Haben-wollen.“ (Krolzik, 2000, S. 120-121).*

## **6. Reflexion und mein zukünftiger Tätigkeitsfeld als Familienmentorin**

Eine mehrere Jahrzehnte dauernde kommunistische Diktatur hat neben anderen negativen Effekten auch zur sozialen Verarmung der Bevölkerung in Rumänien geführt. Wahnvorstellungen des Diktators Ceaucescu`s, das jede mögliche Schwangerschaft ausgetragen wird, hatten enorme Eingriffe in die Selbstbestimmung des Menschen, vor allem aber der Frauen verursacht. Die Frau wurde als Gebärmaschinerie angesehen, und die durch solche Schwangerschaften entstehenden Menschenleben wurden nicht weiter beachtet. Wie in dieser Diplomarbeit darauf hingewiesen wurde, führte dies zu massenhaft, unerwünschten ausgesetzten Kindern. Nach der Wende in Rumänien verschärfte sich die Lage durch zunehmende Armut und damit zusammenhängender Diskriminierungen und sozialer Verelendung der Familien. Immer mehr Familien konnten aufgrund dessen ihren elterlichen Pflichten schlecht oder überhaupt nicht mehr nachkommen. Dies führte zur Erhöhung der institutionellen Betreuung der Kinder. Aufgrund der Mitwirkung von unterschiedlichen Hilfsorganisationen, NGO`s und schließlich der Forderungen der Europäischen Union führten dazu, dass neben den institutionellen Kinderbetreuungsformen auch andere Alternativen ins Leben gerufen werden konnten. Diese stellen aber noch wegen Geldmangels eine Minderheit dar. Die Förderungen solcher Einrichtungsformen wäre wünschenswert, außerdem müssen gezielte Bildungsprogramme für jene Personenkreise entwickelt werden, die sich mit der Betreuung von Kindern außerhalb der Herkunftsfamilien beschäftigen.

Das in meiner Arbeit dargestellte Pilotprojekt ist zwar aus einer Notlage entstanden und entspricht nicht den herkömmlichen Auffassungen von Pflegefamilien. Startschwierigkeiten, Misstrauen und Ängste begleiteten den Anfang dieses Projekt. Trotz dieser Anfangsschwierigkeiten konnte bewiesen werden, dass einfache Menschen ohne jegliche Ausbildung, die nur mit dem Prinzip der Nächstenliebe lebend, Kindern, die nur Ablehnung und Aussetzung erfahren haben, ermöglicht haben, eine Chance zu bekommen, die Wärme und die Liebe einer Familie zu erfahren. Diese einfachen Familien haben enormes geleistet und haben gezeigt, dass Kinderschutz nicht nur durch ausgeklügelte Programme ermöglicht werden kann, es reicht in vielen Fällen, wenn Kindern Liebe, Achtung und verständnisvolles Umgehen, entgegengebracht wird.

Mittlerweile ist das Projekt der Pflegeeltern in Sinmartin so weit fortgeschritten, dass bereits viele Familien aus der Ortschaft und aus den umliegenden Ortschaften Kinder in die Pflege nehmen. Des Weiteren wurde eine Ausbildung für werdende Pflegeeltern von den Behörden eingeleitet. Weil sich das Pflegeelternprojekt so gut entwickelt hat, wurde durch die Bezirksbehörden

beschlossen, das Kinderheim nach dem endgültigen Renovierungsabschluss nicht mehr als Kinderheim, sondern als ein Mutter-Kind-Zentrum weiterzuführen. Aufgabe dieses Zentrums ist es, Müttern, die ihr Kind weggeben wollen, professionell zu betreuen und Unterstützung (Unterkunft, Verpflegung und bindungsfördernde Maßnahmen aber auch eine Wiedereingliederung in die Arbeitswelt) anzubieten, um die Mütter zum Umdenken zu bewegen, damit sie ihr Kind behalten. Neben dem Mutter-Kind-Zentrum wurde auch ein Kindergarten eröffnet. Diese Entwicklung zeigt, dass ein positives Umdenken hinsichtlich der Kinderbetreuung stattgefunden hat.

Die Zukunft eines Landes und der Fortschritt hängt nicht nur von wirtschaftlichen Faktoren ab, sondern auch davon, wie ein Land und dessen Bevölkerung mit den Kindern umgeht.

*"...Wahre Mutterliebe besteht darin, für das Wachstum des Kindes zu sorgen, und das bedeutet, dass sie selbst wünscht, dass das Kind von ihr los kommt. Hierin unterscheidet sich diese Liebe grundsätzlich von der erotischen Liebe. Bei der erotischen Liebe werden zwei Menschen, die getrennt waren, eins. Bei der Mutterliebe trennen sich zwei Menschen voneinander, die eins waren. Die Mutter muss nicht nur die Loslösung des Kindes dulden, sie muss sie sogar wünschen und fördern. Erst in diesem Stadium wird die Mutterliebe zu einer so schweren Aufgabe, die Selbstlosigkeit verlangt und die Fähigkeit fordert, alles geben zu können und nichts zu wollen als das Glück des geliebten Kindes." (Fromm, 2001, S. 64 –65).*

## 6.1 Mein Tätigkeitsfeld als Familienmentorin

In meiner Arbeit verwende ich Körper orientierte Methoden, wie die Schmetterlingsarbeit und gezielte Körperwahrnehmungsübungen. Dadurch werden die Eltern unterstützt, ihre Gefühle besser zu verstehen und in einen Zustand der Offenheit und der Bindungsbereitschaft zurückzukehren. Dabei finden sie in ihrem Körper erneut Sicherheit und Halt und können diese wieder an ihre Kinder weitergeben. Im Verlauf dieser Körper und Bindungsbezogenen Eltern und Kinderbegleitung können sich traumatisch bedingte Krisendynamiken lösen wodurch es zu einer natürlichen Selbstregulation kommt.

In meine Arbeit mit Adoptiveltern/Pflegeeltern bzw. mit Adoptivkinder/Pflegekinder würde ich mein Hauptaugenmerk auf den Aufbau der Bindungsbeziehung richten. Dabei würde ich über Aufklärung die Adoptiveltern und Pflegeeltern über die Bindungsproblematiken der Kinder sensibilisieren. Ich würde dabei folgende Techniken verwenden:

- Schmetterlingsmassage
- Bindungsstärkung mit Bauchatmung
- Sichere Stelle

- Bachblüten
- kinesiologische Sitzungen
- Eltern helfen die Sprache ihres Pflege- oder Adoptivkindes richtig zu deuten
- Förderung von gewaltfreie Kommunikation
- Aufarbeitung von überwältigenden Erfahrung
- Unterstützung von werdenden Adoptiv- und Pflegeeltern
- Entwicklungsbegleitung von Adoptiv- und Pflegeeltern und Babys bei Krisen in Säuglings- und Kleinkindalter
- Anleitung von bindungsfördernden Eltern-Kind-Gruppe
- Ein haltgebenes und stabiles Umfeld aufbauen, z.B. Jugendamt, Sozialamt, Ärzte Früherkennungszentrum, Mütterzentrum, Psychotherapeutin, Hinweise für craniosacrale Behandlungsmöglichkeiten Austausch unter andere Pflege- bzw. Adoptiveltern usw.
- Pflegeanleitung geben
- Elterngespräche zwischen Pflege- und biologische Eltern zum Wohle des Kindes
- begleitete Besuchszeiten
- Bei den Adoptiv- und Pflegekinder würde ich mit Bachblüten, Heilende Geschichten, eventuell Rucksackgeschichten, Visualisierungen arbeiten
- Die Erstellung eines Genogramms für die Kinder wird in solchen Fällen fast unmöglich sein. Bei den größeren Kindern könnte ich mir vorstellen das Geburtseneagramm zu verwenden.

Die Ziele meiner Arbeit ist den Pflege- bzw. Adoptiv Eltern /Kindern zu helfen eine möglichst sichere Bindung aufzubauen, und sie dabei zu begleiten. Ihre Kompetenzen zu stärken um den Alltag oder schwierige Situationen besser zu bewältigen. Den Adoptiv- und Pflegekindern helfen eine positive Selbstwertgefühl und Selbstachtung zu entwickeln. Für mich wäre auch wichtig, dass die Kinder eine möglichst positives Bild von ihren biologischen Eltern verinnerlichen können, nach dem Motto „Sie haben in ihre Situation für mich das beste getan. Mehr war ihnen nicht möglich.“

# Literaturverzeichnis

- AINSWORTH, M. D. S./WITTIG, B. A.: >>Attachement and exploratory behaviour  
of one-year-olds in a strange situation<<,  
in: FOSS, B. M. (Hrsg),  
Determinants of infant behaviour, Bd. 4,  
London-NewYork, 1969
- AINSWORTH et. al.: Pattern of Attachement: Assessed in the Strange  
Situation and at Home, New York, 1978
- AINSWORTH, M. D. S.: Feinfühligkeit versus Unempfindlichkeit gegenüber den  
Signalen des Babys. In: GROSSMANN, K. E. (Hrsg.):  
Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt,  
Kindler Verlag, München, 1977
- BAUER Joachim Interview mit Prof. Dr. Joachim Bauer in Plan B,  
Kindern Schutz und Halt geben, Zeitschrift für Pflege,  
Krisenbetreuung und Adoption. Verein Pflege- und  
Adoptiveltern OÖ, Linz, Ausgabe 1/2012
- BOWLBY, John: Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung  
von Mutter und Kind. Kindler Verlag, München 1976
- BOWLBY, John: Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. 3.  
Auflage, Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1984
- BOWLBY, John: Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung  
affektiver Bindungen. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart,  
1982
- BRISCH, Karl Heinz: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur  
Therapie. 4. Auflage, Klett-Cotta, Stuttgart, 2001
- BRISCH; Karl Heinz/  
HELLBRÜGGE Theodor (Hrsg.) Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und  
Psychotherapie. 3. Auflage, Klett-Cotta Verlag,  
Stuttgart, 2009
- DORNES, Martin: Die Emotionale Welt des Kindes. 2. Auflage, Fischer  
Verlag, Frankfurt am Main, 2001 (a)
- DORNES, Martin: Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten  
Lebensjahre. 5. Auflage, Fischer Verlag, Frankfurt am  
Main, 2001 (b)
- ECKENSBERGER, Dietlind: Sozialisationsbedingungen der öffentlichen Erziehung.  
3. Auflage, Suhrkamp Verlag, 1973

- EGGERS, Christian (Hrsg.): Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1984
- FREUD, Anna ; BURLINGHAM, Dorothy: Heimatlose Kinder. Zur Anwendung psychoanalytischen Wissens auf die Kindererziehung. S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1971
- FROMM, Erich: A szeretet művészete. (The Art of Loving) 5. Auflage, Háttér Kiadó, Budapest, 1993
- FROMM; Erich: Die Kunst des Liebens. Wilhelm Heyne Verlag, München, 2001
- FRÖHLICH, W. D. : Wörterbuch zur Psychologie. DTV Verlag, 19. Auflage, München, 1993
- HARMS Thomas (Hrsg) AUF DIE Welt gekommen. Die neuen Babytherapien; Ulrich Leuthner Verlag, Berlin, 2000
- KAUERMANN-WALTER, Jacqueline; KROLZIK, Volker (Hsg.): Pflegekinder- und Adoptionsdienste- Lebens- und Wesensäußerung der Caritas und Diakonie. 2. Auflage, Schulz-Kirchner Verlag, Idstein, 1997
- KOLLECK, Bernd (Hsg.): Pflegekinder in Berlin. Ergebnisse einer Befragung von Pflegeeltern. Alice-Salomon-Fachhochschule, Berlin, 1999
- KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN: Regelmässiger Bericht 1999 der Kommission über die Fortschritte Rumäniens. Auf dem Weg zum Beitritt, Brüssel, 1999,: URL [http://europa.eu.int/comm/enlargement/report1999/ro\\_de](http://europa.eu.int/comm/enlargement/report1999/ro_de).
- KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN: Regelmässiger Bericht 2001 über die Fortschritte Rumäniens. Auf dem Weg zur Beitritt, Brüssel, 2001 URL: [http://europa.eu.int/comm/enlargement/report1999/ro\\_de](http://europa.eu.int/comm/enlargement/report1999/ro_de).
- KROLZIK, Volker (Hsg.): Pflegekinder und Adoptivkinder im Focus. 2. Auflage, Schulz-Kirchner Verlag, Idstein, 2000
- KÖTTER, Sabine: Besuchskontakte in Pflegefamilien. Das Beziehungsdreieck 'Pflegeeltern-Pflegekind-Herkunftseltern', Roderer Verlag, Regensburg, 1997
- NIENSTEDT, Monika; WESTERMANN, Armin: Pflegekinder. Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien. Votum Verlag, Münster, 1989
- SPITZ, A. René: Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr. 4. Auflage, Ernst Klett Verlag, Stuttgart, 1974

- SPITZ, A. René: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Direkte Beobachtungen an Säuglingen während des ersten Lebensjahres., 3. Auflage, Ernst Klett Verlag, Stuttgart, 1973
- STEIMER, Brigitte: Suche nach Liebe und Inszenierung von Ablehnung. Adoptiv- und Pflegekinder in einer neuen Familie. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2000
- STIFTUNG, "Copiii României: Das Weissbuch des Kindes (Cartea Alba al Copilului). 1997
- URL:<http://info.fx.ro/emil/docs/initiative/copiii-romaniei/copiii-romaniei.html>