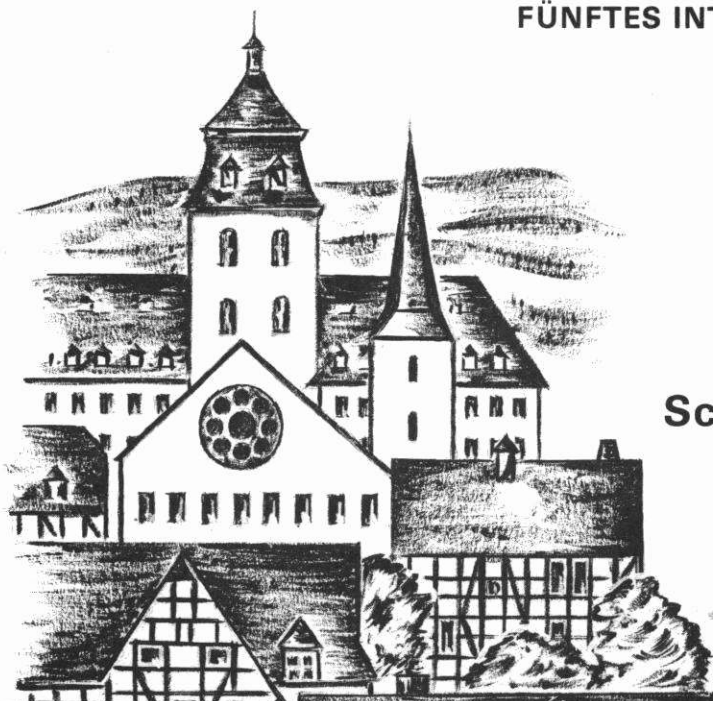


# Psychosoziale Bedingungen der frühkindlichen Entwicklung ■ Ansatzmöglichkeiten für die Gesundheitserziehung

FÜNFTES INTERNATIONALES  
SEMINAR FÜR  
GESUNDHEITS-  
ERZIEHUNG



Schmallenberg

020074

Bundeszentrale für  
gesundheitliche Aufklärung  
Ostmerheimer Straße 200-Tel.. 8992-0  
51109 Köln  
Telefax-Nr. 02 21-8992-300

*Ref. 2-25*

**ARCHIVEXEMPLAR**

**Reg.-No. 20014**  
**(2.1.14)**



**Psychosoziale Bedingungen der  
frühkindlichen Entwicklung**

- *Ansatzmöglichkeiten für die  
Gesundheitserziehung*

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, KÖLN

**Psychosoziale Bedingungen der  
frühkindlichen Entwicklung**

■ *Ansatzmöglichkeiten für die  
Gesundheitserziehung*



**Fünftes Internationales Seminar  
für Gesundheitserziehung**

Schmallenberg, 25.-29. Juni 1979

**Gesamtherstellung:**

**Internationales Journal für Gesundheitserziehung**

- VERANSTALTER :** Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Ostmerheimer Str. 200  
5000 Köln 91
- IM AUFTRAG :** des Bundesministers für Jugend,  
Familie und Gesundheit  
5300 Bonn 2 (Bad Godesberg)
- IN ZUSAMMENARBEIT MIT :** dem Regionalbüro für Europa der  
Weltgesundheitsorganisation  
8 Scherfigsvej, Kopenhagen, Dänemark
- BERATUNG :** Dr. Leo Baric  
Universität Manchester  
Vereinigtes Königreich
- Renate Blank  
Psydata-Institut Frankfurt/Main  
Bundesrepublik Deutschland
- Dr. A. P. Woudenberg  
Regionalbüro für Europa der  
Weltgesundheitsorganisation
- VORBEREITUNG UND  
LEITUNG DES SEMINARS :** Rosmarie Erben  
Referentin für Auslandsbeziehungen  
Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung
- ORGANISATION :** Rosmarie Erben und  
Manfred Lehmann  
Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung
- SEMINARSPRACHEN :** Deutsch, Englisch, Französisch
- SEMINARBERICHT :** *Redaktion :*  
Annette Kaplun (IUGE)  
Rosmarie Erben (BZgA)

## Vorwort

Es herrscht Einigkeit in der Wissenschaft darüber, daß die frühe Kindheit einen der wichtigsten Zeiträume des menschlichen Lebens darstellt und daß sie die Weichen für Glück, Zufriedenheit, Kreativität und Leistungsfähigkeit des Erwachsenen stellt. Da sich die frühe Kindheit in überwiegendem Maß in der Familie abspielt, gilt ihr auch die größte Aufmerksamkeit im Hinblick auf die bestmöglichen Voraussetzungen für die seelische Gesundheit eines Kindes. Wie können durch die Gesundheitserziehung besonders in der Familie und für die Familie die psychosozialen Entwicklungsbedingungen eines Kindes optimiert werden? Mir erscheinen in diesem Zusammenhang folgende Fragen an den Gesundheitserzieher von Wichtigkeit:

*1. Wie können Eltern umfassende Kenntnisse über die Entwicklungsbedingungen ihres Kindes und die Auswirkung ihres Erziehungsverhaltens erwerben?*

Untersuchungen zeigen, daß Eltern aus der sogenannten Mittelschicht einen relativ breiten Kenntnisstand über die frühkindliche Entwicklung haben, nicht zuletzt sicher ein Verdienst der bisherigen gesundheitserzieherischen Aktivitäten. Familien aus sozial benachteiligten Schichten oder Randgruppen jedoch haben in diesem Bereich erhebliche Wissensdefizite, und gerade die Kinder aus diesen Familien sind es, die sehr anfällig für psychosoziale Störungen sind.

Es erscheint mir daher in der Gesundheitserziehung wichtig, für diese Gruppen neue Wege und Medien zu finden, um ihren Kenntnisstand zu erweitern.

*2. Wie können Eltern lernen, kindliches Verhalten zu beobachten und zu interpretieren?*

Es ist erschreckend, daß eine Vielzahl von Eltern, z.B. Drogenabhängigkeit — eine Form massivsten psychosozialen Fehlverhaltens — ihrer Kinder über Jahre hinweg nicht erkennen. Sie haben nicht gelernt, schon beim Säugling und Kleinkind Anzei-

chen für Unzufriedenheit und Unglücklichsein wahrzunehmen und in Beziehung zu ihrem oder dem sonstigen Umweltverhalten zu setzen.

Hinzu kommt, daß „laute“ Verhaltensweisen, wie Aggressivität, Zornausbrüche oder Aufsässigkeit gegenüber elterlichen Wünschen eher als auffällig erkannt werden als „stille“, wie Überangepaßtheit, Depressivität oder psychosomatische Störungen. Gesundheitserzieherische Aktivitäten mit dem Ziel der Früherkennung von Verhaltensauffälligkeiten innerhalb der Familie und durch die Familie erscheinen mir deshalb von Bedeutung.

### *3. Wie können Eltern lernen, sich selbst zu helfen?*

Es ist ein zentrales und zugleich das am schwersten zu verwirklichende Anliegen der Gesundheitserziehung, Verhaltensänderungen bei der Zielgruppe zu bewirken: dies trifft auch in besonderem Maße auf Eltern zu. Noch vor einigen Jahrzehnten gab es auch für die Eltern die Möglichkeit, in der Großfamilie unterschiedliche Erziehungsstile und deren Wirkung auf das kindliche Verhalten zu beobachten und sogar zu erlernen; in den heutigen Kleinfamilien fühlen sich Eltern bei der Erziehung oft sehr allein und in ihrer Erziehungskompetenz stark verunsichert. Mir erscheint es zu wenig, wenn nur die Fehler, die Eltern in der Erziehung machen können, und ihre Bedeutung für die frühkindliche Entwicklung aufgezeigt werden. Vielmehr erscheint es mir notwendig, Eltern die Besonderheit und Intimität der Beziehung zwischen ihnen und ihren Kindern vor Augen zu führen, die nicht zuletzt aufgrund zunehmender Freizeit und ökonomischer Sicherheit der Eltern eine ungeheure Fülle positiver Erlebnismöglichkeiten für Eltern und Kinder beinhaltet, die in der Lage sind, punktuelle Erziehungsfehler zu kompensieren.

### *4. Wie werden Eltern motiviert, Beratungsangebote anzunehmen?*

Wird jemand von Zahnschmerzen befallen, so wird er sich so schnell wie möglich an einen Zahnarzt wenden, um den Ursachen des Schmerzes zu begegnen. Er wird sich nicht fragen, ob er vielleicht durch seine Ernährungsweise Mitverantwortung für den Zahnschmerz trägt; der Zahnarzt wird als Hilfe akzeptiert. Für ein Elternpaar, das Probleme mit seinem Kind hat, ist es keineswegs selbstverständlich, einen Außenstehenden um Hilfe zu bitten. Zu sehr wäre dies mit dem Eingeständnis von Erziehungsunvermögen und mit Schuldgefühlen, das Problem verursacht zu haben und selbst nicht lösen zu können, verbunden. Erziehung wird von nicht wenigen Eltern unter Leistungsgesichtspunkten gesehen; das Gefühl, versagt zu haben, seine inneren Ängste und Probleme offenlegen zu müssen, behindert viele, Beratungsstellen und andere Experten für Erziehungsfragen aufzusuchen.

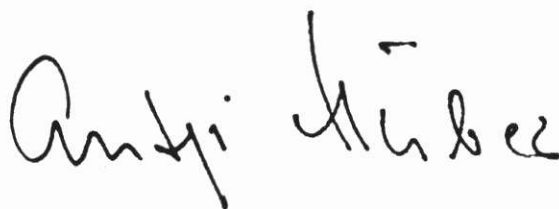
Gesundheitserziehung kann möglicherweise zu einer Bewußtseinsänderung in der Weise führen, daß ähnlich wie die Körperhygiene als selbstverständlicher Bestandteil für das Wohlbefinden und die Gesundheit angesehen wird, auch die Psychohygiene und ihre Hilfsmittel für die seelische Gesundheit als entscheidend betrachtet werden.

Ich habe bewußt meine Fragen auf *Eltern* bezogen, obwohl ich mir klar darüber bin, daß noch immer im überwiegenden Maße die Mutter diejenige ist, die für die Erziehung allein zuständig ist. Die Rolle des Vaters und seine Bedeutung für die kindliche

Entwicklung erscheint mir sowohl in den Sozialwissenschaften als auch in der Gesundheitserziehung noch immer zu wenig berücksichtigt.

Die familiäre Erziehung hat zwar in der frühen Kindheit den größten Einfluß, jedoch begegnen Eltern einer Reihe von Institutionen und Experten, die Einfluß auf die frühkindlichen Entwicklungsbedingungen nehmen könnten, die aber häufig selbst nicht genügend Wissen und Interventionsmöglichkeiten besitzen, um stützend in den Erziehungs- und Entwicklungsprozeß eingreifen zu können. Da sind z.B. die Bedingungen bei und nach der Geburt eines Kindes oder während eines Aufenthaltes im Krankenhaus kritisch zu überdenken. Es ist zu überprüfen, inwieweit Ärzte, insbesondere Kinderärzte oder Mütterberatungsstellen, mit der Bedeutung psychosozialer Faktoren für die gesunde Entwicklung eines Kindes vertraut sind. Es ist weiterhin zu fragen, welche Korrekturmöglichkeiten der Kindergarten bieten könnte, denn durch ihn findet in aller Regel erstmalig eine Überprüfung der familialen Erziehung statt, und es zeigt sich in der neuartigen Situation, welche Verhaltensdefizite das Kind hat. Auch diese Zielgruppen scheinen mir für die Gesundheitserziehung eine Fülle von Ansatzmöglichkeiten zu bieten.

Ich bin sicher, daß dieses 5. Internationale Seminar für seine Teilnehmer eine Vielzahl interessanter Diskussionen bieten wird, und hoffe, daß Erkenntnisse gewonnen werden, die sich in gesundheitspolitische Aktivitäten umsetzen lassen.

A handwritten signature in black ink, reading 'Antje Huber'. The signature is written in a cursive, flowing style with a large initial 'A' and 'H'.

ANTJE HUBER

Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit

## Geleitwort

Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt den wichtigen Beitrag, den dieses Seminar zu den laufenden Diskussionen über die Rolle der Gesundheitserziehung in der modernen Gesellschaft liefern wird.

Es wird immer offensichtlicher, daß die Lebensweisen eine wichtige Rolle für die Gesundheit spielen. Da wir wissen, daß die gesamte frühkindliche Sozialisation für die Entwicklung späterer Lebensweisen entscheidend ist, hat das Thema dieses Seminars größte Relevanz.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln kann auf eine lange Geschichte der Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation zurückblicken und ist zu diesem neuen, hervorragenden Beitrag zu beglückwünschen.



LEO A. KAPRIO  
Direktor, Regionalbüro für Europa  
Weltgesundheitsorganisation,  
Kopenhagen

## Einleitung

Im Internationalen Jahr des Kindes 1979 widmet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln ihr V. Internationales Seminar für Gesundheitserziehung dem Thema der psychosozialen Entwicklung in der frühen Kindheit.

Forschungsergebnisse haben Zusammenhänge zwischen frühkindlicher Sozialisation und dem späteren Gesundheitsverlauf aufgezeigt. Aus diesem Grunde werden die Zeit vor der Geburt und die 3 ersten Jahre im Leben eines Kindes vor allem unter dem Beziehungs-Aspekt gesehen, d.h. dem Zusammenspiel von bewußten und unbewußten elterlichen Verhaltensweisen, die die je typische Form des Miteinandergehens gestalten und in soziale und ökonomische Bedingungen der Familie eingebettet sind.

Die allgemeinen Zielsetzungen des V. Internationalen Seminars liegen im Rahmen der anerkannten Leitlinien, die auf der WHA-Resolution 27/28 aus dem Jahre 1974 basieren und sich mit den gesundheitlichen Bedürfnissen von Kindern beschäftigen; diese Leitlinien wurden ergänzt und erweitert durch die Empfehlungen, die von zahlreichen WGO-Komitees ausgingen, wie z.B. zu den gesundheitlichen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen (Athen 1978), zu den Erfordernissen der Gesundheitserziehung für Kinder und Jugendliche (Dublin 1978) sowie zur Forschung in der Gesundheitserziehung und Familienplanung (Genf 1978), um nur einige zu nennen.

Innerhalb der allgemeinen Aufgabenstellung für das V. Internationale Seminar wurden die folgenden Zielsetzungen formuliert:

1. Gesundheitserziehern und Angehörigen anderer wichtiger Berufszweige soll die Bedeutung der frühen Kindheit und der psychosozialen Entwicklung des Kindes für die spätere Gesundheit bewußtgemacht werden.
2. Dem bisher vorherrschenden sogenannten „medizinischen Modell“ von Gesundheit und der Entwicklung des Kindes sollen die gleichermaßen wichtigen psychischen und sozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit hinzugefügt werden, um zu einem Verständnis der psychosozialen Probleme zu kommen, die aus frühkindlichen Erfahrungen resultieren.



3. Ausgewählte Kenntnisse über die ursächlichen Zusammenhänge von Entwicklungsstörungen und die Möglichkeit der Prävention psychosozialer Probleme im frühen Kindesalter sollen dargestellt werden.
4. Praktische Möglichkeiten der Prävention und Perspektiven für konkrete Weiterarbeit sollen aufgezeigt werden.
5. Auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen sollen geeignete Konzepte und Methoden für Gesundheitserziehungsprogramme zu dieser Thematik entwickelt werden.
6. Ansätze für berufsbegleitende Fortbildung sollen dargelegt werden, die dem gesundheitserzieherisch Tätigen Grundlagen für praxisnahe Arbeit vermitteln und sein Verständnis für die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit wecken; auf der Basis dieses Wissens soll er geeignetere Lösungs- und Interventionsmöglichkeiten finden.

Um diese Ziele realisieren zu können, haben wir die Planung des Seminars daraufhin ausgerichtet, daß eine Sensibilisierung für psychische Phänomene in der frühen Eltern-Kind-Beziehung stattfinden kann. Filme über die Reaktionen kleiner Kinder auf die Trennung von ihren Müttern und Video-Vorführungen über die Entwicklung von Beziehungen waren Ausgangspunkt für Diskussionen in kleinen Gruppen und ermöglichten persönliches Engagement, Betroffensein und Einfühlung sowie einige gruppendynamische Erfahrungen.

Grundsatzreferate zu verschiedenen Aspekten der Sozialisation wurden durch Länderbeiträge ergänzt, deren Themen wir vor Beginn des Seminars festgelegt hatten: strukturelle Merkmale der Lebens- und Lernumwelt von Kindern; Erfahrungen mit verschiedenen Geburtsbedingungen; institutionelle und andere Angebote zur Vorbereitung auf die Elternschaft; Erfahrungen mit gesellschaftlichen Angeboten für die Betreuung von Kleinkindern sowie praktische Modelle der Elternarbeit und Probleme in der frühen Kindheit, die für gesundheitserzieherische Maßnahmen in den jeweiligen Ländern von Bedeutung sind.

Zur Vorbereitung des Programmes wandte sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung an eine Gruppe von Experten, die auch am Seminar teilnahmen und denen ich für ihre wichtigen Beiträge zur inhaltlichen Gestaltung des Seminars Dank und Anerkennung aussprechen möchte.

45 Teilnehmer aus 17 Ländern tauschten ihre Erfahrungen und Ansichten aus, die sich im inhaltlichen Teil dieser Broschüre niederschlagen. Diese Broschüre sollte für die Planung und Durchführung von Aktivitäten in den einzelnen Ländern von Nutzen sein. Auch der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird sie helfen, ihre Konzepte im Hinblick auf die Primärprävention bei Kindern und Familien weiterzuentwickeln.



WERNER WILKENING  
 Direktor der Bundeszentrale  
 für gesundheitliche Aufklärung,  
 Köln

# Inhaltverzeichnis

Vorwort .....	V
<i>Antje Huber</i>	
Geleitwort .....	VIII
<i>Leo A. Kaprio</i>	
Einleitung .....	IX
<i>Werner Wilkening</i>	
<b>I. EINLEITENDE BETRACHTUNGEN</b>	
Die gesunde Entwicklung des Kindes: Welche Rolle spielt die Gesundheitserziehung? .....	3
<i>Marsden Wagner</i>	
Die Konferenz in Athen: Die Gesundheit des Jugendlichen beginnt mit den vorgeburtlichen Fürsorgeleistungen .....	9
Die traditionelle Gesundheitserziehung befindet sich im Wandel ..	14
<i>Gruppenkommentare</i>	
<b>II. FRÜHKINDLICHE SOZIALISATION: STRUKTUREN UND PROZESSE</b>	
Überlegungen zur Struktur der Lebens- und Lernumwelt Familie ..	21
<i>Michael-Sebastian Honig</i>	
Die Rolle der Gesundheitserziehung in der primären Sozialisation .	34
<i>Leo Baric</i>	
Kindliche Sozialisation und das Erziehungsverhalten der Mütter ..	41
<i>Antonina Ostrowska</i>	
Mütter in der Krise .....	44
<i>Gruppenkommentare</i>	
<b>III. DIE PSYCHOSOZIALE ENTWICKLUNG VON KINDERN</b>	
Aufbau von Beziehungen im Kleinkindalter .....	49
<i>Klaus Großmann</i>	
Aufbau der Tätigkeit und Störungsgenese in der frühen Kindheit..	63
<i>Wolfgang Jantzen</i>	
Ablehnung: ihre Ursachen, ihre Verhütung .....	73
<i>Sofia Gonzalez Botella</i>	

Ein neuer Ansatz zur Verhütung psychosozialer Probleme bei Kindern.....	77
<i>Paulette van Oost</i>	
Die Früherkennung von Entwicklungsstörungen: Auswirkungen auf die Gesundheitserziehung.....	82
<i>Joao Carlos Gomes Pedro</i>	
Die Einbeziehung der Eltern in die Pflege atypischer Kinder.....	88
<i>Paul McQuaid</i>	
Die Schaffung eines emotional positiven Klimas in Kinderheimen.....	90
<i>Judit Falk</i>	
Die Eltern-Kind-Interaktion: vielfältig und komplex.....	95
<i>Gruppenkommentare</i>	
<b>IV. SYMBIOSE UND TRENNUNG</b>	
Jane und John: zwei Fallstudien zum Trennungsverhalten.....	101
<i>James und Joyce Robertson</i>	
Die Mutter-Kind-Bindung: ein interkultureller Vergleich des Trennungsprozesses.....	109
<i>Hans Bosse</i>	
Kindliche Reaktionen auf Trennung von den Eltern.....	120
<i>Renate Blank und Eva Engelhardt</i>	
Das Trauma der Trennung: welchen Beitrag kann die Gesundheitserziehung leisten?.....	123
<i>Gruppenkommentare</i>	
<b>V. ELTERNCHAFT: EXPERIMENTE UND PROGRAMME</b>	
Das Berner Projekt: präventives Elterstraining.....	129
<i>Roland Lüthi</i>	
Von der Elternberatung zu Selbsthilfegruppen.....	138
<i>Johan Phaff</i>	
Primärprävention: eine neue Strategie, um die Gesundheit der Familie zu fördern.....	142
<i>Irene Wittmann</i>	
Selbsthilfegruppen: ein neuer Ansatz.....	149
<i>Gruppenkommentare</i>	
<b>VI. VON DER FORSCHUNG ZUR PRAXIS</b>	
Alternative Betreuungsformen für Kleinkinder: die Doppelrolle der Gesundheitserziehung.....	153
<i>Greta Tüllmann</i>	

Frauenarbeit in Familie und Fabrik: Ergebnisse eines Forschungsprojektes .....	162
<i>Christel Eckart</i>	
Eine vergleichende Untersuchung zweier Elternberatungsmodelle .	167
<i>Adrian van Bentum</i>	
Mutter und Kind: Forschungsergebnisse zu Einstellungen und Bedürfnissen .....	171
<i>Peter Kliment</i>	
Prävention von Verhaltensstörungen: Ergebnisse einer psychologischen Studie .....	175
<i>Ursula Sieber</i>	
Eine Fallstudie zum Rauchen in früher Kindheit .....	179
<i>Leo Baric</i>	
Wir brauchen gesicherte Daten .....	191
<i>Gruppenkommentare</i>	
VII. LÄNDERBERICHTE	
Ein politischer Wille, um Gesundheit zu erreichen .....	195
<i>Paul Nelles</i>	
Elternschaftsvorbereitung: ein Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung der Kinder in der CSSR .....	199
<i>Pavel Krasnik</i>	
Die Entwicklung neuer Ansätze in der Kinderfürsorge .....	203
<i>Lamberto Briziarelli</i>	
Kinderfürsorge in Portugal: gegenwärtiger Stand und Aussichten für die Zukunft .....	207
<i>Maria Manuela Santos Pardal</i>	
Das Vorschulkind: Überblick über Strukturen und Programme in der UdSSR .....	210
<i>Nadejda Malinskaya</i>	
VIII. SYNTHESE DES SEMINARS .....	215
<i>Annette Kaplun</i>	
IX. DIE TEILNEHMER .....	229

I

**Einleitende  
Betrachtungen**

Was wir uns von der Familie wünschen . . .



Schutz

Eine Aufnahme aus der Broschüre *Familienbilder*,  
herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

## **Die gesunde Entwicklung des Kindes: Welche Rolle spielt die Gesundheitserziehung?**

**Marsden Wagner**

Welche Rolle spielt die Gesundheitserziehung bei der psychosozialen Entwicklung in der frühen Kindheit? Ich glaube, eine Diskussion dieser Frage ist zu vergleichen mit dem Versuch eines Automechanikers, einen Mercedes, den er nie zuvor gesehen hat, im Dunkeln und nur mit einem Hammer ausgerüstet, zu reparieren. Ich will damit sagen, daß wir nicht nur sehr wenig über die psychosoziale Entwicklung in der frühen Kindheit wissen, sondern daß sich auch die Gesundheitserziehung selbst, als Mittel zu einem gesunden Leben, noch in einem primitiven Entwicklungsstadium befindet. Doch das Thema dieser Konferenz gewinnt gerade dadurch außerordentliche Bedeutung, daß eine der Ursachen für die bisherige geringe Effizienz der Gesundheitserziehung eben darin liegen könnte, daß man dem psychosozialen Aspekt der menschlichen Entwicklung nicht genügend Aufmerksamkeit widmete. Da es mir im Rahmen dieses Beitrags nicht möglich sein wird, alle komplexen Zusammenhänge, die hier eine Rolle spielen, detailliert darzulegen, möchte ich an dieser Stelle kurz die historische Evolution unseres Verständnisses der psychosozialen Entwicklung in der frühen Kindheit skizzieren und aufzeigen, wie sich im großen und ganzen im Augenblick die Situation in der Europäischen Region darstellt.

### **Das Erlernen sozialer Rollen**

Biologische Ansätze, die das Körperwachstum und die körperliche Entwicklung zum Gegenstand hatten, markierten den Anfangspunkt der Untersuchung der frühen Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern. Man entwickelte Standardwerte für Größe und Gewichte, Wachstumskurven und -skalen fanden zunehmend Anwendung. Es folgte eine wachsende Konzentration auf die psychologischen Aspekte der frühkindlichen Entwicklung. Uns allen sind die Arbeiten von Gesell

---

Dr. WAGNER ist Regionalbeauftragter für Gesundheit von Mutter und Kind, Regionalbüro für Europa, Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen, Dänemark.

*Anschrift:* WGO-Regionalbüro für Europa, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Kopenhagen Ø.

und seinen Nachfolgern bekannt, die die psychologische und psychomotorische Entwicklung in der Kindheit standardisierten. In letzter Zeit nahm die Erkenntnis zu, daß die soziale Entwicklung oder die Sozialisation des Kindes einen ebenso wichtigen Parameter darstellte, der bisher allerdings stark vernachlässigt wurde.

Hier sollte zunächst der Sozialisationsprozeß definiert werden. Ich verstehe darunter den Prozeß des Erlernens von sozialen Rollen und ihrer Ausübung, von Werten, Verhaltensnormen, die eigene oder allgemein akzeptierte Wahrnehmung der Umwelt sowie die Internalisierung moralischer Werte. Durch diesen Sozialisationsprozeß lernt das Kind, sich als Glied der Gesellschaft zu verhalten und mit ihren Mitgliedern zusammenzuleben. Natürlich wird dieser Prozeß von der sozialen Umwelt des Kindes, die man normalerweise in die mikrosoziale und die makrosoziale Umwelt unterteilt, stark beeinflusst. Zur mikrosozialen Umwelt gehören Personen in unmittelbarer Nähe, wie Familie, Verwandte, Nachbarn und alle in der Nachbarschaft mit der Kinderpflege betrauten Personen. Die makrosoziale Umwelt umfaßt Elemente der sozialen Umwelt, die über die unmittelbare Umgebung hinausgehen, so z.B. den Stand der Industrialisierung und Urbanisierung und die politische Struktur der Gesellschaft. Der Sozialisationsprozeß ist ein immerwährender Vorgang, der im Augenblick der Geburt einsetzt und während des gesamten Erwachsenenalters andauert.

Es muß festgehalten werden, daß bei der Fortentwicklung unseres Wissens um die psychosoziale Entwicklung in der Kindheit immer wieder pathologische Abweichungen von den Entwicklungsmustern dokumentiert wurden, und daß davon ausgehend Theorien über die normale Entwicklung abgeleitet wurden. Diesem Vorgehen sind jedoch strikte Grenzen gesetzt, und es kann auf gefährliche Irrwege führen. Das hatte in der Vergangenheit zur Folge, daß im Hinblick auf die normale Entwicklung Theorien formuliert oder Schlüsse gezogen wurden, die sich später als unhaltbar erwiesen.

Ein einfaches und hinreichend bekanntes Beispiel hierfür ist die ursprünglich von Bolby u.a. gemachte Beobachtung, daß sich Säuglinge und Kleinkinder in Heimen pathologisch entwickeln. Während ihre Feststellung der Pathologie völlig korrekt war, wurde später nachgewiesen, daß ihre Folgerung — Heimaufenthalte seien *per se* notwendigerweise nachteilig für die normale Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern — nicht zutrifft.

Unser Kenntnisstand über die psychosoziale Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern erlaubt uns bis jetzt noch nicht viele fundierte und umfassende Generalisierungen. Dies ist insbesondere relevant für den Sozialisationsprozeß; denn hier konzentrierten sich zahlreiche Untersuchungen auf sozial abweichendes Verhalten und leiteten daraus Rückschlüsse in bezug auf den normalen Sozialisationsprozeß ab. Es trifft zu, daß Störungen oder Schwierigkeiten im Sozialisationsprozeß mit Wahrscheinlichkeit soziale Abweichungen verursachen, d.h. ein soziales Verhalten, das mit den sozialen Normen und Erwartungen einer bestimmten Gruppe oder Gesellschaft kollidiert und außerhalb des Bereiches der sozial annehmbaren Abweichungen von diesen Normen liegt. Solche sozialen Abweichungen können „negativ“ sein, wenn sie unterhalb der Normen liegen, z.B. kriminelles Verhalten, oder „positiv“, wenn sie über der Norm liegen, z.B. außergewöhnliche Intelligenz oder Begabung.



Es gibt eine dynamische wechselseitige Beziehung zwischen Sozialisationsprozeß und Abweichung. Der Prozeß kann einsetzen a) mit einer schlechten Sozialisation, wenn die richtigen Verhaltensnormen nicht internalisiert wurden; dies kann zu abweichendem Verhalten führen, welches wiederum Fortführung oder sogar Zunahme der unzureichenden Sozialisation zur Folge haben kann, oder b) mit einer bereits vorhandenen Abweichung (z.B. geistige Behinderung), die zu einer verminderten Lernfähigkeit sozial anerkannter Verhaltensmuster führen kann; diese schlechte Sozialisation kann wiederum eine Verfestigung der Abweichung mit sich bringen. Ist es erst einmal zu einem solchen Teufelskreis gekommen und Abweichungen und schlechte Sozialisation liegen — aus welchen Gründen auch immer — vor, so muß ein Resozialisationsprozeß einsetzen, um die sozialen Merkmale wieder an die soziale Norm anzupassen oder zumindest anzunähern. Wichtig ist hier, daß es sich um ein sehr komplexes wechselseitiges Verhältnis handelt und man sehr vorsichtig sein muß, irgend etwas über den normalen Sozialisationsprozeß zu schließen, wenn am Beginn sozial abweichendes Verhalten vorliegt.

### **Die Bedeutung der „Bindung“**

Wie bereits erwähnt, setzt der Sozialisationsprozeß mit der Geburt ein, und diese Tatsache ist vor kurzem durch die Untersuchungen über die Herstellung der Mutter-Kind-Bindung wieder sehr deutlich gemacht worden. Dieser Bindungsvorgang ist ein ausgezeichnetes Beispiel um zu veranschaulichen, daß der Sozialisationsprozeß ein natürlicher Vorgang ist, dessen wir uns manchmal erst durch unser Eingreifen bewußt werden. Erst als wir darauf bestanden, daß alle Kinder im Krankenhaus geboren werden müßten und Neugeborenenstationen getrennt von den Entbindungsstationen einrichteten, als wir damit begannen, Säuglinge auf Intensiv- und Frühgeburtensstationen zu legen und so das Neugeborene von der Mutter trennten, stellten wir fest, daß wir in den normalen Sozialisationsprozeß bei der Geburt eingegriffen hatten, den man jetzt als „Bindung“ bezeichnet. Wird ein Neugeborenes von seiner Mutter getrennt und kommt diese Bindung nicht zustande, so kann dies ernsthafte Folgen sowohl für den Säugling wie auch für die Mutter hinsichtlich ihrer zukünftigen Beziehung zueinander und der normalen Entwicklung des Kindes haben.

Die „Entdeckung“ der Bindung ist aber wiederum ein Beispiel dafür, wie gefährlich es ist, Abweichungen in der Sozialisation aufzudecken und daraus dann Generalisierungen im Hinblick auf den normalen Sozialisationsprozeß abzuleiten. Während unser zunehmendes Wissen über diese Bindung wichtige positive Konsequenzen für die Behandlung von Neugeborenen hatte, hat es uns gleichzeitig dazu verleitet anzunehmen, daß diese Bindung nur zwischen dem Neugeborenen und der biologischen Mutter dieses Säuglings eingegangen werden kann. Die Bedeutung der Bindung an den Vater oder an andere wichtige Erwachsene wurde meist ignoriert, und dadurch wurde möglicherweise zu Unrecht der Vorstellung wieder Vorschub geleistet, daß notwendigerweise die biologische Mutter die einzige geeignete soziale Bezugsperson für den Säugling sei.

Nach der Geburt und während der ersten Jahre ist sicherlich die familiäre Umgebung der hauptsächliche Sozialisationsfaktor des Kindes. In der Soziologie gibt es eine

umfassende Literatur zur Kindererziehung, wobei Kindererziehung eben nur eine andere Bezeichnung für Sozialisation innerhalb der Familie ist. Die Methoden der Kindererziehung unterscheiden sich stark je nach Kultur, Religion, sozialem Status und vielen anderen Variablen. Der augenblickliche Kenntnisstand geht hier kaum über die Beschreibung der verschiedenen Erziehungsmethoden in unterschiedlichen Milieus hinaus. Über die kausalen Zusammenhänge zwischen diesen Methoden und der späteren Entwicklung des Kindes ist sehr wenig bekannt. Über die Rolle der Verwandten außerhalb der Familie, der Nachbarn, Freunde und Kinderbetreuer beim Sozialisationsprozeß des Vorschulkindes weiß man sogar noch weniger. Daß alle diese Personen beim Heranwachsen des Kindes eine zunehmend wichtige Rolle spielen, ist ungefähr das einzige, was wir mit Sicherheit sagen können.

### **Die Entwicklung des Sozialisationsprozesses in Europa**

Im Hinblick auf die psychosoziale Entwicklung in der frühen Kindheit und den Sozialisationsprozeß sind augenblicklich in den verschiedenen Regionen Gesamteuropas enorme Unterschiede festzustellen. Dies ist größtenteils darauf zurückzuführen, daß sich die Industrialisierung auf die kindliche Sozialisation überaus stark auswirkt. In den präindustriellen oder frühindustriellen Gebieten Europas, wie sie meist im südlichen Teil des Kontinents noch bestehen, findet man im allgemeinen traditionelle Formen der Sozialisation. Dann gibt es verschiedene Abstufungen über die industrialisierten bis hin zu den postindustriellen Ländern, in denen sich fundamentale und tiefgreifende Veränderungen bei der kindlichen Sozialisation vollziehen. Auch hier erweist es sich wiederum als schwierig, ins Detail zu gehen, und so möchte ich mich darauf beschränken, einige der gravierendsten Veränderungen im Sozialisationsprozeß der Kinder aufzuzeigen, die mit zunehmender Industrialisierung der Gesellschaft eintreten.

Als erste Veränderung ist hier zu erwähnen, daß der Sozialisationsprozeß nicht mehr als normaler Alltagsvorgang, sondern als „wissenschaftliches“ Phänomen betrachtet wurde. Es liegt auf der Hand, daß die Sozialisation von Säuglingen und Kleinkindern schon immer stattgefunden hat und bis vor kurzem ein alltäglicher Vorgang war, für den die Familie zuständig und verantwortlich war. Vor kurzem, als nun Wissenschaftler diesen Prozeß „entdeckten“ und begannen, ihn zu beschreiben und zu analysieren, gaben sie auch Empfehlungen, wie er denn optimal ablaufen habe. Das beste Beispiel hierfür in bezug auf die Kindererziehung sind die Kinderärzte und andere Fachleute, die begannen, Bücher für Eltern zu schreiben, in denen ihnen gesagt wird, wie sie ihre Kinder zu erziehen haben. Dieser Prozeß ist sogar so weit gegangen, daß wir heute vielleicht schon gefährlich nahe an einer Professionalisierung der Kindererziehung sind, was bedeutet, daß die Eltern unfähig sind, irgendwelche Entscheidungen über die Erziehung ihrer eigenen Kinder zu treffen, ohne vorher die Experten zu befragen.

Natürlich waren die traditionellen Methoden der Kindererziehung Bestandteil der kulturellen Lebensformen, und diese Formen sind so verunglimpft worden, daß gebildete junge Eltern manchmal Bedenken haben, ihre kleinen Kinder bei der Großmutter zu lassen. Nun waren diese traditionellen Methoden sicherlich nicht immer die besten, aber die Ironie liegt darin, daß mit zunehmender „wissenschaft-

licher“ Information über viele Aspekte der Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern schrittweise dokumentiert wird, wie wichtig und wertvoll gerade einige dieser traditionellen Methoden sind. Die Tatsache, daß das Gebären, ursprünglich ein soziales Ereignis und kein medizinisches oder pathologisches, medikalisiert wurde, als man es in die Klinik verlegte, illustriert dies sehr deutlich. Während diese Medikalisation des Geburtsvorganges ohne Zweifel einige Vorteile, vor allem bei Risikoschwangerschaften mit sich brachte, sehen wir jetzt, daß wir hierdurch in die normale Sozialisation des Neugeborenen eingegriffen haben. So beginnen wir nun, unsere Praktiken im Krankenhaus zu verändern und akzeptieren, daß das Neugeborene während der ganzen Zeit bei der Mutter bleibt. Ein weiteres Beispiel ist die Medikalisation der Säuglingsernährung. Vor zwanzig Jahren dachten wir, es sei genug über die richtige Ernährung des Säuglings bekannt, um selbst künstliche Milchrezepturen herzustellen, die mindestens ebenso gut, wenn nicht sogar besser als Muttermilch seien. Der tragische, weltweite Rückgang des Stillens ist uns allen bekannt. In den letzten Jahren häuften sich die „wissenschaftlichen“ Daten, die die Höherwertigkeit der Muttermilch belegten, und wir müssen jetzt einen Prozeß der Entmedikalisation dieser Ernährung durchlaufen.

### **Strukturwandel des Familienlebens**

Ein zweites Phänomen in Verbindung mit dem Prozeß der Industrialisierung der Gesellschaft ist die Entwicklung von der Großfamilie zur Kernfamilie. Zu dieser Veränderung der Familienstruktur in der Industriegesellschaft zählt auch die deutliche Zunahme der berufstätigen Mütter und die sich daraus ergebende veränderte Rolle der Mutter und des Vaters im Hinblick auf die Pflege der Säuglinge und Kleinkinder. All dies hat weitreichende Folgen für den Sozialisationsprozeß der Kinder. Die wachsende Isolation der Kernfamilie bedeutet, daß die Eltern für die Sozialisation ihres Kindes eine größere Verantwortung übernehmen, die früher mit vielen anderen Familienmitgliedern geteilt werden konnte.

In den weniger entwickelten Regionen Europas und besonders in jenen Ländern, in denen die Religion noch eine wichtige Rolle im Familienleben spielt, gibt es die Großfamilie noch und sie funktioniert. In den im Industrialisierungsprozeß begriffenen Ländern jedoch und besonders in den postindustriellen Ländern Nordeuropas, bestehen diese Großfamilien nicht mehr. Je mehr Mütter außer Haus arbeiten, um so häufiger werden Kleinkinder zur Betreuung außerhalb der Familie gegeben.

Dies hat zu einer hitzigen Debatte darüber geführt, ob die Unterbringung von Säuglingen und Vorschulkindern in Kindertagesstätten nachteilig für die Entwicklung sei oder nicht. Die Institution der Mutterschaft schien gefährdet, und leider kamen die Argumente in den emotionsgeladenen Diskussionen oft zu kurz. Schaut man sich die Ergebnisse aus zuverlässigen Untersuchungen einmal objektiv an, so gibt es keinerlei Hinweise darauf, daß die Berufstätigkeit einer Mutter zwangsläufig nachteilig für die Entwicklung ihres Kindes ist. Mutter zu sein, oder besser gesagt, Eltern zu sein, wird mehr und mehr als ein qualitatives und nicht als ein quantitatives Phänomen gesehen. Die Bedeutung des Phänomens des „Mehrfach-Bemutters“, das in der traditionellen Großfamilie gang und gäbe war, wird zunehmend erkannt und gewürdigt. Außerdem ist man in letzter Zeit aufgrund der Berufstätig-

keit der Mütter auch auf die wachsende Rolle des Vaters als Elternteil aufmerksam geworden.

### **Wer ist für das Kind verantwortlich?**

Eine entscheidende Veränderung im Sozialisationsprozeß des Kindes aufgrund der Industrialisierung der Gesellschaft ist die sich verlagernde Verantwortung für das Kind und die kindliche Entwicklung von der Familie hin zur umfassenderen Gesellschaft oder, wenn man so will, von der mikrosozialen Umgebung zur makrosozialen Umgebung.

In den meisten präindustriellen Gesellschaften waren oder sind die Kinder im wesentlichen Privatbesitz ihrer Eltern. Heute ist die wachsende Tendenz zu beobachten, daß sich die Gesellschaft im allgemeinen mit der Sozialisation des Kindes befaßt, daß sie die Eltern bei diesem Prozeß informativ unterstützt und, sofern erforderlich, eingreift, falls die Eltern dieser Aufgabe nicht gewachsen sind. Das Problem der Kindesmißhandlung ist ein ausgezeichnetes Beispiel, um diese Verlagerung der Verantwortlichkeit zu veranschaulichen. Während die Eltern ihr Kind in der Vergangenheit physisch, psychisch und sozial ohne Angst vor Folgen mißhandeln konnten, nehmen sich heute die meisten Gesellschaften der europäischen Länder der Kindesmißhandlung immer mehr an und sind zunehmend bereit, in solchen Fällen einzugreifen. In einigen Ländern muß es erst dazu kommen, daß ein Kind schwer mißhandelt wird, bevor die Gesellschaft eingreift und das Kind eventuell von seiner Familie trennt; allerdings ist man in einigen europäischen Ländern schon bereit, ein Kind aus seiner Familie herauszunehmen, wenn man es als psychisch oder sozial mißhandelt betrachtet. Da es sich bei der Kindesmißhandlung eindeutig um eine Abnormität im Sozialisationsprozeß zwischen Eltern und ihren Kindern handelt, ist dies ein deutliches Anzeichen für das wachsende Bewußtsein und die Beteiligung der Makrogesellschaft, wenn es um den Sozialisationsprozeß der Kinder geht.

### **Drei Fragen an die Gesundheitserziehung**

Nach dieser kurzen Übersicht über die Sozialisation des Kleinkindes in der Europäischen Region muß man sich fragen, welche Rolle hierbei der Gesundheitserziehung zukommt.

Ich möchte in diesem Zusammenhang mehrere Fragen stellen:

1. Wie unterstützt die Gesundheitserziehung die Familien bei der Sozialisation ihrer Kinder, ohne den Sozialisationsprozeß zu professionalisieren und ohne die Eltern durch diese Unterstützungsversuche in ihrer Rolle einzuengen?
2. Welche Rolle spielt die Gesundheitserziehung bei der Unterstützung von Institutionen zur Kinderbetreuung für die Sozialisation der Kleinkinder?
3. Wenn das persönliche Gesundheitsverhalten mit dem Gesundheitszustand des Erwachsenen eng verbunden ist, und wenn dieses Verhalten in der frühen Kindheit beginnt und größtenteils psychosozialer Natur ist, wie kann dann die Gesundheitserziehung in der frühen psychosozialen Entwicklung so einwirken, daß später dieses gesunde individuelle Verhalten entsteht?

## **Die Konferenz in Athen: die Gesundheit des Jugendlichen beginnt mit den vorgeburtlichen Fürsorgeleistungen**

Die Konferenz über die Stellung des Kindes und des Jugendlichen in der Gesellschaft, die vom 26.-30. September 1978 in Athen stattfand, wurde vom WGO-Regionalbüro für Europa in Zusammenarbeit mit der griechischen Regierung veranstaltet und bot 31 Teilnehmern aus 22 Mitgliedsstaaten, 10 Beratern auf Zeit aus 9 Ländern, 6 Vertretern nichtstaatlicher Organisationen, 8 Beobachtern sowie 5 WGO-Beamten Gelegenheit zur Begegnung.

Zu den behandelten Themen gehörten: die normale biologische Entwicklung des Kindes und Abweichungen; seine normale psychosoziale Entwicklung und Abweichungen; die Auswirkungen der Erziehung auf die Gesundheit und der Gesundheit auf die Erziehung; Gesundheitsdienste und allgemeine Dienste für Kinder und Jugendliche; Konsequenzen für die Aus- und Weiterbildung der Anbieter von Dienstleistungen.

### *Beschlüsse und Empfehlungen*

1. Die Konferenz beschränkte sich zwar in ihren Debatten auf Kinder im Schulalter (5-18 Jahre), erkannte aber die Bedeutung der vorgeburtlichen und frühkindlichen Entwicklung für den Gesundheitszustand in späteren Lebensabschnitten, einschließlich der späteren Kindheit und Adoleszenz. Deshalb empfahl sie, daß die für Schulkinder und Jugendliche verantwortlichen Behörden sich in eigener Verantwortung um eine Integration ihrer Einrichtungen mit den entsprechenden Einrichtungen für die antenatalen und perinatalen Lebensabschnitte sowie das Kleinkind- und Vorschulalter bemühen.
2. Die Konferenz betonte, daß es für Wachstum und Entwicklung separate Konzepte gibt und daß eine Desynchronisierung dieser beiden Prozesse die Hauptursache zahlreicher altersspezifischen Probleme ist. Bei der Formulierung von Wachstums- und Entwicklungsstandards zur Beurteilung des individuellen Entwicklungsstandes muß folgendes geschehen: die Einbeziehung asynchroner

Entwicklung als auch der Akzeleration und Retardation bei Risikogruppen; die Anwendung des normalen Wachstums- und Entwicklungsverlaufs als positiven Maßstab für den Gesundheitszustand, wobei normal nicht als notwendigerweise optimal hingestellt werden darf; die Berücksichtigung biologischer, sexueller, psychologischer und sozialer Parameter; die Bewertung biologischer und psychosozialer Funktionsfähigkeit, wie körperliche Leistungsfähigkeit und Anpassung an die Gesellschaft; die Untersuchung der Kinder in kritischen Altersstufen, die starke Veränderungen hinsichtlich erhöhter körperlicher und/oder psychosozialer Anforderungen mit sich bringen — wie beispielsweise Schuleintritt und Pubertät; die fortgesetzte Suche nach geeigneteren Bewertungsmethoden (biologisch, sexuell, psychosozial), einschließlich einfacherer Verfahren, die auch von Nichtmedizinerinnen angewendet werden können; die **Beteiligung von Kindern, Eltern und Lehrern an diesen Bewertungsprogrammen** und die **Aufklärung der Kinder und all derer, die mit Kindern zu tun haben, über alles Grundsätzliche im Zusammenhang mit Wachstum und Entwicklung.**

3. Es wurde wiederholt darauf hingewiesen, daß unbedingt mehr Informationen über die neuen Krankheitsziffern von Kindern und Jugendlichen in den entwickelten Ländern erforderlich sind. In diesem Zusammenhang wurde die wachsende Prävalenz chronischer Zustände und die Zunahme von Behinderungen (physischer, psychologischer und sozialer Natur) festgestellt und die Unterbringung dieser Kinder und Jugendlichen in einer psychologisch und sozial möglichst normalen Umgebung als wünschenswert betrachtet. Die Krankenhäuser für diese betroffenen Personen müssen „normalisiert“ werden, so daß der Aufenthalt so kurz wie möglich ist, die Einweisung nach normalen Bedürfnissen (Umgang mit Altersgenossen etc.) und nicht nach speziellen Erfordernissen (Krankheitskategorie) erfolgt und soziale sowie Freizeit- und Bildungseinrichtungen bereitgestellt werden. Wo immer möglich, sollten diese Kinder und Jugendlichen normale Schulen besuchen, denen die notwendige Unterstützung gegeben werden sollte (Sonderausbildung der Lehrer, kleinere Klassen, interdisziplinäre Teams etc.).
4. Die Konferenz erkannte die Bedeutung des Sozialisationsprozesses bei Kindern und Jugendlichen und den unterschiedlichen Einfluß, den Familie, Schule, Altersgenossen und Gemeinschaft in den verschiedenen Altersstufen auf diesen Prozeß ausüben. Obwohl die Familie in der modernen Gesellschaft einem tiefgreifenden Wandel unterworfen ist, kommt ihr bei diesem Prozeß immer noch eine entscheidende Rolle zu. Die zunehmende Tendenz, daß Frauen nach der Geburt eines Kindes in den meisten Ländern der Region berufstätig bleiben, darf nicht nur negativ gesehen werden, da sie die Selbstentfaltung und Persönlichkeitsentwicklung der Mutter fördert, die Rolle des Vaters erweitert und die wirtschaftliche Situation der Familie verbessert. Familien mit berufstätigen Müttern brauchen die Unterstützung der Gemeinde, einschließlich Tagespflegestätten und bezahltem Mutterschafts- und Vaterschaftsurlaub. Die Rolle der Schule im Sozialisationsprozeß muß eindeutig erkannt und erweitert werden, um langfristige Erfolge zu ermöglichen. Kommunale Aktivitäten, außerhalb von Schule und Elternhaus, die zur Sozialisation der Kinder und Jugendlichen beitragen (kultureller, sportlicher, politischer, unterhaltender Art etc.), sollten mit Fami-



lien und Kindern unter größtmöglicher Mitwirkung bei der Planung und Ausführung organisiert werden.

5. Da mangelhafte Sozialisation (soziale Abweichungen) die Ursache vieler gravierender Probleme der Kinder und Jugendlichen von heute ist (Drogenmißbrauch, Unfälle, Selbstmord, Schulabbruch), ist es unbedingt erforderlich, die sozialen Abweichungen näher zu untersuchen und mehr präventive und kurative Maßnahmen zu ergreifen. Solche Programme sollten sich auch je nach Risikogruppe an Familien wenden und Lehrer und anderes mit Kindern und Jugendlichen arbeitendes Personal einbeziehen.
6. Die sich rasch verändernden Ernährungsgewohnheiten in den Industriegesellschaften bringen neue Probleme mit sich, die ihrerseits neue Lösungsansätze verlangen. Überernährung (Fettleibigkeit) ist an die Stelle der Unterernährung als eine Form der Fehlernährung getreten und dieses Problem, das durch eine Vielfalt von biologischen, psychosozialen, umweltbedingten und kulturellen Faktoren verursacht wird, erfordert noch mehr Forschungsanstrengungen. Die Qualität der Nahrung, die in der Gemeinschaftsverpflegung für Kinder und Jugendliche (Schulküchen etc.) angeboten wird, ist ein weiterer Bereich, dem Beachtung geschenkt werden muß.
7. Die Konferenz stellte fest, daß Gesundheit und Erziehung sich gegenseitig bedingen, und daß eine enge Verbindung zwischen dem allgemeinen Bildungsstand und dem Gesundheitszustand besteht. Sie betonte das Recht aller Kinder im Schulalter auf kontinuierliche Bildung, unabhängig von ihren wirtschaftlichen, geographischen oder gesundheitlichen Verhältnissen. Diese Bildung sollte den Kindern in Krankenhäusern, in anderen Einrichtungen und den ans Haus gebundenen Kindern (die Schule kommt ins Haus) genauso zuteil werden, wie denjenigen, die in beträchtlicher Entfernung von der Schule wohnen (man bringt sie durch Beförderungsmittel, über Internate und Pflegefamilien in die Schule). Die Rolle der Schule in der modernen Gesellschaft muß neu überdacht werden. Diese Neubewertung muß folgendes berücksichtigen: es müssen Wege gefunden werden, um die Rolle der Schule in der örtlichen Gemeinschaft zu stärken, indem man engere Beziehungen zwischen Kindern, Lehrern, Eltern und anderen Gemeindemitgliedern herstellt; Wege, um die berufliche Belastung der Lehrer, bedingt durch übergroße Klassen, geringes Ansehen, schlechte Entlohnung und leistungsorientierte Verwaltungsvorschriften zu verringern; Lehrmethoden müssen konzipiert werden, die gesundheitsförderlich sind, wie z.B. eine qualitative Verhaltensbewertung, die über eine reine Kategorisierung als „gut“ oder „schlecht“ hinausgeht; sowohl die Grundausbildung und die berufsbegleitende Fortbildung der Lehrer im Gesundheitsbereich als auch die Methoden zur regelmäßigen Überprüfung der Lehrer müssen verbessert werden.
8. Die Konferenz vertrat mit Nachdruck die Ansicht, daß innovative Methoden in der Gesundheitserziehung von Kindern und Jugendlichen unabdingbar sind, wenn diese tatsächlich wirkungsvoll sein soll. Solche Neuerungen sollten: (a) darauf abzielen, die Fähigkeiten des Kindes zur Nutzung seiner eigenen Ressourcen für die eigene gesundheitliche Versorgung zu verbessern, indem man

es über Gesundheit und Gesundheitsrisiken informiert, ihm Kenntnisse zur Erkennung von Krankheitssymptomen sowie Möglichkeiten ihrer Behandlung vermittelt, einschließlich epidemiologischer Kenntnisse; (b) die positiven und nicht die negativen Werte betonen; (c) ein Konzept der gemeindenahen Gesundheitsversorgung dadurch vermitteln, daß die Schüler die Kenntnisse, Fähigkeiten und Möglichkeiten erhalten, um öffentliche Gesundheitsprobleme in ihrer eigenen Kommune in Angriff zu nehmen und daß Voraussetzungen geschaffen werden, um das mit der Schule verbundene kommunale Netz zu stärken. Bei der Entwicklung innovativer Methoden der Gesundheitserziehung muß man sich stärker mit der Frage befassen, in welcher Form Jugendliche zu beeinflussen sind und welche dieser Formen für erfolgreiche Gesundheitserziehungsprogramme genutzt werden können (Einsatz der Massenmedien, Beteiligung von Schauspielern, bekannten Sportlern oder anderen bekannten Persönlichkeiten etc.).

9. Die Konferenz befaßte sich ausführlich mit der dringend notwendigen Verbesserung der Erziehungsprogramme für Kinder und Jugendliche über Sexualität, Zusammenleben und Elternschaft. Diese Notwendigkeit, akzentuiert durch die beschleunigte sexuelle Entwicklung Jugendlicher in der Industriegesellschaft, ergibt sich nicht nur aus den negativen Aspekten dieses Problems (Anstieg der ungewollten Schwangerschaften Jugendlicher, Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten), sondern auch aus den positiven, wie der Vorbereitung auf eine befriedigende, sozial integrierte Persönlichkeitsentfaltung und ein glückliches Zusammenleben mit einem Partner.

Diese Erziehungsprogramme, so wurde vereinbart, sollten: (a) ein kontinuierlicher Prozeß der Gesundheitsbildung sein, der in der Familie mit kleinen Kindern einsetzt und sich während der Schuljahre fortsetzt; (b) medizinisches Personal an der Aus- und Weiterbildung der Lehrer und der Beratung der Jugendlichen beteiligen; (c) in allen Schulen zur Pflicht werden, indem man die Regierungen ermutigt, gesetzliche Mittel anzuwenden (und durchzusetzen) und die Grund- und berufsbegleitende Fortbildung der Lehrer in dieser Disziplin weiterzuentwickeln.

10. Die Konferenz betonte die Bedeutung beruflicher Ausbildungsprogramme für Jugendliche, einschließlich der Möglichkeit, Kinder noch während der Schulzeit an wirtschaftlich sinnvolle Tätigkeiten in der ortsansässigen Industrie heranzuführen. Da Arbeitslosigkeit und unbefriedigende Beschäftigung wichtige Faktoren sind, die die soziale Entwicklung der Jugendlichen in der Industriegesellschaft beeinflussen, empfahl die Konferenz auch Programme, die den Jugendlichen, insbesondere den Drop-outs, mehr sinnvolle Arbeitsmöglichkeiten bieten sollen.
11. Da die traditionellen Programme zur Gesundheit von Mutter und Kind den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen in den entwickelteren Gebieten nicht gerecht werden, unterstützte die Konferenz das Konzept der gesundheitlichen Primärversorgung als den erfolgversprechendsten Ansatz in dieser Richtung. Bei diesem Ansatz wird die interdisziplinäre Mitwirkung verschiedener gesellschaftlicher Gruppen (Gesundheits-, Bildungs-, Sozialfürsorgewesen,



Industrie etc.) als auch von Familien und Kindern selbst bei Planung und Bereitstellung der primären Dienste vorausgesetzt. Es sind nicht genug Fakten über die Einrichtungen für Kinder und Jugendliche bekannt, und deshalb empfahl die Konferenz den Ausbau von Gesundheitsdiensten in diesem Bereich. Heutzutage sind jedoch genügend Kenntnisse über die Probleme von Kindern und Jugendlichen und über aussichtsreichere Lösungen vorhanden: daher empfiehlt die Konferenz mit Nachdruck, die jetzigen Dienste zu verändern, während man auf die zukünftigen Forschungsergebnisse wartet. Die in den bestehenden Diensten empfohlenen innovativen Veränderungen sind zahlreich (vgl. andere Empfehlungen in diesem zusammenfassenden Bericht und den Schlußbericht). Die Konferenz unterstrich die Bedeutung moderner Sozial- und Gesundheitsprogramme, die die Jugendlichen so umfassend wie möglich an der Planung und Gestaltung der Dienste beteiligen. Sie war der Überzeugung, daß diese neuen Dienste finanzierbar seien, falls: überholte Aktivitäten, die den jetzigen Bedürfnissen nicht mehr entsprechen, beendet werden; die günstige Kosten/Nutzen-Relation vieler der vorgeschlagenen Präventivmaßnahmen hervorgehoben wird; die ersten Neuerungen zu den zahlreichen zählen, die keine erheblichen zusätzlichen Mittel erfordern; das Internationale Jahr des Kindes als ein geeigneter Zeitpunkt für die Planung und Finanzierung neuer Aktivitäten im Bereich der kindlichen Gesundheit genutzt wird.

12. Die Konferenz erkannte die Notwendigkeit von Veränderungen bei der Aus- und Weiterbildung von Arbeitskräften im Gesundheitswesen, wenn die jüngsten Probleme von Kindern und Jugendlichen verstanden und die neuen Dienste richtig besetzt werden sollen. Zu dieser Aus- und Weiterbildung von Arbeitskräften sollte folgendes gehören: (a) eine Überprüfung der bestehenden Lehrpläne für die Grundausbildung derjenigen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten (Lehrer, Sozialarbeiter, Ärzte, Schwestern etc.), und zwar im Lichte der vorhandenen Kenntnisse neuer Probleme; (b) die Prinzipien, Methoden und Praktiken der modernen Soziologie und Sozialpsychologie, sowohl während der Grundausbildung als auch der Fortbildung aller im Bereich der Kinder- und Jugendarbeit Tätigen; (c) Seminare mit interdisziplinärer Besetzung.
13. Die Dienste sollten die eindeutig dominierenden positiven (normalen, gesunden) Aspekte der Kindheit und Jugend betonen. Anstatt grundsätzlich immer unter dem Aspekt der Krankheit an die Beurteilung des Gesundheitszustandes von Kindern heranzugehen, sollte man schrittweise zu positiven Gesundheitsmerkmalen gelangen. Gesundheitserziehungsprogramme, die sich auf Gefahren, Krankheiten und Verbote beschränken, sollten durch positive Ermutigung zu selbstbestimmtem Verhalten ersetzt werden, das zum Beispiel zur befriedigenden beruflichen Tätigkeit, erfüllenden körperlichen Aktivitäten bei Sport und Freizeit und zu Glück im Sexual- und Familienleben führt. Gesundheitsdienste, die sich auf die Abweichungen des kranken Kindes beschränken (z.B. Krankenhäuser für bestimmte Krankheiten), müssen durch Gesundheitsdienste ersetzt werden, die sich auf die normalen Bedürfnisse des kranken Kindes konzentrieren, die in allen Fällen, mit Ausnahme der unheilbaren Krankheiten vielleicht, überwiegen sowie auf die Integration des Kindes in Familie, Schule und Gemeinschaft.

## **Die traditionelle Gesundheitserziehung befindet sich im Wandel**

- Die Gesundheitserziehung ist nicht mehr so sehr eine Sache der Experten, sondern sie macht sich vielmehr die Fähigkeiten und Kenntnisse der betroffenen Bevölkerungsgruppen zunutze. Dadurch sehen die Gesundheitserzieher sich und ihre Rolle anders. Sie besteht jetzt darin, daß sie die betroffenen Gruppen ermutigen und in die Lage versetzen, sich selbst zu helfen.
- Ein wichtiges Anliegen muß es zunächst einmal sein zu erreichen, daß der Gesundheit gegenüber eine weniger gleichgültige Haltung eingenommen wird. Zuallererst müssen die Betroffenen sich selbst helfen *wollen*: nur dann können die Gesundheitserzieher sie darüber aufklären, was zu tun ist. Wir müssen die Motivation fördern und den Willen zur Selbsthilfe stärken.
- Während man früher meist aufgrund einer vermuteten Krankheit handelte und negativen, bereits bestehenden Verhaltensformen entgegenwirkte, zielt die Gesundheitserziehung jetzt darauf ab, Gewohnheiten zu stärken, die gesunde Lebensweisen fördern.
- Die „Medizinalisierung“ der Gesellschaft ist nicht von den Ärzten, sondern von der Gesellschaft selbst verursacht und setzt sich in gegenwärtigen Trends fort.
- Die Gesundheitserziehung hat sich bisher zu sehr auf die medizinische Diagnose pathologischer Fälle konzentriert.
- Um die Effektivität der Gesundheitserziehung zu erhöhen, muß der sozialen und wirtschaftlichen Lage der Betroffenen mehr Rechnung getragen werden (so gibt es beispielsweise heute in 15% der Familien in der Bundesrepublik Deutschland nur einen alleinerziehenden Elternteil).

### *Ein Tranquillans für soziale Probleme*

- Die Verantwortung für Verhaltensänderungen liegt in zwei Bereichen: 1) im Bereich des einzelnen (in diesem Fall der Mutter oder der Eltern) und 2) im Bereich der Gesellschaft selbst, die die allgemeine Verantwortung für einen

Wandel trägt. Solange die Gesundheitserziehung ihren Platz nicht im größeren Zusammenhang gesellschaftlicher Verantwortung sieht, kann ihr Wirken nur allzu leicht zu einem Tranquillans für soziale Probleme werden, die angegangen und gelöst werden müßten.

- Die Gesundheitserziehung kann von sich aus nichts erreichen, wenn nicht wichtige Entscheidungen auf politischer Ebene getroffen werden. Die Bezeichnung „Gesundheitserziehung“ ist an sich schon irreführend: eigentlich geht es darum, die Menschen in die Lage zu versetzen, ihre eigenen Probleme zu erkennen und entsprechend zu handeln. In diesem Zusammenhang kommt dem sozialen Umfeld eine entscheidende Rolle zu.
- Zur Verbesserung der sozialen Bedingungen innerhalb und außerhalb der Familie müssen — vom gesundheitlichen Standpunkt aus — politische Forderungen gestellt und politische Entscheidungen getroffen werden.
- Wir müssen zwischen zwei Möglichkeiten wählen:
  1. entweder die Gesellschaft so akzeptieren wie sie ist und mit Hilfe der Wissenschaft versuchen, die Mängel zu beseitigen oder
  2. versuchen, die Wurzel des Übels zu finden und die Gesellschaft, wenn notwendig, schließlich verändern.

Der erste Weg, den man augenblicklich geht, führt dazu, daß die Menschen sich übergangen fühlen, desinteressiert, mißtrauisch und voller Zukunftsangst sind. Deshalb sollten wir den zweiten Weg wählen.

- Die Gesundheitserziehung muß viele Disziplinen und Bereiche umfassen. Deshalb können wir nicht einen spezialisierten Stamm von Gesundheitserziehern heranziehen, denn die Überspezialisierung würde ihn von der Bevölkerung distanzieren und der Kommunikation schaden.
- Zusammen mit den Betroffenen, d.h. den „natürlichen Experten“ (vgl. Briziarelli), sollten wir versuchen, ihre wirklichen Bedürfnisse und die Ursachen der unterschiedlichen Probleme festzustellen sowie darüber zu entscheiden, was gemeinsam unternommen werden kann von
  - der Bevölkerung selbst;
  - den Spezialeinrichtungen und
  - den staatlichen Behörden.

### *Die Gesundheitserzieher in einer neuen Rolle*

- Bei ihrer Arbeit und in ihrem Selbstverständnis werden die Gesundheitserzieher stark von den institutionellen Strukturen und ihrer Identifikation mit institutionalisierten Rollen beeinflußt. Diese steuern ihre Sicht der Dinge in eine bestimmte Richtung und verstellen sie eventuell sogar völlig.

Mit zunehmender Routine ist es den Gesundheitserziehern dann nicht mehr möglich, sich bei ihrer Arbeit persönlich für die Menschen, denen sie helfen wollen, zu engagieren, und die Formen der angebotenen Hilfe werden nicht mehr genügend reflektiert.

Die Verteilung vorgeschriebener Rollen zwischen dem passiv Hilfesuchenden und dem aktiv hilfeleistenden „Fachmann“ bestimmt auch die Strukturen, innerhalb derer die Interaktion zwischen den beiden Parteien stattfindet. Die Tatsache, daß die Sicht durch Strukturen und vorgeschriebene Rollen verstellt werden kann, sollte zu eingehender Untersuchung und Forschung anregen.

- Um dem anderen verständnisvoll entgegenzutreten zu können, muß der Gesundheitserzieher einerseits seine eigenen Gefühle berücksichtigen und sich andererseits teilweise mit dem anderen identifizieren. Diese Art von Verständnis und Identifikation wird uns vor einer Etikettierung des Ratsuchenden bewahren und gewährleisten, daß wir seine persönliche und soziale Lage umfassend berücksichtigen.

Das bedeutet auch, daß es bei der Gesundheitserziehung keinesfalls darum gehen kann, Patentlösungen zu propagieren oder komplexe Situationen und Beziehungen auf die Ebene von „Krankheiten“ herabzumindern. Worum es eigentlich geht, ist, daß man in Zusammenarbeit mit dem Betroffenen zu den eigentlichen Ursachen vordringt.

- Die Beziehung zwischen dem Gesundheitserzieher und dem Ratsuchenden ist zu häufig durch soziale Distanz und einen Mangel an Verständnis und Kommunikation gekennzeichnet. Mit diesem Problem muß man sich befassen, wenn die Gesundheitserziehung erfolgreich sein soll.
- Gesundheitserzieher neigen dazu, sich zu sehr als Fachleute zu geben: nur *sie allein* besitzen den Stein der Weisen, während die „Lernenden“ — in diesem Fall die Mütter und Eltern — völlig unwissend sind. Die Vorstellung, daß die Leute im allgemeinen nichts wissen und daß sie sich auch nicht ändern, selbst wenn sie informiert sind, ist ganz einfach falsch (siehe das Beispiel Rauchen).

Tatsächlich verfügen die Eltern über eine Unmenge von Wissen, wie es sich bei Nachbarschaftstreffen, Elterntreffen usw. zeigte. Deshalb ist es nötig, den Eltern vor Augen zu führen, daß sie etwas „wissen“, sie zu ermutigen, ihre „Sorgen“ einander mitzutellen und so die Probleme der Mutter-Kind-Beziehung durch unterstützende Kontakte zu „normalisieren“.

- Es ist wichtig, daß zwischen den Informanten und jenen, die informiert werden sollen, *Vertrauen* besteht. Häufig werden die Gesundheitserzieher als Teil des Systems angesehen, das in den Augen der Betroffenen viele negative Aspekte hat. Die Gesundheitserzieher sollten sich darüber im klaren sein, daß auch sie eine Randgruppe darstellen. Man sollte ihnen die Gelegenheit geben, sich selbst verstehen zu lernen, bevor sie andere verstehen wollen.

Wie weit können im Gesundheitsbereich Tätige gehen, wenn sie eine Vertrauenssituation herstellen und die Ratsuchenden in einen Prozeß der Demokratisierung miteinbeziehen wollen? Man darf nicht vergessen, daß Gesundheitserzieher Angestellte mit klaren Arbeitsbedingungen sind. Wenn sie bestimmte Haltungen einnehmen, riskieren sie politische Konflikte. Somit können sie, aus taktischen und existentiellen Gründen, der Zielgruppe nicht immer vorbehaltlos zur Verfügung stehen.

Es ist allerdings entscheidend, daß die Gesundheitserzieher auf der Seite der Ratsuchenden stehen. Unabhängigkeit von den Exekutivorganen ist ungedingt notwendig.

### *Das Helfer-Syndrom*

- Die Gesundheitserzieher sollten sich ihrer eigenen Situation und der ihrer Zielgruppe völlig bewußt sein. Sie sollten beides als auch die politischen Vorgänge kritisch analysieren können. Sie sollten ferner ihre eigenen Möglichkeiten kennen und sich von der althergebrachten Selbstaufopferungspose (dem Helfer-Syndrom) befreien. „Apostel“ richten mehr Schaden an als sie nützen. Helfer sollten eine Aktiv-Passiv-Beziehung mit den Hilfesuchenden vermeiden und versuchen, mit ihnen zu einer Partnerschaft zu kommen. Dies ungeachtet der Tatsache, daß die Helfer immer eine Autorität repräsentieren, ob es ihnen gefällt oder nicht.  
Berufsanfänger gehen oft voller Elan und mit den besten Absichten an die Arbeit, aber allmählich werden auch sie zu „Therapeuten“, „Experten“, die von oben herab helfen. In der Natur der Tätigkeit eines bezahlten und fest angestellten Arbeitnehmers ist die Gefahr der Anpassung enthalten. Außerdem will er in der Hierarchie aufsteigen, um mehr für die Betroffenen erreichen zu können. Das Problem stellt sich im Zusammenhang mit dem Drogenmißbrauch besonders krass dar. Den Erziehern müßte auch Widerstandskraft beigebracht werden.
- Die Gesundheitserzieher sollten vor allem die Kommunikation erleichtern und die Betroffenen veranlassen, Fragen zu stellen — häufig im Kollektiv — ohne dabei Lösungsvorschläge zu machen, die auf Erkenntnissen beruhen, über die sich die Fachleute nicht einig sind. Sie müssen das Risiko vermeiden, das Gefühl der individuellen Verantwortung zu zerstören, indem sie Patentrezepte anbieten.
- Die Gesundheitserzieher müssen sich davor hüten, soziales Verhalten als gut oder schlecht abzustempeln. Wir tun dies im gesundheitlichen Bereich: es ist schlecht zu rauchen... es ist gut, Sport zu treiben... Im sozialen Bereich laufen wir jedoch Gefahr, zu Moralpredigern zu werden.

**II**

**Frühkindliche  
Sozialisation:  
■ Strukturen  
und Prozesse**

Was wir uns von der Familie wünschen ...



Nähe

Eine Aufnahme aus der Broschüre *Familienbilder*,  
herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

## Überlegungen zur Struktur der Lebens- und Lernumwelt Familie

**Michael-Sebastian Honig**

Ich gehe in diesem Beitrag davon aus, daß sich die Entwicklung und der Aufbau der Persönlichkeit in einer dialektischen Beziehung mit der gesellschaftlich vermittelten Umwelt vollziehen (Hurrelmann 1976). Die Sozialisationsforschung muß daher den Doppelcharakter der Persönlichkeitsentwicklung als Individuierung und Vergesellschaftung begreifen.

Bisher jedoch sind der Aufbau der Persönlichkeit, das kognitive und soziale Lernen sowie die Beziehung zwischen Mutter und Kind eine Domäne der Entwicklungspsychologie und der ihr verwandten Disziplinen, während die Soziologie sich seit jeher mit den sozialstrukturell bedingten Umweltfaktoren bzw. den „Sozialisationsagenturen“ wie Familie und Schule beschäftigt.

Zu den wenigen Ansätzen eines integrierten Verständnisses von Sozialisation gehört das Interesse in der Entwicklungspsychologie und der Soziologie an der sozialen Interaktion in der Familie als der Ebene, wo Sozialstruktur und Persönlichkeit sich vermitteln. In der modernen entwicklungspsychologischen Kleinkindforschung wird von einer Reihe von Forschern ein ethologisch-transaktionales Verständnis der Persönlichkeitsentwicklung vertreten. Das Kleinkind wird dabei als von Geburt an aktives Wesen angesehen, das im Zusammenspiel mit Mutter und Umwelt soziale Kompetenz erwirbt. Das „wie“ des Aufbaus sozialer Strukturen und die Entstehung individueller Bedeutungen auf der Grundlage artspezifischer Normen der Interaktion von Mutter und Kind sind wichtige Forschungsthemen geworden (Grossmann 1977, Grossmann 1978).

---

MICHAEL-SEBASTIAN HONIG ist Sozialpädagoge (M.A.) und Mitarbeiter des Deutschen Jugendinstituts, Arbeitsbereich Familiäre Sozialisation, München, Bundesrepublik Deutschland.

*Anschrift:* Deutsches Jugendinstitut, Arbeitsbereich Familiäre Sozialisation, Saarstraße 7, D-8000 München 40.



Auch in der Soziologie findet die Beziehungsstruktur zwischen Kind und sozialer Umwelt immer mehr Interesse. Oevermann et al. (1976) beispielsweise untersuchen die Strukturen sozialisatorischer Interaktion, um den Erwerb von Grundqualifikationen sozialen Handelns nachzuweisen. Oevermann und Mitarbeiter gehen davon aus, daß die Kinder in der Alltagsinteraktion nicht nur die Regeln lernen, die ihnen eine kompetente Beteiligung am sozialen Handeln ermöglichen, sondern daß sie auch Erfahrungen mit gesellschaftlichen Organisationsprinzipien machen, die die Anwendung dieser Regeln ausgestalten, aus dem Regel-Repertoire auswählen, seine Ausschöpfung einschränken.

### **Nur eine Sache zwischen Mutter und Kind?**

Beide Ansätze gehen davon aus, daß das Kind im Medium sozialer Interaktion die Eigenschaften erwirbt, die ihm eine kompetente Beteiligung am sozialen Handeln ermöglichen. Ist diese soziale Interaktion, salopp gesprochen, eine Sache zwischen Mutter und Kind, oder geht in die interpersonellen Beziehungen zwischen Eltern und Kindern *mehr* ein: die gesellschaftlichen Organisationsprinzipien, von denen Oevermann und Mitarbeiter sprechen? Und was soll man darunter verstehen?

Das sind „Urfragen“ der Sozialisationsforschung. Die vorläufigen Antworten, die es bisher darauf gibt, sind folgenreich für familienpolitische Entscheidungen und für Strategien der Prävention frühkindlicher Störungen.

Ich gehe davon aus, daß der Begriff „Familie“ einen Doppelcharakter hat. Er faßt zum einen eine gesellschaftliche Institution: historisch entstanden, verfassungsmäßig geschützt, juristisch geregelt. Zum anderen faßt der Begriff die besonderen Lebensformen jeder einzelnen Familie mit ihren konkreten Personen: da gibt es Biographien, Träume, Verhaltensstile, Pläne, Lernprozesse, Bedürfnisse, die in eine spezifische Beziehungsstruktur der Familienmitglieder eingehen. Wie verhält sich die Institution zum Familienleben — ist sie wie eine Hülse, in die jeder Inhalt gefüllt werden kann?

Die bildungspolitische Diskussion in der Bundesrepublik während der späten 60er Jahre und in den ersten 70er Jahren wußte, daß Chancengleichheit hergestellt werden muß, daß es defizitäre Aufwuchsbedingungen gibt — zumindest, was die intellektuelle Entwicklung der Kinder angeht. In der Entwicklungspsychologie hat Bruner (1975) herausgearbeitet, daß Armut der wichtigste Faktor ist, der die kognitive Entwicklung bestimmt. Es wäre also naiv zu glauben, es gäbe ein „autonomes“ Familienleben. Es gibt sozio-ökonomische Bedingungen, die die Entwicklungschancen der Kinder beeinflussen.

In der familienpolitischen Diskussion, die *gegenwärtig* in der Bundesrepublik Deutschland geführt wird, gewinnen demgegenüber jene Auffassungen wieder mehr öffentliche Aufmerksamkeit, welche „die Familie“ zum Garanten einer gesunden psycho-sozialen Entwicklung der Kinder erklären. Besonders in der Verhaltensbiologie wird darauf hingewiesen, daß im ersten Lebensjahr, eigentlich jedoch in den ersten drei Lebensjahren, die leibliche Mutter für ein gesundes Aufwachsen des Kindes schlechthin unverzichtbar sei. Undogmatische Entwicklungspsychologen, die dem Bindungskonzept im Anschluß an Bowlby folgen, sprechen zwar von „artspezifischen Normen der Interaktion“ zwischen Mutter und Kind, aber

rücken von einem biologistischen Verständnis der Mutter-Kind-Beziehung doch stark ab. (Zu Aspekten der Gesamtproblematik vgl. Lehr 1973, Neidhardt 1975).

Der familienpolitische Verwendungszusammenhang dieser Argumente und Studien ist von einer Tonlage gekennzeichnet, die die Reichweite der wissenschaftlichen Aussagen fragwürdig macht. Die Sorge um die optimalen Aufwuchsbedingungen der Kinder wird da umgesetzt in moralische Forderungen an Eltern, insbesondere an Mütter. Da ist dann von „egoistischen und materiellen Wünschen“ die Rede, von der Entscheidung zwischen „Beruf und sozialer Verantwortung“ (für das Neugeborene). Die moralische Argumentation signalisiert meines Erachtens Hilflosigkeit angesichts einer Situation, in der das bürgerliche Familienideal, demgemäß die Frau ins Haus gehört und die Kinder erzieht, ins Wanken gerät. Da keine Alternative zur Familie in Sicht ist, besteht die Gefahr, die Widersprüche, Spannungen und Ambivalenzen dieses Milieus herunterzuspielen. Wenn man aber die Qualität der Beziehungen in der Familie fördern und gelingende Sozialisationsprozesse ermöglichen will, muß die historische und gesellschaftliche Bedingtheit der Beziehungsstruktur in Familien erörtert werden.

Die zunehmende Erwerbstätigkeit von Müttern beispielsweise ist ein gesellschaftlicher Prozeß, dem nicht mit moralischen Forderungen an die Mütter (sie ergehen seltener an die Väter) beizukommen ist. Die Geschichte der Institution Familie zeigt, daß sie erst im Laufe des 19. Jahrhunderts zu einer kindzentrierten, „psychologischen“ Einrichtung geworden ist. Dieses historische Produkt darf man nicht verabsolutieren: ihm entstammen die Normierungen von Mütterlichkeit und gesunder Entwicklung, die in der familienpolitischen Auseinandersetzung bemüht werden, und allzuoft existieren sie auch als verinnerlichte Leitbilder der Mütter und Väter. Mit den sozio-kulturellen Lebensbedingungen der Familien haben diese Leitbilder indes nur wenig zu tun; die Widersprüche und Verwerfungen, die sich daher ergeben, sind nur schwer zu verarbeiten.

### **Sozio-kulturelle Lebensbedingungen und ihr gestaltender Einfluß**

Die soziologische Sozialisationsforschung hat das Problem des Doppelcharakters der Persönlichkeitsentwicklung als Individuierung und Vergesellschaftung bisher nicht gelöst. Wenn es um die Frage geht, wie elterliches Verhalten sich in Orientierungs- und Handlungsmuster der Kinder umsetzt, greifen Soziologen gewöhnlich auf psychologische Erklärungsmuster zurück (z.B. Identifikation; Nachahmung etc.). Dies gilt auch für die Forschungen zur schichtspezifischen Sozialisation, die zwar die schichtspezifische Verteilung sozialisationsrelevanter Variablen nachwiesen, aber damit lediglich Hinweise auf die Soziogenese von Persönlichkeitsmerkmalen geben konnten. Auch die sozialökologische Forschung, die sich im Anschluß daran um die Lebensbedingungen bemühte, unter denen Eltern ihre Kinder pflegen und erziehen (Lüscher und Fisch 1977; Bronfenbrenner 1976), ist bisher über umfangreiche und differenzierte Umwelttaxonomien und einige Theorie-Ansätze nicht hinausgekommen. Die Prognosefähigkeit ihrer Zusammenhangsvermutungen ist noch nicht sehr groß. Aber auch der sozialökologische Ansatz läßt die Frage nach der Entstehung von Persönlichkeitsstrukturen als sozialem Prozeß unbeantwortet.

Oevermann et al., die diesen Mangel an den anderen Ansätzen kritisieren, haben die soziale Interaktion von Kleinkindern unter der Frage beobachtet, welche Qualitäten

des Interaktionsprozesses sozialisatorisch wirksam sind. Die Theorie der latenten Sinnstrukturen sozialisatorischer Interaktion von Oevermann geht davon aus, daß dem Kind, das an der Alltagsinteraktion teilnimmt, fiktiv Handlung intentionen unterstellt werden, die es ihm ermöglichen, einen Platz in dem Handlungssystem einzunehmen und auf diese Weise die Qualifikationen zu erwerben, die es für eine kompetente Teilnahme an sozialen Interaktionen benötigt. Dieser sehr schwierige theoretische Ansatz, dem langwierige Detailbeobachtungen entsprechen, betont sehr stark — darin im übrigen dem sozial-ökologischen Ansatz ähnlich — die wichtige Rolle der Vermittlung und Deutung, des handelnden Umgangs mit den materiellen und sozialen Lebensbedingungen für die biographischen und sozialen Erfahrungen der Kinder.

Materielle und soziale Lebensbedingungen sind im Familienleben also nicht nur als dinglicher Rahmen für Verhaltensspielräume und Erfahrungsmöglichkeiten präsent (d.h.: als Einkommenshöhe oder Wohnungsgröße beispielsweise), sondern sie gehen in Gestalt von Selbstbildern, von Problemdefinitionen, von Erziehungstheorien etc. wie selbstverständlich in die soziale Interaktion ein. Nicht zuletzt die Institution Familie mit ihren traditionellen, subkulturellen Bedeutungen und ihren öffentlichen Fremdbildern bestimmt die Regeln der sozialen Interaktion im Familienleben. Im Medium der subjektiven Verarbeitung und handlungsleitenden Deutung gewinnen die sozio-ökonomischen und sozio-kulturellen Bedingungen des Familienlebens Einfluß auf die Persönlichkeitsentwicklung. Erziehung findet in dieser Alltagswelt statt, die von Bedeutungen, Symbolen, Phantasien beherrscht wird.

Vollzieht sich der Einfluß gesellschaftlicher Bedingungen nach bestimmten Regeln? Mollenhauer (1978) hat versucht, solche Regeln festzustellen und zu formulieren, nach denen in Familien gelernt wird. Die Familieninteraktion ist ihm zufolge davon bestimmt, daß sie erstens alle Erfahrungen des Individuums und seine Selbstdarstellung integriert, daß sie zweitens den im Alltagshandeln auftauchenden Bedürfnissen folgt und daß sie drittens der subjektiv bestimmten Erfahrung folgt, also nicht standardisierte Qualifikationen vermittelt.

Diese Regeln sind seltsam abstrakt, und das liegt daran, daß sie wiederum nicht die sozialen Bedingungen des Familienlebens reflektieren. Diese Bedingungen werden jedoch sehr deutlich in den *Problemen* des Familienlebens, die Mollenhauer den Regeln kontrastierend gegenüberstellt:

- das Problem der Gruppengrenze (Isolation der Familie von der sozialen Umwelt *versus* Zerfall der Verbindlichkeit der Mitglieder untereinander);
- das Problem der Konturierung der Erfahrung („Subkultur“, d.h. nur noch solche Erfahrungen werden in die Familie hineingelassen, die das interne Beziehungsnetz stabilisieren, *versus* „Warenhaus“, d.h., in der Fülle scheinbar gleichgewichtiger Informationen gewinnen Erfahrungen keine Konturen);
- das Problem der Dominanz (an die Stelle des „autoritären Vaters“ tritt die symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind);
- das Problem der kognitiven Deprivation der Familie durch sozio-kulturelle Benachteiligung und das komplementäre Problem der Instrumentalisierung der Familien-Interaktion für die schulische Karriere der Kinder.

Diese Probleme lassen einen Zusammenhang mit dem Doppelcharakter von Familie als gesellschaftlicher Institution und persönlicher Lebensform erkennen. Das Problem der Gruppengrenze betrifft die Privatheit von Familie. Auch die Konturierung der Erfahrung hängt damit zusammen: die Familie schließt sich entweder rigide gegen Erfahrungen ab oder entnimmt ihre Erfahrungen der Konsumwelt, wenn das Familienleben keine bedeutungsvolle Lebenspraxis für die Mitglieder darstellt.

Auch das Problem der Dominanz berührt historisch gewordene Merkmale von Familie: die klassische Machtstruktur mit dem Vater als „Oberhaupt der Familie“ scheint zu verschwinden; entsprechend müssen sich auch die Beziehungsstrukturen in der Familie ändern. Die kognitive Deprivation bzw. Instrumentalisierung der Familieninteraktion für Bildungskarrieren betrifft das Verhältnis des Lernens in der Familie zum Lernen in öffentlichen Bildungseinrichtungen.

Diese Probleme scheinen also keine vorübergehenden Zeiterscheinungen zu sein, sondern historische Veränderungen zu signalisieren. Sie betreffen Merkmale der Institution Familie: Privatheit, die Autonomie der Erfahrungen, die Machtstruktur, das Verhältnis zum öffentlich organisierten Lernen. *Sie betreffen die generative Kraft des Familienlebens als Ort von Lebenspraxis.*

Diese Vermutung kann nur schwer auf systematische Weise belegt werden. Ich will im folgenden einige illustrierende Beispiele geben. Es sind Veränderungen zu beobachten, sowohl was die Institutionalisierung, als auch was das Familienleben angeht. Und wenn nicht alles täuscht, ist auch bei den Kindern so etwas wie die Veränderung des „Sozialcharakters“ zu beobachten.

### **Erstes Beispiel: „Privatheit“**

Die Privatheit des Familienlebens macht die Familie zu einer „Gegenstruktur“ zur Gesellschaft; Privatheit im Sinne von Intimität zeichnet die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern vor allen anderen gesellschaftlichen Gruppen aus. Intimität bedeutet, daß die Bedürfnisse nach Schutz, nach Akzeptiertwerden, nach dichter persönlicher Beziehung befriedigt werden können. Diese Bestimmungen lassen sich jedenfalls in familiensoziologischen und familienpolitischen Abhandlungen finden: es sind gesellschaftliche Normierungen, die historisch entstanden sind. In der erwähnten Untersuchung „Erziehungsalltag in der Unterschicht“, die drei Kolleginnen und Kollegen und ich am Deutschen Jugendinstitut durchführen, fanden wir diese Normierungen als starke biographisch entstandene Hoffnungen und Bilder wieder.

Die Mütter und Väter, mit denen wir gesprochen haben, verbanden mit dem privaten Leben in Familien zunächst Hoffnungen auf Unabhängigkeit, vor allem von den eigenen Eltern: das Leben in der eigenen Familie ist mit dem Wunsch verbunden, ein *eigenes* Leben zu führen. Damit eng verbunden ist die Hoffnung, diesen eroberten Lebensbereich auch wirklich selbst gestalten zu können, die Erfahrung von eigener Verantwortlichkeit zu machen, sich zu beweisen, daß man auf eigenen Füßen stehen kann. Die dritte Hoffnung auf den privaten Lebensraum Familie, die wir bei den befragten Müttern und Vätern fanden, war die Hoffnung auf „Normalisierung“ des eigenen Lebens. Damit ist gemeint, daß Familie einen Lebensabschnitt abschließt, der ein unbefriedigendes Zwischenstadium zwischen Kindheit und

Erwachsenensein darstellt. Dies mag mit der Schichtzugehörigkeit der befragten Eltern zu tun haben, zumal viele der Mütter und Väter in der Jugendzeit Kontakt mit Instanzen sozialer Kontrolle (z.B. Jugendamt, Polizei) hatten. Ein Leben ohne Familie können sich die meisten Mütter und Väter, die wir fragten, nicht vorstellen. Und die vierte Hoffnung, die mit der Privatheit des Familienlebens verbunden wird, ist die Hoffnung auf Intimität, auf Geborgenheit und Gemeinschaft. Wir fanden es interessant, daß in diesen Bildern von Familie Privatheit eher etwas Negatives ausdrückt: „Freiheit von...“; diese Bilder drücken eine Hoffnung nach Eigenständigkeit und Gestaltungsmöglichkeit aus, die nirgendwo sonst als im Intimraum Familie den befragten Eltern erreichbar schien. Schon in diesen Bildern, die sich stark an die gesellschaftlichen Normen anlehnen, kommt ein Doppelcharakter zum Ausdruck: den Hoffnungen auf Entfaltung eigener Möglichkeiten steht die Beschränkung dieser Möglichkeiten auf den Privatraum Familie gegenüber.

Allein die Zeitstruktur des Alltagslebens ermöglicht den von uns befragten Familien höchstens zwei Stunden am Tag, in denen alle zusammen sind. Vorausgesetzt, der Mann ist erwerbstätig und die Frau nicht, und es gibt ein kleines Kind in der Familie, dann kann man ganz unterschiedliche Familienwelten unterscheiden, denen unterschiedliche Bezugsgruppen, Tätigkeiten und Erfahrungen zuzuordnen sind: die Arbeitswelt der Hausfrau und Mutter; die Arbeitswelt des erwerbstätigen Mannes; die Welt des Ehesystems; die Welt der Kinder und die Familienwelt im engeren Sinne von Mutter, Vater und Kindern. Eine Familienerfahrung, die diese Realitäten zur Kenntnis nimmt und verarbeitet, ergibt sich nicht von selbst, sondern muß hergestellt werden: eine Aufgabe, mit der die meisten Mütter und Väter nicht gerechnet hatten, und die angesichts der Strapazen eines Arbeitstages auch schwer zu erfüllen ist.

Wenn die Familienmitglieder an ihren Bildern und Hoffnungen festhalten, dann müssen sie diese gegen viele reale Bedingungen durchsetzen. Gerade weil am ehesten das Familienleben den Müttern und Vätern befriedigende Erfahrungen ermöglicht — etwa im Umgang mit den Kindern die Erfahrung von Zuwendung und Spontaneität — wird die Durchsetzung der Hoffnungen gegen die Lebensbedingungen zu einem aktiven Abgrenzen von der sozialen Umwelt. Der Rückzug von Familien auf die eigenen vier Wände ist daher nicht eindimensional nur als „Defizit“ zu interpretieren, sondern ist Ergebnis der aktiven Verteidigung und Abgrenzung des Familienlebens als Symbol erlangter Selbstbestimmung. Dieser Doppelcharakter von Privatheit als Autonomie und Isolation, als Selbstverwirklichung und als Selbstdestruktion scheint uns ein Strukturmerkmal von Familie zu sein, wenngleich Familien der Unterschicht wegen ihrer knapperen materiellen und sozialen Ressourcen besonders stark auf das Familienleben als Symbol ihrer Autonomie angewiesen sind. Mit der Isolation, die die Eltern aktiv betreiben, verlieren sie die Möglichkeit von Anregung, von neuen Erfahrungen und neuen Verhaltensmöglichkeiten und von Hilfe. Die Probleme des Familienlebens, sowohl bezüglich sozio-ökonomischer Voraussetzungen als auch in bezug auf die Erziehung der Kinder und die Beziehungsstruktur, müssen sie daher — und wollen es auch — allein aus eigener Kraft lösen. Das überfordert sie; die Spirale von Hoffnungen und enttäuschten Erwartungen wird enger. In kritischen Situationen des Familienlebens können solche Familien nicht auf ein Unterstützungssystem von Freunden, Nachbarn und Bekannten zurückgreifen.

Unter den vielfältigen Problemen und Störungen des Familienlebens ist die Gewalt gegen Frauen und Kinder vielleicht am engsten mit dem strukturellen Doppelcharakter von Privatheit als Autonomie und Isolation verbunden. Gleichzeitig ist die Gewalt in Familien im Vergleich beispielsweise zu neurotischen Beziehungskonstellationen, die therapeutischer Hilfe bedürfen, oder zu Alkoholismus in Familien noch kein Thema, das die Öffentlichkeit sehr beunruhigt. Gewalt in Familien ist aber weder die Ausnahme noch ein ausschließlich in Begriffen der Psychopathologie zu fassender Tatbestand. Bei den Versuchen, Problemgruppen zu identifizieren, die besonders häufig Gewalt zur Lösung von Problemen in der Familie anwenden, gelang es lediglich, daß Merkmal „Isolation“ zu identifizieren. Die biographischen Erfahrungen, die belastenden Lebensbedingungen und der Streß durch das Kind (u.U. bedingt durch dessen lange Krankheit, zu frühe Geburt, Behinderung) sind schicht-unspezifisch und geraten erst durch die isolierte Lebensweise der Familien in einen Teufelskreis von Mißhandlungen hinein (Honig und Leube 1979).

Gelles hat beim „Forum Kindesmißhandlung“ in Berlin 1978 Ergebnisse einer Repräsentativbefragung vorgestellt, die Ausmaß und Grad der Gewalttätigkeit in amerikanischen Familien erhellen sollte. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es eine solche Untersuchung nicht, so daß bei aller gebotenen Zurückhaltung die amerikanischen Daten zur Illustration des Umfangs der Problematik herangezogen werden müssen.

Die Ergebnisse der Untersuchung übertreffen alle Schätzungen und angenommenen Dunkelziffern erheblich. In zwei Dritteln der Familien werden mindestens von Zeit zu Zeit gewalttätige Umgangsformen zur Lösung von Problemen mit Kindern verwendet (vom heftigen Schütteln des kleinen Kindes bis zur massiven körperlichen Verletzung). 49 000 kleine Kinder werden jährlich von ihren Eltern in den USA angeschossen. Von den 47 Millionen Ehepaaren in den USA bedrohen sich jährlich 1,7 Million mit Messer oder Gewehr. Gelles stellte dazu fest, es gebe keine monokausalen Erklärungen für diese Situation, am wenigsten Erklärungswert hätten jedoch psychiatrische Diagnosen. Es dürfe aber nicht übersehen werden, daß im öffentlichen Leben der USA Gewalt an der Tagesordnung und in der amerikanischen Ideologie als legitimes Mittel für viele Zwecke anerkannt sei.

### **Zweites Beispiel: „Mütterlichkeit“**

Die Qualität der Beziehung zwischen Mutter und Kind erscheint in den ersten Lebensmonaten als Eigenschaft eines quasi-vegetativen Austauschs zweier sich gegenseitig regulierender Signalsysteme. Aber die Qualität „Mütterlichkeit“ ist nicht nur natürlich: sie muß individuell erlernt werden. Es gibt genaue Beobachtungen und theoretische Konstrukte aus der Entwicklungspsychologie, in denen beschrieben wird, wie das Zusammenspiel von Mutter und Säugling verläuft. Es wird viel Mühe darauf verwendet, die Kontaktbereitschaft des Säuglings und der Mutter sowie die Lernprozesse innerhalb dieses dyadischen Systems zu demonstrieren. In der modernen Entwicklungspsychologie ist von „kritischen Phasen“ der Mutter-Kind-Beziehung und von prägungsähnlichen Vorgängen nur noch mit Vorbehalt die Rede; so heißt es etwa bei Grossmann (1977):

„Eine sichere Bindung kann als Ergebnis des Aufbaus einer Beziehungsstruktur von guter Qualität angesehen werden. Gute Qualität ist gekennzeichnet durch die Wirk-



samkeit ineinandergreifender Zeichen von Kind und Bezugsperson, wobei im sozialen Bereich das Bindungsbedürfnis des Kindes und die dauerhafte Zuneigungsbereitschaft und -fähigkeit der Mutter die Grundlagen sind.“ (a.a.O., S. 870).

Eine sichere Bindung ist Voraussetzung von emotionaler Sicherheit und intellektuellem Erkundungsverhalten. Das Zitat vermeidet Normierungen „gesunder Entwicklung“, dennoch hat „sichere Bindung“ gewiß mehr als eine formale „Zuneigungsbereitschaft und -fähigkeit“ zur Voraussetzung. Die Beziehungsqualität „Mütterlichkeit“ ist ein historisches Produkt; sie ist ein Strukturmoment der Institution Familie und den sozio-kulturellen Wandlungen dieser Institution unterworfen. „Mütterlichkeit“ wird biographisch gelernt; sie ist Resultat der Sozialisation in eine Geschlechtsrolle, der in der Institution Familie bestimmte Funktionen zukommen.

Die Normierung von „Mütterlichkeit“, wie sie von konservativen familienpolitischen Positionen vorgenommen wird, identifiziert eine biologische Disposition mit der konkret-historischen Ausformung, die die Beziehungsqualität „Mütterlichkeit“ seit dem 18. Jahrhundert angenommen hat. In dieser Ausformung ist „Mütterlichkeit“ nicht zu trennen von der Privatheit des Familienlebens; deswegen wird sie in der familienpolitischen Diskussion gern polemisch der Massenversorgung in den Einrichtungen der öffentlichen Erziehung (Krippen, Horte, Kindergärten etc.) gegenübergestellt. Das persönliche Interesse am Kind und die Intensität der Zuwendung, wie sie die leibliche Mutter aufbringe, sei von Lohnerziehern nicht zu erwarten.

Also auch hier: die Privatsphäre als Inbegriff von Intimität und Nähe. Der Alltag einer Mutter und Hausfrau aber ist Arbeit: Hausarbeit, mit der die Voraussetzung dafür geschaffen wird, daß der Mann das Geld verdienen kann, um die ganze Familie zu erhalten. Die Hausarbeit wird ohne Kooperation getan, das hat einen Mehraufwand an Zeit und Kraft zur Folge: die Privatheit bedeutet also Mehrarbeit. Obwohl unrationell organisiert, ist die Hausarbeit gesellschaftlich notwendig; der Widerspruch ergibt sich daraus, daß Hausarbeit nicht entlohnt wird, nicht als Arbeit anerkannt wird. „Nicht entlohnt werden“ ist in unserer Gesellschaft gleichbedeutend mit „nichts gelten“. Oder anders herum: wer „aus Liebe“ arbeitet, fragt nicht nach Arbeitsbedingungen und Arbeitszeit (Hagemann-White 1977).

In diesem Kontext von Isolation und Nicht-Anerkennung steht die Beziehungsqualität „Mütterlichkeit“. In unserer obenerwähnten Untersuchung fanden wir, daß viele Mütter die Beziehung zu ihren Kindern als genuine und intensive Erfahrungs- und Selbsterfahrungsquelle erleben. Aber diese positiven Erfahrungen bleiben ambivalent, denn es gibt kein soziales Umfeld, in dem die Mütter ihre Fähigkeiten anders anwenden und bestätigt finden könnten, als im Kontakt mit Kind und Ehemann. Das ist die strukturelle Situation, die verständlich macht, wie labil das Selbstwertgefühl von Frauen als Mütter sein kann, wie stark die Interessen des Kindes und der Mütter aufeinanderprallen können. Es kann zu regelrechten Machtkämpfen kommen, die in Gewaltanwendung gegen die Kinder einmünden können. Eine andere Gefahr ist die emotionale Fixierung von Mutter und Kind aufeinander.

Diese labile Beziehungsstruktur, die zugleich Geborgenheit und Gewalt möglich macht, ist im Zuge einer sozio-kulturellen Entwicklung möglich geworden, die das

Interesse an Kindern aus dem Kontext gemeinsamer Produktion und Alterssicherung gelöst hat. Es wird in der familienpolitischen und wissenschaftlichen Debatte oft vergessen, daß die persönlichen Beziehungen in der Familie, die Entstehung von Wärme in den Beziehungen, Ergebnisse desselben historischen Prozesses sind, der zu Geburtenrückgang und Veränderung der Geschlechtsrollen geführt hat (Heinsohn/Knieper 1974). Die Familie als Hort der Intimität ist historisch neu; ursprünglich ist sie ein Zweckbündnis gewesen. Die Verallgemeinerung von Lohnarbeit (bzw. der Prozeß der Industrialisierung) und die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen entzogen der objektiven Notwendigkeit von Kindern die ökonomische Basis. Der Kinderwunsch und die Zuwendung und Zuneigung zu Kindern wurden somit zu rein persönlichen Sachverhalten. Mütterlichkeit als historisch-kulturelle Disposition wird im Zuge dieses Prozesses zum Anachronismus — andererseits kann sie zu einer Sache der Selbsterfahrung, zu einem biographischen Projekt werden, das sich dem Wunsch verdankt, ein bestimmtes Leben zu führen: ein Leben mit Kindern. Aber dieses biographische Projekt ist nicht mehr notwendig an die Institution Familie gebunden.

Die Notwendigkeit, eine Alternative zur Hausfrauen-Mutter zu finden, ergibt sich also nicht aus dem Egoismus und der Konsumorientierung der Frauen, sondern aus der Veränderung der sozio-ökonomischen Voraussetzungen; es ist kaum noch vorstellbar, daß eine Frau es mit ihrem Selbstverständnis vereinbaren kann, keinen Beruf zu erlernen und so von vornherein von der Versorgung durch einen Ehemann abhängig zu werden. Der Wunsch nach Kindern und der Wunsch, mit Kindern zu leben, bleibt aber bestehen — so kommt die Familienpolitik in die paradoxe Situation, der Übermacht der ökonomischen Notwendigkeiten mit dem Ausbau von Einrichtungen der Tagesbetreuung von kleinen Kindern Rechnung tragen zu müssen (um der Steigerung der Geburtenzahlen willen!). Gerade das will man aber, einem überkommenen Ideal von Mütterlichkeit folgend, vermeiden. Daher kann man sich auch bis heute in der Bundesrepublik nicht recht zu entsprechenden Entschlüssen durchringen, und wer gar positive Schlüsse aus den veränderten Verhältnissen ziehen und eine entschiedene Verbesserung der öffentlichen Kleinkinderziehung fordern will, muß sich als „familienfeindlich“ bezeichnen lassen. Um so peinlicher ist daher der Erfolg, mit dem die DDR und Ungarn den bezahlten Mutterschaftsurlaub und die Ganztagsbetreuung von Kleinkindern ausgebaut haben. Die Folge: die Geburtenzahl nahm erheblich zu. Der Zusammenhang von niedriger Geburtenrate und mütterlicher Erwerbstätigkeit ist für die Situation in ganz Westeuropa, nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, charakteristisch (Erler 1979).

Andere Vermutungen über die Gründe des Geburtenrückgangs in der Bundesrepublik Deutschland — seit 1964 hat sich die Zahl der jährlichen Geburten fast halbiert, und die absolute Zahl der Familien mit Kindern ist mittlerweile geringer als die Zahl der Familien ohne Kinder — heben die ökonomische Benachteiligung (Lüscher 1977) und die kulturelle Randstellung (Krappmann 1977) der Familien mit Kindern hervor. Es ist unbestritten, daß die hohe finanzielle Belastung einer Familie mit Kindern durch die materiellen Hilfen für Familien (günstige Steuersätze, Kindergeld u.a. zweckgebundene Leistungen) nicht annähernd aufgefangen wird. Was in der Bundesrepublik als „Kinderfeindlichkeit“ beklagt wird, meint Handfestes wie den Mangel an ausreichend großen Wohnungen für Familien mit Kindern. Es ist aber



auch eine kulturelle Abwertung gemeint; denn nicht die Familien mit Kindern bestimmen die Verhaltensstile, Wertvorstellungen und Lebensauffassungen des öffentlichen Lebens, sondern die noch nicht oder kinderlos Verheirateten. Kinderreichtum gilt oft bereits als Zeichen für Asozialität. Krappmann stellt daher fest: die Familie mit Kindern wird immer mehr zu einer Randgruppe dieser Gesellschaft. Die Frage ist, ob die Familienpolitik diese komplexen sozio-kulturellen Prozesse beeinflussen kann — um so mehr, als die Ziele der Familienpolitik und der Arbeitsmarktpolitik oft gegenläufig sind (höhere Mobilität der Arbeitnehmer; zurückgehende Zahl von Teilzeit-Arbeitsplätzen für Frauen).

### **Drittes Beispiel: Veränderung der Motivationsstrukturen bei den Kindern?**

Es gibt aber nach wie vor kaum gesicherte Erkenntnisse darüber, wie gesellschaftliche Veränderungen oder ihre Beeinflussung durch Instrumente der Sozialpolitik, die zunächst die Lebensbedingungen der Erwachsenen unmittelbar betreffen, sich auf die Kinder auswirken. Es gibt aber einige Beobachtungen und Vermutungen darüber, wie sich Motivationsstrukturen der Kinder, die das Familienleben vermittelt, im Zuge eines Wandels der Institution Familie verändert haben.

Krappmann meint nach einer Durchsicht der Literatur feststellen zu können, daß der Gegensatz zwischen dem sozialen Schicksal der Eltern, das immer stärker von einem Zwang zu sozialer und beruflicher Mobilität, von Arbeitsplatzverlust und der Abwertung erworbener Qualifikationen bestimmt wird, wesentliche Sozialisationsziele der Eltern unglaubwürdig macht. Die Behauptung der Eltern, die Lebensumstände seien von der eigenen Anstrengung abhängig und es sei möglich und notwendig, selbständig zu werden, tritt täglich tausendfach in Gegensatz zur sozialen Realität. Die Kinder erfahren den Widerspruch, nicht zuletzt weil die sozialen Veränderungen auch ihre Lebenswelt, ihre Freunde und ihre Umwelt betreffen. Der Verlust der persönlichen Glaubwürdigkeit bedeutet jedoch einen Verlust an Autorität, der die Beziehungen in der Familie nachhaltig betrifft. In dieser Dimension der Machtstruktur der Familie scheinen sich in den letzten 30 Jahren gravierende Veränderungen vollzogen zu haben. Die Figur des „autoritären Vaters“, in der Literatur der 30er Jahre noch charakteristisches Merkmal für die bürgerliche Kleinfamilie, scheint zu verschwinden.

Es gibt in der therapeutischen Literatur und neuerdings auch in der Literatur zur Jugendforschung (Häsing et al. 1979) deutliche Hinweise dafür, daß die enge Beziehung zwischen Mutter und Kind weit über die ersten Lebensjahre hinausreicht und einen „narzißtischen Sozialisationstyp“ nach sich zieht, dessen Motivationsstrukturen andere Merkmale tragen. Eines dieser Merkmale ist bereits, in anderen Kontexten, in den späten 60er Jahren beobachtet und von den einen begrüßt, von den anderen beklagt worden: der offensichtliche Niedergang des Leistungsprinzips als tragende Motivationsstruktur bei der heranwachsenden Generation. Habermas spekulierte 1968 auf der Basis empirischer Untersuchungen über die amerikanische Protestbewegung, daß es sich dabei nicht um einen Verfall, sondern um die Verarbeitung gesellschaftlicher Erfahrungen handle. Das Ergebnis:

„Ein Unverständnis dafür, warum das Leben des Einzelnen trotz des hohen Standes der technologischen Entwicklung nach wie vor durch das Diktat der Berufsarbeit,

durch die Ethik des Leistungswettbewerbs, ... durch Werte ... der angebotenen Surrogatbefriedigungen bestimmt ist, warum ... (die) Tilgung von Sinnlichkeit aufrecht erhalten (wird).“ (a.a.O., S. 55).

Außerdem beobachtet Krappmann, daß soziale Grundkategorien immer schwerer zu vermitteln sind: Teilen im Überfluß etwa, der Wert eines Gebrauchsgegenstandes, die Verständigung über Regeln seines Gebrauchs. In der Dimension der Beziehungsstruktur, was also die Autonomie des Lernens in Familien angeht, scheint die Autorität der Eltern als persönliche Lehrer erschüttert zu sein: die relevanten Informationen werden den Massenmedien entnommen, eine Aufarbeitung — etwa in Form eines Familiengesprächs — findet kaum noch statt.

Das sind gravierende Veränderungen. Die Familie ist gesellschaftlich zu einer Art „Sonderumwelt“ geworden, die für das Kind nach wie vor die wichtigste Rolle als Medium seines Aufwachsens spielt. Offenbar gelingt es ihr aber immer weniger, ihre Filterungs-, Aufarbeitungs- und Vermittlungsfunktion wahrzunehmen.

### **Konsequenzen für das Verständnis von Prävention**

Die vorangegangenen Überlegungen haben meines Erachtens Konsequenzen für das Verständnis dessen, was „Prävention frühkindlicher Störungen“ heißen kann.

Ein medizinisches Verständnis von Früherkennung, das abgrenzbare Symptome diagnostiziert und behandelt, ist sicherlich nicht ausreichend. Die entwicklungspsychologisch-diagnostische Maxime, je früher man eingreife, desto förderlicher wirkten sich die Korrekturen auf die kindliche Entwicklung aus, wirkt wie ein auf die Spitze getriebenes medizinisches Modell. Und wenn schon Gesundheitsprobleme wie das Rauchen nur mit Erfolg angegangen werden können, wenn sie als Teil des Lebensstils einer Person gesehen werden (Baric 1979), wie sehr mag das für Probleme in der Familie gelten, die ein spezifisches System von Beziehungen und einen spezifischen Familienalltag entwickelt hat?

Die Besonderheit von Problemen, die sich im Familienleben stellen — und Entwicklungsprobleme von kleinen Kindern stellen sich in diesem Lebenszusammenhang — besteht darin, daß sie sich nicht isoliert stellen, sondern als Teil eines Beziehungssystems, eines Netzwerks von Personen. Außerdem sind Probleme des Familienlebens immer auch Probleme der gesellschaftlichen Verfassung der Familie: diese Perspektive sollte mein Beitrag vermitteln.

Eine Diagnose von Störungen, welche diese beiden Merkmale nicht berücksichtigt, kann eigentlich nur moralisieren. Ich denke jetzt nicht an medizinische Probleme im engeren Sinne, sondern beispielsweise an Probleme der Müttererwerbstätigkeit und an schwierige Beziehungsmanöver, wie sie in der familientherapeutischen Literatur detailliert beschrieben werden. Vorbeugung in diesen Bereichen müßte daher zum einen identisch sein mit Familienpolitik, die den Familien ihre Situation erleichtert (das betrifft beispielsweise die Frage der außerfamilialen Unterbringung von kleinen Kindern und die Verbesserung dieser öffentlichen Einrichtungen, die dringend erforderlich ist), zum anderen meint Vorbeugung alle sozialpädagogischen Maßnahmen, die die gesellschaftlichen Kontexte, in denen Familien leben, aktiviert und pflegt (z.B. in der Form von Familiengruppenarbeit, Stadtteil-Arbeit).

Dieses Verständnis von Prävention kommt ohne den Ausdruck „Störung“ und seine insgeheimen Normierungen „gesunder Entwicklung“ aus. Familie wird dabei nicht als eine um Kindererziehung zentrierte Einrichtung verstanden, sondern als eine Lebenswelt, in der die Erziehung und Entwicklung der kleinen Kinder, die persönlichen Entwicklungen der Erwachsenen und ihrer Beziehungen untereinander, sowie die ökonomischen, sozialen und normativen Voraussetzungen dieser Beziehungen Momente eines Lebenszusammenhangs sind, der um seine Stabilität und um die Befriedigung seiner Mitglieder kämpfen muß.

Die Überlegungen in diesem Beitrag sind im Zusammenhang des Forschungsprojekts „Erziehungsaltag in der Unterschicht“ am Deutschen Jugendinstitut (Wahl/Tüllmann/Honig/Gravenhorst) entstanden.

#### LITERATUR

- Baric, L. (1979). Health Education in Primary Socialisation, Ms.
- Bronfenbrenner, U. (1976). Ökologische Sozialisationsforschung. Stuttgart: Klett-Cotta (Konzepte der Humanwissenschaften). Hrsg. K. Lüscher.
- Bruner, J.S. (1975). Poverty and Childhood. In *Oxford Review of Education*, Bd. 1, Nr. 1, 31 ff.
- Erler, G. (1979). Einige vielleicht gar nicht feministische Anmerkungen zur Familienpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. In *Feministische Theorie und Praxis in sozialen und pädagogischen Berufsfeldern*. Verlag Frauenoffensive, München (Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, 2: 11 ff.).
- Gelles, R. (1978). Gewalt in der Familie und Kindesmißhandlung. Neuere Forschungsergebnisse. Unveröffentlichtes Manuskript. Berlin.
- Goode, W.J. (1975). Gewalt und Gewalttätigkeit in der Familie. In *Gewalt gegen Kinder, Kindesmißhandlungen und ihre Ursachen*. Hrsg. Bast, H. et al., Arbeitsgruppe Kinderschutz; Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. 131 ff.
- Grossmann, K. (1976). Die Rolle der Bindung—Soziobiologische Überlegungen. *Zeitschrift für Soziologie*, 5: 285 ff. Stuttgart: Enke.
- Grossmann, K. (1977). Frühe Einflüsse auf die soziale und intellektuelle Entwicklung des Kleinkindes. *Zeitschrift für Pädagogik*, 23:847-880. Weinheim: Beltz.
- Grossmann, K. (1978). Emotionale und soziale Entwicklung im Kleinkindalter. In *Jahrbuch für Entwicklungspsychologie*, 1/1979. Stuttgart: Klett-Cotta; Hrsg. Rau, H.
- Habermas, J. (1968). Thesen zur Theorie der Sozialisation. Ms.
- Häsing, H., Stubenrauch, H. & Ziehe, T. (1979). *Narziß. Ein neuer Sozialisationstypus*. Bensheim: päd. extra Buchverlag.
- Hagemann-White, C. (1977). Familienerziehung—schichtspezifisch oder geschlechtsspezifisch? In *Magazin für Erziehung, Wissenschaft und Politik*.
- Heinsohn, G. & Knieper, R. (1974). *Theorie des Familienrechts. Erstausg.* Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Hong, M.-S. & Leube, S. (1979). Zum Stellenwert von Laienhelfern in der Kinderschutzarbeit. In... *auch wenn das Kind schon blaugeschlagen ist...* ed. Sartorius, W. München (Eigendruck des Deutschen Kinderschutzbundes, Ortsverband München), 117 ff.
- Hurrelmann, K. (1976). Gesellschaft, Sozialisation und Lebenslauf. In *Sozialisation und Lebenslauf*. Hrsg.: Hurrelmann, K., Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Krappmann, L. (1977). *Veränderungen in der Situation des Kindes*. (bezogen auf die letzten zehn bis zwanzig Jahre.) Ms.
- Lehr, U. (1973). Die Bedeutung der Familie im Sozialisationsprozeß, *Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit*, Bd. 5, Stuttgart: Kohlhammer.
- Lüscher, K. & Fisch, R. (1977). Das Sozialisationswissen junger Eltern. Ms.

Lüscher, K. (1977). Sozialpolitik für das Kind, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Mollenhauer, K. (1978). Familienarbeit—Familienbildung. Thesen zur Struktur des Lernens und seiner Störungen im familialen Lebensfeld. In *Forum Jugendhilfe*. Bonn: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe.

Neidhardt, F. Hrsg. (1975). *Frühkindliche Sozialisation*. Stuttgart: Enke.

Oevermann, U. Krappmann, L., Kreppner, K. (1976). Was kommt nach der schichtspezifischen Sozialisationsforschung? In *Sozialisation und Lebenslauf*. Hrsg.: Hurrelmann, K. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

## **Die Rolle der Gesundheitserziehung in der primären Sozialisation**

**Leo Baric**

### **Ein neuer Ansatz in der Gesundheitserziehung**

Der rasche Wissenszuwachs über die Kausalzusammenhänge zwischen Krankheit und menschlichem Verhalten in der jüngsten Vergangenheit hat dazu geführt, daß die Gesundheitserziehung neues Interesse und Unterstützung erfährt. Das bedeutete mehr Geld, zusätzliches Personal, aber auch neue Erwartungen, die die traditionelle Gesundheitserziehung nicht erfüllen konnte. Eine kritische Neubewertung dessen, was man gemeinhin unter Gesundheitserziehung verstand, wurde notwendig, und heute werden ständig neue Konzepte entwickelt.

In der Vergangenheit wurde die Gesundheitserziehung hauptsächlich als ein Erziehungsprozeß verstanden, der die Vermittlung von Information und Wissen an die Bevölkerung zum Ziel hatte. Der theoretische Hintergrund für diesen Ansatz war die (ungerechtfertigte) Annahme, daß Veränderungen im Wissen und möglicherweise in den Einstellungen automatisch zu Verhaltensveränderungen der Bevölkerung führen würden. Die Evaluation oder Bewertung dieser Art der Gesundheitserziehung war darauf begrenzt, Veränderungen im Wissen und in den Einstellungen als Indikator für den erzieherischen Erfolg oder Mißerfolg der Gesundheitserziehung zu messen.

Schließlich wurde die Gesundheitserziehung zu einem Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung, was bedeutete, daß das Hauptziel die Verhütung von Krankheit war. Damit dies geschehen konnte, mußte das Verhalten, ungeachtet der Methodik, verändert werden. Zur Evaluierung dieser Art von Gesundheitserzie-

---

Dr. BARIC ist Direktor der Abteilung für Gesundheitserziehung und Dozent im Fachbereich gemeinde-nahe Medizin, Universität Manchester, England.

*Anschrift:* University of Manchester, Department of Community Medicine, Stopford Building, Oxford Road, Manchester M13 9PT, Vereinigtes Königreich.

hung werden die tatsächlichen Verhaltensveränderungen und die Abnahme der Morbiditäts- und Mortalitätsziffern als Indikator für den Erfolg oder Mißerfolg verwendet. Dieser neue, auf Wirksamkeit basierende Ansatz hat den Rahmen der Gesundheitserziehung drastisch erweitert: sie wird heute als Teil einer Gesundheitsintervention verstanden und nicht mehr lediglich als Teil eines Erziehungsprozesses, bei dem es um Wissen und Einstellungen geht.

Darüber hinaus hat dieser neue Ansatz eine Neubewertung der Ursachen und Folgen menschlichen Verhaltens im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit mit sich gebracht. Ein Ergebnis dieser Neubestimmung der Gesundheitserziehung und der Konzentration auf das tatsächliche Verhalten war, daß neue Methoden der Gesundheitserziehung notwendig wurden. Eine solche neue Methode — sie wurde in Manchester entwickelt — betrifft das Problem der Verhaltensänderung im Zusammenhang mit verschiedenen Gesundheitsproblemen.

Sie setzt voraus, daß zwischen dem Wissen, den Einstellungen und dem Verhalten eine dynamische Beziehung besteht und daß es nicht immer klar ist, in welche Richtung diese Beziehung wirkt. Wissen kann Einstellungen verändern, die Einstellungen wiederum können das Wissen beeinflussen; die Einstellungen können das Verhalten beeinflussen, das Verhalten kann wiederum die Einstellungen beeinflussen etc.

Sie setzt auch voraus, daß das Verhalten eine Funktion persönlicher und sozialer Faktoren ist und daß sich soziale Einflüsse auf das Wissen, die Einstellungen und das Verhalten auswirken können. Für die Zwecke der Gesundheitserziehung dürfte es manchmal ökonomischer sein, eher die sozialen als die persönlichen Faktoren zu beeinflussen.

Eine weitere Veränderung hat sich in der Interpretation des Gesundheitsverhaltens ergeben. In der Vergangenheit wurde ein bruchstückhafter Ansatz benutzt: Die Gesundheitserziehung beschäftigte sich mit „Rauchverhalten“, „Eßverhalten“ etc. Sie konzentrierte sich auf spezifische Probleme, weil es ihr Ziel war, spezifische Krankheiten zu verhindern. Dieses Vorgehen hat aber nur Erfolge von zeitlich begrenzter Dauer gezeitigt. Die Menschen verloren Gewicht, sie hörten auf zu rauchen, und viele fingen an zu joggen oder eine andere Sportart zu treiben und gaben dies nach relativ kurzer Zeit wieder auf. Das Ergebnis war, daß die meisten der Schlankgewordenen wieder zunahmen, daß die ehemaligen Raucher nach einem Jahr oder früher wieder mit dem Rauchen anfangen und daß die verschiedenen Sportgeräte wie Ruderzubehör, Fahrräder, etc. die in der ersten Begeisterung, sich sportlich zu betätigen, gekauft wurden, schließlich ungenutzt auf dem Speicher lagen.

### **Gesundheitsverhalten: integraler Bestandteil des Gesamtverhaltens**

Das in Manchester neu entwickelte Konzept behandelt das Gesundheitsverhalten als integralen Bestandteil des Gesamtverhaltens eines Menschen. Mit anderen Worten: das Gesundheitsverhalten ist Teil des „alltäglichen Lebensstils“ eines Menschen und kann nicht teilweise verändert werden, ohne den gesamten Lebensstil zu verändern. Heute ist es sowohl für die meisten Gesundheitserzieher als auch für ihre Klientel offenkundig geworden, daß ein Mensch wohl für ein paar Wochen hungern

kann, um Gewicht zu verlieren, daß er aber nicht für den Rest seines Lebens damit fortfahren kann. Ein Mensch kann sich besonders anstrengen und morgens früh aufstehen, besonders im Sommer, und vor dem Frühstück um den Block rennen. Diese Begeisterung läßt schnell nach, besonders nach einer langen Nacht, wenn es anfängt zu regnen oder wenn man einen frühen Termin im Büro hat. Dasselbe gilt für das Rauchen, das auch Teil der Gesamtlebensweise eines Menschen ist, da die Menschen annehmen sie rauchten, um entweder besser arbeiten oder sich besser entspannen zu können, oder aber weil es in Geselligkeit in einem Lokal beim Trinken oder in anderen vergleichbaren Situationen angenehm ist.

Der allgemeine Lebensstil eines Menschen entwickelt sich stufenweise und wird durch eine Reihe von Einflüssen erworben. Die Grundlagen werden in der frühesten Kindheit gelegt, wenn Tradition, Kultur, Werte und Erwartungen von Eltern und Verwandten auf das Kind übertragen werden; später dann wird die Orientierung in weitem Maße durch die Art der Schulerfahrung und den Erfolg bestimmt; noch später dann treten Entwicklungen ein durch die Art der beruflichen Beschäftigung etc. Mit anderen Worten: Alter, Geschlecht, soziale Schicht, Familienstand etc. zusammen bedingen den Lebensstil eines Menschen. Dieser Lebensstil findet seinen Ausdruck in der Art der beruflichen Tätigkeit, der Art der Ernährung, der Vorliebe für Getränke, den Rauchgewohnheiten, der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, der Art von Gesundheitsrisiken und Krankheit, wie auch im Wissen, in den Werten, den Gewohnheiten und dem Einkommen eines Menschen.

Erfolgreiche Gesundheitserziehung sollte diesen umfassenden Ansatz in Betracht ziehen und sich die verschiedenen allgemeinen Wendepunkte im Leben eines Menschen zunutze machen, um zu versuchen, auch Gesundheitsveränderungen einzubringen. Einige dieser wichtigen Wendepunkte im Leben eines Menschen sollen erwähnt werden: früheste Kindheit und primäre Sozialisation; Schulbeginn und -abschluß; Berufseintritt, -wechsel und -aufgabe; Heirat, Scheidung, Wiederheirat; Schwangerschaft und Elternschaft; Krankheit; Tod in der Familie etc. Es gibt allerdings auch eine besondere Zugangsmöglichkeit zu diesem System, die durch die Gesundheitserziehung selbst geschaffen wurde, und zwar über das Bewußtsein einer gesundheitlichen Bedrohung aufgrund eines bestimmten Verhaltensmusters und die Bereitschaft, das Risiko zu vermindern. In jeder der genannten Situationen muß die generelle oder spezielle Gesundheitserziehung dem Menschen die Mittel an die Hand geben, sein Verhalten als Teil einer Veränderung des umfassenderen Lebensstils zu verändern; nur dann kann diese Veränderung von Dauer sein.

Theoretisch gesprochen, ist das Alltagsleben eines Menschen Ausdruck der verschiedenen sozialen Rollen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens erwirbt oder ausfüllt. Jede Rolle entspricht einem Status oder einer Stellung in der Gesellschaft und wird durch soziale Erwartungen oder Normen definiert. Damit ein Mensch die Normen erfüllen kann, muß er sie lernen. Der Prozeß der Aneignung der relevanten Normen, die einem spezifischen Status entsprechen, wird Sozialisation genannt. Ein Kleinkind lernt durch den Prozeß der primären Sozialisation die grundlegenden gesellschaftlichen Erwartungen, die der sozialen Stellung entsprechen, die ihm zugewiesen wurde und die gemeinhin eine Weiterführung der sozialen Stellung seiner Familie ist. Später erwirbt das Kind durch den in der Schule stattfindenden Prozeß der sekundären oder formalen Sozialisation einen spezifischen Teil des allgemein



akzeptierten und gesellschaftlich legitimierten Wissens, das es für seine zukünftige Rolle in der Erwachsenenwelt benötigt.

Zusätzlich zu diesen allgemeinen Aspekten der Sozialisation gibt es viele mehr, die von besonderer Art sind. Zum Beispiel wird ein Mensch durch die Partner-Werbung in seine zukünftige eheliche Rolle sozialisiert, während der Schwangerschaft wird eine Frau in ihre zukünftige Rolle als Mutter sozialisiert, durch die Lehre wird ein Mensch in seine zukünftige berufliche Rolle sozialisiert etc. Da auch Krankheit eine Veränderung im gesellschaftlichen Status eines Menschen bedeutet, muß er das angemessene Rollenverhalten erlernen. Die Gesundheitserziehung lehrt die Menschen, wie man ein Symptom deuten muß, wo man Hilfe finden kann, wie man sich als Patient verhält und wie man zum Zustand eines Gesunden zurückkehrt, nachdem das Leiden geheilt ist. In bestimmten Fällen kann ein Mensch durch seine Arbeit oder sein Verhalten in eine Risikosituation kommen, und wieder wird ihn die Gesundheitserziehung lehren, wie das dieser Situation angemessene und erwartete Verhalten auszusehen hat.

Der neue Ansatz in der Gesundheitserziehung (Baric 1978) behandelt Gesundheitsprobleme als Teil der Probleme des Alltagslebens. Er setzt voraus, daß eine Intervention höchst erfolgreich sein kann, wenn sie so angelegt ist, daß sie mit den entscheidenden Wendepunkten, in denen Veränderungen der gesamten sozialen Stellung eines Menschen auftreten, zusammenfällt. So liegt z.B. der beste Zeitpunkt zur Beeinflussung allgemeiner Wertvorstellungen und Einstellungen in der frühen Kindheit, wenn diese erworben werden; Verhaltensveränderungen werden erreicht zu Zeiten, in denen die Arbeitsstelle gewechselt wird, bei Wohnsitzwechsel, während der Schwangerschaft, bei Heirat, Pensionierung etc. Es ist bekannt, daß es den Menschen im Urlaub leichtfällt, mit dem Rauchen aufzuhören, und daß sie erst dann wieder zu rauchen anfangen, wenn sie zu Hause zurück sind und in die alte Routine verfallen.

Dieser Ansatz von Gesundheitserziehung hilft, die Gründe für Mißerfolge in den Fällen zu verstehen, bei denen die Gesundheitserziehung den Alltagsaspekt des menschlichen Verhaltens außer acht läßt und versucht, eine spezifische Verhaltensform — wie z.B. Rauchen — zu verändern und dies in einem sozialen Vakuum tut. Wenn eine Verhaltensveränderung zu einer Zeit für notwendig erachtet wird, in der das Alltagsleben eines Menschen in ruhigen Bahnen verläuft, dann muß die Gesundheitserziehung diesem Menschen klarmachen, daß eine Veränderung gerade dieses Alltagslebens notwendig ist, und sie muß gleichzeitig einen Mechanismus zur Erleichterung einer solchen Veränderung zur Verfügung stellen.

Die primäre Sozialisation wurde als wichtige Phase genannt, in der die Grundlagen für den zukünftigen Lebensstil gelegt werden. Aus diesem Grund sollte die Gesundheitserziehung einen wichtigen Teil des elterlichen Einflusses auf den zukünftigen Lebensstil ihrer Kinder ausmachen. Diese Phase ist bis heute vernachlässigt worden; sie sollte jedoch zu einem der wichtigsten Bereiche jeglicher gesundheitserzieherischer Intervention werden. Der vorliegende Bericht behandelt diese Phase der menschlichen Entwicklung; er stellt einen kurzen theoretischen Abriss des Prozesses der primären Sozialisation dar und stellt daran anschließend die Ergebnisse einer in Manchester durchgeführten Studie vor, die sich mit einigen Aspekten der Gesundheitserziehung in Familien mit 0-5 Jahre alten Kindern befaßte.



## Primäre Sozialisation

Die Geburt eines Kindes kann aus zwei unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden: einmal aus dem Blickwinkel der Gesellschaft, in die hinein das Kind geboren wurde, zum anderen aus dem Blickwinkel des Kindes selbst. Für die Gesellschaft bedeutet es die Notwendigkeit, Mittel und Wege zur Verfügung zu stellen, damit das Kind in das vorhandene soziale System möglichst bruchlos und ohne Gefährdung für das System integriert werden kann; für das Kind hingegen bedeutet es die Aktivierung aller ererbten biologischen und psychologischen Fähigkeiten zum Verständnis der Umwelt und zur Einstellung auf deren Anforderungen, die zu bewältigen es lernen muß.

Und all dies einzig und allein, um zu überleben.

Ein auf Dauer angelegtes System geht in der Weise vor, daß es seine neuen Mitglieder wirkungsvoll integriert und sicherstellt, daß sie sich in die bestehende Struktur einpassen, ohne dabei das bestehende soziale System aufzubrechen. Dies wird erreicht durch die Vermittlung grundlegender Disziplin, die ein „diszipliniertes“ Verhalten zur Folge hat; dies beinhaltet die Einschränkung unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung dadurch, daß Handlungen zugunsten zukünftigen Nutzens verschoben, vorweggenommen oder modifiziert werden. Diese Disziplin schließt eine Vielfalt von Verhaltensweisen ein, angefangen bei der Reinlichkeitserziehung bis hin zur Zukunftsorientierung im Hinblick auf Ausbildung und Beruf. Disziplin an sich betrachtet, ist einschränkend und kann ohne irgendein Ziel in der Zukunft nicht ertragen werden. Daher ist es notwendig, daß die Sozialisation dem Kind Wünsche und Bestrebungen eingibt, die jene Zukunftsziele widerspiegeln, die der zukünftigen sozialen Stellung entsprechen, die dem Kind in seiner Gesellschaft zgedacht ist. Damit sich der einzelne bestimmten Anforderungen stellen kann, muß die Sozialisation ihm ein Gefühl der Identität vermitteln. Die Rigidität und die Begrenzungen im Hinblick auf zukünftige Anforderungen gemäß der Identität eines Menschen hängen von der Offenheit des jeweiligen sozialen Systems ab. Ein Mensch erlebt seine Identität im gesellschaftlichen Sinne, indem er bestimmte gesellschaftliche Rollen übernimmt, die der designierten sozialen Stellung entsprechen. Das Rollenverhalten — auch durch die Sozialisation erlernt — wird durch gesellschaftliche Erwartungen oder Normen definiert, die ein Kind in Form von Einstellungen internalisiert. Einstellungen vermitteln individuelle Empfindungen und Gefühle, die wiederum innere Zwänge und ein Bewußtsein für das, was richtig und falsch ist, zur Folge haben. Oftmals erfordern bestimmte soziale Rollen, zusätzlich zur richtigen Einstellung, eine Reihe von Fähigkeiten, ohne die das Rollenverhalten nicht möglich wäre (Berger und Luckman, 1967).

So gesehen, stellt die Sozialisation ein wichtiges Instrument der sozialen Kontrolle dar, durch das eine Gesellschaft in der Tat sicherstellt, daß das neu zu integrierende Individuum die sozialen Normen, die den Institutionen dieser Gesellschaft innewohnen, lernt. Institutionen, die sich durch die Interaktion einzelner Personen entwickelt haben, werden für jedes neue in diese Gesellschaft hineingeborene Mitglied zu einer objektiven Realität, die ihm als äußeres und zwingendes Faktum gegenübersteht. Solch eine Welt wird durch die Komplexität und durch die Festgefügt-heit, die sie im Bewußtsein eines Menschen erlangen kann, zu einer „sozialen

Welt“. Für ein Kind wird sie zur „wirklichen“ Welt und kann durch individuelle Anstrengungen nicht einfach geändert werden. Durch die Internalisierung dieser objektiven Realität entwickelt das Kind seine subjektive Realität, die seine persönliche Deutung der Welt darstellt.

Die meisten Kinder in unserer Gesellschaft werden in eine Familie hineingeboren, und insofern ist die Familie einer der Hauptakteure der primären Sozialisation. Die Eltern, die zusammen mit dem Kind die Primärfamilie bilden, schaffen die soziale Umgebung, vertreten die anderen Mitglieder der Gesellschaft und schaffen damit die äußere Welt des Kindes. Die Eltern bilden den Rahmen für Werte und Normen, den das Kind internalisiert und sich zu eigen macht. Aus diesem Grunde ist die Stellung der Familie innerhalb der sozialen Struktur bedeutsam; sie entscheidet in hohem Maße über die Zukunft des Kindes.

Menschliche Lebewesen bleiben, verglichen mit den meisten Tieren, relativ lange in einer Periode der Abhängigkeit und sexuellen Unreife; dadurch bietet sich in dieser Zeit Gelegenheit zur Sozialisation. Die grundlegenden Voraussetzungen sind jedoch die Fähigkeit des Kindes zu lernen, Sprache zu benutzen, begleitet von einem hohen Grad Intelligenz und dem biologisch begründeten Wunsch nach sozialen Kontakten. Ein Kind lernt durch Beobachtung, Nachahmung, Modellernen, Identifikation mit wichtigen anderen Personen, durch Fragen und durch direktes Belehrtwerden, durch Versuch und Irrtum etc. In den verschiedenen Stadien der kindlichen Entwicklung sind verschiedene Prozesse vorherrschend und äußerst einflußreich. Sie dienen alle dem Zweck, dem Kind das gesammelte Erfahrungswissen, das zum Überleben in seiner Umwelt und in einer sozialen Welt wichtig ist, zu vermitteln. Während der primären Sozialisation, wenn die Verstandeskapazität des Kindes noch nicht voll entwickelt ist, wird dieses Wissen in Form von Schablonen (Routineverhalten) oder Verhaltensmustern vermittelt, die das „Alltagsleben“ des Kindes ausmachen. Im Sinne der Sozialisation wird das habitualisierte Verhalten zur selbstverständlichen Routine, wenn es von einer größeren Anzahl von Menschen geteilt wird. Dann hört eine Handlung auf, eine Quelle der Spekulation und des Erstaunens zu sein und wird Teil des Alltagslebens. Allgemein ausgedrückt: die Menschen halten nur inne um nachzudenken, wenn aus dem einen oder anderen Grund die Lebensroutine durch etwas, das sie für ein Problem halten, unterbrochen wird. Aus diesem Grund können wir sagen, daß das Denken des Menschen hauptsächlich der Problemlösung gewidmet ist. Vergleicht man Routineverhalten mit einer Handlungsweise, die auf Entscheidungsfindung beruht, ist es leicht zu sehen, wo die Vorteile liegen: Während das Routineverhalten vorhersagbar ist, kann die in einem Entscheidungsprozeß gewählte Handlungsweise nie voll vorausgesehen werden.

Für die Gesundheitserziehung ist die primäre Sozialisation aus einer Reihe von Gründen bedeutsam, die aus dem kurzen Abriss des Dargestellten ersichtlich sind. Es sind dies folgende: die Flexibilität des Kindes beim Erlernen von Werten, Normen, Routineverhalten, Gewohnheiten etc. von wichtigen anderen Personen, insbesondere den Eltern; die wichtige Rolle der Eltern, die einerseits ein Modell darstellen und andererseits dem Kind die Grundlagen des sozialen Überlebens und Daseins beibringen; die Wichtigkeit, soviel Routineverhalten wie möglich im Hinblick auf Gesundheits- oder Krankheitsverhalten zu entwickeln; die Internalisierung positiver Einstellungen zur Gesundheit und negativer Einstellungen gegenüber

Risiken durch Gesundheitsbedrohung; die Aneignung eines „alltäglichen“ Lebensstils mit so vielen Gesundheitsgewohnheiten wie möglich etc. Aus diesen und vielen anderen Gründen ist die Gesundheitserziehung während der primären Sozialisation von größter Bedeutung. Ist das Kind erst einmal erwachsen geworden, wird es schwieriger, neue Verhaltensmuster einzuüben und eine Veränderung bereits bestehender Muster zu erreichen und auf Dauer zu erhalten.

#### LITERATUR

Baric, L. (1978). Nichtraucher, Raucher und ehemalige Raucher. *Internationales Journal für Gesundheitserziehung*, XXII: 1: Supplement.

Berger, D. L. & Luckman, F. (1967). *The Social Construction of Reality*, London: Penguin.

## Kindliche Sozialisation und das Erziehungsverhalten der Mütter

**Antonina Ostrowska**

Im Rahmen der Diskussion über den Sozialisationsprozeß von Kleinkindern in Polen möchte ich auf besondere Aspekte verweisen, die den Erfolg dieses Prozesses erheblich beeinflussen, nämlich die Sozialisationspraktiken, die Förderung des Lernprozesses und die sozialen Erfahrungen des Kindes sowie der Grad der mütterlichen Zufriedenheit. Diese Faktoren beeinflussen die Ausprägung der psychosozialen Einstellungen des Kindes, das Zusammenleben mit anderen, die Erfüllung von Erwartungen und die kindliche Wahrnehmung seines eigenen „Ich“.

Vorauszuschicken ist, daß in Polen etwa 25% der berufstätigen Mütter mit Kindern unter 3 Jahren ihre Kinder in Krippen unterbringen. Da diese Einrichtungen nicht genügend Plätze zur Verfügung haben, wird bei der Aufnahme eine Auswahl getroffen. Priorität erhalten, wie überall, die Kinder von Familien, in denen beide Elternteile berufstätig sind und die aus sozial schwachen Familien stammen. Damit setzt bereits die sozial unterschiedliche Behandlung der Kinder ein. Die weniger privilegierte Bevölkerung macht von den Krippen Gebrauch, die privilegiere nicht.

Kinderkrippen sind im allgemeinen ziemlich unbeliebt; sie werden als bürokratische Einrichtungen angesehen, die nicht die richtige Atmosphäre für Kleinkinder bieten, und man betrachtet sie als „notwendiges Übel“. Trotzdem schätzt man, daß in etwa 30% der Fälle Kinder in Kinderkrippen unter besseren Bedingungen aufwachsen als zu Hause.

### Sozialisationsmethoden

Im Hinblick auf die das Lernen und die Sozialisation fördernden oder hemmenden Bedingungen beziehen sich die Untersuchungen zu diesem Problem hauptsächlich auf Stadtkinder. In diesem Beitrag möchte ich Ergebnisse herausgreifen, die eine

---

Dr. OSTROWSKA ist Soziologin am Institut für Philosophie und Soziologie der Polnischen Akademie der Wissenschaften, Warschau, Polen.

*Anschrift:* Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej, Akademii Nauk, Nowy Swiat 72, Palac Staszica Pl — 00-330 Warschau.

1976 in Warschau an einer Stichprobe von 1000 Müttern durchgeführte Untersuchung erbracht hat. Es geht dabei um die Methoden, die Mütter zur Sozialisation ihrer Kinder, zur Unterstützung des Lernprozesses und zur Förderung der Selbständigkeit angewendet haben.

Zur richtigen Erziehung eines Kindes sowie zur Förderung seiner Sozialisation und seiner Gesamtentwicklung sind nicht nur richtige Pflege und Ernährung sowie Geborgenheit notwendig, sondern auch entsprechende Gelegenheiten zum Spielen und zur Entfaltung von Eigenaktivität, zum Vertrautwerden mit der Umwelt und zum Umgang mit anderen Menschen. Der Prozeß des sozialen Lernens eines Kindes kann schon im Säuglingsalter durch die Mutter oder durch andere Bezugspersonen grundlegend beeinflusst werden.

Von ausschlaggebender Bedeutung ist die Frage, inwieweit der Entdeckungs- und Selbstständigkeitsdrang eines Kindes akzeptiert und gefördert wird. Diese Frage stellt sich der Mutter, wenn das Kind anfängt zu krabbeln und dabei seine räumliche und gegenständliche Umwelt erforscht. Bei unserer Untersuchung ergab sich, daß 74,7% der Mütter ihr Kind sich in der Krabbel- und ersten Gehphase ohne Einschränkung frei bewegen ließen; 7,6% der Kinder durften sich nur in einem begrenzten Rahmen bewegen, und 8,2% blieben in der Regel im Laufstall oder im Bett oder wurden an der Hand gehalten.

Die nächste wichtige Etappe in der kindlichen Entwicklung beginnt am Ende des ersten oder im zweiten Lebensjahr. In dem Maße wie die Mutter oder andere Familienmitglieder mit dem Kind sprechen, Geschichten erzählen usw. wird die Entwicklung des Kindes angeregt. Wenn das Kind anfängt zu sprechen, entwickelt sich gleichzeitig seine Denk-, Beobachtungs- und Assoziationsfähigkeit, und die Eltern sehen sich vor der neuen Aufgabe, alle Fragen des Kindes zu beantworten. Auch hier spielen das Ausmaß und die Art der Antworten für die kindliche Entwicklung eine Rolle. Bei den Müttern unserer Stichprobe rangierte die verbale Stimulation vor anderen Formen des Lernens. Während 79% der Mütter ihrem Kind in dieser Phase systematisch jeden Tag oder wenigstens ein paarmal in der Woche Geschichten erzählten, Bücher vorlasen oder Lieder vorsangen, taten dies nur 4% der Mütter nicht; 56% der Mütter spielten jeden oder fast jeden Tag mit ihrem Kind; 78% dehnten den Interaktions- und sozialen Erfahrungsbereich ihres Kindes aus, indem sie es mit in andere Wohnungen nahmen oder zu anderen Leuten brachten, es mit zum Einkaufen nahmen usw., und 64% der Mütter versuchten, die Fragen des Kindes altersgemäß zu beantworten. Inwieweit Mütter ihrem Kind verbale Anregungen gaben und für wie wichtig sie soziale Erfahrungen für ein Kind hielten, hing davon ab, welchen Bildungsstand sie hatten. Bei den Vätern war diese Korrelation jedoch erheblich niedriger.

### **Sind die polnischen Mütter streng oder nachgiebig?**

Für die Prägung der späteren Einstellungen des Kindes ist auch sehr entscheidend, wie die Umwelt auf sein Verhalten, seine Fehler, seine Ungezogenheiten, seinen Widerspruchsgeist reagiert. Durch die Beobachtung der Reaktionen der Erwachsenen lernt das Kind entsprechende Verhaltensweisen in bestimmten sozialen Situationen. Es ist auch bekannt, daß strengere oder zielorientiertere Erziehungs- und

Sozialisationsmethoden eher zu den pädagogisch gewünschten Resultaten führen. Im Rahmen dieser Untersuchung sammelten wir auch einige Daten darüber, wie nachgiebig polnische Eltern in der Kindererziehung sind und wie ihr Verhalten und ihre Einstellungen gegenüber folgenden Fragen sind:

Schläge bei der Sauberkeitserziehung	38,3%
Schläge für Ungezogenheit, Fehlverhalten	14,8%
Eher disziplinentorientiertes als partnerschaftliches Erziehungsverhalten	16,9%
Widerspruch gegen elterliche Entscheidungen wird nicht geduldet	35,0%
Anwendung ungerechtfertigter Einschränkungen	7,8%

Diese Ergebnisse zeigen, daß ein Drittel der Mütter bei der Kindererziehung strenge Methoden anwenden, wobei hinzuzufügen ist, daß in den Bevölkerungsgruppen mit niedrigerem Bildungsniveau häufiger strenge Erziehungsmethoden vorkommen. Außerdem gewährten die weniger nachgiebigen Eltern ihrem Kind während seiner ersten Entdeckungsphasen weniger Freiheit. Bei Jungen wurde im Vergleich zu Mädchen ein größeres Ausmaß an Strenge und ein höheres Erwartungsniveau der Eltern beobachtet, wenn es um Fragen der Selbständigkeit und der Schutzbedürftigkeit ging. Diesen Tatbestand scheint man überall anzutreffen, jedenfalls bestätigen es Untersuchungen in vielen Ländern. Das Geschlecht ist ein primär statusrelevanter Faktor, der erste unmittelbar nach der Geburt verkündete, und Mütter wissen dies sehr genau. Das mütterliche Verhalten gegenüber dem Säugling besteht nicht etwa darin, daß sie bewußt den Versuch unternehmen würde, dem Kind seine jeweilige Geschlechtsrolle beizubringen, aber die Mütter haben die gesellschaftlichen Normen internalisiert. Dementsprechend behandeln sie ihren Sohn, als ob er stark und aktiv sei, und sie freuen sich, wenn sein Verhalten diesem Image entspricht. Ihre Töchter sind für sie hübsche kleine Mädchen, süß und zart. Das Verhalten der Mütter entspricht dieser Auffassung und wenn das Kind ein Verhalten an den Tag legt, das diesem weiblichen Stereotyp entspricht, wie etwa Unselbständigkeit, dann wird dieses Verhalten wahrscheinlich nicht in dem Maße mißbilligt wie dies bei einem Sohn der Fall wäre.

Ein wichtiger Faktor für die Interaktion zwischen Mutter und Kind, der zuletzt noch erwähnt werden soll, ist der Grad der Zufriedenheit der Mutter mit ihrer eigenen Rolle. Einige Mütter scheinen an ihren Kindern, solange sie 1-3 Jahre alt sind, nur wenig Freude zu haben. Sie verbringen so wenig Zeit wie möglich mit ihnen, und der Umgang mit ihrem Kind scheint für sie keine wichtige Erfahrung zu sein, die Spaß macht.

Um Informationen über die Häufigkeit dieser Einstellung zu bekommen, wurden die Mütter über die Freuden und über die Probleme, die für sie mit dem Aufziehen kleiner Kinder verbunden waren, befragt: 68,5% der Mütter gaben an, mehr Freude als Probleme zu haben; 14% dagegen hatten das Gefühl, daß die ersten Lebensjahre ihres Kindes ihnen mehr Sorgen als Freude bereiten, während 13,5% angaben, daß sich Freuden und Probleme die Waage halten. Für zwei Drittel der Mütter von Kleinkindern ist also Zufriedenheit das vorherrschende Gefühl ihres Mutterdaseins.

## Mütter in der Krise . . .

- Unsere moderne Gesellschaft, die auf dem Prinzip des Gewinnaustausches basiert, bringt Mütter in ernsthafte Krisen: die Frauen wollen nicht mehr Mutter sein oder wenn sie es wollen, dann ist ihre Rolle eine „frustrierende“ geworden. Die Mutterrolle, die in der heutigen Werteskala weit unten rangiert, stürzt sie in eine Art Krise mit der gesamten Umgebung: es gibt keine Kommunikation mehr, der Mutter fehlt jegliches Bezugsmodell.

Diese Situation ist Ausgangspunkt der meisten Probleme und Risikofaktoren in der Mutter-Kind-Beziehung. Sie ist ein Kernproblem unserer Gesellschaft, und es müssen die allerersten Symptome erkannt werden, um so früh wie möglich Präventivmaßnahmen ergreifen zu können. Hier besteht die entscheidende Rolle der Gesundheitserziehung darin, die Mütter ernst zu nehmen, sie als verantwortungsbewußte und fähige Persönlichkeiten zu betrachten, die sich vielleicht ihrer selbst nicht sicher und unglücklich, aber in den meisten Fällen kompetent und sich der Probleme und ihrer Folgen bewußt sind.

- Das wirkliche Problem besteht darin, daß es wenig oder gar keine Anerkennung gibt für die Arbeit, die die Mütter leisten und die Qualifikationen, die sie durch ihren dauernden Kontakt mit den Kindern erwerben. Somit sind Mütter unfähig, ihr Selbstbewußtsein zu entwickeln, das die wichtigste Grundlage für eine gute Mutter-Kind-Beziehung ist.
- Insbesondere die Kinderärzte, aber auch die Gesellschaft als Ganzes, sollten eher bereit sein, mit den Müttern in einen ernsthaften Dialog zu treten, denn schließlich sind sie ja die wirklichen „Praktiker“, wenn es um den Umgang mit Kindern geht, und oft wissen sie besser als irgend jemand sonst, was mit ihren Kindern oder mit ihnen selbst los ist und wo die Schwierigkeiten herrühren. Wenn es uns nicht gelingt, diese vorhandenen Wissensreserven zu nutzen, besteht die Gefahr, daß wir alle Menschen nur noch in rein psychologischen oder sogar psychiatrischen Kategorien erfassen.
- Es gibt berufstätige Mütter, die eine aktive, anregende, gefühlvolle, gewinnende und partnerschaftliche Beziehung zu ihren Kindern haben, es gibt aber auch den umgekehrten Fall. Dasselbe gilt für Mütter, die zu Hause tätig sind.

- Kinder haben dann Probleme, wenn ihre Mütter welche haben. Es sollte hier unser Ziel sein, die Probleme der Mütter zu lösen, indem wir zum Beispiel erreichen, daß diese ihr Familien- mit ihrem Berufsleben in Einklang bringen, daß sie sich von Schuldgefühlen befreien, weil sie einsehen, daß die Zeit, die sie mit ihren Kindern verbringen, ausreicht, wenn sie gut genutzt wird, und indem wir die Väter ermuntern, mehr über ihre Teilnahme am Familienleben nachzudenken und diese zu intensivieren.

Das bezieht sich alles nur auf das normale Familienleben: wir sollten uns eingehender mit der Situation der alleinstehenden Mütter oder der geschiedenen Paare befassen.

Um zur Lösung dieser Probleme beizutragen, macht die Gesellschaft in allen Ländern dieselben Dienstleistungsangebote: Tagesmütter, Pflegemütter, Kinderkrippen, Kindergärten etc. Trotzdem entsprechen diese verschiedenen Angebote nicht ganz den Bedürfnissen, besonders was die Ausbildung des dort tätigen Personals angeht: zu oft geben sie bei der Kinderpflege nur „neutrale“ Zuneigung.

- Bei den alltäglichen Ereignissen und Krisen besteht eine Ambivalenz zwischen
  - Autonomie und Regression
  - Autorität und Nachgiebigkeit
  - dem eigenen Leben als Person/Mutter und der ausschließlichen Beschäftigung mit dem Neugeborenen.

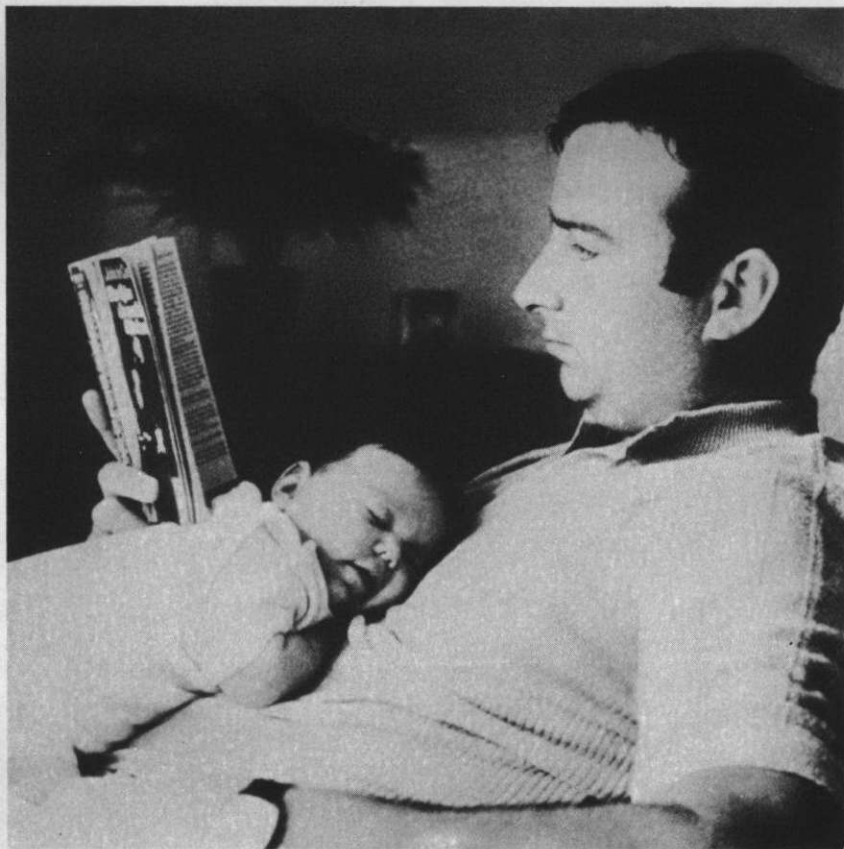
Sollten Ärzte oder Gesundheitserzieher solche Probleme in Angriff nehmen? Sollten Behörden oder Politiker hier eingreifen und Lösungen erleichtern, indem sie zum Beispiel den Mutterschaftsurlaub in die Sozialversicherung integrieren? Sollten diese Leistungen gleichermaßen für Mütter und Väter gelten? Müssen Mütter sich damit abfinden, daß sie ein Baby versorgen und trotzdem weiterhin arbeiten? Gibt es eine Rolle für Väter?



### **III**

## **Die psychosoziale Entwicklung von Kindern**

Was wir uns von der Familie wünschen . . .



Geborgenheit

Eine Aufnahme aus der Broschüre *Familienbilder*,  
herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

## Aufbau von Beziehungen im Kleinkindalter

**Klaus Großmann**

Bereits seit längerem ist bekannt, daß eine psychisch gesunde Entwicklung von Kindern, vor allem in den ersten drei Lebensjahren, nur dann gewährleistet ist, wenn diese Kinder eine oder mehrere erwachsene Personen haben, die sich regelmäßig um sie kümmern. Eine besondere Tradition haben die Untersuchungen zur Mutter-Kind-Beziehung. Der deutsche Arzt von Pfandl (1925) hat bereits um die Jahrhundertwende entdeckt, daß, wenn Kinder ohne ihre Mütter aufwachsen, sie wenig Widerstandskraft gegenüber Krankheiten besitzen, die anderen Kinder weit weniger anhaben konnten. Er empfahl bereits in den 20er Jahren, Kinder nicht von ihren Müttern zu trennen, um zu vermeiden, sie unnötigen Gesundheitsrisiken auszusetzen. Die Gedanken von Pfandlers standen Pate bei den Untersuchungen von Spitz in Südamerika (1945).

Spitz konnte mit eindrucksvollen Filmdokumenten belegen, daß Heimkinder, die ohne ständige Betreuungspersonen aufwachsen mußten, seelisch und körperlich verfielen. Diese Kinder waren gesundheitlich kaum belastbar; und ein großer Teil von ihnen starb während einer Masernepidemie. Die Untersuchungen von Spitz zeigten außerdem sehr deutlich, daß für Kinder, die ohne Mutter aufwachsen, nicht nur ein außerordentlich hohes Gesundheitsrisiko besteht, sondern daß sie auch Gefahr laufen, psychisch zu verkümmern.

Inzwischen ist vielfach belegt, daß Kinder ohne ständige Bezugspersonen in der Mehrzahl der Fälle eine verlangsamte Entwicklung aufweisen. Solche Daten liegen auch inzwischen aus Ländern vor, in denen eine ernährungsbedingte Retardierung ausgeschlossen werden kann, z.B. unter anderem aus der Schweiz und aus der Bundesrepublik Deutschland der späten 60er Jahre (Meierhofer & Keller 1966; Pechstein, 1974).

---

Prof. GROSSMANN ist Psychologe an der Universität Regensburg, Bundesrepublik Deutschland.  
*Anschrift:* Universität Regensburg, Lehrstuhl für Psychologie IV, Universitätsstr. 31, D-8400 Regensburg.

Für die Weltgesundheitsorganisation hat der britische Psychoanalytiker Bowlby im Jahre 1951 die Auswirkungen des Aufwachsens ohne ständige Betreuungsperson zusammengefaßt. Er legte eine erschütternde Bilanz vor und erklärte, daß das Fehlen dieser ständigen Betreuungsperson in den ersten Lebensjahren sicherlich die schwerwiegendste Beeinträchtigung der geistigen und körperlichen Entwicklung darstellt. Im Jahre 1962 hat die kanadische Psychologin Mary Ainsworth, wiederum im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation einen weiteren Bericht vorgelegt und die eindrucksvollen Belege, die Bowlby eine Dekade zuvor zusammengetragen hatte, vertieft und erweitert.

### **Was sind «gute» Beziehungen?**

Unter dem Eindruck dieser erdrückenden Gewißheit wurden in den folgenden Jahren in vielen Ländern Heime entweder verändert oder Heimplätze zugunsten von Pflegestellen in intakten Familien aufgelöst. Vielen Wissenschaftlern und Gesundheitspolitikern mißfiel allerdings die Ausschließlichkeit, mit der seit Bowlby und Spitz die *Mutter-Kind-Beziehung* in den Mittelpunkt gestellt wurde. Es hatte bereits, ebenfalls getragen durch die Weltgesundheitsorganisation, eine Reihe von Gesprächen über Fragen der gesunden Entwicklung von Kindern gegeben. An solchen Gesprächen hatten neben Bowlby unter anderem die wohl berühmtesten Forscher von Entwicklungsvorgängen, Lorenz (1970) und Piaget (1975), teilgenommen. Während sich Piaget vordringlich mit den Regelmäßigkeiten der geistigen Entwicklung von Kindern beschäftigt hat, wies Lorenz bereits in den 50er Jahren auf die Notwendigkeit einer feineren Analyse der Bedingungen hin, die zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Spitz hatte das von Pfandler entwickelte Wort „Hospitalismus“ populär gemacht; Lorenz sprach sehr eindringlich von der Möglichkeit eines Familienhospitalismus. Ein solcher Familienhospitalismus ist dann zu erwarten, wenn, trotz äußerlich intakter Familie, nicht genügend Zeit, ungenügende Motivation oder unzureichende soziale Fähigkeiten seitens der Eltern gegeben sind. Die Abschaffung von Heimen oder der Ersatz von Heimen durch bessere Möglichkeiten war eine grobe erste Hilfe, die sicherlich eine Vielzahl von Kindern vor einer nahezu unvermeidlichen Verkümmern bewahrt hat. Es wurde aber bald offensichtlich, daß die Vorgänge *zwischen* den Kindern und ihren Müttern oder ständigen Betreuungspersonen weitgehend unbekanntes Terrain waren.

In den Mittelpunkt einer auf eine günstige Gesundheitserziehung gerichteten wissenschaftlichen Erforschung der möglichen Zusammenhänge gelangte alsbald die Frage: „*Was sind gute Beziehungen?*“ An der Beantwortung dieser Frage beteiligen sich seit einiger Zeit Wissenschaftler aus ganz unterschiedlichen Disziplinen: Psychiater wie der amerikanische Forscher Stern (1979); Kinderärzte wie Kennell und Klaus in Cleveland (1976) und Papousek vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München (1978); Zoologen wie Hassenstein in Freiburg (1973); Psychologen wie Bruner in Cambridge (1975) oder Ainsworth in Virginia (1962), um nur einige zu nennen. Jeder ging seinen eigenen Weg, und es wäre heute verfrüht, bereits eine definitive Antwort auf die Frage, was eine gute Beziehung auszeichnet, geben zu können.

In einigen Kulturen, sagt Hinde (1978), werden diejenigen Beziehungen als die gesündesten bezeichnet, in denen jeder Partner sich wenigstens so weit anpaßt, daß

keiner von beiden, zum Beispiel seinem eigenen Plan um jeden Preis folgt oder dazu gezwungen ist, dem Plan des anderen sklavisch zu folgen.

Gesundheitserziehung aus der Sicht der meisten Verhaltensforscher, die sich mit den sozialen Voraussetzungen einer gesunden Entwicklung des kleinen Kindes beschäftigen, bedeutet folgendes: Dem Kind soll die volle Entfaltung seiner sozialen und intellektuellen Kompetenzen ermöglicht werden. Eine solche Perspektive liegt z.B. dem 2. Familienbericht des Ministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahre 1975 zugrunde.

### **Untersuchungen der Beziehungen zwischen Kindern und Erwachsenen: die Ergebnisse**

Ich möchte anhand von Untersuchungen, die ich augenblicklich mit einer kleinen Forschergruppe in der Bundesrepublik Deutschland durchführe, erläutern, wie die Vorgänge zwischen dem Kind und einer ständigen Betreuungsperson — meistens der Mutter — aussehen, von denen wir nach dem heutigen Stand des Wissens glauben, daß sie eher zu einer psychisch gesunden Entwicklung führen. Dabei muß ich von vornherein betonen, daß die 50 Familien, mit denen wir seit nunmehr fast 4 Jahren zusammenarbeiten, alle einen Lebensstandard haben, der jenseits von Armut liegt. Ich stimme mit Bruner überein, der meint, daß Armut, das Fehlen der notwendigsten Ressourcen von Nahrung, Wärme und Raum, sicherlich derjenige Faktor ist, der eine gesunde Entwicklung am ehesten beeinträchtigt.

Meine *erste These* ist die folgende:

Die psycho-soziale Gesundheit von Kindern ist davon abhängig, daß ihnen die Möglichkeit des Aufbaus einer qualitativ guten Beziehung zu bestimmten, regelmäßig anwesenden Personen gegeben wird. Auf dieser Grundlage können von Unsicherheit freie Neugier und angeregtes Spiel Erfahrungen ermöglichen, die auch eine gesunde Auseinandersetzung mit den sachlichen Gegebenheiten ihrer jeweiligen Umwelt erlauben.

Die These rafft, grob gesagt, zwei Grundthemen zusammen: Eine ständige Bezugsperson bzw. mehrere ständige Bezugspersonen geben dem Kind die nötige Sicherheit, d.h. befreien es vor Unsicherheit und verhindern Angst, die das Kind möglicherweise am Erkunden, Spielen und am Kennenlernen seiner Umwelt hindern könnte. In vielen psychologischen Untersuchungen ist deutlich nachgewiesen worden, daß ein Kind, welches sich unter Streß befindet oder verunsichert ist, nicht spielt. Zahlreiche Untersuchungen weisen nach, daß solche Kinder schon in jungen Jahren nahezu unfähig sind, entsprechende Angebote ihrer Umwelt auszunutzen.

Die *zweite These* lautet:

Das Neugeborene ist von Anfang an ein soziales Wesen und mit einem für den Aufbau sozialer Beziehungsstrukturen geeigneten Verhaltensrepertoire ausgestattet.

Es gibt inzwischen zahlreiche Untersuchungen, in denen mit Hilfe der von dem amerikanischen Kinderarzt Brazelton (1973) entwickelten Neonatal Assessment

Scale die Richtigkeit dieser These nachgewiesen wurde. Brazelton untersucht neugeborene Kinder in ihrem Verhaltensbereich, geht also weit über die bisher bekannten neurologischen Untersuchungen von Prechtl (1976) oder die frühe Bestimmung des Geburtszustandes von Apgar (1953) hinaus. Insgesamt sind es 27 Verhaltensweisen, die nach Brazelton erfaßt werden.

Wir haben 50 Neugeborene in den ersten 8 Lebenstagen mit der Brazelton Skala untersucht. Eine Faktorenanalyse, das ist ein statistisches Verfahren, um die zusammengehörigen Verhaltensweisen in Kategorien zu gruppieren, zeigt uns, daß die Kinder vom ersten Lebenstage an fähig sind, sich selbst zu beruhigen bzw. sich durch zärtliches Ansprechen, Streicheln, Wiegen usw. beruhigen zu lassen, wenn sie erregt sind. Sie tun das allerdings in unterschiedlichem Ausmaße, und es erfordert von seiten der Mutter eine gewisse Feinfühligkeit, bis sie herausgefunden hat, wie ihr Kind am besten zu behandeln ist, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen — Ruhe und Zufriedenheit. Alle Kinder zeigen auch von Anfang an die Fähigkeit, über manchmal sogar minutenlange Phasen hinweg, ein Gesicht aufmerksam anzuschauen oder gar dem Gesicht oder einem anderen Gegenstand zu folgen. Auch in dieser Fähigkeit unterscheiden sich die Kinder voneinander, jedoch beileibe nicht in demselben Maße, wie bei der Fähigkeit, sich aus einem Erregungszustand in einen ruhigen Zustand bringen zu lassen.

Wir haben uns natürlich gefragt, ob diese Fähigkeiten der Säuglinge den Müttern bewußt oder bekannt sind und ob sie darauf reagieren. Bewußt oder bekannt waren sie weder den Müttern noch den Schwestern und auch nicht den Hebammen. Alle beteuerten übereinstimmend, daß sie gelernt hätten und überzeugt wären, daß Neugeborene z.B. nicht sehen und auch nicht hören könnten.

Die Mütter beteuerten allerdings ebenso häufig, daß sie das *Gefühl* hätten, daß ihre Kinder bereits sehen und hören könnten. Um einen ersten Anhaltspunkt dafür zu bekommen, ob die sozialen Signale der Neugeborenen von den Müttern entsprechend beantwortet würden, und ob die Säuglinge bereits in der Lage sind, auf bestimmte Verhaltensweisen ihrer Mütter zu reagieren, haben wir folgendes gemacht: Die Mutter und ihr Kind wurden während der 8 Tage, die sie im Wochenbett des Krankenhauses verbrachten, dreimal videographiert. Diese Video-Aufnahmen wurden anschließend analysiert. Wie die Anfänge dieser Kontaktaufnahme zwischen Mutter und Kind im Wochenbett vor sich gehen — zumindest unter den Bedingungen in unseren hiesigen Krankenhäusern — möchte ich Ihnen anhand der Beschreibung einiger Video-Ausschnitte demonstrieren (Großmann 1978).

*Michaela: 2 Tage alt, zweites Kind* — Wenn das Kind die Augen geschlossen hat, aber nicht tief schläft, dann versucht die sensibel tastende Mutter das Kind durch leichtes Schütteln, Rütteln oder Aufrichten wach zu bekommen. Häufig öffnet daraufhin das Baby seine Augen und blickt die Mutter an. Sobald es das tut, nickt die Mutter, lächelt und spricht zu dem Kind, als ob sie es grüßen würde.

Die meisten Mütter reagieren auf das Augenöffnen ihrer Kinder in der eben beschriebenen Weise. Dabei gibt es Mütter, die nicht ein einziges Augenöffnen verpassen, während andere nicht ganz so aufmerksam sind. Manche Mütter reagieren etwas robuster und recht zurückhaltend auf die noch sehr zarten sozialen Signale des Kindes. Dies ist der Fall im folgenden Beispiel:

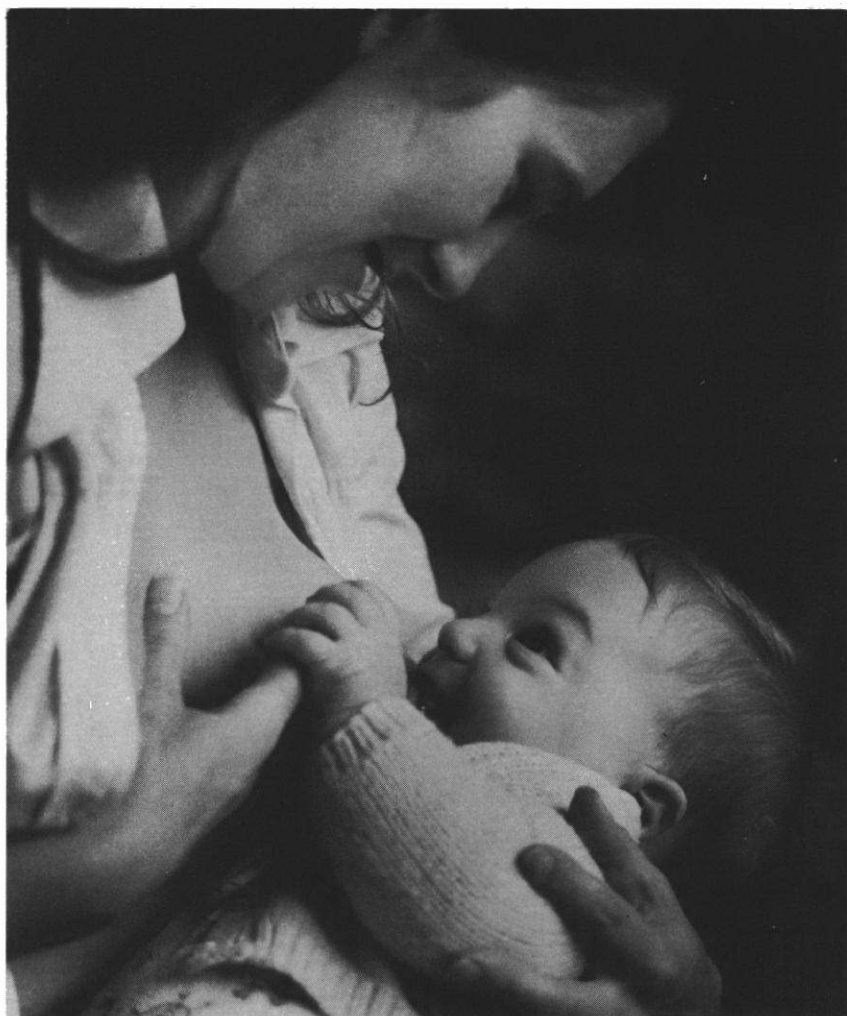


Foto: Weltgesundheitsorganisation

*Das Kind zeigt von Anfang an die Fähigkeit, aufmerksam zu beobachten.*

*Katrin: 8 Tage alt, zweites Kind* — Die Mutter hebt das Baby hoch, weil es sich verschluckt hat. Das Kind öffnet die Augen und schaut die Mutter dreimal direkt an. Die Mutter reagiert erst nach dem Füttern beim dritten oder vierten Augenöffnen, insgesamt aber durchaus weniger deutlich als in den vorangegangenen Beispielen. Im Gegensatz zu dieser Einstellung gibt es Beispiele lebendiger, fröhlicher Interaktion zwischen einer Mutter und ihrem Neugeborenen, in denen die Mutter intensiv und zärtlich reagiert.

*Dirk: 8 Tage alt, erstes Kind* — In diesem Beispiel achtet die Mutter genau auf alles, was das Baby tut. Sie spricht ihm freundlich zu, wenn es die Augen aufmacht, sie schmust mit ihm und ahmt seine Äußerungen nach.

VERHALTEN VON KINDERN, DEREN BEZIEHUNG MIT IHREN MÜTTERN ODER VÄTERN PSYCHISCH SICHER IST



*Das Kind spielt und schaut die Mutter freundlich an*



*Die Mutter verabschiedet sich von dem Kind, bevor sie den Raum für drei Minuten verläßt*



*Das Kind hört auf zu spielen und sucht lebhaft nach der Mutter, oft unglücklich, manchmal weinend*



*Eine freundliche, aber fremde Person kann das Kind nicht besänftigen, das versucht, sich von ihr zu entfernen*



*Als die Mutter zurückkommt, begrüßen sich beide freudig*



*Nach einer kurzen Weile spielen Mutter und Kind wieder glücklich miteinander; sie schauen sich freundlich an und unterhalten sich mit lebhaftem Blickkontakt*



Die drei Beispiele zeigen, daß Anfänge einer Beziehung von Anfang an zu beobachten sind. Es handelt sich um ein *wechselseitiges Kennenlernen*. Anfangs lernt die Mutter ihr Kind kennen, einige Tage oder Wochen später beginnt das Kind, seine Mutter kennenzulernen. Da die individuellen Unterschiede außerordentlich groß sind, käme es zu keiner Beziehung, wenn die Betreuungspersonen für das Kind ständig wechselten. Das Kind könnte sich nicht auf die großen individuellen Unterschiede zwischen erwachsenen Personen in dem gezeigten Bereich subtiler Signale einstellen.

Wir haben bis jetzt, beim Erforschen der Grundlagen einer gesunden Entwicklung, zwei Dinge festgestellt: (1) Das Kind bringt bereits Voraussetzungen mit, die es den Müttern ermöglichen, es von Anfang an als einen sozialen Partner zu betrachten und zu behandeln, und (2) die Mütter bringen eine gesteigerte Bereitschaft mit, diese Verhaltenssignale des Kindes genauestens zu erkunden und darauf zu reagieren. Aus diesen beiden Komponenten setzen sich die Anfänge des Aufbaus einer Beziehung zusammen. Ich habe das in der folgenden These zusammengefaßt:

*Dritte These:*

Die Mütter Neugeborener suchen aktiv nach Anzeichen sozialer Verhaltensweisen bei ihren Kindern, auf die sie in sehr spezifischer Weise sozial reagieren und so das Kind beeinflussen können.

Aus der Perspektive einer gesunden Entwicklung des Kindes ist es natürlich interessant zu erfahren, welche Bedingungen während des ersten Lebensjahres besonders günstig sind und welche weniger günstig. Wir haben insgesamt 50 Familien, jede dreimal während des ersten Lebensjahres des Kindes, zu Hause beobachtet und dabei besonders darauf geachtet, wie der Umgang zwischen dem Kind und den anwesenden Bezugspersonen aussah. Wir haben unsere eigenen Beobachtungen verglichen mit zahlreichen Berichten aus der wissenschaftlichen Literatur. Besonders hilfreich für uns waren die ausgesprochen reichhaltigen Beobachtungen der bereits erwähnten kanadischen Psychologin Ainsworth, die sie in den 60er Jahren in Baltimore durchgeführt hat (Ainsworth et al. 1978). Besonders ergiebig war eine sehr detaillierte Beschreibung mütterlicher Feinfühligkeit, die sie gegeben hat. Dabei kommt es auf folgendes an:

- Nimmt die Mutter ein Signal ihres Kindes überhaupt wahr?
- Wie interpretiert sie das Signal?
- Reagiert sie darauf angemessen?
- Wenn sie angemessen reagiert, reagiert sie auch prompt?

Ich habe unsere eigenen Beobachtungen und die Forschungsergebnisse anderer Forscher in der vierten These zusammengefaßt.

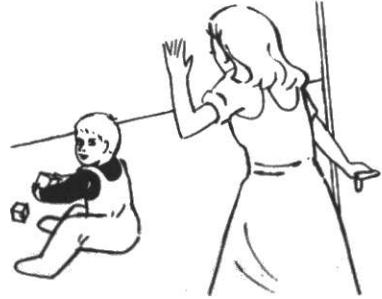
*Vierte These:*

Während des ersten Lebensjahres des Kindes baut sich eine mehr oder weniger gute soziale Beziehung zwischen dem Kind und dem ständig betreuenden Erwachsenen auf. Die Qualität einer solchen Beziehung beruht auf Feinfühligkeit gegenüber den Signalen des Kindes, der Annahme des Kindes und dem Zusammenspiel mit dem Kind.

VERHALTEN VON KINDERN, DEREN BEZIEHUNG MIT IHREN MÜTTERN ODER VÄTERN PSYCHISCH UNSICHER IST



*Das Kind spielt allein und schaut die Mutter nur selten, und wenn, dann ohne jeglichen Ausdruck, an*



*Die Mutter verläßt den Raum... das Kind setzt sein Spiel fort*



*Das Zusammenspiel mit einer freundlichen, aber fremden Person ist oft lebendiger als mit der Mutter oder dem Vater*



*Als die Mutter nach dreiminütiger Abwesenheit zurückkommt, vermeidet es das Kind, sie anzuschauen oder irgendeinen anderen direkten Kontakt herzustellen*



*Kommunikation wird indirekt aufgenommen: Körperkontakt wird vermieden*

*Mutter und Kind schauen beide teilnahmslos auf denselben Gegenstand*

Im Alter von einem Jahr testen wir, wie gut die Beziehung in einer Situation ist, in der das Kind kurzfristig von der Mutter getrennt wird. Mutter und Kind werden von uns eingeladen, in einem hübschen Spielraum zusammenzusein. Eine fremde Studentin versucht, mit dem Kind zu spielen, und wir beobachten meistens eine anfängliche Zurückhaltung gegenüber dieser Fremden. Die Mutter verläßt dann den Raum für drei Minuten. Dies beeinträchtigt in der Regel die Spielaktivität des Kindes und aktiviert sein Bindungsverhalten, sein Suchen nach der Mutter. Eine gute Beziehung ist nun geeignet, die kurzfristig dem Kind zugemutete Verunsicherung durch die Trennung schnell wieder zu beheben, so daß das Kind bald wieder sicher und zufrieden erkunden und spielen kann. Ist eine Beziehung weniger gut, so gelingt dieses Vergewissern schlechter, das Kind gewinnt seine anfängliche Sicherheit nicht wieder, und es ergeben sich Spannungen und Reibungen in der Beziehung zwischen der Mutter und dem Kind.

Ich möchte Ihnen das wiederum anhand einiger Beispiele demonstrieren:

*Christian: 12 Monate alt* — Das Kind spielt im Schutz seiner Mutter mit der Fremden. Die Mutter hat den Raum verlassen, das Kind bemerkt dies nach kurzer Verzögerung. Es beginnt zu weinen und sucht seine Mutter. Die Fremde kann das Kind nicht beruhigen. Das Kind läßt sich durch die Mutter kurzfristig beruhigen, bleibt aber verunsichert und ärgerlich. Es zeigt in seinem Verhalten *Verzweiflung, Ambivalenz und Ablehnung*. *Es gelingt der Mutter nicht, das Kind in einen sicheren Zustand zu versetzen.*

*Bert: 12 Monate alt* (siehe Abbildung auf gegenüberliegender Seite) — Das Kind spielt, während die Mutter den Raum verläßt. Das Kind sucht weinend die Mutter, krabbelt zum Stuhl, auf dem sie gesessen hat und läßt sich von der fremden Person nicht beruhigen. Es krabbelt dann schließlich der Mutter zur Tür entgegen und läßt sich von ihr sofort beruhigen, bleibt aber zunächst etwas verunsichert. Durch geschicktes Verhalten kann die Mutter das Kind schließlich wieder zum Spielen und zum Erkunden anregen. In dieser Szene wird das Wechselspiel zwischen Erkunden und Bindung auf der Grundlage einer guten Beziehung zwischen Mutter und Kind besonders deutlich.

*Albert: 12 Monate alt* (siehe Abbildung auf gegenüberliegender Seite) — Das Kind folgt dem ganzen Vorgang ohne sichtbare Gefühle und mit offensichtlich geringer Teilnahme. Die Mutter verläßt den Raum, das Kind ist mit der Fremden allein, nimmt aber wenig Kontakt mit ihr auf. Das Kind manipuliert stattdessen einen Kreisel und kräht dabei recht fröhlich. Bei der Rückkehr der Mutter zeigt das Kind keine emotionalen Regungen, sondern schaut sie nur teilnahmslos an, während die Mutter das Kind lediglich zum Naseputzen veranlaßt. Beim darauffolgenden Spiel mit dem Brummkreisel läßt die Mutter dem Kind keinen eigenen Spielraum.

Die Ergebnisse, die wir auf der Grundlage solcher Beobachtungen erhielten, habe ich in einer weiteren These zusammengefaßt:

*Fünfte These:*

Im Alter von etwa einem Jahr gelingt — bei eventueller psychologischer Verunsicherung des Kindes — die Wiederherstellung eines Zustands von Sicherheit und Geborgenheit um so eher, je besser sich die Qualität einer Beziehung während des ersten Lebensjahres entwickelt hat.

Es verbreitet sich nun bei der *Suche nach einer pädagogisch und psychologisch gesunden Erziehung* immer mehr die Einsicht, daß die Mutter-Kind-Beziehung zwar eine tragende Beziehung ist, aber für die meisten Kinder beileibe nicht die einzige. Einmal gibt es in den meisten Familien *mehrere Personen*, zu denen die Kinder besondere Beziehungen aufbauen. Man kann vielleicht sogar sagen, daß die Ausschließlichkeit der Mutter-Kind-Beziehung in Kleinfamilien, in denen das beobachtete Kind das einzige Kind ist, wo Mutter und Kind den ganzen Tag über allein gelassen werden, eine große Belastung für die Beziehung darstellen kann. Auf der anderen Seite stellen wir immer wieder fest, daß es nicht sehr viele Väter sind, die die Gelegenheit zum Aufbau einer guten Beziehung mit ihrem Kind nutzen. Wir prüfen das, wenn die Kinder 18 Monate alt sind, in dem gleichen Spielzimmer, in dem wir die Kinder mit ihren Müttern beobachtet haben, als sie 12 Monate alt waren. Auch hier möchte ich wieder drei verschiedene Beispiele schildern: Ein Kind, dessen Beziehung zum Vater nicht tragfähig genug ist, um die Verunsicherung aufzufangen, ein Kind, das nur indirekten Kontakt mit seinem Vater aufnehmen kann und schließlich ein Kind, bei dem sich ein sehr schönes Zusammenspiel mit dem Vater ergibt, an dem beide sichtlich Freude haben.

*Christa: 18 Monate alt* — Das Kind ist sehr verunsichert und ängstlich. Der Vater verläßt den Raum, während das Kind sehr scheu mit der Fremden zusammen spielt, schließlich weint, als es die Abwesenheit des Vaters bemerkt; es läuft zur Tür und wird von der Fremden abgelenkt, was aber nur kurzfristig gelingt. Als der Vater wiederkommt, nimmt er das Kind auf, kann es aber trotz großer Bemühungen nicht beruhigen. Das Kind hebt die Arme hoch, der Vater nimmt es auf, aber das Kind weint weiter. Die Anregungen des Vaters werden vom Kind abgelehnt. Ablehnung und Geschrei steigern sich. Die Beziehung ist nicht geeignet, dem Kind in dieser Situation zu helfen.

*Arno: 18 Monate alt* — Das Kind spielt sehr zaghaft, der Vater verläßt den Raum, das Kind zeigt keine Reaktion. Es nähert sich der Fremden nur zaghaft und zieht sich gleich wieder zurück. Als der Vater wiederkommt, blickt das Kind ihn regungslos an und wendet sich dann von ihm ab. Das Kind nimmt kaum Blickkontakt zu seinem Vater auf, zu einer Interaktion kommt es nur über das Auto. Es handelt sich um eine unsicher vermeidende Bindung, die nur einen indirekten Kontakt zuläßt. Auch in einer solchen Beziehung findet sich nicht unbedingt eine tragfähige Basis für ein gutes, die gesunde Entwicklung des Kindes förderndes Zusammenspiel.

*Björn: 18 Monate alt* — Das Kind spielt mit dem Vater, wobei Spielzeug hin und her wandert. Der Vater verabschiedet sich liebevoll, als er den Raum verläßt, das Erkundungsverhalten des Kindes wird sehr gering, als er weg ist. Es freut sich sehr, als die Tür aufgeht und ist dann ausgesprochen enttäuscht, als die Fremde hereinkommt und nicht der Vater. Es ruft mehrere Male nach dem Vater. Als der Vater schließlich kommt, begrüßt es ihn freudig. In der danach folgenden längeren Spielszene läßt der Vater dem Kind einen großen Spielraum zum eigenen Entdecken, er unterstützt das Kind in jeder Beziehung und fördert auf diese Weise seine Freude am Umgang mit Gegenständen und mit ihm selbst.

Ich habe die Beobachtungen der 18 Monate alten Kinder mit ihren Vätern wie folgt zusammengefaßt:

*Sechste These:*

Mit zunehmender Selbständigkeit der Kinder entwickeln sich — falls sich die Gelegenheit dazu bietet — mit 18 Monaten und schon früher auch andere Wege des Zugangs zu vertrauten Erwachsenen, oder das Kind hält sich von solchen Kontakten weitgehend zurück.

Selbstverständlich entwickelt sich eine gute Beziehung zwischen Vater und Kind nicht erst mit 18 Monaten. Bei einigen Familien ist die Beziehung zwischen dem Kind und dem Vater intensiver als die zwischen dem Kind und der Mutter. Bei anderen Familien sind es unter Umständen sogar andere Personen als die Eltern: Großeltern oder ältere Geschwister.

Der wichtigste Gesichtspunkt aus der Perspektive des Erforschens von Beziehungsstrukturen scheint folgender zu sein: Mit verschiedenen regelmäßig anwesenden Personen entwickelt das Kind verschiedene Beziehungsmuster. Die psychische Sicherheit des Kindes, Grundlage seiner gesunden Entwicklung, ergibt sich aus dem Inhalt, der Vielfalt, der Komplementarität, der Qualität, den Beziehungsmustern und schließlich daraus, wie das Kind sie wahrnimmt. Die Beziehungen, die das Kind zu erwachsenen Personen seines engeren Lebenskreises aufbaut, sind von grundlegender Bedeutung für die zunehmende Selbständigkeit des Kindes und für seine Kompetenz beim Umgang mit anderen Dingen und Personen.

Wir haben im Verlaufe unserer Untersuchungen an 2jährigen geprüft, welche Perspektiven sich in den Beziehungen ergeben. Wir haben dazu Spiele ausgewählt, die geeignet sind, den Kindern eine neue Erfahrung zu geben, und die von den Müttern und von den Vätern noch nicht mit ihren Kindern gespielt worden sind. Auf diese Art und Weise bekommen wir einen Einblick, inwieweit die Eltern imstande sind, darauf zu achten, wie das Kind mit dem angebotenen Material umgeht, wie sie sich auf diese Situation einstellen, und wie sie dann mit den Kindern zu einem gewissen Zusammenspiel gelangen. Dazu bedarf es der schon früher erwähnten Feinfühligkeit: Die Eltern müssen am Verhalten des Kindes erkennen, was es kann und was es nicht kann und sein Verhalten richtig interpretieren und angemessen reagieren.

Auch hier möchte ich einige Beispiele vorstellen, und zwar immer abwechselnd schlechtes und gutes Zusammenspiel mit der Mutter, schlechtes und gutes Zusammenspiel mit dem Vater und schlechtes und gutes Zusammenspiel mit einer Beobachterin. Das Spiel, das mit der Mutter gespielt wird, besteht aus Plättchen, die das Kind zu einem Muster legen soll; das ist für die meisten Kinder zu schwer, so daß die Mütter sich auf die Fähigkeiten des Kindes einstellen müssen. Das Spiel, das der Vater seinem Kind anbietet, ist Knetmasse, aus der die beiden gemeinsam etwas kneten sollen. Die Beobachterin schließlich versucht, mit dem Kind einen Turm aus Klötzchen zu bauen.

Das erste Beispiel: *Mutter und Kind, weniger gutes Zusammenspiel.* Inhalt: Die Mutter stellt einige leichte Forderungen an ihr Kind, das diese aber nicht befolgt. Das Kind achtet nicht, was die Mutter tut, sondern zerstört ihr gelegtes Muster. Das Kind hat kaum Lust zum Spielen, und die Mutter kann es nicht zum Mitmachen gewinnen. Als das Kind sich einmal freut, freut sich die Mutter nicht mit. Das Kind versteckt häufig die Hände und ruft nach der Beobachterin („Tante“).

Das folgende Beispiel zeigt eine *Mutter, die mit ihrem Kind ein gutes Zusammenspiel erreicht*. Inhalt: Mutter und Kind sprechen miteinander über das, was das Kind tut. Jeder antwortet dem anderen. Die Mutter hilft ihrem Kind, und das Kind nimmt es gerne an. Wenn das Kind beschäftigt ist, unterbricht die Mutter sein Tun nicht. Beide freuen sich über das entstandene Resultat gemeinsam.

Im dritten Beispiel spielen *Vater und Kind*; es kommt aber *keine Zusammenarbeit* zustande. Der Vater möchte das Kind in sein Spiel einbeziehen, aber das Kind reagiert überhaupt nicht auf ihn. Der Vater stellt viele Fragen an das Kind, die es ignoriert. Vater und Kind schauen einander nicht direkt an. Der Vater nimmt die Knetmasse, die das Kind gerade ergreifen wollte, ohne das Kind zu fragen. Das Kind beteiligt sich nicht an der Suche des Vaters nach einem heruntergefallenen Stückchen Knetmasse. Das Kind zerstört, was ihm der Vater vorfertigt. Vater und Kind zeigen keinerlei Freude am gemeinsamen Spiel.

Ein weiteres Beispiel für ein *gutes Zusammenspiel zwischen Vater und Kind*. Inhalt: Vater und Kind lächeln sich wiederholt an und freuen sich gemeinsam. Das Kind ahmt nach, wie der Vater auf die Knetmasse einschlägt. Beide unterhalten sich über die Knetmasse. Der Vater antwortet fast auf jede einzelne Äußerung seiner Tochter. Beide freuen sich gemeinsam am gegenseitigen Geben und Nehmen.

Schließlich zwei Beispiele, in denen zu erkennen ist, wie Kinder Erfahrungen, die sie in mehr oder weniger gutem Zusammenspiel mit ihren Eltern gemacht haben, nicht selten auch auf andere Personen übertragen. Es handelt sich in beiden Fällen um die gleiche Beobachterin, die inzwischen über bewunderungswerte Erfahrungen im Umgang mit den verschiedensten 2jährigen verfügt. Die Aufgabe besteht darin, das Kind zu veranlassen, einen Turm zu bauen; die *Beobachterin* baut einen Turm vor.

Zunächst das Beispiel für *weniger gutes Zusammenspiel*. Inhalt: Das Kind kann nicht ruhig auf die nächste Aufgabe warten. Es befolgt nicht die Anweisungen und ist nicht bereit, einen Turm nachzubauen. Als die Beobachterin etwas drängt, wendet sich das Kind ganz von der Aufgabe ab. Das Kind will stattdessen an den Koffer, aus dem die Beobachterin verschiedene Aufgaben herausgeholt hat. Auf das wiederholte Bitten der Beobachterin, mit ihr gemeinsam einen Turm zu bauen, geht es nicht ein. Es hilft lieber, die Klötze wegzuräumen als damit zu spielen.

Ein letztes Beispiel zeigt ein Kind, das im Alter von 2 Jahren zu einem *guten Zusammenspiel mit einer fremden Person* in der Lage ist. Inhalt: Das Kind erwartet aufmerksam die neue Aufgabe, die ihr die Beobachterin vorlegt. Es baut an dem Turm, den die Beobachterin angefangen hat, weiter. Es achtet genau auf die Warnung der Beobachterin und prüft aufmerksam ihr Gesicht, bevor es weitermacht. Es freut sich über seinen Turm und ist sofort bereit, einen neuen Turm zu bauen. Das Umfallen des zu hoch gebauten Turmes wird zu einem jubelnden Anlaß gemeinsamer Freude mit allen Beteiligten.

Ich habe die Beobachtungen an den 2jährigen in der folgenden These zusammengefaßt:

*Siebente These:* Im zweiten Lebensjahr zeigen sich deutliche Auswirkungen einer guten sozialen Beziehung auch in der Qualität der Unterstützung der Kinder bei neuen Erfahrungen durch vertraute und unvertraute Erwachsene.



## Zusammenfassung

Im Zusammenhang mit den psycho-sozialen Bedingungen der frühkindlichen Entwicklung habe ich versucht, Ansatzmöglichkeiten für die Gesundheitserziehung aufzuzeigen. Ich habe mich dabei auf die Entwicklung der Beziehungsstruktur des Kleinkindes von der Geburt bis zum 2. Lebensjahr konzentriert. Selbstverständlich ist die Analyse solcher Beziehungen nicht auf die ersten beiden Lebensjahre beschränkt. Im Gegenteil, je älter das Kind wird, desto anspruchsvoller werden die Anforderungen an die Personen, die Umgang mit dem Kind haben. Manche Kinder sind schon recht bald in der Lage, sehr unabhängig und erfolgreich zu lernen und Freude daran zu haben. Andere Kinder sind im Gegensatz dazu nicht immer in der Lage, wechselnden Situationen eine positive Seite abzugewinnen. In den modernen Industriegesellschaften wird immer deutlicher, daß mehr und mehr Aufgaben von Institutionen übernommen werden, in erster Linie von Kindergärten und Schulen. In dem Maße, in dem die Belastungen für die Familien immer größer werden, suchen diese Gesellschaften natürlich nach Auswegen und Entlastung, z.B. durch außerfamiliäre Betreuung von Kindern. Aus den verschiedenen Beziehungen, die wir bei unseren Beobachtungen gesehen haben, kann leicht erkannt werden, daß nicht jeder neue Kontakt zu einer guten Beziehung und damit zu einer günstigen Voraussetzung für die künftige Entwicklung des Kindes werden muß. Andererseits kann man aber genau so gut aus der Qualität des Zusammenspiels, wie im letzten Beispiel mit einer fremden Beobachterin, sehen, wann, ob und mit wem das Kind in der Lage ist, eine gute Beziehung aufzunehmen. An den eindeutigen kindlichen Signalen über Freude am Erkunden, Freude am Zusammenspiel, Freude am gemeinsamen Tun sowie Zuwendung, Zuneigung anstelle von Vermeidung oder Abneigung hatten wir sicherlich den überzeugendsten und sowohl menschlich als auch wissenschaftlich besten Indikator für kindliches Wohlbefinden und damit die bestmöglichen Voraussetzungen einer sowohl psychischen wie auch sozial gesunden Entwicklung.

Es ist natürlich kein Zufall, daß erst Gesellschaften, die einen Lebensstandard erreicht haben, der den Kindern Wohnraum, Nahrung und Hygiene in ausreichendem Maße gewährleistet, sich mit Kinderpsychologie beschäftigen. In diesem Sinne ist die Psychologie vielleicht sogar ein Luxus. Die Erforschung der Entwicklungsbedingungen in dem von mir dargestellten Sinn hört allerdings dann sofort auf, ein Luxus zu sein, wenn die günstigen materiellen Lebensbedingungen beginnen, die zwischenmenschlichen Beziehungen, auf die das Kind in seiner Entwicklung angewiesen ist, zu beeinträchtigen. Nicht viele Kinder sind in der Lage, solche Entbehrungen im psychosozialen Bereich ohne Beeinträchtigungen zu überstehen. Viele werden unsicher in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen und in ihrem Selbstvertrauen. Darüber hinaus gelingt es nicht allzu vielen Kindern, das Fehlen von Anregung und Unterstützung durch ihre Eltern auszugleichen: entweder aus eigener Kraft oder mit Hilfe anderer Bezugspersonen. In vielen Fällen mangelt es ihnen dann nicht nur an Selbstvertrauen, sondern auch am Können und Wissen, und nicht selten vermeiden sie das Lernen aus der Erfahrung heraus, daß reguliertes Lernen oft von Mißerfolgen begleitet ist.

Nach heutigem Wissen ist eine optimale frühkindliche Entwicklung am ehesten dann gewährleistet, wenn neben materiellen Voraussetzungen auch die dauerhafte

Zuneigung und die Gemeinsamkeit beim Kennenlernen der Welt gewährleistet ist. In diesem Sinne ist die Beziehung des Kindes zu seiner Umwelt die Grundlage seiner gesunden Entwicklung. Wer gelernt hat zu sehen, dem *zeigen die Kinder selbst an ihrem Verhalten überdeutlich*, ob die Voraussetzungen dafür gegeben sind. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung wird nicht nur die Unterstützung und Förderung der Familien bei ihren Aufgaben sein, sondern auch die allmähliche Anpassung der öffentlichen Erziehungseinrichtungen an diese kindlichen Bedürfnisse und nicht, wie bisher, die Anpassung der Kinder an die Bedürfnisse der Schulen und anderer Einrichtungen für Kinder.

## LITERATUR

- Ainsworth, M.D.S. (1962). The Effects of Maternal Deprivation: A Review of Findings and Controversy in the Context of Research Strategy. In *Public Health Papers*, 14. Genf: WGO.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Hillsdale: Erlbaum.
- Apgar, V. (1953). A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant. *Current Researches in Anesthesia and Analgesia*, 32:260-267.
- Bowlby, J. (1973). Maternal Care and Mental Health, Orig.: *Bulletin WGO*, 1951, 3: 355-534. Deutsch: Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit. München: Kindler.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment*. London: Hogarth.
- Brazelton, T. B. (1973). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. London: Heinemann.
- Bruner, J.S. (1975). Poverty and Childhood. *Oxford Review of Education*, 1:31-50.
- Grossmann, K. (1978). Die Wirkung des Augenöffnens von Neugeborenen auf das Verhalten ihrer Mütter. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 38:629-635.
- Grossmann, K.E. (1978). Emotionale und soziale Entwicklung im Kleinkindalter. In *Jahrbuch für Entwicklungspsychologie*, 1, Hrsg. Rauh, H. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K.E. & Grossmann, K. (1979). Mutter und Kind. Auf das Zusammenspiel kommt es an. In *Psychologie Heute*, 6: 9: 72-74.
- Grossmann, K.E. & Grossmann, K. (1982). Die Entwicklung sozialer Beziehungen in den ersten beiden Lebensjahren — Überblick über ein Forschungsprojekt. In *Sozialisation und Intervention in der Familie*. Hrsg.: Lukesch, H., Perrez, M. & Schneewind, K.A. Bern: Huber.
- Hassenstein, B. (1973). *Verhaltensbiologie des Kindes*. München: Piper.
- Hinde, R.A. (1978). Interpersonal Relationships: In Quest of a Science. *Psychological Medicine*, 8:373-386.
- Kennell, J.H. & Klaus, M.H. (1976). *Maternal-infant Bonding: the Impact of Early Separation or Loss on Family Development*. Saint Louis: Mosby.
- Lorenz, K. (1970). The Enmity Between Generations and its Probable Ethological Causes. *Psychoanalytic Review*, 57:333-377.
- Meierhofer, M. & Keller, W. (1966). *Frustration im frühen Kindesalter*. Bern: Huber.
- Papousek, H. & Papousek, M. (1978). Interdisciplinary Parallels in Studies of Early Human Behavior: From Physical to Cognitive Needs, from Attachment to Dyadic Education. *International Journal of Behavioral Development*, 1:37-49.
- Pechstein, J. (1974). *Umweltabhängigkeit der frühkindlichen zentralnervösen Entwicklung*. Stuttgart: Thieme.
- Piaget, J. (1975). *Gesammelte Werke. Studienausgabe*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pfaundler, M. von (1961). Über Anstaltsschäden bei Kindern. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* (1925) 29: 611 (zitiert nach Peiper, A. *Die Eigenart der kindlichen Hirntätigkeit*. 662. Leipzig: Thieme.
- Prechtl, H. & Beintema, D. (1976). *The Neurological Examination of the Full-Term Newborn Infant*. Spastics Society. London: Heinemann. (Deutsch: *Die neurologische Untersuchung des reifen Neugeborenen*. Stuttgart: Thieme, 1976).
- Spitz, R.A. (1945). Hospitalism. In *Psychoanalytical Study of the Child*, 1: 53-74.
- Stern, D. (1979). *Mutter und Kind — die erste Beziehung*. Stuttgart: Klett-Cotta.



## **Aufbau der Tätigkeit und Störungsgenese in der frühen Kindheit**

**Wolfgang Jantzen**

Ich möchte zuerst eine kurze Zusammenfassung der in diesem Beitrag entwickelten Konzepte geben.

Bei der Analyse der frühkindlichen Entwicklungssituation ist weder vorrangig von einem eigenschaftszentrierten noch einem situationszentrierten Ansatz auszugehen, sondern von der Analyse der Tätigkeit, die zwischen naturhistorischer Gewordenheit und gesellschaftlicher Realität (biologischem bzw. sozialem Erbe) in der Individualgeschichte vermittelt.

Führende Tätigkeiten sind in der frühen Kindheit perzeptives Lernen, danach die Manipulation mit Objekten, danach das Spiel. Als Haupttriebkraft der Entwicklung muß das Neugierverhalten gelten.

Tätigkeit wird optimal aufgebaut in Situationssequenzen, die eine optimale Realisierung von Neugierverhalten zulassen. Dies setzt die Minimierung hierarchisch niedriger Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Schmerzfreiheit, Angstfreiheit voraus, die durch bedürfnisorientierte Erziehungstätigkeit der Mutter erfolgt. Dies bewirkt sowohl eine Generalisierung der Mutter bezüglich der Vermeidung von Angst und Schmerz, der Stillung von Hunger und Durst wie der Organisation von Aufgabenstrukturen, die dem Neugierverhalten Rechnung tragen (Schaffung von Sicherheit, Aufbau von Bindung).

Die Entstehung von Störungen ist aus permanentem Überschreiten der durch die Tätigkeits- und Bedürfnisstruktur gesetzten optimalen Systemgrenzen zu begreifen: optische, akustische, taktile usw. Überstimulation bzw. Deprivation, Nichterfüllung von Bedürfnissen wie Hunger und Durst, Angstfreiheit und Schmerzfreiheit unter-

---

Prof. JANTZEN ist Psychologe und Dozent für Behindertenpädagogik an der Universität Bremen, Bundesrepublik Deutschland.

*Anschrift:* Universität Bremen, Fachbereich Sonderpädagogik, Bibliothekstraße, D-2800 Bremen.

binden das Neugierverhalten und reduzieren die Entfaltung der führenden Tätigkeit [Phase 1]. Versagt der Rückgriff auf die mit dem Übergang zur Manipulation von Objekten als Objekt der Bedürfnisbefriedigung generalisierten Mutter (=Bindung) [Phase 2], so treten Stadien massiver Affekte auf (Schreien, Weinen, Wimmern) [Phase 3], die intermittierend mit Versuchen der Lösung auf dem Niveau der führenden Tätigkeit bzw. der Nutzung der Bindung mehr generalisiert werden (Streß) [Phase 4] und dauernde Adaptation unter weitgehender oder völliger Blockierung des Neugierverhaltens hervorbringen (=vegetative und psychische Reaktionsbildung im Sinne von anaklitischer Depression, Hospitalismus, Marasmus) [Phase 5].

Entsprechend diesem Aufbau müssen Reduktion von Neugierverhalten, unzureichende Bindungen, häufige Affektäußerungen usw. als Anlaß sekundärer Prävention genutzt werden bzw. eine primäre Prävention durch Schulung von Eltern und Angehörigen möglichst bereits im pränatalen Bereich erreicht werden. Diese Schulung hätte, z.B. unter Nutzung historischer Traditionen, Volksweisheiten usw. die Zusammenhänge von Tätigkeitsentwicklung und Störungsgenese sowie mögliche Interventionen modellhaft zu verdeutlichen und einzuüben.

Ich möchte nun diese Ansichten und ihren konzeptionellen Rahmen eingehender erläutern.

### **Die Notwendigkeit einer voraussagbaren Basis**

Primäre Prävention im Kleinkindalter muß Voraussagen über die künftige Entwicklung eines Kindes in einer gesellschaftlichen Umwelt treffen mit dem Ziel, Wechselwirkungsprozesse zwischen Kind und Umwelt so zu beeinflussen, daß für das Kind der Zustand der Gesundheit resultiert bzw. der Zustand der Krankheit vermieden wird. Diese Zielangabe kann in Anlehnung an die WGO-Definition von Gesundheit mit Jervis (1978) wie folgt konkretisiert werden: Primäre Prävention zielt nicht nur auf das Nichtvorhandensein von Krankheit, sondern auf Gesundheit als Möglichkeit, „die physischen und psychischen Anlagen voll auszuschöpfen... Wenn Gesundheit Vollbesitz der eigenen physischen und psychischen Fähigkeiten bedeutet, dann ist, wer sich aufgrund von Armut und Unwissenheit ungenügend und falsch ernährt, absolut nicht gesund“ (S. 30). Primäre Prävention muß unter ihrem Zielaspekt an den am besten entwickelten gesellschaftlichen Verhältnissen gemessen werden, d.h. Bedingungen, unter denen das Vorhandensein von Krankheit am geringsten ist. Dies würde jedoch im Sinne des zitierten Gesundheitsbegriffes nicht hinreichend sein, vielmehr muß Aufschluß darüber gewonnen werden, was es im einzelnen bedeutet, „die physischen und psychischen Anlagen voll auszuschöpfen“. Bei der Klärung dieses Sachverhaltes darf jedoch nicht von einem eigenschaftszentrierten Ansatz ausgegangen werden, wonach ein System von angeborenen Anlagen mehr und mehr durch Umwelteinflüsse modifiziert wird, noch darf einem situationsbezogenen Ansatz das Wort geredet werden, der die Hervorbringung unterschiedlicher Eigenschaften lediglich von situativen Bedingungen und ihrer Wirkweise abhängig macht. Beide Ansätze erfassen nicht, daß die Grundeigenschaft lebendiger Systeme im Informationsaustausch zwischen dem lebendigen System und der es umgebenden Realität liegt, eine Eigenschaft, die in allgemeinsten Form als *Tätigkeit*, *innere Widerspiegelung* der äußeren Wirkungsbedingungen und *Subjekthaftigkeit* begriffen werden kann (Leontjew 1973). Kennzeichnend für jedes

lebende System ist, daß seine Entwicklung nur über die Struktur seiner Tätigkeit begriffen werden kann, dies freilich unter der Voraussetzung der durch die natürliche und beim Menschen hierauf aufbauende gesellschaftliche Evolution gegebenen Höhe der organischen und gesellschaftlichen Möglichkeiten der Tätigkeitsorganisation (Struktur des zentralen Nervensystems (ZNS), Differenziertheit der Widerspiegelung der Umwelt, Niveau des gesellschaftlichen Wissens).

### **Aufbau der Tätigkeit: Konzepte und Prozesse**

Um angemessene Konzepte primärer Prävention zu entwickeln, ist es daher notwendig, von der Struktur der Tätigkeit und den Bedingungen ihrer Störung auszugehen. Die hierfür erforderliche systemtheoretische Betrachtungsweise in der Theorie der Ontogenese (Volochov 1977) muß an Stelle von relativ diffusen Konzepten wie Reifen oder Lernen auf eine Betrachtungsweise zurückgehen, die begreift, daß sich Entwicklung des Individuums und Wirkweise der Umweltbedingungen in der Struktur der Tätigkeit vermitteln, die nicht sinnvoll nach angeborenen Voraussetzungen (Reifung) und bloßen Wirkweisen der Umwelt (Lernen) getrennt werden kann.

Hier kann wesentlich an den systemtheoretischen Überlegungen von Anochin (1978) angeknüpft werden, der in die Theorie der Ontogenese das Prinzip der *Systemogenese* eingeführt hat. Das bedeutet: „Es kommt zu einer elektiven und beschleunigten Reifung jener Organteile und Organstrukturen, die künftig ein funktionelles System bilden, unabhängig von der Reifung der Organe als Ganzes“ (S. 106), wobei unter 'funktionellem System' verstanden wird: „eine solche Kombination von Vorgängen und Mechanismen, die sich dynamisch in bezug auf die betreffende Situation ausbildet und unweigerlich zu einem abschließenden Anpassungseffekt führt, der für den Organismus gerade in dieser Situation nützlich ist“ (S. 79).

Hierbei ist zu beachten, daß für jeden Organismus, also auch für den menschlichen, ein lebenserhaltendes Repertoire von unbedingten Reflexen, Erbkoordinationen und Orientierungsmechanismen vorausgesetzt werden muß, das mit zunehmender Evolution differenzierter und komplizierter wird und damit zugleich mit der erhöhten Organisation des ZNS in der Entwicklungsgeschichte der Arten eine zunehmende Öffnung der höchsten Funktionen der Tätigkeitsorganisation gegenüber Umweltgegebenheiten erfolgt (Schurig 1975, 1976; Keller und Schurig 1978).

Diese Verschiebung von einer Festgelegtheit der Tätigkeit zur Modifikabilität erreicht beim Menschen jene Höhe, daß das menschliche Gehirn nunmehr im umfassenden Sinn zum Organ wird, das „neue Organe bilden kann“ (Leontjew). D.h. durch die Übernahme der sozialen Standards wie Werkzeuge und Sprache als individuelle Werkzeuge des Denkens kann die soziale Arterfahrung durch die Herausbildung entsprechender hochstabiler Reflexsysteme des Großhirns mit quasi-Organcharakter zur Regulation der individuellen Tätigkeit verwendet werden.

Prozesse der Systemogenese im vorgeburtlichen Bereich, die vor allem und unmittelbar über die Plazenta der Mutter (Hecht et al. 1977) wie über die Widerspiegelung der Eigenaktivität des Organismus im ZNS (Schurig 1979) und nur mittelbar durch Umweltbedingungen gesteuert werden, hängen nach der Geburt nunmehr unmittelbar von der Strukturierung der Umwelt in Relation zur Eigenaktivität des Organismus ab. Dabei kann unter den Bedingungen der menschlichen Tätigkeitsorgani-

sation als individueller Aneignung des Sozialerbes mit dem Ziel erhöhter Realitätskontrolle die spezifische Wechselwirkung zwischen gesellschaftlicher Realität und biologischen Grundlagen der Tätigkeitsorganisation mit Luria (1978) wie folgt bestimmt werden: „Die gesellschaftlichen Formen des Lebens zwingen das Gehirn, auf neue Weise zu arbeiten, sie lassen qualitativ neue funktionelle Systeme entstehen“ (S.647).

Dabei können durch optimale Strukturierung der Tätigkeit mittels der bedürfnisorientierten Gestaltung der Umweltbedingungen die einzelnen Entwicklungsstadien der hierarchisch organisierten Entwicklung der „physischen und psychischen Anlagen“ des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen in ihrem zeitlichen Ablauf gegenüber den heute bekannten Durchschnittswerten sowohl beschleunigt wie auf höhere Niveaus geführt werden. Andererseits können durch den Gesetzmäßigkeiten der Tätigkeitsentwicklung unangemessene Situationsstrukturen diese Prozesse nicht nur erheblich verlangsamt werden, es können sogar ihre organischen Voraussetzungen, z.B. unter den Bedingungen der frühen sensorischen Deprivation, weitgehend zerstört werden.

Im Sinne einer effektiven und wirksamen primären Prävention, die an Gesundheit und nicht nur am Nichtvorhandensein von Krankheit orientiert ist, ist es somit Notwendigkeit, auf dem Hintergrund der bis hier erörterten Konzepte die Struktur des Tätigkeitsaufbaus zu bestimmen. Es ist zu erörtern, inwiefern durch bedürfnisadäquate (und welchen Bedürfnissen vorrangig adäquate) Struktur der Umweltbedingungen die Genese der Tätigkeit angemessen entwickelt wird, bzw. auf dem Hintergrund welcher Gesetzmäßigkeiten Prozesse der Störung der Tätigkeit und damit der Störung der physischen und psychischen Gesundheit begriffen werden können.

Ich gehe dabei aus von dem Konzept der dominierenden Tätigkeit, wie es durch Leontjew (1973) bzw. Saporoshez und Elkonin (1971) herausgearbeitet wurde. Unter dominierender Tätigkeit ist jene Tätigkeitsform zu verstehen, die vorrangig in einer Entwicklungsphase zur Bildung und Umgestaltung der psychischen Vorgänge führt, zu grundlegenden Veränderungen der kindlichen Persönlichkeit (Leontjew 1973, S.402). Das Konzept der dominierenden Tätigkeit ist in den mir vorliegenden Publikationen ausformuliert ab einem Lebensalter von ca. 6 Monaten nach der Geburt. Ich möchte es unter Aufgreifen von Ergebnissen der modernen Neurophysiologie, der Ethologie und der Entwicklungspsychologie um die vorweglaufenden Entwicklungsperioden ergänzen. Ich beschränke mich im Rahmen dieser Darstellung auf den postnatalen Bereich (zur pränatalen Entwicklung vgl. Volochov 1977, Schurig 1979).

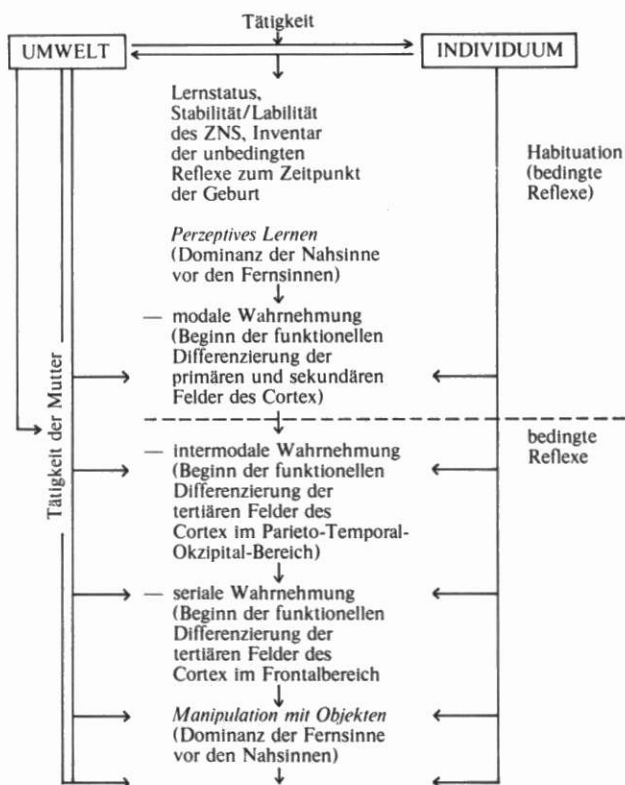
### **Vom perceptiven Lernen zu Manipulation und Spiel**

Vom Zeitpunkt der Geburt an ist zunächst ein Vorwiegen des *perzeptiven Lernens* festzustellen, das z.T. bereits auf Habitationsvorgänge im Bereich von Somatoästhetik, Motorik und Akustik zurückgreifen kann (Saporoshez und Elkonin 1971, Schmidt 1973).

Die Ausdifferenzierung der Funktionen erfolgt zunächst im Bereich der Nahsinne und dann im Bereich der Fernsinne (Sehen, Hören), wobei ab dem zweiten bis dritten Lebensmonat die visuelle Perzeption die führende Rolle in der Entwicklung des Kindes übernimmt. Während zunächst das sinnesspezifische perzeptive Lernen vor-

wiegt, beginnen sich ab dem dritten Lebensmonat intermodale, d.h. verschiedene Sinnesbereiche umfassende Orientierungsreaktionen zu formen und schließlich eine der gegenständlichen Tätigkeit angemessene serielle Organisation der Wahrnehmung. Bei der Untersuchung frühkindlicher Wahrnehmungsstörungen hat Affolter (1972, 1974, 1976, 1977) für die Herausbildung des perzeptiven Lernens eine Klassifikation in modale, intermodale und serielle Wahrnehmungsorganisation vorgeschlagen, die in Verbindung mit dem Wandel der Struktur des perzeptiven Lernens im Übergang von den Nahsinnen zur führenden Rolle des visuellen Analysators zur Binnendifferenzierung jener Phase der frühkindlichen Entwicklung benutzt werden kann, die hier mit dem perzeptiven Lernen als dominierender Tätigkeit klassifiziert wurde (vergl. *Abbildung 1*). Am Ende dieser Periode erfolgt ein Wandel in der Wahrnehmungsorganisation: Während bis dahin Berührung die visuelle Wahrnehmung hervorruft und die Augen den Tastbewegungen der Hände folgen, ruft nunmehr die visuelle Wahrnehmung die Tastbewegungen nach einem Objekt hervor (Saporoshez und Elkonin 1971, S.15); es erfolgt der Übergang zur nächsten Stufe der dominierenden Tätigkeit, der *Manipulation mit Objekten*. Im Zusammenhang der nunmehr ablaufenden Entwicklung der Tätigkeit werden mehr und mehr stabile Beziehungen zur Umwelt hervorgebracht, gewinnen Gegenstände der Umwelt Signalcharakter für

ABB. 1: DIE STRUKTUR DER FRÜHEN NACHGEBURTlichen TÄTIGKEITSENTWICKLUNG



die Bedürfnisbefriedigung, wobei in dieser Phase wie in der ersten Phase die Tätigkeitsentwicklung nur aus der gemeinsamen Tätigkeit zwischen dem Kind und einem Erwachsenen begriffen werden kann. Die Objekt Konstanz, die der Erwachsene (im Regelfall also die Mutter) als Realisator der Umweltbedingungen für die gemeinsame Tätigkeit mit dem Übergang in die Phase der Manipulation mit Objekten gewinnt, erklärt ihrerseits auch die gravierenden Auswirkungen des Wegfalls der Bezugsperson gerade in dieser Phase (vergl. z.B. Schmalohr 1975, Langmeier und Matejcek 1977).

Durch die Manipulation mit Objekten wird mehr und mehr der invariante Charakter (Werkzeugcharakter) von Umweltbedingungen erschlossen und zur Bedürfnisbefriedigung nutzbar. Zugleich bildet sich die Sprache heraus, mittels derer Objekte zunächst gekennzeichnet, d.h. zum akustischen Analysator in Beziehung gesetzt werden, und dann über die Reproduktion von Lauten bezogen auf singuläre Gegenstände schließlich ein Übergang auf eine Verkoppelung von Lauten mit Klassen von Gegenständen und Ereignissen erfolgt, d.h. der bedürfnisrelevante (Werkzeug-) Gebrauch der Sprache möglich wird (vergl. Luria 1969). Durch die nunmehr zunehmend über die Nutzung sozial standardisierter Beziehungsarten zu Gegenständen und Personen erprobte Invarianz der eigenen Tätigkeitsstrukturen, die Herausbildung der Persönlichkeit und eines Ich-Begriffs zerfällt die gemeinsame Tätigkeit mit der Mutter. An Stelle der bloßen Manipulation mit Objekten erfolgt nun die bedürfnisrelevante Aneignung und Ausgestaltung der sozialen und gegenständlichen Beziehungen durch den Übergang zu einer neuen Form der dominierenden Tätigkeit, dem *Spiel*.

Im Unterschied zu den späterhin im Schulalter bzw. im Erwachsenenalter folgenden dominierenden Tätigkeiten des Lernens und der Arbeit, ist das Spiel nicht unmittelbar auf die Veränderung der Realität ausgerichtet, obwohl es ein Resultat jener Tätigkeiten ist (Lernen, Arbeit), in denen der Mensch die Wirklichkeit umgestaltet. Das Wesen des kindlichen Spiels besteht zunächst in der Fähigkeit „die Wirklichkeit im Abbilden umzubilden“ (Rubinstein 1971, S.728). Durch das Spiel lernt das Kind, daß jeder Gegenstand eine Bedeutung hat, es ist die semantische Vorstufe zum operativen Gebrauch der in den Werkzeugen und der Sprache realisierten gesellschaftlichen Erfahrung.

### **Die Entfaltung von Neugierverhalten**

Als Haupttriebkraft der Entwicklung der Tätigkeit muß das Bedürfnis nach neuen Eindrücken gekennzeichnet werden, das als notwendige Folge wie Voraussetzung der in der Evolution bei den Säugetieren und insbesondere beim Menschen erhöhten cerebralen Kapazität zu begreifen ist und eine immer stärkere Verschiebung von der Festgelegtheit der Tätigkeit zur Modifikabilität der Tätigkeit beinhaltet (Schurig 1975, 1976, Holzkamp-Osterkamp 1975). Tätigkeit wird optimal aufgebaut in Situationssequenzen, die eine optimale Realisierung von Neugierverhalten zulassen (Boshowitsch 1970, Konorski 1967). Da jedes höher entwickelte lebendige System hierarchisch organisiert ist und die höchsten Funktionen der zentralen Nerventätigkeit die führende Rolle gegenüber hierarchisch niederen Strukturen und Prozessen haben, deren Wirkweise sie zum Teil kontrollieren und unter Umständen auch kom-

pensieren können, hängt es von der Entfaltung der kognitiven Kompetenz gemäß der Entwicklung der dominierenden Tätigkeit ab, wieweit hierarchisch niedere Bedürfnisse — die allerdings keineswegs beliebig vernachlässigbar sind — in den Vordergrund treten und die Entfaltung von Neugierverhalten und die Erweiterung kognitiver Kontrolle reduzieren.

Verallgemeinert setzt die Entfaltung von Neugierverhalten die *Minimierung der situativ führenden Rolle hierarchisch niederer Bedürfnisse* durch die gemeinsame Tätigkeit mit der Mutter voraus. Solche Bedürfnisse sind Hunger, Durst, Schmerzfreiheit, Angstfreiheit usw. Sie sind einerseits der Entfaltung der kognitiven Kontrolle nachgeordnet. Andererseits beeinflussen sie das Neugierverhalten bzw. das Orientierungsverhalten. Sie sichern als Widerspiegelung der inneren Befindlichkeit des Organismus in Relation zu den gegebenen Möglichkeiten der Realitätskontrolle über Emotionen die organismischen Voraussetzungen der Erweiterung der Realitätskontrolle (Simonow 1975).

Durch die bedürfnisrelevante Tätigkeit der Mutter werden zum einen diese Bedürfnisse gestillt wie ein artspezifischer Aufbau der sinnlichen Erfahrung gesichert, zum anderen erfolgt in diesem Prozeß ab dem Zeitpunkt der intermodalen und serialen Wahrnehmungsorganisation und dem Übergang zur gezielten Manipulation mit Objekten eine Generalisierung der Mutter bezüglich der Vermeidung von Angst und Schmerz, der Stillung von Hunger und Durst wie der Organisation von Aufgabenstrukturen, die dem Neugierverhalten Rechnung tragen und das Auftreten von Furcht vermeiden. Es wird also Sicherheit für das Kind durch die Organisation der gemeinsamen Tätigkeit durch die Mutter geschaffen und über die Generalisierung der Sicherheit Bindung aufgebaut.

### **Das Entstehen von Störungen**

In diesem Prozeß ist nunmehr das Entstehen von Störungen so zu begreifen, daß:

- 1) den genannten hierarchisch niederen Bedürfnissen über längere Zeit nicht entsprochen wird, sie damit zur Sicherung der Lebensfähigkeit des Organismus die führende Rolle vor dem Neugierverhalten gewinnen und damit die Realisierung der dominierenden Tätigkeit hemmen;
- 2) Situationsstrukturen nicht der Struktur der Wahrnehmungstätigkeit, der Ausrichtung des Orientierungs- bzw. Neugierverhaltens entsprechen, sensorische Deprivation bewirken und damit den Aufbau von Realitätskontrolle verhindern;
- 3) widersprüchliche oder überfordernde Situationsstrukturen die Realisierung von Neugierverhalten nicht ermöglichen und Angst hervorbringen, bzw.
- 4) die in den ersten Phasen der Tätigkeit notwendige relative Objekt- und Personenkonstanz (vergl. die Folgen früher sensorischer Deprivation bzw. psychischer Deprivation im Rahmen des Hospitalismussyndroms) nicht gewährleistet ist.

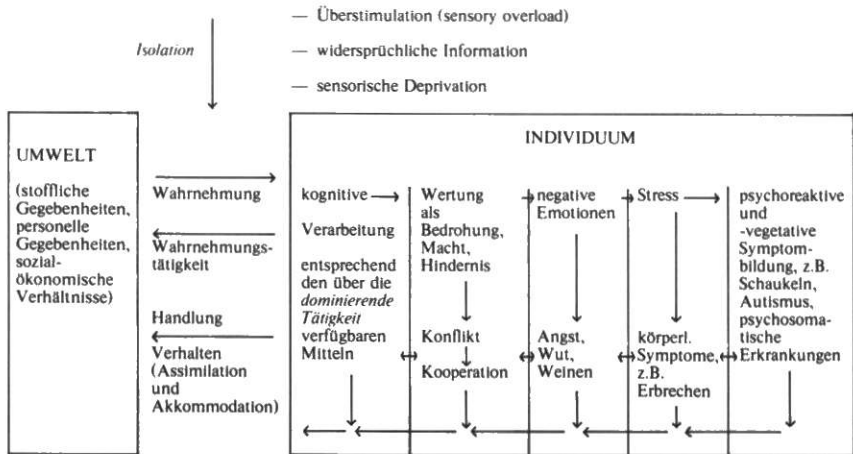
Die Entstehung von Störungen ist als permanentes Überschreiten der durch das Niveau der dominierenden Tätigkeit wie die Bedürfnisstruktur gesetzten optimalen Systemgrenzen zu begreifen: optische, akustische, taktile usw. Überstimulation bzw. Deprivation, Nichterfüllung von Bedürfnissen wie Hunger, Durst, Angstfreiheit und Schmerzfreiheit unterbinden das Neugierverhalten und reduzieren die Entfal-



tung der dominierenden Tätigkeit. Der Prozeß der Störungsgenese unter von der Umgebung, d.h. gesellschaftlichen Umwelt isolierenden Bedingungen, wie soeben dargestellt, kann unter dem Gesichtspunkt zunehmend erweiterter Adaptationsversuche des Organismus zur Wiedergewinnung der Realitätskontrolle begriffen werden, indem mehr und mehr auf zusätzliche Regulationsmechanismen der Tätigkeit zurückgegriffen wird.

Wird also die Entfaltung der dominierenden Tätigkeit unter den genannten Bedingungen soweit beeinflußt, daß die für die Realisation von Neugierverhalten gegebenen Systemgrenzen (die jeweils abhängig sind von der bisherigen Entwicklung der Tätigkeit) überschritten werden, so resultiert ein *Konflikt*, der durch die Nutzung bereits erworbener kognitiver Muster und Operationen reguliert wird, z.B. indem das Kind Schutz bei der Mutter sucht. Versagt der Rückgriff auf die Mutter (die mit dem Übergang zur zweiten Phase der dominierenden Tätigkeit als Objekt der Bedürfnisbefriedigung generalisiert wurde) oder auch auf andere Personen, die zur kooperativen Lösung der Problemsituation herangezogen werden können, so treten als Folge und in Ergänzung der bis dahin realisierten Tätigkeitsformen (Neugierverhalten bzw. Lösung des Konflikts durch Bindung bzw. Kooperation) mehr und mehr *Stadien massiver Affekte* auf (Schreien, Weinen, Wimmern).

ABB. 2: STRUKTUR DER STÖRUNGSGENESE



Diese affektiven Zustände, die intermittierend mit Versuchen der Lösung auf dem Niveau der dominierenden Tätigkeit bzw. auf dem Niveau der Konfliktlösung durch Bindung und Kooperation auftreten und bei Anhalten der isolierenden Bedingungen mehr und mehr generalisiert werden, bringen *physischen Stress* hervor, d.h. ein allgemeines Adaptationssyndrom, das eine Reihe von regulatorischen Neueinstellungen von für die Aufrechterhaltung der Reaktionsbereitschaft und Gewinnung der Realitätskontrolle unter diesen Bedingungen kompensatorischen Reaktionen bewirkt, die vorrangig im Rahmen des autonomen Nervensystems ablaufen (vergl. Selye 1976, Laux 1979). Unter den Bedingungen der langfristigen Aufrechterhaltung



isolierender Bedingungen, die immer wieder über Affekte gesteuerte Tätigkeit und Stress hervorbringen, kommt es schließlich zur langfristigen Adaptation an diese Bedingungen, d.h. zu einem Tätigkeitsaufbau, der die Abstimmung von Bedürfnissen und Realitätskontrolle mit den verfügbaren regulatorischen Mitteln des Individuums optimal zu sichern versucht unter den Bedingungen der ständigen Einschränkung der Tätigkeit. Diese Adaptation zeigt sich dann als Apathie bzw. Selbststimulation durch Schaukeln, Autoaggressionen usw. bei weitgehender Blockierung des Neugierverhaltens und *Reaktionsbildungen im vegetativen Bereich* (psychosomatische Erkrankungen) wie im *psychischen Bereich* (Verdrängung, Ich-Schwäche usw.; vergl. *Abbildung 2*).

### Entwicklung von Konzepten der primären Prävention

Auf dem Hintergrund dieser Überlegungen zum systematischen Zusammenhang des Aufbaus der Tätigkeit und der Störungsgenese wird es nunmehr möglich, *Konzepte der primären Prävention* zu entwickeln, die sich nicht mehr lediglich am Nichtvorhandensein von Krankheit orientieren, sondern am vollen Ausschöpfen der „physischen und psychischen Anlagen“ (Jervis), also unmittelbar am *Gesundheitsbegriff der WGO* orientiert sind.

Die Reduzierung von Neugierverhalten, unzureichende Bindung, häufige Affektäußerungen, Stressindikatoren wie erhöhter Blutdruck u.ä. können nunmehr als Anlässe *sekundärer Prävention* weit vor dem Auftreten bisher häufig in der Literatur genannter Anlässe begriffen werden. Darüber hinaus kann eine an der optimalen Realisierung des Neugierverhaltens in der dominierenden Tätigkeit ansetzende *primäre Prävention* durch systematische Gestaltung von Umweltbedingungen wie durch Schulung von Eltern und Angehörigen erreicht werden, die spätestens im pränatalen Bereich erfolgen sollte.

Zur Entwicklung und Durchführung solcher Programme gehört es vor allem, Wissen über die hier genannten Zusammenhänge in geeigneter Form an Lehrer, Eltern, Erzieher, Gesundheitsbehörden usw. zu delegieren. Dies wird um so effektiver sein, je mehr es gelingt, auf dem Boden der jeweiligen nationalen Kultur unter systematischem Aufgreifen von Alltagserfahrungen, Volksweisheiten und historischen Traditionen, die die genannten Zusammenhänge widerspiegeln, derartige Programme zu entwickeln. Es ist also zu untersuchen, ob es solche Traditionen gibt, die die hier beschriebenen Prozesse wie mögliche Interventionsstrategien modellhaft verdeutlichen.

Um ein Beispiel nationaler Kultur, das die Richtung einer solchen Strategie andeutet und in ihr aufgegriffen werden kann, zu geben, zitiere ich als Abschluß meiner Überlegungen zur primären Prävention Bertolt Brecht's Gedicht „*Bitten der Kinder*“:

*„Die Häuser sollen nicht brennen,  
Bomber sollt' man nicht kennen.  
Die Nacht soll für den Schlaf sein.  
Leben soll keine Straß' sein.  
Die Mütter sollen nicht weinen.*

*Keiner sollt müssen töten einen.  
Alle sollen was bauen,  
Da kann man allen trauen.  
Die Jungen sollen's erreichen.  
Die Alten desgleichen.“*

## LITERATUR

- Affolter, F. (1972). Entwicklungsstörungen. In *Das mehrfachbehinderte, hörgeschädigte Kind*. Berlin: Marhold, 73-91.
- Affolter, F. (1974). Leistungsprofile wahrnehmungsgestörter Kinder. *Pädiatrische Fortbildungskurse für die Praxis*. Basel: Karger, 40:169-185.
- Affolter, F. (1976). Auditive Wahrnehmungsstörungen und Lernschwierigkeiten. In *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 124:612-615.
- Affolter, F. (1977). Wahrnehmungsgestörte Kinder: Aspekte der Erfassung und Therapie. In *Pädiatrie und Pädologie*, 12:205-213.
- Anochin, P.K. (1978). *Beiträge zur allgemeinen Theorie des funktionellen Systems*. Jena: Fischer.
- Boshowitsch, L.L. (1970). *Die Persönlichkeit und ihre Entwicklung im Schulalter*. Berlin (Ost): Volk und Wissen.
- Hecht, A., Lunzenauer, K. & Schubert, E. (1977). *Allgemeine Pathologie*. Berlin (Ost): Volk und Gesundheit.
- Holzcamp-Osterkamp, U. (1975). *Grundlagen der psychologischen Motivationsforschung, Band 1*. Frankfurt/Main: Campus.
- Jervis, G. (1978). *Kritisches Handbuch der Psychiatrie*. Frankfurt/Main: Syndikat.
- Keiler, P. & Schurig, V. (1978). Einige Grundlagenprobleme der Naturgeschichte des Lernens. In *Zeitschrift für Psychologie*, 186 (1978, Heft 1 und 2 sowie Forum kritische Psychologie III): 91-150. Berlin (West): Argument-Verlag.
- Konorski, J. (1967). *Integrative activity of the brain*. Chicago und London: Univ. of Chicago Pr.
- Langmeier, J. & Matějček, Z. (1977). *Psychische Deprivation im Kindesalter*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Laux, L. (1979). Psychologische Streßkonzeptionen. In *Handbuch der Psychologie, Bd. 2*. Allgemeine Psychologie II. 2. Auflage. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe.
- Leontjew, A.N. (1973). *Probleme der Entwicklung des Psychischen*. Frankfurt/Main: Fischer.
- Luria, A.R. (1969). Die Entwicklung der Sprache und die Entstehung psychischer Prozesse. In *Ergebnisse der sowjetischen Psychologie*, Hrsg. Hiebsch, H., 465-546. Stuttgart: Klett.
- Luria, A.R. (1978). Die Stellung der Psychologie unter den Sozial- und Biowissenschaften. *Sowjetwissenschaft: Gesellschaftliche Beiträge*. 31: 6:640-647.
- Rubinstein, S.L. (1971). *Grundlagen der allgemeinen Psychologie, 7. Auflage*. Berlin (Ost): Volk und Wissen.
- Saporoshez, A.W. & Elkonin, D.B. (1971). *The psychology of preschool children*. Cambridge/Mass.: MIT-Press.
- Schmalohr, E. (1975). *Frühe Mutterentbehrung bei Mensch und Tier, 2. Auflage*. München: Kindler.
- Schmidt, H.D. (1973). *Allgemeine Entwicklungspsychologie*. Berlin (Ost): DVW.
- Schurig, V. (1975). *Naturgeschichte des Psychischen*. Band 1 bis 2. Frankfurt/Main: Campus.
- Schurig, V. (1976). *Die Entstehung des Bewußtseins*. Frankfurt/Main: Campus.
- Schurig, V. (1979). *Thesen zur Konstituierung von Subjektivität in der Ontogenese*. Vortrag auf dem II. Internationalen Kongreß Kritische Psychologie in Marburg vom 04.-06. 05. 1979, Veröffentlichung in Vorbereitung.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. London: Butterworth.
- Simonow, P.W. (1975). *Widerspiegelungstheorie und Psychophysiologie der Emotionen*. Berlin (Ost): Volk und Gesundheit.
- Volochov, A.A. (1977). Physiologische Aspekte der Ontogenese. In *Neurobiologie*. Hrsg. Biesold, D. & Matthies, H., 370-423. Stuttgart: Fischer.

## **Ablehnung: ihre Ursachen, ihre Verhütung**

**Sofia Gonzalez Botella**

Was kann die Gesundheitserziehung tun, um zu vermeiden, daß ein Kind abgelehnt wird? Was kann sie tun, um den Folgen einer solchen Ablehnung vorzubeugen?

Ich habe dieses Thema gewählt, weil nach meinen Beobachtungen die meisten Verhaltensprobleme bei Kindern auf eine mehr oder weniger offene Ablehnung zurückzuführen sind. Dies führt zu einer Beeinträchtigung der Familienatmosphäre, die sich in sehr unterschiedlicher Form äußern kann, sei es, daß ein Kind überbehütet oder übertrieben verwöhnt wird, oder daß die Erwachsenen sich abweisend oder sogar feindselig verhalten.

Für die gesunde Entwicklung eines Kindes ist das Gefühl, akzeptiert zu werden, vielleicht einer der wichtigsten Faktoren. Wenn ein Kind dieses Gefühl hat, findet es auch leichter Liebe und Anerkennung, die wiederum für die Entwicklung einer ausgeglichenen Persönlichkeit unabdingbar sind.

Die Gesundheitserziehung kann dadurch eine Schlüsselrolle spielen, daß sie die Bevölkerung hinreichend über Fragen der seelischen und sexuellen Gesundheit aufklärt, so daß Ehepaare begreifen, daß jedes Kind zum Wohl der ganzen Familie sorgfältig geplant werden muß. Ein unerwünschtes Kind wird fast immer auch ein innerlich abgelehntes Kind sein. Dies zu vermeiden und darauf hinzuwirken, daß ein unerwünschtes Kind dennoch akzeptiert wird, wäre eine lohnende Aufgabe für das im Gesundheitswesen tätige Personal, das mit den Eltern während der Schwangerschaft in ständigem Kontakt steht. Es gibt natürlich auch Fälle, wo eine Schwangerschaft erwünscht war, und die Eltern das Kind später dennoch nicht akzeptieren und es mehr oder weniger vernachlässigen.

---

Dr. BOTELLA arbeitet am Ministerium für Gesundheit und Soziales, Abteilung für Präventivmedizin, Bereich seelische Gesundheit, Madrid, Spanien.

*Anschrift:* Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Subdirección General de Medicina Preventiva, Sección de Salud Mental, Paseo del Prado 18-20, Planta 7a, E-Madrid.

Solche Tatbestände sind uns wohl allen bekannt; ich möchte sie näher analysieren, weil es dabei Situationen gibt, die vermeidbar wären, wenn der Gesundheitserzieher im geeigneten Moment interveniert.

### **Probleme, die bei den Eltern liegen: sie vernachlässigen ihr Kind oder lehnen es ab**

Wenn wir von vernachlässigten Kindern sprechen, denken wir sofort an Kinder, die vollständig im Stich gelassen werden und in Heimen aufwachsen. Es gibt jedoch eine weitaus größere Anzahl von Kindern, die in scheinbar intakten Elternhäusern leben und dennoch erheblich vernachlässigt werden. Die Gründe für diese Vernachlässigung sind — neben anderen Motiven — manchmal einfach in der Verantwortungslosigkeit der Eltern zu suchen, oder aber es liegt daran, daß die Eltern die eigentlichen Bedürfnisse eines Kindes nicht kennen. Ich betone diesen Punkt deshalb besonders, weil die Gesundheitserziehung, erkennt sie erst einmal die Vielfalt der möglichen Ursachen, schließlich eine viel effektivere Rolle spielen kann.

Zur Vernachlässigung eines Kindes kann es manchmal schon wenige Tage nach der Geburt kommen. Dies trifft in besonderem Maße für junge Eltern zu, die bereits 3 oder 4 Kinder in geringem Altersabstand haben; diese Kinder haben eine Vielzahl von Bedürfnissen und verursachen insbesondere für die Mutter so viel Arbeit, daß die Eltern damit nicht fertig werden. Andere Eltern wiederum fühlen sich den Ansprüchen ihrer Kinder nicht gewachsen, oder sie sind einfach hilflos und wissen nicht, wie sie mit ihnen umgehen, spielen oder wie sie sie trösten sollen. Manche fürchten, daß sie ihr Kind zur Unselbständigkeit erziehen könnten, wenn sie ihm zu viel Aufmerksamkeit widmen. Andere glauben, daß es mit ihrem sozialen Status unvereinbar ist, wenn sie sich intensiver um die Kindererziehung kümmern. Die Verantwortung für ihr Kind ist ihnen lästig. Manchmal verlieren Eltern ganz einfach das Interesse an ihren Kindern und an ihrer Rolle als Erzieher.

Die schlimmste Situation tritt für ein Kind ein, wenn man ihm mit offener Feindseligkeit begegnet. Das unerwünschte oder abgelehnte Kind lebt dann in einer Atmosphäre der Gewalt, in der die Eltern die unbegreiflichsten Dinge tun.

Kaum weniger schädlich, wenn auch vielleicht nicht so häufig ist es, wenn Kinder zu wenig Zärtlichkeit bekommen. Das ohne Liebe aufwachsende Kind wird dann selbst zur Liebe unfähig.

Alle diese Verhaltensweisen könnten damit erklärt werden, daß Eltern unreif oder verantwortungslos sind oder daß sie nicht wissen, was ein Kind ist und was es braucht. In sehr vielen Fällen ist jedoch das elterliche Verhalten auf eine *bewußte oder unbewußte Ablehnung* des Kindes zurückzuführen. Bei Ehepaaren, die eine stabile Beziehung zueinander haben, können die Gründe für eine mehr oder weniger bewußte Ablehnung sehr tief liegen. Die jeweiligen Ursachen sollten möglichst genau untersucht werden, um darauf hinarbeiten zu können, daß jedes Kind gewollt wird und jedes Elternpaar seine Elternrolle begreift. In den Fällen, wo sich die Ehepartner nicht verstehen, wird sich ein solches Ziel nur selten erreichen lassen.

Schließlich möchte ich noch zwei Situationen erwähnen, hinter denen sich sehr oft eine Ablehnung des Kindes verbirgt: Überprotektion und Perfektionismus als

Erziehungsformen, die ein schlechter Ersatz für aufrichtige und wahre Zuneigung sind und die ein Kind bei seiner eigenen Identitätsfindung eher behindern und es nur schwer selbständig werden lassen.

### **Probleme, die im Gesundheitswesen liegen: Ausbildungsdefizite und strukturelle Lücken**

Die große Mehrheit der Einrichtungen für die Gesundheit von Mutter und Kind sind in Spanien in das Sozialversicherungssystem integriert, das nahezu die gesamte Bevölkerung erfaßt. Im Rahmen der Inanspruchnahme derartiger Einrichtungen durch die Bevölkerung würde sich die beste Gelegenheit zur Beeinflussung ihres Gesundheitsverhaltens bieten. Der Zustrom zu diesen Einrichtungen ist jedoch derart stark, daß schon die medizinische Betreuung qualitativ darunter leidet und es unmöglich ist, zusätzlich noch angemessene gesundheitliche Aufklärung zu betreiben. Eine ähnliche Situation finden wir in den großen von der Sozialversicherung unterhaltenen Krankenhäusern vor, wo die Gelegenheit zur gesundheitlichen Aufklärung und Erziehung wegen der ungünstigen Arbeitsbedingungen ungenutzt bleiben muß.

Ist schon die Durchführung allgemeiner gesundheitserzieherischer Maßnahmen aufgrund der strukturellen Situation im Gesundheitswesen unmöglich, so ergeben sich erst recht Probleme in speziellen Bereichen, wie etwa der Familienberatung, wo das zuständige Personal, das in Kontakt mit den Eltern steht, angesichts der sich stellenden Probleme bestimmte Erziehungsstrategien verfolgen müßte, um Einstellungsveränderungen bewirken zu können; dies geschieht zwar manchmal, aber es sind damit nur selten Verhaltensänderungen verbunden. Gerade in diesem Bereich dürfen aber erzieherische Maßnahmen nicht nur sporadisch oder oberflächlich erfolgen, wenn sie eine entsprechende Wirkung haben sollen. Doch ist solche Arbeit nur von einem entsprechend ausgebildeten Personal zu leisten.

Während jedoch das medizinische Personal in verschiedenen Ausbildungsgängen für klinische und therapeutische Aufgaben vorbereitet wird, gibt es keine Ausbildung für den Bereich der Präventivmedizin. Natürlich umfaßt die Tätigkeit des so ausgebildeten Personals auch erzieherische oder vorbeugende Aufgaben, doch könnte es bei entsprechender Ausbildung weitaus wirksamer handeln. Dies gilt vor allem für den Bereich der seelischen Gesundheit, wo es darauf ankommt, Situationen auszuschließen, die für ein Kind nachteilig sein können und dafür Situationen zu begünstigen, die das kindliche Gleichgewicht fördern. Maßnahmen, die auf die seelische Gesundheit und die sexuelle Aufklärung von Kindern und Jugendlichen gerichtet sind, kommt deshalb eine Schlüsselposition für die Prävention psychosozialer Anomalien bei der kindlichen Entwicklung zu. Doch das Gesundheitspersonal in allen Bereichen sowie andere Personen, die Einfluß auf die Bevölkerung haben, fühlen sich für die Lösung dieser Aufgaben nicht gerüstet und vernachlässigen eine Arbeit, die eine Form grundlegender Gesundheitserziehung sein könnte. Sie spüren zwar manchmal die Notwendigkeit zum Handeln, wissen aber nicht, wie sie vorgehen sollen.

Als erster Schritt käme unserer Ansicht nach vorrangig die Arbeit mit Gruppen von extrem gefährdeten Kindern in Betracht. Wir denken da an von ihren Eltern *verlas-*

*sene Kinder, die in Heimen leben.* Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es, zunächst bei den Verantwortlichen dieser Heime eine Einstellungsänderung zu bewirken. Hier sind bereits Erfolge zu verzeichnen. Dann muß das Betreuungspersonal dieser Kinder entsprechend ausgebildet werden.

Bei uns wird zur Zeit die Errichtung einer Abteilung geprüft, in der etwa 100 Heimkinder im Alter zwischen 0 und 5 Jahren versorgt würden, die keinerlei organische Störungen aufweisen, die jedoch den bekannten und ernststen Gefahren ihrer Umwelt ausgesetzt sind. Dies wäre ein erstes Experiment in dieser Richtung, und wir rechnen mit Ergebnissen, die auch für andere Bereiche aufschlußreich sein könnten.

## Ein neuer Ansatz zur Verhütung psychosozialer Probleme bei Kindern

Paulette van Oost

Psychosoziale Probleme im Kindes- und Jugendalter können mit Hilfe vielfältiger psychologischer und psychotherapeutischer Ansätze untersucht werden. Einer dieser Ansätze basiert auf der Kombination eines Interaktionsmodells mit einem kognitiv-behavioristischen Modell.

### Theoretische Grundlagen

#### *Interaktion und Identitätsbildung*

Die Familie wird als Umwelt gesehen, in der sich jedes Familienmitglied in einem ständigen Entwicklungsprozeß und auf der Suche nach der eigenen Identität befindet. Die Persönlichkeitsentwicklung beginnt, sobald ein Kind als eigenständige Person anerkannt wird (Laing 1967). Die Geburt eines Kindes verändert die Beziehungen zwischen Vater und Mutter: aus Partnern werden Eltern. Eine Familie, die aus den beiden Elternteilen und einem Kind besteht, ist eine Triade und keineswegs nur eine Dyade mit Kind. Ob den Eltern dieser Wandel bewußt wird oder nicht, läßt sich daran ablesen, wie sie ihre Beziehungen untereinander und zu ihrem Kind entwickeln und ob sie sich dafür interessieren, wie sich das Kind über sein Kranksein oder Gesundsein oder sein Wohlbefinden äußert oder ob sie nur daran interessiert sind, daß ihr Kind „gesund“ aussieht (z.B. Gewicht).

#### *Gemeinsames Spiel und Imitation*

Gemeinsames Spielen, das auch wechselseitige Imitation genannt wird, ist eine entscheidende Variable in der psychischen und physischen Entwicklung des Kindes

Dr. VAN OOST ist Dozentin für Klinische und Entwicklungspsychologie an der Universität Gent, Belgien.

*Anschrift:* Rijksuniversiteit Gent, Dienst voor Psychologie, St. Pietersplein 7, B-9000 Gent.

(Bandura 1969, Lovaas 1974). Klinische Psychologen können bei Kindern oft feststellen, daß Eßprobleme, Erbrechen, ja selbst autistisches Verhalten auf die den Kindern aufgezwungene Erziehung zurückzuführen sind. Dem Kind wird beigebracht, wie es zu lachen, zu spielen, zu reden hat. Bei gemeinsamem Spiel und gegenseitiger Imitation sollen sich Eltern und Kind abwechselnd ergänzen, indem sie einmal die aktive und einmal die passive Rolle übernehmen.

#### *Gewöhnung an wechselnde Umgebungen*

Kinder wachsen oft so auf, als ob ihre soziale und gegenständliche Welt unveränderbar sei. Demzufolge sind sie auf soziale Interaktionen einseitig vorbereitet: jede Veränderung wird als plötzliches und bedrohliches Ereignis empfunden. In der Sozialpsychologie wird diese Vorstellung oft dadurch verstärkt, daß man die Rolle der Mutter und ihre Funktion als alleinige Bezugsperson im ersten Lebensjahr des Kindes überbewertet. Kinder haben einen Vater und eine Mutter und vielleicht auch Brüder und Schwestern. Menschen gehen fort und kommen zurück. Kinder können nur lernen, daß ihre Eltern zurückkommen, wenn sie auch die Erfahrung machen, daß die Eltern einmal weggehen.

Jede Trennung kann zu erheblichem Streß führen, obwohl die Eltern lernen können, diesen Streß abzumildern, indem sie abrupte Veränderungen etwa dadurch vermeiden helfen, daß sie sich Zeit nehmen, das Kind auf die Trennung vorzubereiten und es mit anderen Leuten und einer anderen Umgebung vertraut zu machen (Meichenbaum 1977).

#### *Vorbereitung auf soziale Interaktionen*

Jede Kernfamilie hat ihre eigenen Umgangsformen (Haley 1963, 1976). Das bedeutet, daß jede Familie ihre gewohnheitsmäßigen Mechanismen hat, wie sich jeder einzelne Aufmerksamkeit verschafft, Zärtlichkeiten verlangt oder gibt, um Hilfe und Rat bittet oder gewährt, Kummer, Angst oder Ärger zeigt. In jeder neuen Situation treten andere Gewohnheiten zutage. Jeder Mensch und insbesondere Kinder müssen lernen, zwischen bestimmten Signalen zu unterscheiden. Man kann Eltern helfen, sich ihre eigenen Spielregeln bewußt zu machen und sie an andere Betreuer wie etwa Tagesmütter oder das Personal von Kinderkrippen weiterzugeben. Diese wiederum sollten sich der Spielregeln bewußt sein, die in den von ihnen betreuten Gruppen herrschen. Sie können so ausgebildet werden, daß sie das zwischenmenschliche Verhaltensmuster eines neu hinzugekommenen Kindes erkennen und dem Kind dabei helfen können, neue Möglichkeiten des Umgangs mit anderen zu erlernen. Wenn sich kleine Kinder zurückziehen, so ist das oft darauf zurückzuführen, daß Eltern Signale nicht richtig wahrnehmen oder ihr eigenes Verhaltensrepertoire nicht flexibel genug ist, um entsprechend zu reagieren (Leary, 1957).

#### *Direkte Äußerung von Emotionen*

In der Kernfamilie lernt man, innere Gefühlszustände zu etikettieren. Jede Familie hat ihre bevorzugten Etiketten. Je nach Familiengeschichte und Einstellung zur menschlichen Natur wählen die Eltern positive oder negative Interpretationen. Die eine Familie hebt die positiven Gefühle hervor und äußert sie entsprechend: die Kinder werden darauf trainiert zu lächeln, glücklich auszusehen. Wut oder Ärger



wird nicht akzeptiert: „Man ist nicht ärgerlich, man ist traurig.“ Die Kinder werden dahingehend sozialisiert, daß man über die Eltern nicht ärgerlich sein darf. Auch die Eltern sind ihrerseits nicht ärgerlich über die Kinder; sie sind höchstens traurig oder unglücklich über ein entsprechendes Verhalten der Kinder. Andere Familien unterdrücken dagegen fast jegliche Gefühlsäußerung, egal ob sie positiv oder negativ ist. Die Kinder werden darauf trainiert, ausgeglichen zu erscheinen, ihre Gefühle zu verbergen. Gefühle zu zeigen ist falsch, schlecht; man erzwingt dadurch die Aufmerksamkeit anderer Leute.

Dieses Tabu hinsichtlich der Äußerung von Gefühlen ist eine Komponente der indirekten Kommunikation zwischen Erwachsenen. Indirekte Kommunikation bedeutet z.B. ein Mangel an positiver Bestätigung und an feinfühligem Verhalten gegenüber dem Partner. Das Gefühl, wahrgenommen, gesehen zu werden, ist eine notwendige Rückmeldung auf das eigene Verhalten. Man weiß nicht, wie die Art, in der man sich darzustellen versucht, bei den anderen ankommt, wenn man keine Rückmeldung über die Wirkung des eigenen Verhaltens bekommt (Watzlawick 1964, Haley 1976). Wird nur auf positive Etiketten Wert gelegt und werden negative Gefühle ignoriert oder unterdrückt, ist das Kind in der Folge für normale soziale Beziehungen mit Geschwistern schlecht vorbereitet. Erfolgt die Sozialisation unter Verwendung der Etiketten wie Traurigkeit, Unglückseligkeit oder Ärger, so scheinen dabei in hohem Maße Schuldkomplexe zu entstehen. In beiden Fällen kommt es bei den Kindern zu erhöhtem Streß.

### **Beobachtung und Analyse von Problemsituationen**

Die Beobachtungsstrategien leiten sich direkt aus psychologischen Verfahren ab, die zur Analyse von Problemsituationen verwendet werden. Nach der Interaktionstheorie und der kognitiv-behavioristischen Theorie besteht der Aufnahme-prozeß (Lernen) aus mehreren Schritten, bei denen sich die Eltern, Therapeuten und die Kinder selbst bewußtmachen, wie ihr Problemverhalten unlösbar mit ihren zwischenmenschlichen Beziehungen verbunden ist: *wie es funktioniert*.

*Identifizierung der verschiedenen Interaktionsformen:* Dies erfordert eine Analyse des Beziehungsnetzes oder der sozialen Situation, in der das Kind steht (ökologische oder Netzanalyse vgl. Wahler und Cormier 1970); dazu gehören die Personen, die an der Situation beteiligt sind und eine „Situationskarte“ (Situationsgeographie, Mortensen 1972).

*Analyse habitueller Verhaltensweisen, die in der Situation auftauchen:* Dazu gehören alle zwischenmenschlichen Verhaltensweisen wie sie von Leary kategorisiert wurden.

*Analyse der gegenseitigen zwischenmenschlichen Wahrnehmung (Laing 1967):* Hierbei soll untersucht werden, wie Eltern und Kinder sich selbst und den anderen sehen oder einschätzen und wie sie vom anderen gesehen werden könnten. Für den klinischen Psychologen ist es von Interesse, wie diese Einschätzungen gesehen werden, ob als Hypothesen, die durch direkte Kommunikation überprüft werden müssen oder als echte Beobachtungsergebnisse.

*Analyse der Normen und Wertvorstellungen unter Berücksichtigung der Familiengeschichte (Kluckhohn 1968, Spiegel 1968, Papajohn und Spiegel, 1975):* Die Familie

ist in ein kulturelles System eingebettet, das ihr mehr oder weniger normative Regeln darüber liefert, wie man sich in einer ehelichen Beziehung (z.B. Grad der Gemeinsamkeit bzw. Trennung), im Hinblick auf die Sozialisation der Kinder (Abhängigkeit vs. Selbständigkeit), in der Freizeit, bei der Haushaltsführung usw. zu verhalten hat. In Kenntnis dieser normativen Regeln kann man die Reaktionen der Nachbarn, der Familie und Bezugsgruppen auf therapeutisch eingeleitete Verhaltensänderungen in der Kernfamilie besser einschätzen.

*Beschreibung und Klarstellung der Problemsituation*: Dies bedeutet Beobachtung des Problemverhaltens, der Situationen, in denen sich das Verhalten manifestiert und der Ereignisse, die auf das Verhalten folgen (Kanfer und Saslow, 1969). Obwohl 3 Elemente ausreichen, ist es ratsam, sämtliche Faktoren zu erfassen, d.h. eine volle Beschreibung des Problemverhaltens zu geben: wie es beginnt, verläuft und endet (Meichenbaum, 1977).

*Analyse der Entwicklung des Problemverhaltens und des vom Kind gewählten Verhaltens zur Bewältigung und Lösung des Problems*: Dies bedeutet z.B. Vermeidung bestimmter Situationen, korrigierender interner Dialog oder Selbstinstruktion (Meichenbaum 1977); auf seiten der Eltern oder anderer Betreuer, z.B. Umgestaltung der Umgebung durch Veränderung der Situation und/oder der auf das Verhalten folgenden Ereignisse; direkte Einflußnahme auf das Verhalten des Kindes durch den Einsatz von Entspannungsübungen und kognitiven Strategien, wie etwa selektive Nichtbeachtung oder kognitive Umstrukturierung.

## **Elternarbeit**

Die Elternarbeit konzentriert sich entsprechend dem vorgestellten theoretischen Modell auf folgende Punkte:

*Lernen, wie man auf das Verhalten der Kinder achten kann*: Eltern können zu einer Art Neugierverhalten gegenüber ihren Kindern gebracht werden, indem sie sie in bestimmten Augenblicken und in bestimmten Umgebungen genauer beobachten (Wahler und Cormier 1970, Patterson 1971).

*Lernen, wie man Kindern zuhört*: Bei Beobachtung und direkter Interpretation des kindlichen Verhaltens wird die Bedeutung nicht berücksichtigt, die das Kind seinem eigenen Verhalten vielleicht gibt (Laing 1967). Gordon (1970) unterstreicht besonders die Bedeutung des ausdrücklichen oder aktiven Zuhörens; er hat dazu ein Übungsprogramm für Eltern und Erzieher entwickelt.

*Lernen, das Verhalten des Kindes zu gewichten*: aufmerksam und positiv sein; d.h. das Kind wissen lassen, daß uns sein Verhalten nicht gleichgültig ist und daß es auch von anderen Personen in seiner Umgebung zur Kenntnis genommen wird.

*Lernen, wie man mit Kindern gemeinsam Erfahrungen machen kann*: durch die Unterhaltung mit Kindern kann ihnen oft indirekt vermittelt werden, wie sie sich korrekt verhalten sollten. Eltern können mit ihren Kindern zusammen auch die Umgebung erforschen und neue Fertigkeiten vermitteln, indem sie davon ausgehen, wie die Kinder Dinge sehen und ihnen Bedeutung beimessen (Satir 1972, Cohn 1972).

*Lernen, negative Gefühle direkt zu äußern*: zum Ausdruck bringen, daß man mit etwas nicht einverstanden ist und ärgerlich ist; diese Gefühle beziehen sich direkt

auf das beobachtbare Verhalten: die ablehnende Haltung bezieht sich auf ein konkretes Verhalten und nicht auf das Kind als Person.

*Lernen, mit Kindern zu verhandeln und Kompromisse zu schließen*: dies ist wichtig, wenn die Problemsituation nicht von beiden Parteien geteilt wird: der Erwachsene hat ein Problem, das Kind hat keines (vgl. Gordon 1970, Wheathers und Liberman 1975).

#### LITERATUR

- Bandura, A. (1969). *Principles of Behaviour Modification*. New York: Holt-Rinehart & Winston.
- Cohn, R. (1972). Style and Spirit of the Theme-centered Interactional Method. In C. Sager and H. Kaplan: *Progress in Group and Family Therapy*: New York: Brunner/Mazel.
- Gordon, Th. (1970). *Parent Effectiveness Training*. New York: Wyden.
- Haley, J. (1963). *Strategies of Psychotherapy*. New York: Grune/Stratton.
- Haley, J. (1976). *Problem-solving Therapy: New Strategies for Effective Family Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kanfer, F. & Saslow, G. (1969). Behavioural Diagnosis. In C. Franks: *Behaviour Therapy: Appraisal and Status*. New York: McGraw-Hill.
- Kluckhohn, F. (1968). Variations in the Basis Values of Family Systems. In N. Bell and E. Vogel: *A Modern Introduction to the Family*. New York: The Free Press.
- Laing, R. (1967). *Interpersonal Perception*. London: Tavistock Publications.
- Leary, Th. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality*. New York: Ronald Press.
- Lovaas, O. & Bucher, B. (1974). *Perspectives in Behavior Modification with Deviant Children*. New York: Prentice Hall.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive Behavior Modification*. New York: Plenum Press.
- Mortensen, C. (1972). *Communication: the Study of Human Interaction*. New York: McGraw-Hill.
- Papajohn, J. & Spiegel, J. (1975). *Transactions in Families*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Patterson, G. (1971). *Families*. Champaign: Research Press.
- Spiegel, J. (1968). *The Resolution of Role Conflict within the Family*. In: N. Bell & E. Vogel. *A Modern Introduction to the Family*. New York: The Free Press.
- Satir, V. (1972). *Peoplemaking*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Wahler, R. & Cormier, W. (1970). The Ecological Interview: A First Step in Out-Patient Child Behavior Therapy. *J. Beh. Ther. and Exp. Psychiat.*, 1: 4.
- Watzlawick, P. (1964). *An Anthology of Human Communication*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1964). *Pragmatics of Human Communications*. New York: Norton.
- Wheathers, L. & Liberman, R. (1975). Contingency Contracting with Families of Delinquent Adolescents. *Behav. Ther.*, 6: 356-366.

## **Die Früherkennung von Entwicklungsstörungen: Auswirkungen auf die Gesundheitserziehung**

**João Carlos Gomes Pedro**

In den letzten 25 Jahren sind bedeutende Fortschritte zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlergehens der Menschheit erzielt worden. Dabei ist auch ein neuer Zweig der Kinderheilkunde entstanden, der sich mit Grundfragen einer gesunden Entwicklung des Kindes befaßt. Die wachsende klinische und soziale Bedeutung dieses Zweigs läßt vermuten, daß er in Zukunft eine immer größere Rolle innerhalb der Kinderheilkunde spielen wird und daß der Kinderarzt ein Spezialist für Fragen der gesunden kindlichen Entwicklung sein wird.

Die neue Teildisziplin der entwicklungsorientierten Kinderheilkunde befaßt sich mit dem Rhythmus und der zeitlichen Abfolge der kindlichen Entwicklung, der Komplexität des Wachstumsprozesses, den strukturellen und funktionalen Abweichungen und der Erziehung des Kindes als Individuum und als Glied der Gesellschaft, kurzum, mit dem gesamten Reifeprozess, den ein Kind zu durchlaufen hat. Demnach werden sich Kinderabteilungen in Zukunft in zunehmendem Maße um die Erforschung und Untersuchung der kindlichen Entwicklung kümmern müssen.

In unserer eigenen Abteilung, der Kinderabteilung des Santa Maria Hospitals der Universität Lissabon, haben wir schon seit längerem die Notwendigkeit zur Schaffung eines derartigen Schwerpunktes gesehen, doch wurde die Einrichtung einer solchen Unterabteilung erst nach einer internen Umorganisation möglich.

Die ersten Monate unserer Tätigkeit waren eine Einführungsphase, nicht nur für das zuständige Personal, sondern auch für diejenigen, die unsere Dienste in Anspruch nehmen sollten, d.h. es mußte anfangs viel Zeit darauf verwendet werden, unsere Aufgaben und deren Bedeutung zu erklären.

---

Dr. GOMES-PEDRO ist Kinderarzt an der Kinderabteilung des Santa Maria Hospitals der Universität Lissabon, Portugal.

*Anschrift:* Departamento de Desenvolvimento, Serviço de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Av. Egas Moniz, P — Lissabon.

## Übersicht über die ersten untersuchten Fälle

Die von der Abteilung neugeschaffene Einrichtung führte dazu, daß ihre Leistungen von sehr vielen verschiedenen Abteilungen in Anspruch genommen wurden. So waren die Kinder, die uns für unsere erste Untersuchungsreihe zur Verfügung standen, aus sehr unterschiedlichen Gründen zu uns gekommen, und wir haben sie deshalb in fünf Kategorien aufgeteilt:

- allgemeine pädiatrische Fälle, d.h. Kinder, die durch den Hausarzt, durch Kinderfürsorgestellen oder von anderen Kinderabteilungen an uns überwiesen wurden;
- Kinder mit Stoffwechselstörungen;
- Kinder mit Krämpfen;
- Kinder mit genetischen Störungen;
- Kinder mit Meningitis.

Unsere ersten Untersuchungen wurden ohne feste Vorstellungen über das zu erreichende Ziel durchgeführt. Sie lieferten uns jedoch die Erkenntnisse darüber, in welcher Weise unsere Arbeit sowohl innerhalb des Zentralkrankenhauses als auch für andere Kinder-Kliniken und entsprechende Einrichtungen eine wertvolle Unterstützung und Hilfe für deren Aufgabenerfüllung sein kann.

Von den 110 untersuchten Kindern stammten 68 aus dem Lissabonner Einzugsbereich, 41 aus den Provinzen und eines von den Azoren. Es waren 45 Mädchen (40,9%) und 65 Jungen (59,1%). Etwa 50% waren im Alter zwischen 12 Monaten und 3 Jahren. Nur 4 Kinder waren unter 6 Monaten, woraus sich schließen läßt, daß gesundheitliche Alarmzeichen nicht sofort nach der Geburt erkennbar sind. 14 der in unsere Untersuchung einbezogenen Kinder waren über 6 Jahre alt; die meisten dieser Kinder waren wegen Stoffwechselstörungen zu uns überwiesen worden. Obwohl die Untersuchung von Entwicklungsstörungen bei älteren Kindern eigentlich nicht zu unserem Kompetenzbereich gehört, versuchten wir immer, unser Bestes zu tun, wenn andere Abteilungen unsere Hilfe in Anspruch nehmen wollten, auch wenn unsere Möglichkeiten in solchen Fällen zwangsläufig begrenzt waren. Erwähnenswert ist noch, daß die meisten Kinder im Alter von 3 Jahren und darunter, die wir auf Entwicklungsstörungen hin untersuchten, von Kinderärzten oder Hausärzten, die die Anamnese der Kinder genau kannten, zu uns überwiesen wurden.

## Das Untersuchungsverfahren

Eine komplette Untersuchung der Entwicklung eines Kindes vollzieht sich in fünf Etappen, wobei jeder Schritt einen wichtigen Beitrag für das Erkennen einer Entwicklungsstörung und für die nachfolgende Behandlung leisten kann:

- detaillierte Aufnahme der Anamnese mit Hilfe der Mutter, oder besser noch, beider Elternteile\*;

\* Familien aus sozial schwächeren Schichten waren oft nicht in der Lage, elementare Angaben, etwa über das Geburtsgewicht des Kindes oder die Schwangerschaftsdauer zu machen. So konnten wir in 16 Fällen tatsächlich keine Auskunft über den Zustand des Kindes zum Zeitpunkt der Geburt bekommen; darunter waren auch Fälle, wo das Kind in der Klinik zur Welt gekommen war.

- Untersuchung des augenblicklichen Entwicklungsstandes des Kindes unter Zuhilfenahme von vier Grundparametern: Haltung und Grobmotorik, Feinmotorik, Seh-, Hör- und Sprechvermögen und soziales Verhalten (Spiel);
- Auswertung der Befunde: dies ist eine extrem wichtige Etappe, und der Untersuchende braucht Zeit, um aus der Vielfalt des ihm vorliegenden Materials seine Schlußfolgerungen zu ziehen; nach Möglichkeit sollte die Auswertung im Team erfolgen;
- Erstellung eines allgemeinen Berichts mit Empfehlungen für die weitere Therapie; dieser Bericht ist die wichtigste Informationsquelle für die Stellen, die anschließend die Behandlung der bei uns untersuchten Kinder übernehmen; darüber hinaus hat er aber auch ganz allgemeine Bedeutung für die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in Portugal.
- Beratung der Eltern, damit sie die Probleme ihres retardierten Kindes besser verstehen können; den Eltern werden alle Phasen der Untersuchung und die daraus gezogenen Schlußfolgerungen so genau wie möglich erklärt mit der Absicht, auf diese Weise den Rehabilitationsprozeß zu erleichtern.

Nach Abschluß der Untersuchungen müssen die zusammengetragenen Informationen für eine oder alle der folgenden Stellen verfügbar sein:

- für die Eltern;
- für den für die Behandlung physischer oder psychischer Erkrankungen zuständigen Therapeuten; zu dieser Gruppe zählen auch Rehabilitationszentren wie das Zentrum für zerebral-paralytische Erkrankungen und das Alcoitao-Zentrum, psychiatrische Kliniken und sonderpädagogische Einrichtungen;
- für den Facharzt, an den das Kind zur weiteren Diagnosestellung und zur genaueren Eingrenzung der Erkrankung überwiesen wird;
- für den Lehrer oder Sonderpädagogen, dem das Kind später anvertraut wird; die letztgenannten spielen in erweiterterem Sinne die gleiche Rolle wie die Eltern und haben folglich auch einen Anspruch darauf, in gleicher Weise informiert zu werden; ein Lehrer kann in der Tat vielfach die Art von Hilfe geben, zu der Eltern mit einem begrenzteren Bildungsstand wahrscheinlich nicht fähig wären.

### **Ergebnisse der Untersuchung**

Da die Kinder alle mit offenkundigen krankhaften Symptomen zu unserer Untersuchung kamen, war die Liste der bei dieser Untersuchung festgestellten Störungen auch entsprechend umfangreich. Nach der Art der Störungen, die wir am häufigsten feststellten, ließen sich unsere Patienten nach folgenden Merkmalen klassifizieren:

- stark retardiert, wenn eine Differenz von mehr als drei Jahren zwischen dem tatsächlichen Alter des Kindes und dem Grad seines allgemeinen Entwicklungsstandes festzustellen war;
- mittelmäßig retardiert, wenn eine Differenz von mehr als einem aber weniger als drei Jahren bestand;
- leicht retardiert, wenn der Grad der allgemeinen Entwicklung des Kindes um ein Jahr hinter seiner Altersgruppe zurückgeblieben war;

- nicht retardiert ;
- in einem Parameter abweichender Befund.

Von den insgesamt 110 untersuchten Kindern mußten 27 (25,54%) zur ersten Gruppe der stark retardierten gerechnet werden ; 30 (27,27%) waren mittelmäßig, 23 (20,9%) waren leicht retardiert und 12 (10,9%) wiesen einen in einem Parameter abweichenden Befund auf. Die übrigen 18 (16,36%) waren nicht retardiert. Über die Hälfte der untersuchten Kinder war demnach stark bis mittelmäßig retardiert ; die meisten Kinder dieser Gruppe litten an allgemeinen pädiatrischen Erkrankungen, Stoffwechselstörungen oder Krämpfen und stellten einen Prozentsatz von über 50% der als „stark retardiert“ klassifizierten Kinder. Bei den meisten nicht retardierten Kindern handelte es sich um Meningitis-Fälle. Bei den 12 Kindern, bei denen der Befund nur in einem Parameter abwich, lagen Wachstums- und Gewichtsanomalien, spezifische motorische Störungen oder Probleme vor, die durch ein unausgewogenes emotionales Klima, durch Mangel an Zuwendung und ähnliches bedingt waren. Es ist interessant festzustellen, daß die von uns untersuchten Kinder mit signifikanter Häufigkeit an Stoffwechselstörungen (Phenylketonurie) und Epilepsie (Muskelkrämpfe) litten ; diese Fälle werden weiter untersucht, allerdings außerhalb unseres Projektbereichs.

Bei den Seh-, Hör- und Sprachuntersuchungen stellte man insgesamt bei 39 Kindern (35,45%) eine Sehstörung fest, wobei es sich in 20 Fällen um Strabismus, in 18 Fällen (16,36%) um eine ein- oder beidseitige Sehschwäche und in einem Fall um Farbenblindheit handelte. 16 Kinder hatten ein- oder doppelseitige Hörschäden. Die meisten dieser Kinder waren durch allgemeine Kinder-Kliniken an uns überwiesen worden, und oft waren die Störungen, die bei unseren Untersuchungen aufgedeckt wurden, vom Hausarzt unbemerkt geblieben. In einigen Fällen war die Gehörstörung auf eine Ohrenentzündung zurückzuführen, die zumindest in einem Fall durch Ausheilung der Entzündung behoben werden konnte. Es gab 2 Fälle von Sprachstörungen, die nicht durch Gehörschäden bedingt waren.

Bei der Untersuchung von 15 Kindern unter 12 Monaten war in 9 Fällen ein Gehör- und Sehschaden aufgedeckt worden. Diese Kinder waren uns in den meisten Fällen wegen einer Verzögerung ihrer Psychomotorik überwiesen worden. Das Ergebnis war, daß wir Sehfehler und Gehörschaden aufdeckten und die Kinder einer sofortigen Spezialbehandlung zuführen konnten.

### **Wer diagnostiziert zuerst eine Anomalie ?**

Bei den Entwicklungsanomalien gibt es zwei Aspekte, die ernsthaft in Betracht gezogen werden müssen, und zwar geht es um die Frage, wann und von wem die ersten Symptome einer Unregelmäßigkeit beobachtet werden. In etwa 50% der Fälle ist es die Mutter, die als erste feststellt, daß die Entwicklung nicht normal verläuft.

Werden die ersten Anzeichen einer Anomalie nicht von der Mutter des Kindes bemerkt, so gibt es vier weitere Anlässe, bei denen sie aufgedeckt werden können : (a) Routineuntersuchung beim Hausarzt ; (b) Krankenhauseinweisung zur Behandlung einer Erkrankung, die mit einer Entwicklungsstörung zusammenhängt — wie etwa Stoffwechselstörungen oder eine Erkrankung des Zentralnervensystems —



und der behandelnde Arzt feststellt, daß die kindliche Entwicklung nicht normal verläuft; (c) Krankenhauseinweisung wegen einer schweren Erkrankung, die nicht primär etwas mit Entwicklungsunregelmäßigkeiten zu tun hat, und der behandelnde Arzt Anzeichen einer Anomalie feststellt; (d) Kontakte mit anderem geschulten Personal, beinahe immer Lehrer oder Mitarbeiter in Säuglingsfürsorgestellen.

Unsere Untersuchungen zeigten, daß die Aufdeckung der ersten Anzeichen einer anomalen Entwicklung im allgemeinen zu einem relativ späten Zeitpunkt erfolgt, und zwar manchmal so spät, daß die Chance, durch eine Therapie eine echte Besserung zu erzielen, schon verspielt ist.

In nur 13 der untersuchten Fälle (11,7%) hatte die Mutter oder der Hausarzt die Entwicklungsstörung in den ersten drei Lebensmonaten des Kindes festgestellt, und insgesamt waren es nur 30 Fälle (27,2%), in denen die Auffälligkeiten während des ersten Lebensjahres entdeckt wurden.

Die Symptome, die den meisten Müttern anzeigten, daß die Entwicklung nicht normal verlief, waren folgende: Schwierigkeiten beim Stillen und Füttern; Tonusveränderungen (Hypotonie) in den ersten drei Lebensmonaten; das Kind kann im Alter zwischen drei und sechs Monaten den Kopf noch nicht halten; zwischen sechs und zwölf Monaten noch nicht sitzen; zwischen zwölf und achtzehn Monaten noch nicht laufen und im Alter von zwei Jahren noch nicht sprechen.

Es scheint so, als ob die Mütter verlässliche Beobachter seien. Die Ärzte sollten sich daher die Mühe machen, allen Symptomen, auf die sie aufmerksam gemacht werden, wirklich nachzugehen und sich nicht darauf berufen, daß die Mütter bloß überängstlich seien.

### **Die Notwendigkeit von Gesundheitserziehung**

Es scheint auch so, daß es gewisse Symptome gibt, die weithin bekannt sind und allgemein für wichtig und aufschlußreich gehalten werden. Eine Einrichtung wie die unsere kann auch die Funktion erfüllen, Wissen darüber zu verbreiten, wie die normale Entwicklung von Kindern verlaufen sollte, wobei allerdings ganz deutlich gemacht werden muß, daß Normen dafür in keinem Fall starr festgelegt sein dürfen.

Wir glauben, daß diese didaktische Funktion von großer Bedeutung ist, und daher war es auch eines der Ziele unserer hier beschriebenen Arbeit eines Jahres, den Informationsfluß in Gang zu bringen.

In einigen Entbindungsheimen bekommen alle Mütter bei ihrer Entlassung ein Heft, in dem alle besonderen Daten über den pränatalen und neonatalen Zustand des Kindes eingetragen sind. Außerdem erhalten alle Eltern von Kindern, bei deren Geburt es Komplikationen gab, besondere Verhaltensmaßregeln mitgeteilt. Nach unserer Meinung wäre es von größtem Nutzen, wenn diese Praxis überall eingeführt würde.

Auf professioneller Ebene ist es unserer Ansicht nach erforderlich, daß die Grundideen der kindlichen Entwicklungs-Forschung unter den Medizinern verbreitet und zur Diskussion gestellt werden. Wenn eine solche, auf die Untersuchung des kindlichen Entwicklungsstandes spezialisierte Unterabteilung innerhalb einer Kinderklinik angesiedelt ist, so können Medizinstudenten, Ärzte, Pädagogen, Therapeuten und andere an Ort und Stelle Beobachtungen anstellen oder sich sogar an einigen



Phasen des Untersuchungsprozesses selbst beteiligen. Da durch den Untersuchungsbericht die Informationen an Spezialisten anderer Abteilungen weitergeleitet werden, ist außerdem für die Verbreitung von Methoden und — was noch wichtiger ist — von Konzepten gesorgt.

Die Existenz solcher Spezialabteilungen kann vor allem in Ländern, in denen ein umfassender Ausbau des Gesundheitswesens im Gange ist, entscheidend dazu beitragen, das Wissen über die verschiedenen Einflüsse, die die Umgebung auf die Entwicklung eines Kindes ausübt und deren Folgen für die Behandlung bereits bestehender Erkrankungen und für vorbeugende Maßnahmen vermehren.

Im Hinblick auf diese Funktion hat Debré den Begriff „Sozialpädiatrie“ geprägt, wozu der ganze Bereich präventiver Aktivitäten, einschließlich der Gesundheitserziehung gezählt wird.

## **Die Einbeziehung der Eltern in die Pflege atypischer Kinder**

**Paul McQuaid**

Das St. Paul's Hospital für autistische und schwergestörte Kinder ist der Kinder- und Familienpsychiatrischen Klinik des Mater Hospital in Dublin angegliedert und ist ein Diagnose- und Untersuchungszentrum. Nach einer möglichst lückenlosen Erfassung der Ausgangsdaten aus medizinischer, pädagogischer, sozialer und familiärer Sicht und nach Abschluß aller erforderlichen Untersuchungen haben die Kinder und ihre Familien die Möglichkeit, zwischen einer Vielzahl von Behandlungsprogrammen zu wählen. Die meisten der zu behandelnden Kinder kommen aus dem nördlichen Einzugsgebiet der Stadt, viele jedoch auch aus der ganzen Republik Irland und manche aus Nordirland oder aus dem Ausland.

### **Die Einbeziehung der Eltern ist unentbehrlich**

Zur Untersuchung kommen meistens kleine, im wesentlichen 2-5jährige Kinder mit allgemeinen Entwicklungsstörungen, spezifischen Sprach- und anderen Entwicklungsverzögerungen, atypischen Entwicklungsformen, autistischen und psychotischen Reaktionen, regressivem Verhalten und anderen frühkindlichen Verhaltensstörungen. Es kommen auch ältere Kinder, doch konzentriert sich unsere Arbeit in zunehmendem Maße auf jüngere Kinder, bei denen ein intensives Interventionsprogramm die größte Aussicht auf Erfolg hat.

Als wichtiges Ziel wird die Beteiligung der Eltern an der Betreuung und Behandlung ihrer Kinder unter sachkundiger Anleitung und Beratung angestrebt. Es kommen u.a. folgende Methoden zur Anwendung: Einzelberatung der Eltern, Modell-Lernverfahren, Verhaltensformung, Elterngruppenarbeit, Verhaltensmodifikationspro-

---

Dr. MCQUAID ist Leiter der Abteilung für Kinder- und Familienpsychiatrie, Mater Hospital, Dublin, Republik Irland.

*Anschrift:* Department of Child and Family Psychiatry, Mater Hospital, El-Dublin 7.

gramme, Familientherapie, Videoarbeit, Feedbacksitzungen. In besonderem Maße kommt es darauf an, den Eltern zu zeigen, daß sie das anormale, manierierte und atypische Verhalten ihres Kindes tatsächlich verändern und mit den besonderen Schwierigkeiten und Problemen ihres Kindes fertig werden können.

Die stärker allgemein ausgerichtete Kinder- und Familienpsychiatrische Klinik ist für die Ausbildung verschiedener Berufsgruppen zuständig, und zwar im Bereich der Medizin, Psychologie, Sozialwissenschaft, Sprachtherapie, Sonderpädagogik und Physiotherapie. Die Adressaten sind Studenten oder Lehrer an Montessori- und anderen Schulen.

Immer wieder wird die Bedeutung der Primärprävention unterstrichen, und eine möglichst frühzeitige Intervention und rechtzeitige Einweisung der Kinder in entsprechende Betreuungsstellen wird als wichtiges Instrument pädagogischer Intervention auf den verschiedenen Ebenen angesehen. Die Behandlungsgrundsätze orientieren sich an der Idealvorstellung medizinischen Handelns, d.h. Risiken und Streß werden weitgehend vermieden, die Verabreichung von Medikamenten wird auf ein Minimum reduziert, und es werden Verfahren und Strategien angewendet, die besonders für Kinder geeignet sind. Besonderes Augenmerk gilt den kognitiven sowie emotionalen und sozialen Entwicklungsbedingungen in der frühkindlichen Phase.

Es laufen Bemühungen, die Gynäkologen und zuständigen Stellen für Geburtshilfe zu veranlassen, die Vorsorge für werdende Mütter, insbesondere für Erstgebärende, zu verbessern. In Irland wächst die Erkenntnis, daß es wichtig ist, von vornherein zu erkennen, welche Mütter mit ihren Kindern nach der Geburt wahrscheinlich Schwierigkeiten haben werden. Zu diesem Thema verweisen wir auf die Arbeiten von Brazelton, Boston, sowie von Frommer und O'Shea, London.

### **Fünf Hauptproblembereiche**

Die Hauptprobleme in den ersten drei Lebensjahren eines Kindes sind, wie wir festgestellt haben, folgende:

- die Vorsorge vor der Geburt, die von allen Familienmitgliedern und anderen wichtigen Institutionen getragen wird;
- die unmittelbare Erfahrung der „Bindung“ nach der Geburt und die in dieser Hinsicht gegebenen Möglichkeiten für das medizinische und andere Personal;
- die Nachbetreuung gefährdeter oder anfälliger Kinder durch das Personal des öffentlichen Gesundheitswesens;
- die Aufklärung der Eltern über die emotionalen und entwicklungsbezogenen Bedürfnisse des Kindes im ersten Lebensjahr;
- die Feststellung des Hausarztes oder anderer Personen, daß die Mutter oder andere primäre Bezugspersonen Schwierigkeiten im Umgang mit dem Kind haben, insbesondere, wenn es sich um das erste Kind handelt oder wenn schon viele andere Geschwister da sind und es sich um eine Problemfamilie handelt.

Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die britischen Untersuchungen des National Child Development Cohort von 1958 sowie Veröffentlichungen des National Children's Bureau wie etwa "Born to Fail".

## **Die Schaffung eines emotional positiven Klimas in Kinderheimen**

**Judith Falk**

Mit den Arbeiten, die innerhalb der letzten 50 Jahre über die Bedeutung einer dauerhaften und engen Mutter-Kind-Beziehung für die emotionale, geistige und soziale Entwicklung des Kindes veröffentlicht wurden, ließe sich fast eine Bibliothek füllen. Zugleich wird in diesen Arbeiten darauf hingewiesen, welche Risiken entstehen können, wenn Säuglinge und Kleinkinder aus ihren Familien herausgenommen und in Heimen untergebracht werden. Diese beiden berechtigten Gesichtspunkte werden jedoch kaum miteinander in Beziehung gebracht, weder in der Forschung noch in der Praxis.

Insbesondere für die Kinder, die in Heimen aufwachsen, haben die Forschungsergebnisse zu diesem Thema sowie das Wissen über das „Hospitalismus“-Syndrom nicht den erwarteten Nutzen gebracht.

### **Zuneigung „nach Vorschrift“: welchen Wert hat sie?**

Während auf dem Gebiet der Physiologie und Psychologie und im Bereich der experimentellen klinischen Forschung die Untersuchungen über die Mutter-Kind-Beziehung immer differenzierter werden und zu immer weiterreichenden Schlußfolgerungen für die Familienberatung führen, sind im Vergleich dazu die Maßnahmen, die man zur Verbesserung der Situation von Heimkindern und zur Förderung ihrer Entwicklung ergriffen hat, nicht sehr effektiv gewesen. Die Abhilfe, die man in diesem Bereich gewöhnlich schafft, besteht darin, daß man die Anzahl des Personals erhöht. Damit soll erreicht werden, daß die Schwestern weniger Zeit für die Körperpflege der Kinder aufwenden müssen und ihnen dafür mehr Zeit für andere Aktivitäten mit

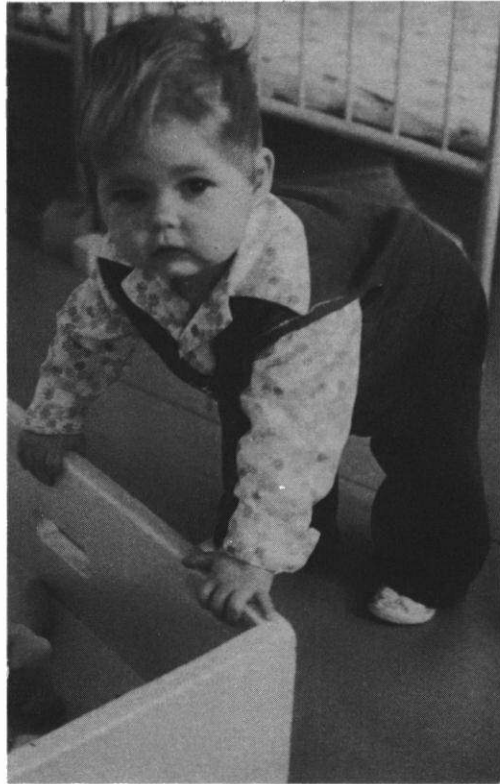
---

Dr. FALK ist stellvertretende Direktorin des Nationalen Methodologischen Instituts für Säuglingspflege und Erziehung, Budapest, Ungarn.

*Anschrift:* Csecsemőotthonok Országos, Módszertani Intézet, Lóczy Lajos utca 3, H - 1022 Budapest II.

den Kindern bleibt. Denn oft werden Arbeiten, wie die Kinder anziehen, ihnen beim Essen helfen usw. von Pflegehelferinnen, Studenten oder Praktikanten erledigt. Deshalb bleibt den Kinderschwestern Zeit, um mit den Kindern zu knuddeln, zu spielen oder ihnen Fertigkeiten beizubringen, die man für wichtig hält.

Obwohl man über den wirklichen Wert von Zuneigung „nach Vorschrift“ skeptisch sein kann, so lassen sich immerhin wissenschaftlich positive Wirkungen auf



*Mit geeigneten Konzepten und Strukturen kann das emotionale Klima des Heimes die gesunde Entwicklung des Kindes positiv beeinflussen.*

bestimmte Entwicklungen der Kinder feststellen. Sogar der Gefühlszustand der Kinder verbessert sich und ist zufriedenstellender als bei Kontrollgruppen: die Kinder sind fröhlicher, kontaktfreudiger und vergleichsweise aufgeschlossener. Sie befolgen bereitwillig die Anweisungen der Erwachsenen, entwickeln aber von sich aus wenig Initiative und fühlen sich zu keinem Erwachsenen im besonderen hingezogen. Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung, wie man sie oft bei ehemaligen Heimkindern beobachten kann, z.B. überdurchschnittliches Bedürfnis nach gefühlsbetonten Beziehungen, oberflächliche und wenig differenzierte soziale Kontakte, mangelnde Willenskraft und leichte Beeinflußbarkeit sind auf diese Weise allerdings nicht zu verhüten.

### **Schaffung eines geeigneten emotionalen Klimas**

Aus der Psychologie weiß man, daß ein Kind die Dinge, die es in den ersten Wochen, Monaten und Jahren seines Lebens aufnimmt, nur dann für seine Persönlichkeitsentwicklung verarbeiten kann, wenn es innerhalb eines stabilen Systems von Bezugspersonen lebt. Seine Primärsozialisation gelingt nur, wenn die Anzahl dieser Bezugspersonen begrenzt ist und außerdem eine bevorzugte Beziehung zu einem Erwachsenen besteht.

Wenn eine echte Beziehung besteht, wird sich das Kind dabei sowohl der Person, die für es sorgt, als auch seiner eigenen Identität bewußt. Solch ein Bezugssystem ist unentbehrlich für das Kind; es hilft ihm, die Frustrationen, die es im Laufe seiner Entwicklung erfährt, hinzunehmen und ermöglicht ihm, sich durch Nachahmung, Anpassung und Identifizierung die Wertvorstellungen, herrschenden Normen und Verhaltensregeln der Gesellschaft anzueignen.

Auch für Kinder, die in Heimen leben müssen, ist es möglich, stabile, enge und emotional positive Beziehungen zu einer sehr begrenzten Anzahl von Erwachsenen herzustellen. Dazu bedarf es einer sehr sorgfältigen Organisation, damit häufiger Personalwechsel und eine daraus resultierende unpersönliche Versorgung vermieden werden kann, die wiederum die Hauptursache dafür ist, daß Kinder gefühlsarm reagieren, in ihrer emotionalen und geistigen Entwicklung zurückbleiben und später Schäden in ihrer Persönlichkeitsentwicklung aufweisen.

Ist die Anzahl der Kinderschwestern und anderer an der Pflege beteiligter Personen zu groß, so ist dies für die Kinder als auch für die Kinderschwestern selbst sehr nachteilig. Eine Schwester, die nur von Zeit zu Zeit ein Kind versorgt, lernt es nie richtig kennen. Wenn sie klug und gewissenhaft genug ist, wird sie vielleicht erreichen, daß ein Kind sie ansieht, ein anderes sie anlächelt oder ein drittes sich kooperativ verhält, und daß auf diese Weise in der ganzen Gruppe eine friedliche Atmosphäre entsteht. Es gelingt jedoch in einem solchen Rahmen nicht, eine wirkliche Beziehung zu den Kindern herzustellen, und die Interaktionen, die zustandekommen, bleiben zumeist spärlich und stereotyp. Sie kennt die Gewohnheiten der Kinder nicht und diese kennen nicht die ihren. Sie ist nicht empfänglich für die Signale der Kinder und versteht sie nicht; ebensowenig weiß sie, wie sie die Kinder ihren individuellen Bedürfnissen entsprechend behandeln soll. Wenn eine Kinderschwester dagegen Tag für Tag die gleiche kleine Gruppe von Kindern versorgt, so kann sie im Umgang mit diesen Kindern sehr viel feinfühler reagieren.

### **Eine Kinderschwester ist keine Mutter**

Obwohl die Beziehungen zwischen Kinderschwester und Kind an die Stelle der Mutter-Kind-Beziehungen treten sollen, sind sie doch grundsätzlich unterschiedlich. Den Beziehungen liegen weder die gleichen Motivationen zugrunde, noch sind sie in gleicher Weise zukunftsorientiert. Deshalb ist jede Situation, die die Schwester in die Lage bringt, sich wie eine Mutter verhalten zu müssen, gefährlich; sie muß sich — sowohl in ihrem eigenen Interesse als auch im Interesse des von ihr betreuten Kindes — immer bewußt sein, daß sie nicht ihr eigenes Kind großzieht. Eine Beziehung, die sich auf intensive, tiefe und spontane Gefühle gründet — wie fruchtbringend sie auch immer scheinen mag — wird auf der Seite des Kindes als auch auf der

Seite der Kinderschwester, Angst erzeugen. Das Kind wird Forderungen stellen, die in einer Gemeinschaft nicht erfüllbar sind und dadurch Frustrationen erleiden. Die Schwester ihrerseits hat oft anderen Kindern gegenüber, mit denen sie nicht so liebevoll umgeht, Schuldgefühle und neigt dann dazu, diese mit Ungeduld oder Aggressivität abzureagieren. Wird sie von ihrem Lieblingskind getrennt, erleidet sie schmerzliche Frustrationen, und es wird dann für sie noch schwieriger, wenn nicht gar unmöglich, sich anderen Kindern zuzuwenden, und ihre Haltung ihnen gegenüber wird noch unpersönlicher.

Als gute Erzieherin sollte die Kinderschwester den gesamten Entwicklungsprozeß des Kindes berücksichtigen und sich bewußt sein, daß sie zwar nicht das gleiche wie eine Mutter geben, aber doch zum Gedeihen eines jeden Kindes beitragen kann. Anstelle mütterlicher Gefühle sollte sie lieber intensives Interesse für die Bedürfnisse und die Entwicklung der Kinder aufbringen. Auf diese Weise kann sie den Grund für eine Gefühlsbeziehung legen, die allen Kindern emotionale Sicherheit gibt.

Die wichtigsten Augenblicke für solche Wechselbeziehungen zwischen Kind und Kinderschwester sind die Zeiten, in denen die Kinder versorgt werden. Bei den Mahlzeiten, beim Baden und Anziehen gleicht das Leben von Heimkindern am meisten dem von anderen Kindern, die bei ihren Eltern leben; bei solchen Gelegenheiten kann jedes Kind einmal ganz *allein* mit einem Erwachsenen zusammen sein. Dabei kommt es darauf an, daß die Kinderschwester das Kind mit Feingefühl behandelt, die Signale versteht, über die ein Kleinkind seine Bedürfnisse äußert und daß sie später, wenn das Kind älter ist, im voraus alles erklärt, was sie tut, damit das Kind die Möglichkeit hat, sich kooperativ zu verhalten und freiwillig das zu machen, was von ihm erwartet wird.

### **Der Schlüssel für persönliche Beziehungen**

Damit persönliche Beziehungen möglich werden, sollte jede Gruppe von 7-9 Säuglingen und Kleinkindern von maximal 4 Personen betreut werden, und jede Schwester sollte eine besondere Verantwortung für 2 bis 3 Kinder übernehmen. Wenn die Schwester auf diese Weise regelmäßig das Verhalten der Kinder beobachten und registrieren kann, ist sie stets über den physischen und emotionalen Gesundheitszustand der Kinder und die Fortschritte, die sie in verschiedenen Entwicklungsstadien machen, im Bilde. Die Kinderschwester ist zwar für alle Kinder in der Gruppe da, widmet aber ihrer eigenen kleineren Teilgruppe mehr Zeit. Bei erfolgreich verlaufender Arbeit der Schwester werden die Kinder bald durch ihr Verhalten zum Ausdruck bringen, daß sie „wissen“, zu wem sie „gehören“. Während der Abwesenheit „ihrer“ Schwester akzeptieren sie bereitwillig die Betreuung durch die anderen 3 Kolleginnen, die sie ebenfalls gut kennen.

Für Heimkinder ist es besonders wichtig, daß sie von klein an ihre Energien bei freien, selbständigen Aktivitäten, die ihnen Spaß machen, ausleben können und daß sie durch die dabei erfahrenen Erfolgserlebnisse immer wieder dazu angeregt werden. Durch solche Aktivitäten können die Kinder in verschiedenen Situationen Erfahrungen machen, die ihre motorische Entwicklung begünstigen und auch den Grund für ihre geistige Entwicklung legen. Außerdem wächst das Selbstbewußtsein

der Kinder, wenn sie entdecken, daß sie selbständig handeln können. Solche Gelegenheiten zum Experimentieren sind Grundbedingung dafür, daß aus den Kindern später gesunde Erwachsene werden, die kreativ und verantwortungsbewußt handeln können.

Diese Untersuchung wurde mit finanzieller Unterstützung der WGO an einer Population von früheren Zöglingen unseres Instituts, die inzwischen erwachsen und selbst Eltern geworden sind, durchgeführt. Sie scheint den Beweis dafür zu erbringen, daß es mit unserer Art von Heimgestaltung gelingt, schwere Schäden bei den Kindern zu verhüten, dafür aber ihre physische und geistige Entwicklung und ihre soziale Kontaktfähigkeit zu fördern.



## Die Eltern-Kind-Interaktion: vielfältig und komplex

- In den ersten Lebensmonaten weint ein Kind oft so lange, daß es dadurch in einen Zustand der Verzweiflung gerät. Es ist eine Art „biologischer Schrei der Verlassenheit“. Später dagegen kann das Weinen zu einem erlernten Mittel der Kontrolle der Eltern werden, eine Verhaltensweise, die Eltern fürchten.
- Eine schnelle Reaktion auf das Weinen des Kindes in den ersten Lebensmonaten trägt eher zur Ablösung des groben Ursignals durch feinere, differenziertere vorsprachliche Signale bei, als das Nichterfolgen einer Reaktion. Viele Mütter wissen nicht, wie ihre Kinder während ihrer Abwesenheit reagieren. Somit sind die Signale des Kindes wirkungslos.
- Wer für die Erziehung eines Kindes verantwortlich ist, muß sich in die Situation des Kindes versetzen und folgendes bedenken: was ist ein Kind fähig zu tun, und was will es mit bestimmten Handlungen erreichen? Mit anderen Worten, die Signale des Kindes müssen so vollständig wie möglich von den Eltern erkannt werden. Geschieht dies, so kann das Kind stabile Beziehungen mit anderen Personen aufbauen.

Dies ist allerdings nicht lediglich ein Problem der direkten Wahrnehmung, denn wir müssen zum Beispiel auch in Betracht ziehen, welche Signale eine Mutter erkennen „kann“. Was sie erkennen und in ihrer Reaktion zum Ausdruck bringen *kann*, hängt tatsächlich davon ab, wie die Rollen der Geschlechter definiert sind oder, um es allgemeiner auszudrücken, es hängt von den bestehenden sozialen Normen ab. Eine Mutter wird anders auf die Signale eines Jungen als auf die eines Mädchens reagieren, da sie unter dem Einfluß dessen steht, was die Gesellschaft als weibliche oder männliche Eigenschaften ansieht.

- Manchmal kann eine Mutter nicht „angemessen“ auf bestimmte Forderungen und Bedürfnisse ihres Kindes reagieren, da sie sich darüber bewußt ist, daß sie dem Kind gegenüber widersprüchliche Gefühle hat. Diese Gefühle zu erkennen und sie als akzeptabel zuzulassen, könnte dazu beitragen, eine Belastung von der Mutter zu nehmen, die ja unter erheblichem

gesellschaftlichem Druck steht, eine „ideale Mutter“ zu sein, die ihrem Kind gegenüber immer nur positive Gefühle haben darf.

- Eine Beziehung kann nur als funktionierend bezeichnet werden, wenn sowohl die Interessen des Kindes als auch die der Mutter in Betracht gezogen werden. Eine Beziehung ist nur „gut“ oder funktionierend, wenn sie ausgewogen ist.
- Die Vermeidung der körperlichen Nähe zum Kind von seiten der Mütter, für die liebevoller körperlicher Kontakt unangenehm ist, stellt für das Kind eine widersprüchliche Situation dar. Diese Situation kann mit der „double-bind-situation“ nach Bateson verglichen werden, bei der sich widersprechende Signale auf verschiedenen Ebenen auftreten. Die Gesundheitserziehung sollte den Eltern helfen, ihr Vermeidungsverhalten zu modifizieren, da dies bei den Kindern sonst eindeutig wieder zu vermeidendem Verhalten führt.
- Analysiert man die Qualität einer Beziehung, so sollte man sich unter anderem mehr auf Hinweise konzentrieren, die Interaktion oder Vermeidung signalisieren. Diese Kriterien können auch bei der Entscheidung darüber, ob ein Kind sich in einer anderen Situation (Tagesstätte, Pflegemutter etc.) wohl fühlt, herangezogen werden. Ein Kind hat die Fähigkeit, mehr als eine Beziehung aufzubauen.

Bisher verfügen wir aber noch nicht über genügend Anhaltspunkte, um entscheiden zu können, ob eine aufgezwungene neue Beziehung mit Zuneigung oder Abneigung akzeptiert und beantwortet wird.

- Man darf die emotionalen und kognitiven Aspekte des kindlichen Handelns nicht trennen, sondern muß eine Gesamtsicht der Lebenssituation als Ausgangspunkt nehmen.
- Angemessenes Verhalten in einer bestimmten Situation zeigt die „Lernfähigkeit“ des Kindes. Es kann auch als Zeichen für eine „gute“ Beziehung gewertet werden. Dürfen wir aber dieses kognitive Konzept der Lernfähigkeit, d.h. Überprüfung von Erwartungen und sinnvolle Anpassung an sie, als positive Eigenschaft werten? Wenn ein Kind unablässig die Situation einschätzt und sich an diese anpaßt, sollten wir dies dann nicht eher als Zeichen mangelnder Sicherheit und seines Bedürfnisses einer andauernden Überprüfung der Realität sehen?

● *Einige Thesen:*

- Allgemein gesprochen, verlaufen Kleinkind/Kind-Eltern-Kontakte gut.
- Eingriffe mit der Begründung „Anderen helfen wollen“ sollten auf ein Mindestmaß beschränkt bleiben — sie können unangebracht sein und in ihrer Wirkung nicht der Intention entsprechen.
- Bindung findet statt — Zurückhaltung wird in der Ausbildung z.B den Medizinstudenten immer noch vermittelt.
- Für die Elternschaft gibt es viele Modelle — zu berücksichtigen sind einige Praktiken innerhalb der kulturell festgelegten Muster.

● *Einige Fragen:*

- Können wir dem Personal von Kindertagesstätten und Kindergärten deutlich machen, daß sie befriedigende gefühlsmäßige Beziehungen zu den Kindern haben sollten? Wie kann man Spontaneität und erzieherische Notwendigkeiten auf einen gemeinsamen Nenner bringen?
- Wie können wir die Beziehungen zwischen Eltern und dem Personal von Kinderbetreuungseinrichtungen verbessern?
- Wie lassen sich die Probleme der Schuldgefühle berufstätiger Mütter lösen?
- Wie kann die Isolation der Kernfamilie überwunden werden?

## **IV**

### **Symbiose und Trennung**

Was wir uns von der Familie wünschen ...



Vertrauen

Eine Aufnahme aus der Broschüre *Familienbilder*,  
herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

## **Jane und John: zwei Fallstudien zum Trennungsverhalten**

**James und Joyce Robertson**

Die zahlreichen, in den letzten 25 Jahren vorgelegten Untersuchungen des Trennungsverhaltens wurden in Krankenhäusern und Heimen durchgeführt. Ihre Resultate haben viel zum Wissen über die kindliche Entwicklung und die Ursachen bestimmter affektiver und Persönlichkeitsstörungen beigetragen; auch eine erhebliche Verbesserung der Kinderpflege ist ihr Verdienst.

Die Daten dieser Studien erlauben aber keine zuverlässige Abgrenzung der Reaktionen auf eine Trennung von der Mutter von den Auswirkungen anderer Streßfaktoren, die normalerweise mit der Aufnahme ins Krankenhaus oder in andere Einrichtungen zusammenhängen — wie z.B. Krankheit, Schmerz, Bettlägerigkeit, verschiedene Pflegepersonen und plötzliche Konfrontation mit einer ungewohnten Umgebung.

Es scheint als gäbe es, außer einigen anekdotischen Anmerkungen, keine Veröffentlichungen qualitativer Daten über das Verhalten gesunder Kleinkinder, deren Trennungserfahrung nicht durch eine Vielzahl negativer Faktoren, wie im Fall der Heimstudien, verzerrt wird.

Wir wollten die Reaktion auf eine frühe Trennung von der Mutter beobachten, wenn diese nicht durch negative Faktoren beeinträchtigt wird. Im Verlauf dessen, wollten wir auch die bestehende These überprüfen, daß akutes Leid und akute Verzweiflung die üblichen Reaktionen auf frühe Trennungen, selbst unter guten Pflegebedingungen, sind.

Aus diesem Grund wurden wir zu Pflegeeltern und nahmen hintereinander vier Kleinkinder (in den Altersstufen von 17 Monaten bis zu 2 Jahren und 5 Monaten), die während des Krankenhausaufenthaltes ihrer Mutter der Pflege bedurften, in

---

JOYCE und JAMES ROBERTSON haben in London ein eigenes Forschungszentrum eingerichtet.  
*Anschrift:* Robertson Centre, 51 Corringham Road, GB-London NW 11.

unsere Familie auf. Wir beobachteten und filmten, wie diese Kleinkinder mit der Trennung von ihrer Mutter zurechtkamen, wenn ihnen eine gute ersatzweise Pflege in einer ihnen vertrauten Familie zuteil wurde. Die Aufenthaltsdauer betrug zwischen 10 und 27 Tagen.

Obwohl unsere Situation nicht typisch war, hoffen wir doch, daß wir durch die Beschreibung des Verhaltens unserer Pflegekinder und dadurch, daß wir an uns selbst erfahren haben, was es heißt, Pflegeeltern zu sein, denjenigen, die Pflegeplätze vermitteln und denjenigen, die sich um fremde Kinder kümmern, einige Erkenntnisse von praktischer Bedeutung weitergeben können. Sie könnten auch für Eltern von Nutzen sein, die daran denken, ihr Kleinkind aus irgendeinem Grund bei anderen in Pflege zu geben.

### **Auswahl der Kinder**

Wir suchten nach Kindern, die ungefähr zwischen 1 ½ und 2 ½ Jahren alt waren (die gleiche Altersgruppe, die früher in Krankenhäusern und Heimen untersucht worden war), die noch nie vorher von ihrer Mutter getrennt worden waren, deren Eltern ein einigermaßen gutes Verhältnis zueinander hatten, deren Mütter zur Entbindung vom zweiten Kind in das Krankenhaus gingen und für die keine bessere Pflegemöglichkeit gefunden werden konnte. Kinder mit so positiven Erfahrungen sind nicht typisch für die Vermittlungsfälle der Pflegeämter, für die Untersuchung mußte aber sichergestellt werden, daß soweit feststellbar, die kommende Trennung und die Fremdpflege die erste größere Streßsituation für das Kind sein würden. Die Kinder wurden nur genommen, wenn es den Eltern nicht gelang, andere Vorkehrungen zu treffen, die sie für besser erachteten.

### **Vorbereitung und Pflege**

Vor der Trennung gab es ungefähr einen Monat lang Zeit für das Kind, sich mit den Pflegeeltern und deren Wohnung vertraut zu machen, damit es dann in eine Umgebung kommen würde, mit der es schon angenehme Assoziationen verband. Dies wurde durch eine Reihe von gegenseitigen Besuchen der Familien erreicht. In diesem Zeitraum unterhielt sich die Pflegemutter mit der Mutter über besondere Eigenschaften des Kindes, seine hygienischen Gewohnheiten, Eßgewohnheiten, Leibgerichte, und durch Beobachtung und Diskussion gewann sie einen Eindruck davon, wie die Eltern mit dem Kind umgingen, so daß viele Merkmale des Zuhause auch bei der Pflege übernommen werden und durch ihre Vertrautheit zum Sicherheitsgefühl des Kindes beitragen konnten.

Das Kind brachte sein eigenes Bett, Bettzeug, seine Spielsachen, Schmusetiere und eine Fotografie seiner Mutter mit in die Pflegefamilie. Die Pflegemutter bemühte sich, die Erinnerung an die Mutter wachzuhalten, indem sie über sie sprach und das Foto zeigte. Bei den älteren Kindern versuchte sie das Verständnis und den Ausdruck ihrer Gefühle zu erleichtern, indem sie mit einer kleinen Puppenfamilie spielten — Puppenvater, Puppenmutter, Puppenkind (Junge oder Mädchen) und Puppenbaby.

Die Väter konnten so oft sie wollten zu Besuch kommen und aßen oft mit ihrem Kind gemeinsam.

Das Familienleben der Robertsons ging weiter wie gewöhnlich. Die Pflegeschwester im Teenageralter, Jean, war fast den ganzen Tag in der Schule, aber wenn sie zuhause war, benahm sie sich, wie es für eine große Schwester üblich ist — sie spielte mit dem Kind, half beim Füttern, Anziehen usw.

Der Pflegevater war jeden Tag mehrere Stunden zuhause und immer bereit, dem Verlangen des Kindes nach Spiel und Aufmerksamkeit nachzukommen. Die Pflegemutter stand dem Kind dauernd, sowohl physisch als auch emotional zur Verfügung.

Am Ende der Trennungszeit traf das Kind mit seiner Mutter in Gegenwart der Pflegemutter wieder zusammen. In den folgenden Wochen und Monaten machte die Pflegemutter einige Besuche, um dem Kind den Übergang von der Pflegemutter zurück zur eigenen Mutter zu erleichtern und gleichzeitig, um zu testen wie das Kind auf die Pflegemutter, als eine Person, die mit der Trennung in Verbindung stand, reagierte.

### **Beobachtung und Aufzeichnung**

Das Hauptanliegen bei jedem Projekt war das Wohlergehen jedes Kindes, ihm die bestmögliche Pflege zuteil werden zu lassen und gleichzeitig zu beobachten, inwieweit und mit welchen Mitteln das Kind damit zurechtkam.

Die Pflegemutter, Joyce Robertson, war auch die intensivste Beobachterin. Ihre Beobachtungen waren direkt, klinisch und fortlaufend — ein fortgesetzter Bericht, der auf die im gesamten Haus verteilten Notizblöcke geschrieben und, wenn es die Zeit erlaubte, vervollständigt wurde; ein Tonbandgerät wurde benutzt, um die Verbalisierung der älteren Kinder zu untersuchen. Der vollständige Tagesbericht wurde jeden Abend verfaßt, zusammen mit einer Beurteilung des Tages und dem Ausfüllen der Kontrolllisten.

Der Pflegevater, James Robertson, benutzte mehrmals am Tag eine Filmhandkamera, um besondere Ereignisse und Verhaltensänderungen während regelmäßiger Ereignisse wie den Mahlzeiten und den Besuchen des Vaters, festzuhalten. Die wichtigsten Räume (Wohnzimmer, Kinderzimmer, Badezimmer, Küche) hatten genug indirekte Beleuchtung zur Benutzung hochempfindlicher Filme. Wie er schon vorher feststellen konnte, wird eine kleine Filmkamera in der Hand einer vertrauten Person von kleinen Kindern sehr schnell ignoriert und scheint ihr Verhalten nicht zu beeinflussen. Das Ergebnis war ein Film über Jane.

### **Jane: Zehn Tage bei einer Pflegefamilie**

Im Alter von 17 Monaten war Jane ein gut entwickeltes Kind, das noch nicht sprach. Es war für die Pflegemutter nicht leicht, vor der Trennung eine Beziehung mit ihr herzustellen, da so kleine Kinder nicht sehr an Personen außerhalb der Familie interessiert sind, solange die Mutter noch da ist; nachdem die Trennung erfolgt war, band sich Jane aber enger an die Pflegemutter als es ein älteres Kind getan haben würde. Dies schuf anfangs Schwierigkeiten, nachdem sie nach Hause zurückgekehrt war.

Das Krankenhaus ließ keine Besuche von Kindern zu. Deshalb sah Jane ihre Mutter während der 10tägigen Pflege nicht; der Vater besuchte die Pflegefamilie jeden Tag.





*Für Jane war die Trennung von ihrer Mutter keine allzu traumatische Erfahrung: es stand eine Beziehungsperson bereit, der sie vertrauen konnte.*



Während der ersten Tage war Jane aktiv und fröhlich. Sie bemühte sich aber intensiv, ihre Pflegeeltern zu veranlassen ihr zuzulächeln, als ob sie sich ihrer guten Absichten versichern wollte. Ihr Lachen war übertrieben und „aufgesetzt“ und wechselte mit einem verwirrten, starren Gesichtsausdruck ab, so daß man es nicht

mit guter Laune oder Glücklichkeit verwechseln konnte. Nach diesen ersten Tagen zeigte sie deutlichere Anzeichen der Belastung durch die Trennung von ihrer Mutter, durch verstärktes Daumenlutschen, Ungeduld und wachsenden Widerstand gegen den Umgang mit anderen. Aber sie aß und schlief gut und hatte eine warme Beziehung zu ihrer Pflegefamilie.

Jane konnte plötzlich einiges nicht mehr, das in diesem Alter noch von der Beziehung zur Mutter abhängt: sie wollte nicht mehr aufs Töpfchen gehen und wurde ungehorsamer. Doch im wesentlichen blieb ihre Entwicklung unbeeinträchtigt; sie lernte ein neues Wort und Dreiradfahren.

Zuerst schien es Jane nichts auszumachen, wenn der Vater nach den Besuchen wieder wegging, aber ab dem dritten Tag weinte sie bitterlich, wenn er wieder gehen mußte.

Da Jane so klein und abhängig war, schloß sie sich sehr eng an ihre Pflegemutter an. Nach der Rückkehr zu ihrer eigenen Mutter konnte Jane die Pflegemutter nicht gleich aufgeben. In den nächsten Tagen versuchte sie des öfteren zum Haus der Robertsons, das in der Nähe lag, zurückzukehren. Die Pflegemutter machte mehrere Besuche, damit Jane nicht zum zweitenmal die Erfahrung machen mußte, plötzlich eine geliebte Person zu verlieren. Als dann die Bindung an ihre Mutter wieder fest geworden war, kam die Pflegemutter seltener zu Besuch.

Für mehrere Wochen war Jane mürrisch und ungehorsam. Sie war noch ein Baby, und nach dem Streß der Trennung wollte sie mehr bemuttert werden. Statt dessen mußte sie nun die Mutter mit dem neuen Baby teilen.

Obwohl ihre starke Bindung an die Pflegefamilie sich abschwächte, war ihnen Jane weiterhin gewogen und besuchte ihre Wohnung, wann immer sie wollte — mit und ohne ihre Eltern. Dies scheint zu zeigen, daß Jane, obwohl sie während der Trennung unter einer Belastung stand, dadurch nicht überwältigt worden war und ihr diejenigen, die sich um sie gekümmert hatten, immer noch sympathisch waren.

Das war also Janes Reaktion auf eine 10tägige Pflege. Die anderen drei Kinder, die von den Robertsons während eines Zeitraums von 10-27 Tagen gepflegt worden waren, reagierten weder mit dem akuten Schmerz noch der Verzweiflung, die in der Fachliteratur beschrieben wird. Vor dem Hintergrund der Geborgenheit der Ersatzbeziehung blieben sie in einem Stadium der „erträglichen Angst“; sie reagierten und funktionierten weiterhin normal, lernten neue Fertigkeiten und neue Wörter und gingen voller Freude zu ihren Müttern zurück.

Dies alles steht in krassem Gegensatz zu der Reaktion von John, der während eines neuntägigen Aufenthaltes in einem Kinderheim beobachtet wurde. Ohne eine aufmerksame, ersatzweise Bemutterung und unter dem vielfältigen Streß einer neuen Umwelt im Heim, wurde er extrem unglücklich; sein Verhalten verschlechterte sich in jeder Hinsicht und beim erneuten Zusammentreffen wies er seine Mutter zurück.

### **John, 17 Monate alt: Neun Tage in einem Kinderheim**

Mit 17 Monaten war John ein ruhiges, umgängliches Kind. Er war mit seinen Eltern ein Jahr zuvor in die Gegend gezogen, und es gab weder Verwandte noch gute Freunde, die sich um ihn hätten kümmern können, während seine Mutter für die

Geburt des zweiten Kindes in der Klinik war. Normalerweise wäre der Vater zu Hause geblieben, um John zu versorgen, aber gerade in dieser Woche war es plötzlich aus zwingenden Gründen unmöglich geworden.



*Angesichts der abrupten Veränderungen und dem Verlust aller Bezugspersonen übermannt John die Verzweiflung. Er versucht etwas Zuneigung von der Pflegerin zu bekommen, die auf seine Forderungen und die der anderen Kinder nur passiv reagiert.*



Der Hausarzt riet, ihn in einem nahegelegenen Kinderheim unterzubringen und man nahm seinen Rat an. Die Wehen der Mutter setzten in der Nacht ein, und auf dem Weg ins Krankenhaus brachte man John ins Kinderheim. Dort kam er in eine Gruppe von fünf anderen Kindern, die zwischen 15 Monaten und 2 Jahren alt waren. Vier der Kinder waren im Heim aufgezogen worden und kannten keine feste liebevolle Beziehung; sie waren aggressiv und bindungslos. Das fünfte Kind war Martin, der sein erstes Lebensjahr in einer Pflegefamilie verbracht hatte und immer noch nach Zuneigung suchte — außer John das einzige Kind, das dies noch tat.

Während der ersten beiden Tage im Heim benahm sich John die meiste Zeit so, wie er es auch zu Hause getan hätte, voller Zuversicht, daß die Menschen in seiner Umgebung seinen Bedürfnissen entsprechen würden, so wie es die Eltern getan hatten. Als dies nicht geschah, wurde er zunehmend verwirrt; er brach aber nicht sofort zusammen. Er machte entschlossener Anstrengungen, um von den Pflegerinnen eine Reaktion zu bekommen, aber er konnte mit den vorlauteren Heimkindern nicht mithalten, und seine schüchternen Versuche wurden im allgemeinen nicht bemerkt.

Als seine Bemühungen, eine ersatzweise Bemmutterung zu erreichen, fehlschlügen, wandte er sich den großen Teddybären zu. Aber sie konnten ihm nur vorübergehenden Trost spenden und langsam brach John unter der zunehmenden Belastung zusammen. Er weigerte sich zu essen und zu trinken; er spielte nicht mehr; er weinte sehr viel und versuchte nicht mehr, die Aufmerksamkeit der Pflegerinnen auf sich zu ziehen.

Als seine Verzweiflung so deutlich wurde, daß sie nicht länger unbemerkt bleiben konnte, nahm ihn eine der Pflegerinnen in die Arme und hielt ihn längere Zeit; aber sie mußte sich, genau wie ihre Kolleginnen, auch um die anderen Kinder kümmern und konnte ihm deshalb nicht genügend persönliche Zuwendung geben, um den vorübergehenden Verlust der Mutter auszugleichen.

Kurzfristig, während der Besuche seines Vaters, lebte John wieder auf und zeigte ansatzweise normales Verhalten hinter seiner Verzweiflung. Im Laufe der Zeit aber, zeigte er sich mehr und mehr enttäuscht darüber, daß der Vater seinem unmißverständlichen Verlangen, das Kinderheim zu verlassen, nicht entsprach. Der Vater war sich schmerzvoll der Verschlechterung des Zustandes seines Sohnes bewußt und litt darunter, ihn nicht mit nach Hause nehmen zu können.

John zog sich aus dem geschäftigen Treiben um ihn herum immer mehr zurück, er lag tagsüber stundenlang daumenlutschend da, angeschmiegt an den großen Teddy. Er war von einer Situation übermannt worden, mit der er versucht hatte zurechtzukommen, unter Einsatz aller Mittel, die einem normalen, gesunden 17monatigen Kind zur Verfügung stehen, und schließlich zog er sich in die Apathie zurück. Während seines gesamten Aufenthaltes im Heim waren die jungen Pflegerinnen freundlich und liebevoll, aber keine stand ihm allein für längere Zeit zur Verfügung.

Als seine Mutter am 9. Tag kam, um ihn abzuholen, schrie John und wehrte sich gegen ihre Umarmungsversuche. Noch mehrere Wochen danach war er völlig durcheinander, er lehnte den Trost seiner Mutter und das Essen, das sie ihm anbot, ab. Er hatte starke Wutanfälle. Eine Zeitlang brachte jede Erinnerung an seinen Heimaufenthalt sein gestörtes Verhalten von vorher wieder zum Durchbruch. Noch

viele Monate lang war er ängstlich darauf bedacht, immer zu wissen, wo seine Mutter war und hatte oft ohne jeden Anlaß plötzliche Ausbrüche von Feindlichkeit gegen sie.

### Die Notwendigkeit eines besseren Verständnisses

Die enormen Probleme in Zusammenhang mit der Fremdpflege eines Kindes sind teilweise auf die große Zahl der Fälle zurückzuführen, aber hauptsächlich wohl auf eine mangelnde Kenntnis der emotionalen Bedürfnisse kleiner Kinder und den sich daraus ergebenden Anforderungen an die Durchführung der Kinderpflege.

Obwohl das Forschungsprojekt — kleine Kinder in kurzfristigen Trennungssituationen — sich nicht vornehmlich mit sozialen Fragen befaßt, sondern mit dem Studium kindlichen Verhaltens, hoffen wir, daß die Filme und Aufsätze, die die ersten Veröffentlichungen über das Projekt darstellen, dazu beitragen werden, die Betroffenheit und das Verständnis, die die einzigen Grundlagen für eine gute Kinderpflege sind, zu fördern.

### NÜTZLICHE MATERIALIEN ZUM THEMA

*John, 17 Monate alt, neuntägiger Aufenthalt im Kinderheim* (43 Min.)

*Jane, 17 Monate alt, 10 Tage lang bei Pflegeeltern* (39 Min.)

Beide Filme sind in Englisch, Französisch, Deutsch, Dänisch und Schwedisch durch folgenden Verleih erhältlich:

England: Concord Films Council, 201 Felxtove Road, Ipswich.

USA: New York University Film Library, 26 Washington Place, New York, NY 10003.

Frankreich: Phymentin, 23 rue Lalande, 75014 Paris.

Bundesrepublik Deutschland: Institut für den wissenschaftlichen Film, Nonnenstieg 72, 3400 Göttingen.

Freud, Anna (1969), Filmrezension: *John, 17 Monate alt, neuntägiger Aufenthalt im Kinderheim*, *Psychoanalytic Study of the Child*, 24.

Robertson, J. und Robertson, J. (1971). *Young Children in Brief Separation: a Fresh Look*, *Psychoanalytic Study of the Child*, 26. Deutsch (1975): Reaktionen kleiner Kinder auf kurzfristige Trennung von der Mutter im Lichte neuer Beobachtungen, *Psyche*, 7:29.

Robertson, J. und Robertson, J. (1973). *Substitute Mothering for the Unaccompanied Child* (in Hospital), *Nursing Times*, 29. November.

*Keine Sorge, es passiert schon nichts*: 16 mm Film, 22 Min., erhältlich in Niederländisch mit englischen Untertiteln. Vertrieb: Rijksvoorlichtingsdienst, Afdeling film, Anna Paulownastraat 76, Den Haag, Niederlande.

Der Film zeigt die Trennungsprobleme, die ein Krankenhausaufenthalt für kleine Kinder mit sich bringen kann; aber auf angenehme Art auch gleichzeitig, daß, wenn man die Probleme schon nicht völlig beseitigen, man diese doch erheblich vermindern und entschärfen kann, durch eine angemessene Vorbereitung des Kindes und entsprechende Begleitmaßnahmen während des Krankenhausaufenthaltes.

*Der sanfte Weg ans Licht*: 16 mm und 35 mm, 90 Min., Farbe, erhältlich in Englisch, Französisch und Deutsch. Kurzfassung für Unterricht und Weiterbildung: 16mm, 20 Min., Buch zum gleichen Thema. Vertrieb: Helge Max Jahns, Filmproduktion Verleih Mamma, Knöbelstraße 32, 8000 München 22.

Die Einleitung zeigt die Geburt eines Kindes und stellt die Frage: Was machen wir jetzt? Der Hauptteil des Filmes zeigt eine Rückblende zwei Monate vor der Geburt, die Geburt selbst und die drei darauffolgenden Stunden mit Rooming-in. Fünf Monate später führt er den Zuschauer dann in das Zuhause von Eva und Erhard. Das Filmteam lebte drei Monate lang mit den Eltern.

## **Die Mutter-Kind-Bindung: ein interkultureller Vergleich des Trennungsprozesses**

**Hans Bosse**

Unvorbereitete und unkompenzierte physische Trennung des Kleinkindes von seiner Mutter (Krankenhausaufenthalt, Heimunterbringung etc.) ist nachweislich schädlich für die psycho-soziale Entwicklung des Kindes. Dies hat für die Gesundheitserziehung sowohl im Hinblick auf die entsprechenden Institutionen als auch auf die Eltern selbst wichtige Konsequenzen.

Ich versuche in meinem Referat den gesellschaftlichen und persönlichen Sinn psychischer Trennungen zu zeigen und spezifische Informationen über die *alltägliche* Dramatik von Symbiose und Trennung von Mutter (Erwachsenem) und Kleinkind zu liefern. Meine durch Beobachtungen in verschiedenen Gesellschaften gestützte These ist, daß zu den schwerwiegendsten Trennungen des Kleinkindes von seiner Mutter (a) Alltagsereignisse und (b) die emotionale Distanzierung der Mutter vom Kleinkind gehören.

Daraus folgt, daß eine äußerst wichtige Aufgabe darin liegt, daß die Eltern sich mit dieser Alltagssituation vertraut machen und ihre Auswirkungen auf das Kind kennen. Die Eltern sind hier die natürlichen Gesundheitserzieher, und der Lernprozeß findet am besten in Selbsthilfegruppen statt. Ist das Problem der täglichen psychischen Trennung erst einmal bearbeitet, ist auch der Boden dafür bereitet, daß Eltern verständnisvoll mit den nicht-alltäglichen Ereignissen physischer Trennung umgehen können.

Daraus ergibt sich für die Gesundheitserziehung eine klare Aufgabe, d.h. sie sollte Initiativen und Gruppen unterstützen, die an dem Alltagsproblem von Symbiose und Trennung arbeiten; sie sollte außerdem die entsprechenden Veränderungen in

---

Prof. BOSSE ist Soziologe an der Universität Frankfurt/Main, Bundesrepublik Deutschland.

*Anschrift:* Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften, WBE Sozialisation-Sozialpsychologie, Senckenberganlage 15, D-6000 Frankfurt/Main.

Kindergärten, Heimen, Schulen sowie in Kinderkrankenhäusern unterstützen, in denen Aufenthaltsmöglichkeiten für Eltern vorgesehen werden sollten, und auch darauf dringen, daß für eine adäquate Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsexperten und der Erzieher Sorge getragen wird.

In den europäisch-industrialisierten Gesellschaften — ich vereinfache — wird der Säugling schon nach wenigen Wochen abgestillt, wenn er überhaupt die Brust empfängt und nicht die Flasche. In der Säuglingsphase ist die Mundzone des Säuglings zentrales Organ des Erlebens der Mutter, ihrer Wärme, des Körperkontakts, der von ihr kommenden Nahrung. Die europäische Stillpraxis schneidet den Säugling weitgehend von dieser Grunderfahrung ab. An ihre Stelle treten jedoch intensive Körperpflege und die emotionale Zuwendung der Mutter. Sie fixiert das Gesicht des Säuglings, sie lächelt ihn an, sie tauscht Laute mit ihm aus. Der mehrstündliche Wechsel von Zusammensein mit der Mutter und Getrenntheit von ihr, der Angst auslöst, die wieder beseitigt wird, gehört zur Alltagserfahrung des Säuglings. Diese beginnt bereits mit der Geburt im Krankenhaus, mit der Trennung von Säuglingsaal und Wochenbett.

### **Symbiose und Trennung in europäischen Gesellschaften**

Zwischen 6 bis 10 Monaten entsteht die sogenannte Acht-Monate-Angst, mit der das Kind auf fremde Gesichter reagiert und an deren Ausgang das Kind erstmals beginnt, die Einzeleindrücke von der Mutter zu einem kohärenten Bild zusammenzufügen. Mit etwa 18 Monaten beginnt das Kind aufgrund motorischer, kognitiver und emotionaler Entwicklungsfortschritte sich langsam als von der zentralen Bezugsperson (in der Regel die Mutter) unterschiedenes Subjekt zu erleben. Dem kognitiven Fortschritt entspricht ein psychomotorischer Fortschritt, das selbständige Gehen, sich unabhängig von der Mutter bewegen können — und ein emotionales Motiv. Der fürsorglichen Macht der Mutter möchte das Kind die neue eigene Macht (über seinen Körper) entgegensetzen. Die Beziehung zur Mutter spaltet sich erstmals. Das Kind vergewissert sich der mütterlichen Fürsorge, erwirbt aber zugleich ein reales Element von Autonomie. (Dazu müssen die mit 18 Monaten kulminierenden Allmächtsphantasien des Kleinkindes, das sich bis dahin als eins mit der mächtigen Mutter erlebt, schrittweise abgebaut werden).

In dieser von der kindlichen Entwicklungsdynamik her rekonstruierten Situation bietet sich eine weitere Bezugsperson, in der Regel der Vater, an. An der Beziehung zu ihr lernt das Kleinkind im Idealfall zum erstenmal, das Spiel von Zusammensein und Trennung, von Zuwendung und Abwendung selbst aktiv zu spielen. Die neue Beziehung zum Vater befreit von der allzugroßen Abhängigkeit von der Mutter. Krisenhaft muß diese Situation vom Kleinkind erlebt werden, weil das Bedürfnis nach mehr Unabhängigkeit und der Wunsch, die Einheit mit der Mutter (die Abhängigkeit von ihr) nicht aufzugeben, sich widersprechen.

Am Ausgang dieser Individuations- oder Loslösungsphase und am Ende dieser Krise hat sich das Kind typische Alters- und Geschlechterrollen mit ihren schichtspezifischen Varianten angeeignet. Im Einzelfall werden durch Erziehung, durch ökonomische Lebenslage und durch Gelingen der Paarbeziehung begünstigte Eltern in dieser Phase nicht oder nur wenig um die Gunst des Kindes rivalisieren und das Kind nicht blind auf vorgegebene Rollen festlegen. In der Regel aber wird etwa die



Mutter mit der Hinwendung des anderthalbjährigen *Jungen* zum Vater — ich nenne „ihn“ hier einmal Jim — die „Männlichkeitserziehung“ des Kleinkindes forcieren, die mit der blauen (bei Mädchen rosa) Baby-Kleidung begann. Weil Männlichkeit von der Gesellschaft mit aggressivem Sich-Behaupten-Können und Unterdrückung von Gefühlen gleichgesetzt wird, wird sie Jim von sich weg und in das, was sie als männlich versteht, hineinstoßen. Sie begreift nicht, daß die Abwendung Jims von ihr zum Vater hin von einer ebenso starken Tendenz der Wiederannäherung an sie, die Schutz bietet, relativiert wird. Statt diesen für diese Phase typischen kindlichen Konflikt zu verstehen, mißverstet sie die Wiederannäherung als unmännliche Haltung und wehrt sie ab. Margarete Mitscherlich-Nielsen (1978) spricht meiner Meinung zu Recht davon, daß die Mutter, wenn sie den Knaben so von sich stößt, eine für ihn wichtige Identifikationsfigur traumatisch unterbricht. D.h., er kann die Züge der Mutter — Zuwendung, Wärme, Fürsorge und Einfühlungsvermögen — denen er seine bisherige psychosoziale Entwicklung ja verdankt, nun nicht mehr in sein Selbstbild als männliches Kind aufnehmen. Es handelt sich hier um einen längeren Prozeß, nicht um einen einmaligen Vorgang. Dieser von der Gesellschaft über ihre Definition von Männlichkeit veranstaltete Statuswechsel des Kleinkindes, der es in seiner Geschlechts- und Altersrolle schon in diesem Alter von anderthalb Jahren bereits weitgehend festlegt, entspricht an entwicklungspsychologischer Bedeutung für das Kind und an sozialer Bedeutung für die Reproduktion der Gesellschaft durchaus den „rites de passage“, die von Ethnologen in vorindustriellen Gesellschaften beobachtet werden; uns sind hier die Initiationsriten der halbwüchsigen Jungen und Mädchen wegen ihrer „Grausamkeit“ im Gedächtnis.

Die abrupte physische Trennung des anderthalbjährigen Kleinkindes von der Mutter bei einem Krankenhaus- oder Kinderheimaufenthalt ohne Mutterersatz, die das englische Forscherehepaar Robertson am Fall „John“\* zeigt, stürzt das Kind ebenfalls in eine schwere Krise. Der neuntägige Aufenthalt von John in einem Kinderheim mit abendlichen Kurzbesuchen des Vaters, während die Mutter vom zweiten Kind entbunden wird, lenkt schließlich die Aufmerksamkeit aller Beteiligten auf das Faktum der Trennung. Dagegen bleibt die obenbeschriebene Abwendung der Mutter von Jim der Aufmerksamkeit entzogen. Es gibt ja in dieser Phase darüber keine Gespräche zwischen Mutter und Kind, zwischen Vater und Mutter oder Vater und Kind. Auch sind die Reaktionen von John im Kinderheim sichtbar und hörbar. Der Protest, dann Verzweiflung und schließlich Abwendung von der Umwelt tun sich kund in Gestik und Mimik, in Weinen und in verändertem Essens-, Schlaf- und Spielverhalten. Es ist im übrigen erstaunlich, wie lange die aufmerksamen und pflichtbewußten Erzieher die deutlichen Reaktionen von John „übersehen“. Dagegen werden Jims Reaktionen auf die Abwendung der Mutter im Zuge der Männlichkeitserziehung ja gerade unterdrückt. Er darf keinen Kummer zeigen. Dennoch auftretende Reaktionen Jims können von den Erwachsenen nicht verstanden, d.h. mit der Abwendung der Mutter nicht in Verbindung gebracht werden. Alles dies läßt uns das Schicksal Johns als eine Katastrophe erscheinen, gegen die die tägliche Trennung durch Abwendung der Mutter bei Jim als eine harmlose Belastung erscheinen muß.

\* Siehe vorausgehenden Beitrag.



Meine These ist jedoch, daß das Leiden des Anderthalbjährigen in beiden Fällen ähnlich stark ist, daß Angst und Enttäuschung, Verlassenheitsgefühle und Wut ähnlich stark auftreten und daß sie in beiden Fällen die weitere Entwicklung des Kindes entscheidend prägen. Allerdings wird die weitere Entwicklung von John und Jim in verschiedene Richtung gehen. Jim wird ein „normales“ Kind. Seine Wut gegen die Mutter kann er in der aggressiven Selbstbehauptung gegenüber Geschwistern oder Spielkameraden, vielleicht auch teilweise gegenüber Vater und Mutter auslassen; seine Verlassenheitsgefühle unterdrückt er und wird dafür als „tapferer Junge“ belohnt. D.h., er kann seine Reaktionen auf das traumatische Erlebnis, daß die Mutter sich von ihm abwendet, in seine Geschlechtsrolle integrieren.

Anders John. Er findet zwar nach seiner Rückkehr aus dem Kinderheim wieder Vertrauen zu seiner Mutter und zu seinem Vater. Es bleiben aber als langfristige Folgen — sie wurden drei Jahre später beobachtet — zweierlei Abweichungen zurück, wie die Robertsons feststellten. Von Zeit zu Zeit wird John aus heiterem Himmel aufreizend aggressiv. Diese Aggressivität steht in keinem erkennbaren Zusammenhang zur psychosozialen und realen Situation, in der sie auftritt. Außerdem hat John Angst, seine Mutter zu verlieren. Insbesondere ist er verstört, wenn sie nicht dort ist, wo er sie vermutet. In diesen beiden Punkten verhält John sich anders als ein „normales“ Kind.

Im Unterschied zu Jim hat er die Wut gegen seine Mutter und das Hängenbleiben in seiner Verlassenheit nicht in „männlichem“ Verhalten auffangen können. Es fehlte eine Ersatzmutter, die, im Idealfall, die Verlassenheitsgefühle mildert oder, wie es die Regel ist, in tapferes Verhalten, in die männliche Geschlechtsrolle leitet. Die Beziehung zum Vater ist noch nicht so entwickelt, daß die gelegentlichen Versuche ausreichen, um ein Männerbündnis herzustellen, das dieselben männlichen Verhaltensweisen bei John (über Identifikation mit dem Vater) unterstützt.

### **Das Trennungsritual der Agni in Afrika**

In der Gesellschaft der Agni in der Republik Elfenbeinküste (Westafrika) wird das Kleinkind etwa 1½ Jahre gestillt. Bis zu diesem Zeitpunkt gibt es keine Trennungen von der Mutter und keine nennenswerten Versagungen. Der Säugling wird häufig gestillt, noch ehe er sich fordernd meldet; er wird von der Mutter auf dem Rücken getragen, er wird von ihr intensiv gepflegt. Dann wird er von einem auf den anderen Tag abgestillt und emotional fallengelassen. Statt einer schrittweisen Ablösung von der Mutter und einem allmählichen Übergang zum Status des Kleinkindes wird er abrupt und gewaltsam in seine erste Altersrolle hineingepreßt.

Anders als in europäischen Gesellschaften legt allerdings diese Trennung nicht schon eine polarisierte männliche und weibliche Geschlechtsrolle fest. Junge und Mädchen werden von dieser abrupten Abstillung gleichermaßen betroffen. Dennoch, die Geschlechtsrolle des Jungen und des Mädchens wird hier auch bereits weitgehend geprägt. Beide Geschlechter werden durch dieses traumatische Erlebnis für ihr weiteres Leben auf das Bild der mächtigen und versorgenden, gleichzeitig aber das Kind fallenlassenden Mutter als der wichtigsten Identifikationsfigur festgelegt.

Die Erfahrung, die die Agni-Kinder mit 1½ Jahren mit diesem Doppelgesicht ihrer Mutter machen, wird durch eine weitere, für uns befremdliche Sozialisationspraxis in der zweiten Hälfte des Kleinkindalters verstärkt. Es handelt sich hier um die schon im Säuglingsalter beginnende, nach der Abstillung aber zur zentralen Erfahrung des Kindes mit seiner Mutter avancierenden Praxis, den Kindern täglich ein- bis zweimal Einläufe mit einem Pfefferschotenbrei zu machen. Wie der von Frau Parin-Matthey gedrehte Film über die Kindererziehung bei den Agni zeigt, reagieren die Kleinkinder oft mit Weinen auf die Vorbereitung der Einläufe. Gleichwohl werden die Agnis im Laufe ihrer Kindheit süchtig nach diesen Einläufen, die sie als Erwachsene fortsetzen. Auf die Einläufe reagieren die Agni-Kinder mit Angstlust. Die tägliche Erfahrung der versorgenden und aggressiven Mutter setzt sich als Identifikationsfigur fest. In der Agni-Gesellschaft sind einmal die Mädchen im Vorteil. Sie können aus dieser Identifikation Vorteile ziehen, während die Jungen gar nicht



Foto Weltgesundheitsorganisation

*Im Alter von 18 Monaten wird die Trennung schmerzlich sein...*

mehr zu einer Identifikation mit den männlichen Personen gelangen und so als Erwachsene nur zu einem labilen Gleichgewicht kommen. Eine Identifikation des Jungen mit seinem Vater ist unmöglich, weil einmal — wie in der Regel in der europäischen Erziehung — der Vater in der Kindererziehung abwesend ist, aber, und das ist viel wichtiger, „Männlichkeit“ in dieser Gesellschaft weniger mit Prestige und Machtchancen verbunden ist (es handelt sich ja hier um eine matrilineare Gesellschaft) als in den europäischen Gesellschaften.

Das Trennungsritual der Agni erscheint uns befremdlich. Es ist aber für eine matrilineare Gesellschaft, in der wichtige Funktionen nicht über den Vater und Mann, sondern über die mütterliche Linie laufen, z.B. das Erbrecht oder die Stellung der Frau als Oberhaupt der Großfamilie, durchaus funktional. Darüber hinaus hat die Öffentlichkeit des Rituals — mit der Mutter reagiert ja das ganze Dorf auf die Abstillung, indem es nicht mehr wie bisher den Säugling ins Zentrum der Aufmerksamkeit stellt, sondern eher ins Zentrum von Hohn und Spott, wenn es das Kleinkind nicht gar „übersieht“ — einen wesentlichen Vorzug gegenüber der in der europäischen Familie und in der Erziehung zu einer „Männlichkeit“ *verborgenen* Abwendung der Mutter vom 1½ jährigen Jungen in unseren Gesellschaften. Der Heranwachsende findet im Anblick des Übergangsrituals der Agni bei den Kleinkindern einen Zugang zu den Erfahrungen, die er in seiner eigenen frühkindlichen Lebensgeschichte machen mußte.

### **Kollektive Kindererziehung in Israel**

Bei der kollektiven Kindererziehung in bestimmten israelischen Kibbuzim wird der Säugling mit 6 Monaten von der Mutter abgestillt, lebt aber vom ersten Tage an mit anderen Kindern im Kinderhaus. Er wird von Erziehern versorgt, soweit es nicht das Stillen betrifft. Die Mutter zieht sich etwa nach 6 Monaten nach und nach zurück, wenn sie das Kind abgestillt hat. Auch hier macht das Kind eine schmerzliche Erfahrung der Trennung. Von der Mutter wird es nach 6 Monaten getrennt; aber auch im folgenden Entwicklungsabschnitt, wenn sich die Mutter, was dem common sense in den Kibbuzim entspricht, weigert, beim Kind nachts zu wachen, auch wenn Kinder heftige Verlassenheitsreaktionen zeigen und die Mutter bei sich haben wollen. Das Kleinkind macht außerdem Erfahrungen mit periodisch auftretenden Trennungen von Erziehern, wenn das Kind wieder einen neuen Status, den einer älteren Kindergruppe zugehörig erhält und damit auch die Erzieher wechseln.

Diese vielfältigen Trennungserfahrungen werden aber dadurch relativiert, daß es vom ersten Tage bis zu seiner Adoleszenz in seiner Kindergruppe bleibt. Das ist die zentrale psychische Erfahrung seiner Kindheit. Mit der peer group bleibt es untrennbar verbunden; diese gibt ihm, im Gegensatz zur Erfahrung mit den „unbeständigen Erwachsenen“, emotionale Sicherheit. In der Forschung ist umstritten, ob es überhaupt zu einer ähnlich zentralen Erfahrung mit der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten kommt. Liegle (1973) arbeitet die positiven Seiten dieser frühen Erfahrungen heraus, muß aber die frühe Trennung von der Mutter bei der Abstillung mit 6 Monaten systematisch in ihrem emotionalen Gehalt und in ihren Entwicklungsfolgen unterschätzen. Bettelheim (1969) weist besonders eindringlich auf die enttäuschende Erfahrung des Säuglings bei der Abstillung hin. Nach Bettelheim kann sich deshalb auch das Bild einer beständigen Mutter beim Säugling gar nicht strukturieren. Ich nehme an, daß das Mutterbild bei den Kibbuz-Kindern wechselt zwischen dem des unbeständigen Erwachsenen und einem idealisierten Bild (das alle negativen Erfahrungen verdrängt). Diese Idealisierung ist bei Kindern, die aus Familien mit pathogenen Familienbeziehungen kommen, beobachtet worden (vgl. Liegle). Ich nehme an, daß sie bei allen Kindern zu finden ist, vor allem, weil die Eltern selbst in den abendlichen Besuchen intensiv versuchen, die Kinder für die tägliche Trennung zu entschädigen. Strittig ist auch, ab wann die peer group für das

Kind zu einer wichtigen psychischen Größe wird. Liege schiebt diesen Zeitpunkt hinaus, er kann für die ersten Lebensmonate nur die Bedeutung der Mutter-Kind-Dyade sehen. Auch hier stimme ich eher Bettelheim zu, der darauf hinweist, daß vom ersten Lebenstage an nur die Kindergruppe, die sich durch Laute und durch körperliche Nähe kundtut, das Erlebnis von Beständigkeit gibt.



Foto Weltgesundheitsorganisation

*Aufwachsen in einem Kibbutz: vom ersten Tage seines Lebens bis zur Adoleszenz bleibt das Kind untrennbar mit seiner peer group verbunden.*

Das Modell der kollektiven Kindererziehung ist kritisiert worden, weil es zu einer totalen Identifikation mit der peer group führt und damit die Ausbildung wichtiger Fähigkeiten wie der, sich von anderen Personen zu distanzieren oder unabhängig von ihnen zu verhalten, erschweren oder gar verhindern würde. Wichtig ist aber an diesem Modell, daß es das für die europäischen Gesellschaften so zentrale Konzept der lebenswichtigen Mutter-Kind-Einheit in der frühkindlichen Lebensphase relativiert. Auch so starke Verfechter dieses Konzepts wie Bowlby geben zu, daß die Ausschließlichkeit der Mutter-Kind-Dyade nur *eine* Möglichkeit dafür ist, daß kindliche Entwicklung normal verlaufen kann.

Ich möchte nun einige systematische Schlußfolgerungen aus dem Vergleich dieser frühen Sozialisationsprozesse in verschiedenen Gesellschaftsformationen ziehen.

In jeder Gesellschaftsform ist die Auflösung der Mutter-Kind-Symbiose lange vor dem Wirksamwerden der Inzest-Schranken eine gesellschaftliche Veranstaltung, bei der zum ersten Male Geschlechts- und Altersrollen des Säuglings und Kleinkindes festgelegt und vom Kind angeeignet werden. Die kollektive Kindererziehung im Kibbutz bringt darüber hinaus mit sich, daß das Kind vom ersten Lebenstage an mit einem Doppelstatus konfrontiert wird, einem familialen (durch die Beziehung zur

Mutter und später zu beiden Eltern) sowie einem öffentlichen, der durch die Erzieher, die Kindergruppe und die Umgebung, das Kinderhaus, repräsentiert wird. In den europäischen Gesellschaften erlangt das Kleinkind diesen Doppelstatus erst mit dem Eintritt in den Kindergarten. In der Agni-Gesellschaft gibt es keine scharfe Trennung von privat und öffentlich, von Familie und Gesellschaft.

### **Trennungsrituale: ihr öffentlicher und verborgener Sinn**

Die Trennung des Kindes von seiner Mutter erfolgt in den verschiedenen Gesellschaften unterschiedlich früh, unterschiedlich gewaltsam und mit unterschiedlichen Zielen, je nachdem welche Alters-, Geschlechts- und sozioökonomische Rollen die Gesellschaft für ihr Fortbestehen benötigt und dem Kind „zugedacht“ hat.

Die Einweisung in die Rollen dokumentiert sich in einem Statuswechsel des Kindes. Der Ethnologe spricht hier von „rites de passage“. Wenn man sich nicht an die Vorstellung einer feierlichen, zeremoniellen Handlung klammert, kann man die Trennungen im Säuglings- oder Kleinkindalter durchaus als rites de passage verstehen. Bei den Agni ist das Trennungsritual ein Vorgang, an dem die ganze dörfliche Gesellschaft teilhat. Alle Dorfbewohner unterstützen die Mutter in der plötzlichen Abwendung vom Kind; niemand hilft dem Kleinkind mehr, sein Jammern wird übersehen, seine Hilflosigkeit mit Spott beantwortet. Im israelischen Kibbuz wird das Private, wird die Familie in ihrer Bedeutung reduziert. Die Grenzen und Übergänge zwischen familialer und öffentlicher Erziehung werden von der Gesellschaft festgesetzt. Trennungsrituale werden ausgearbeitet und von allen gemeinsam befolgt: Die Abstillung mit sechs Monaten, der Wechsel von einem Kinderhaus ins andere, der periodische Wechsel der Kindererzieher usw.

In den europäischen Gesellschaften klaffen Familienerziehung und öffentliche Erziehung auseinander. Die Trennungsrituale werden aufgespalten. In der Familie (siehe Jim) gehen sie verborgen vor sich. Tritt das Kind in öffentliche Institutionen wie Kinderheime oder Krankenhäuser ein, wird es einem Ritual unterzogen, das sich hinter scheinbaren Sachgesetzmäßigkeiten (wie Hygienevorschriften im Krankenhaus oder den wegen öffentlicher Armut überfüllten Kindergärten) verbirgt.

In jeder Gesellschaft führt die physische Trennung von der Mutter zu angstvollem Erleben beim Säugling oder Kleinkind und zu einer tiefgreifenden Enttäuschung über die Mutter. Damit ist eine Krise der psychosozialen Entwicklung unvermeidlich. Die Rollenangebote der Gesellschaft in diesem Moment der Krise sind gleichzeitig Ausdruck der gesellschaftlichen Gewalt, weil das Kind die Rollenangebote nur geringfügig verändern kann, wenn es sie übernimmt. Sie sind gleichzeitig aber auch Ausdruck der Fürsorge; denn die Anpassung an die Rollen gibt dem Kind Sicherheit und sichert ihm die emotionale Unterstützung durch die Umwelt.

Ich möchte am Schluß noch eine letzte These entwickeln, die an Beobachtungen der Sozialisationspraxis in der Agni-Gesellschaft der Elfenbeinküste anknüpft. Diese Beobachtungen sind einmal von den Schweizer Ethnologen und Nervenärzten Parin, Morgenthaler und Parin-Matthey (1971) nach dem Harvard-manual vorgenommen worden und lassen sich zum anderen anhand eines ethnologischen Films derselben Autoren anstellen. Dieser Film zeigt alltägliche Szenen der Säuglings- und

Kleinkindpflege bei den Agnis. Bei der Interpretation des Materials greife ich allerdings auf tiefenhermeneutische Annahmen zurück, für die ich wegen ihrer theoretischen Vorannahmen keine ungeteilte Zustimmung erwarten kann.

Ich glaube jedoch, daß sich bereits aus der Beobachtung einige Plausibilität für meine These ergibt. Für die abrupte Abstillung der Agni-Kleinkinder in der zweiten Hälfte des zweiten Lebensjahres und für ihre Trennung von der Mutter lassen sich natürlich ökonomische Gründe geltend machen. Es wird für die Mutter, die auf den Feldern oder im Garten arbeitet, beschwerlich, das schwerer gewordene Kind dauernd mit sich herumzutragen, ihm dauernd die Brust zu geben usw. Das erklärt aber nicht den jähen Wechsel der Sozialisationspraxis. Warum bereitet die Mutter ihr Kind nicht auf die Umstellung vor? Betrachtet man das Stillverhalten und die Pflege des Säuglings in der vorangegangenen Zeit, so fällt auf, daß trotz aller körperlichen Zuwendung eine *emotionale* Zuwendung der Mutter nicht zu erkennen ist. Sie fixiert den Säugling nicht, lächelt ihn fast nie an, spricht nicht mit ihm. Ihre Handlungen am Körper des Säuglings erscheinen mechanisch — so etwa das Geben der Brust, das Waschen und Pudern, das Auf-den-Rücken-Binden. Andererseits wäre eine solche intensive und langandauernde Still- und Pflegepraxis undenkbar, würde die Mutter dabei nicht auch selber Lust empfinden. Verständlich wird ihr Verhalten, wenn man annimmt, daß sie diese Lust und Befriedigung nicht in der Zuwendung zu dem Säugling als einem Liebesobjekt findet, sondern in der Befriedigung ihres eigenen Körpers (über ihre Brust und über ihre Hände). Die Manipulation am kindlichen Körper und das Saugen des Kleinkindes an ihrer Brust dienen ihrer sexuellen Selbstbefriedigung. Kein Wunder, daß sich die Mutter von den mit anderthalb Jahren beginnenden Loslösungstendenzen des Kleinkindes bedroht fühlen muß. Diese entziehen ihr tendenziell eine Quelle der eigenen körperlichen Befriedigung. Die Agni-Mutter hat nicht gelernt, daß der Dialog mit dem Kleinkind ebenfalls Befriedigung bereiten kann. Auch Entwicklungsfortschritte ihres Kindes, z.B. das stehend Urinieren-können erlebt sie zunächst als Erweiterung und Steigerung ihres eigenen Selbst. Mit der plötzlichen Abstillung, mit dem abrupten emotionalen Fallenlassen des Kleinkindes schützt sich die Mutter selbst in einer tiefen psychosozialen Krise vor dem Gefühl der Verarmung, vor dem Schmerz über den drohenden Verlust dieser Quelle ihres (narzißtischen) anderthalbjährigen Glücks. Indem sie das Kind emotional fallen läßt, gewinnt sie ihre Handlungsfähigkeit wieder zurück.

Die Handlungsfähigkeit der Agni-Mutter bleibt aber in der weiteren Sozialisationspraxis durch diesen gewaltsamen Ablösungsvorgang beschränkt. Darin liegt die negative, restriktive psychosoziale Bedingung der weiteren kindlichen Entwicklung. Weinende Kinder zu trösten erscheint den Agni lächerlich (Parin u.a. 1971: S. 224). Man kümmert sich kaum um kranke Kinder (S. 225). Auf hilflose Kinder reagieren Eltern höhnisch (S. 232). Einem abgestillten Kind, das mütterliche Wärme sucht, stopft die Mutter bisweilen mechanisch die Brust in den Mund, anstatt ihm einen Leckerbissen oder ein gutes Wort zu geben (S. 232). Dies alles sind eher Zeichen der Hilflosigkeit als der Gleichgültigkeit oder Rohheit. Der Psychoanalytiker würde sagen, daß die Abwehr der nunmehr unerfüllten Lust-Ansprüche an das Kleinkind Energien bindet, die ansonsten die emotionale und kognitive Fähigkeit der Mutter, sich in das Kind einzufühlen und an seinem Leben Anteil zu nehmen, hervorbringen könnten.



Das gesellschaftlich anerkannte Trennungsritual bei den Agni erleichtert den Erwachsenen den Abwehrvorgang, legt sie aber auch darauf fest. Das Trennungsritual löst psychosoziale Probleme der Erwachsenen, aber fesselt sie an eine schlechte Lösung. Schlecht ist diese Lösung, weil sie mit dem fundamentalen Glücksverzicht der Erwachsenen im Umgang mit ihren heranwachsenden Kindern verbunden ist, was sich auch auf die psychische Entwicklung des Kindes negativ auswirken muß.

Das Trennungsritual in der Agni-Gesellschaft hat einen doppelten Sinn, einen öffentlichen und einen verborgenen, heimlichen. Der öffentliche Sinn liegt darin, daß die Mutter nun Zeit hat für das nächste Kind, und daß das Kleinkind in die Gruppe der Gleichaltrigen integriert werden kann. Der heimliche Sinn ist jedoch, daß der Agni-Mutter ein Ausweg geboten wird, mit ihren unerfüllbar gewordenen narzißtischen Ansprüchen (auf Kosten der Kinder) fertig zu werden und gleichzeitig Raum für ihre Befriedigung beim nächsten Kind bis zu dessen Abstillung zu schaffen.

In den europäischen Gesellschaften gibt es in diesem frühen Alter keine öffentlichen Trennungsrituale. Ich vermute jedoch, daß die physische Trennung der Kinder von ihren Eltern im Krankenhaus oder im Heim-Kurzaufenthalt wie im Fall von John — eine Trennung, die in so krassem Widerspruch zu der gesellschaftlichen Übereinkunft steht, daß in den ersten Lebensjahren die enge Mutter-Kind-Beziehung für das Kleinkind lebensnotwendig sei — nicht nur Produkt der gesellschaftlichen Umstände (der Krankenhaushierarchie und der öffentlichen Armut usw.), sondern auch Ausdruck einer psychosozialen Dauerkrise der Eltern ist. Unter den gegebenen gesellschaftlichen Verhältnissen, zumal dort, wo die Frau von der Gesellschaft beruflich benachteiligt wird, muß die enge Mutter-Kind-Beziehung in den ersten Lebensjahren die Frau psychisch für berufliche Einbußen entschädigen. Dabei muß gerade die Tatsache, daß sie ein Kind hat, als die familiäre (nicht die gesellschaftliche) Ursache dieser Einbußen erscheinen. Der Wunsch auch einer ihr Kind liebenden Mutter, sich von diesem Kind zu trennen, bereits in dieser frühen Phase, wäre verständlich, er muß aber verborgen bleiben.

#### LITERATUR

Bettelheim, Bruno (1969). *The Children of the Dream*. London: Macmillan Company.

Bettelheim, Bruno (1971). *Die Kinder der Zukunft*. München (dtv).

Bosse, Hans (1979). *Diebe, Lügner, Faulenzer. Zur Ethnohermeneutik von Abhängigkeit und Verweigerung in der Dritten Welt*. Frankfurt: Syndikat (im Druck).

Liegle, Ludwig (1973). *Familie und Kollektiv im Kibbutz*. Weinheim und Basel: Beltz.

Mahler, Margaret S. (1972). *Symbiose und Individuation*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Mitscherlich-Nielsen, Margarete. (1978). Zur Psychoanalyse der Weiblichkeit, *Psyche*, 32:3:669-694.

Parin, Paul, Morgenthaler Fritz, Parin-Matthey, Goldy (1971). *Fürchte deinen Nächsten wie dich selbst. Psychoanalyse und Gesellschaft am Modell der Agni in Westafrika*. Frankfurt: Suhrkamp.

Robertson James & Robertson Joyce. (1975). Reaktionen kleiner Kinder auf kurzfristige Trennung von der Mutter im Lichte neuer Beobachtungen, *Psyche*, 29:7:626-664.

Spitz, René A. (1965). *The first Year of Life. The Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations*. New York: International Universities Press Inc.

Spitz, René A. (1974). Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr. Stuttgart: Klett-Cotta.

FILME:

Parin-Matthey, Goldy & Parin, Paul, (1971). *Kindernerziehung bei den Agnis*. Zürich (privater Film).

Robertson, James & Robertson Joyce (1969). Film Nr. 2: *Jane, 17 Monate: In Foster Care for 10 Days*. Film Nr.3: *John, 17 Monate*. London: Tavistock Child Development Research Unit; New York: University Film Library; Göttingen: Institut für den wissenschaftlichen Film.



## **Kindliche Reaktionen auf Trennung von den Eltern**

**Renate Blank und Eva Engelhardt**

In einer Trennungssituation sind drei charakteristische Phasen zu unterscheiden: Protest, Verzweiflung und Verleugnung.\*

### **Protest**

In dieser Phase, einige Stunden bis mehrere Tage dauernd, hat das Kleinkind ein starkes bewußtes Bedürfnis nach der Mutter. Es erwartet, daß sie auf sein Weinen reagiert, es versucht, die Mutter auf alle möglichen Weisen zurückzugewinnen, rüttelt am Bettchen, wirft sich hin und her, weint heftig. Ohne seine Situation zu begreifen, achtet es gespannt auf jede Person und auf jedes Geräusch, das die verlorene Mutter sein könnte. Kontaktversuche der Schwestern werden in dieser Zeit häufig abgelehnt.

### **Verzweiflung**

Diese folgende Phase ist durch ein anhaltendes bewußtes Verlangen nach der Mutter bei gleichzeitig zunehmender Hoffnungslosigkeit gekennzeichnet. Das Kind wirkt ruhiger, weint weniger, wenn, dann monoton und mit Unterbrechungen. Es wird verschlossen und apathisch, stellt keine Forderungen mehr an seine Umwelt, es

---

\* In dieser Darstellung der charakteristischen Phasen in einer Trennungssituation, übertragen auf Krankenhaussituation, beziehen sich die Autorinnen auf die Arbeiten von James und Joyce Robertson.

---

RENATE BLANK ist Psychologin am Psydata-Institut in Frankfurt/Main, und EVA ENGELHARDT ist Psychologin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main, Bundesrepublik Deutschland.

*Anschrift:* Psydata-Institut, Arnsburger Str. 70, D-6000 Frankfurt/Main 60 — Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften, WBE Sozialisation-Sozialpsychologie, Senckenberganlage 15, D-6000 Frankfurt/Main 1.

befindet sich in einem Stadium tiefer Trauer um seine Mutter. Da dieses Stadium sehr ruhig verläuft, wird meist irrtümlich angenommen, die Verzweiflung habe nachgelassen, das Kind habe sich eingewöhnt.

Hier entstehen dann auch die meisten Meinungsverschiedenheiten über die Wirkung von Besuchen der Mutter, denn diese bringen die intensive Trauer und den Zorn, die überdeckt und verdrängt wurden, wieder an die Oberfläche. Werden diese Kinder, die sich im Krankenhaus umgänglich und ruhig verhalten haben, nach Hause entlassen, reagieren sie oft auffallend ängstlich und empfindlich, ihr Gefühl des Vertrauens und der Sicherheit ist gestört. Manche Kinder verlassen die Klinik schon im Stadium des Protestes oder der Verzweiflung; bleibt das Kind aber über mehrere Wochen im Krankenhaus, so kommt es in die Phase der

### Verleugnung oder Abwendung

Das Kind zeigt wieder mehr Interesse für seine Umgebung, der Trugschluß, daß es die Trennung völlig überwunden hat, liegt nahe. Es versucht aber nun, seine

Streß-erhöhende Faktoren (zusätzlich zur Trennung von der Mutter)	Streß-mindernde Faktoren	Individueller psychischer Entwicklungsstand, der den manifesten Trennungsschmerz, die Verstörung nach Aufhebung der Trennung wie auch die Langzeit-Wirkung steigern oder reduzieren kann.
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fremde Umgebung</li> <li>2. Unzureichende Ersatzbemmutterung</li> <li>3. Fremde Pflegepersonen</li> <li>4. Wechselnde Pflegepersonen</li> <li>5. Signale oder Sprache, die nicht verstanden oder nicht beantwortet werden</li> <li>6. Unvertraute Nahrung und Routinebehandlung</li> <li>7. Ungewohnte Erziehungsanforderungen</li> <li>8. Krankheit, Schmerzen, körperliche Beeinträchtigung</li> <li>9. Bewegungseinschränkung</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vertraute Ersatzpflegeeltern</li> <li>2. Vertraute Nahrung und Versorgung</li> <li>3. Unveränderte Reinlichkeitsforderungen</li> <li>4. Eigene Decke, Gerätschaften, Spielsachen</li> <li>5. Uneingeschränkte Bewegungsfreiheit</li> <li>6. Vertraute Umgebung</li> <li>7. Versicherung der schließlichen Wiedervereinigung</li> <li>8. Auseinanderhalten von Phantasie und Wirklichkeit („Mami liebt mich nicht mehr“)</li> <li>9. Erinnern des Kindes an die elterlichen Erziehungsansprüche</li> <li>10. Unterstützung von selten des Vaters</li> <li>11. Pflegepersonen sind bereit, über Eltern und das Leben bis zur Trennung mit dem Kind zu sprechen</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stand der Ich-Reife</li> <li>2. Stand der Objektkonstanz</li> <li>3. Qualität der Mutter-Kind-Beziehung; einzelne Facetten dieser Beziehung</li> <li>4. Abwehrorganisation</li> <li>5. Phantasien über Krankheit, Schmerzen, physische Beeinträchtigung, Verschwinden der Mutter etc.</li> <li>6. Erfahrungen vor der Krankheit oder Trennung</li> </ol>

Gefühle für die Mutter zu verdrängen, weil es die Intensität der Verzweiflung nicht mehr ertragen kann. Häufig wurde beobachtet, daß es seine Mutter bei Besuchen kaum mehr anerkennt, nicht mehr weint, wenn sie geht. Am Entlassungstag klammert es sich dann vielleicht an die Schwester, fälschlich interpretiert als Ausdruck seines Wohlfühlens auf der Station. Zu Hause zeigt sich dann häufig, daß das kleine Kind bisher schon erworbene Fähigkeiten verloren hat, unselbständiger und ängstlich geworden ist.

Bleibt ein kleines Kind unter üblichen Pflegemethoden sehr lange im Krankenhaus, wird es zunehmend keinerlei Form von Bemutterung mehr akzeptieren. Es hat die Erfahrung ständiger schmerzlicher Trennung gemacht, besonders durch den in Krankenhäusern üblichen Schichtdienst mit ständig wechselnden Pflegepersonen. Der fortwährend erlebte Verlust läßt seine Gefühle von der Umwelt abziehen, es zeigt kaum mehr Gefühlsreaktionen, wenn die Eltern kommen. Die Trennung scheint völlig gelungen, das Kind scheint angepaßt und fröhlich, wird zum Entzücken des Personals. Doch beobachtet man genauer, so kann man sehen, daß die scheinbare Kontaktfreudigkeit ziellos und oberflächlich ist, das Kind hat seine Fähigkeit zu einer intensiven Objektbeziehung verloren.

#### **Zusammenfassung:**

Das Kleinkind hat ein primäres Bedürfnis nach einer konstanten, intimen und stabilen Beziehung zu seiner Mutter (oder Ersatzmutter). Der Verlust der Mutter stellt ohne entsprechenden Ersatz ein schweres Trauma dar. Kommen andere Belastungen wie operative Eingriffe und schmerzhaftes Untersuchungen hinzu, kann dies die Widerstandsfähigkeit des Kindes übersteigen; Unsicherheit, Feindseligkeit und Rückzug gegenüber der Umgebung können die Folge sein. Bei einem längeren Entzug der mütterlichen Fürsorge wie zum Beispiel einem Krankenhausaufenthalt besteht bei Kindern zwischen 6 Monaten und 4 Jahren das Risiko einer Fehlentwicklung der Persönlichkeit.

#### LITERATUR

- Robertson, J. (1974) *Kinder im Krankenhaus*. Reinhardt Verlag.  
Robertson, J. & J. (1975) Reaktionen kleiner Kinder auf kurzfristige Trennung von der Mutter im Lichte neuer Beobachtungen. *Psyche*, 29. 7.

## **Das Trauma der Trennung: welchen Beitrag kann die Gesundheitserziehung leisten?**

*Hinsichtlich der Filme „Jane“ und „John“*

- Achtzehn Monate alte Kinder sind sehr sensibel hinsichtlich der Gesten, die sie sehen und der Laute, die sie hören; so versuchte John mit den ihn umgebenden Menschen zu kommunizieren, erhielt aber nicht die gewohnte Reaktion. Durch den Zusammenbruch der Kommunikationslinien gab es für ihn nur eine Alternative: sich in sein Schneckenhaus zurückzuziehen. Der Mangel an persönlicher Zuneigung, das Bedürfnis nach Wahrnehmung seines Unglücks, seine Unfähigkeit, die alte Welt mit der neuen in Einklang zu bringen, all dies wirkte sich zerstörerisch auf sein Ich aus. Das einzige, was er tun konnte, war, die ganze Welt vorübergehend zurückzuweisen. Ein Punkt jedoch bleibt unklar: ist Johns Situation der Normalfall in der Sozialisation oder handelt es sich um einen pathologischen Fall?
- Der Film „Jane“ scheint die ideale Methode der Trennung von Mutter und Kind zu zeigen. Die Bedingungen scheinen wirklich außergewöhnlich gut: Jane kommt allmählich und problemlos mit ihrem neuen Heim in Kontakt, und im Gegensatz zu John, um den sich nacheinander mindestens sechs verschiedene Leute kümmern, ist es bei Jane nur eine Person, die während der ganzen Trennungsperiode bei ihr ist. Je vertrauter bestimmte Aspekte der Situation bleiben, um so leichter ist es natürlich, Beziehungen zu anderen Personen aufzubauen. Jane stellt den Kontakt mit ihrer Mutter nach der Trennung mittels Situationen wieder her: auf dem Töpfchen sitzen, ihr Haar kämmen etc., d.h. Bindung vollzieht sich durch Tätigkeiten. Auch der Vater spielt eine positive Rolle. Während er in Johns Fall wie eine Marionette war und seinen Sohn besuchte, wenn er gerade mal frei hatte, war Janes Vater viel väterlicher und liebevoller.
- Eine Schwierigkeit besteht jedoch darin, daß in den Filmen eine sogenannte subjektive Methode angewandt wird, d.h. die beiden Forscher bringen ihre eigenen Gefühle in die Beobachtung, Bewertung und den Kommentar ein. Empirische Forschung schließt die Identifikation und Sympathie mit dem Forschungsgegenstand nicht aus. Die Forscher präsentieren die subjektive

Methode jedoch so, als hätten sie eine objektive benutzt. In ihrem Kommentar geben sie deshalb Werturteile ab, die in unwissenschaftlicher Weise als objektive Schlußfolgerungen hingestellt werden.

Ein Nachteil der „subjektiven“ Methode ergibt sich daraus, daß sie sich auf Einzelfälle bezieht. Die Untersuchung wird anhand der Situation einiger weniger Kinder intensiv betrieben: ganztägige Beobachtung wie in den beiden Filmen; Beobachtungen über lange Zeiträume; intensive Beobachtung vor und nach der Trennung; intensive Kontakte mit ausgewählten Personen (Eltern, Pflegerinnen, Kindern). Durch diese Methode ergeben sich Schwierigkeiten hinsichtlich der Verallgemeinerung der Ergebnisse. Unter den Forschern bestehen erhebliche Meinungsverschiedenheiten darüber, ob die Daten aus subjektiver (qualitativer) Forschung oder die aus objektiver (quantitativer) Forschung sich eher zur Generalisierung eignen.

- Ein weiterer kritischer Punkt ist der, daß die Filme sich nur auf die Lebensumstände von Jane und John während dieser wenigen Tage beziehen. Die soziale Umgebung vor diesen neun oder zehn Tagen wird fast nie behandelt.

Auf einer persönlichen Ebene bringt der Film über John die Gefahr mit sich, die Mütter im Hinblick auf die Erziehung ihrer Kinder zu verunsichern und solche Schuldgefühle zu verursachen, daß sie es schließlich nicht mehr wagen, das Zimmer zu verlassen und das Kind allein zu lassen.

#### *Auf dem Weg zu praktischen Lösungen*

- Welche Maßnahmen der Vorbeugung oder Abhilfe können ergriffen werden, um traumatische Trennungserfahrungen für Kinder zu vermeiden?
- Da Trennungen für kleine Kinder im normalen Leben unvermeidbar sind, kann es nicht nur einfach darum gehen, Trennungen zu vermeiden, sondern darauf *vorzubereiten*. (Es geht hier um die Trennung bei 18monatigen Kindern. Im Falle der Neugeborenen zeigen alle wissenschaftlichen Forschungsergebnisse die absolute Notwendigkeit der Symbiose.)
- Das Kind sollte aus seiner Mutter-Kind-Bindung durch eine Reihe von sozialen Kontakten gelöst und auf nicht vorhersehbare, aber mögliche Trennungserlebnisse vorbereitet werden. Die beste Methode wäre die Mithilfe einer dem Kind schon bekannten Person, der Großmutter oder einer anderen Verwandten, die als Mutterersatz fungieren könnte.
- In Ermangelung einer verfügbaren bekannten Person wäre die nächstbeste Lösung eine „Tagesmutter“, die sich um das Kind, wenn möglich in seinem eigenen Zuhause, kümmern könnte, wodurch eine zusätzliche Belastung durch die Veränderung der Umwelt vermieden werden könnte. Vorherige persönliche Kontakte zwischen der Tagesmutter und der Mutter würden die Schwierigkeiten erheblich mindern.
- Wenn es keinen anderen Ausweg als die Tagesstätte gibt, dann sollte dem Kind der Gedanke allmählich nahegebracht werden. Auf jeden Fall sollte man vermeiden, das Kind plötzlich eines Morgens im Heim abzugeben.

- Selbsthilfegruppen in der Nachbarschaft sind eine andere Möglichkeit. Eine sehr praxisnahe und auch schon bewährte Methode besteht darin, daß man die Schwangerschaftskurse dazu nutzt, um nachbarschaftliche Selbsthilfegruppen einzurichten. Die Kinder aus Kernfamilien bekämen so Gelegenheit, Erfahrungen mit der erweiterten oder der Großfamilie zu machen.
- Die Filme „John“ und „Jane“ könnten dazu beitragen, Modelle der Relativierung von Trennungserfahrungen *im Gegensatz* zu den in den Filmen vorgestellten Modellen zu entwickeln, z.B. John bleibt mit seinem Vater zu Hause (der Vater muß Urlaub nehmen); der Vater holt John aus dem Kinderheim und nimmt ihn mit, um seine Mutter zu besuchen etc.

*Frustrationen: schädlich oder heilsam?*

- Was ist „schlecht“ für ein Kind? Ganz offensichtlich kann ein Ereignis, das im Augenblick „frustrierend“ ist (z.B. Trennung) positive Auswirkungen in der Zukunft haben. In der Literatur sind verschiedene Fälle von psychischen Erkrankungen dokumentiert, die auf einen völligen Mangel an „Frustrationen“ zurückzuführen sind. Hierüber wurden verschiedene Theorien formuliert, und es erscheint recht schwierig zu entscheiden, welche mit größerer Wahrscheinlichkeit zutrifft.

**Anmerkung der Veranstalter des Seminars:**

Die von den Gruppen geäußerte Kritik im Hinblick auf die Filme *John* und *Jane* sollte die Leser nicht über ihren Wert für die Fortbildung hinwegtäuschen. Zweck dieser Filme ist es, Experten und andere Schlüsselpersonen dahin zu bringen, daß sie einmal in Betracht ziehen, was Verzweiflung und Trauer für ein Kind bedeuten.

Wie James und Joyce Robertson bemerken: „... ist es ganz normal, daß Menschen so völlig ausser Fassung geraten, daß sie nicht wissen, wohin mit ihrem Schmerz und Zorn. Im allgemeinen versuchen sie, jemandem die Schuld zuzuschreiben. Dem Vater, den Filmproduzenten, die nicht versuchten, das Kind zu retten, der Kinderschwester...“

Die Robertsons waren die ersten, die das Trauma der kurzfristigen Trennung untersuchten und audiovisuelle Medien einsetzten, um so ein Bewusstsein und eine persönliche Betroffenheit zu schaffen, die auf verschiedenen Ebenen — bei Eltern, Krippen- und Kindergartenpersonal sowie in Ausbildungseinrichtungen — Aktivitäten fördern und schließlich zu positiven Lösungen führen können.

**V**

**Elternschaft:  
Experimente  
und Programme**

Was wir uns von der Familie wünschen ...



Sicherheit

Eine Aufnahme aus der Broschüre *Familienbilder*,  
herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln



## **Das Berner Projekt: präventives Elterntraining**

**Roland Lüthi**

Das Projekt ist ein gemeinsames Unternehmen von zwei Universitätsinstituten, der Arbeitsgemeinschaft für Elternbildung und vierzehn Mütterberatungsstellen im Kanton Bern. Es stellt den Versuch dar, ein klar definiertes präventives Programm für die psychische Gesundheit in den bestehenden Mütterberatungsdienst einzubauen.

Zur Begründung und Berechtigung von präventiven Maßnahmen im Sinne von Gesundheitserziehung, mögen ein paar Stichworte genügen: Die Bedeutung der frühkindlichen Entwicklung; die Tatsache, daß Eltern auf die Erziehung ihrer Kinder nicht oder nur ungenügend vorbereitet sind; die Inzidenz von Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen; das Beratungsbedürfnis von Eltern kleiner Kinder; die Beeinflussbarkeit des erzieherischen Verhaltens durch therapeutische Maßnahmen u.a.

### **Einheitsbürger?**

Die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen wird von kaum jemandem ernsthaft bestritten; die Meinungen gehen aber auseinander: Eine häufig vorgebrachte Kritik basiert auf der Vorstellung, daß präventive Verhaltensänderungen überhaupt nicht möglich seien, da angenommen wird, Beziehungs- und Erziehungsfähigkeit seien mehr oder weniger angeboren oder würden jedenfalls so früh im Leben erworben, daß ein Lernprozeß im Erwachsenenalter nur bei allerhöchster Motivation, wie sie z.B. in Krisensituationen vorliegt, möglich sei.

Andere Kritiker befürchten ein Verletzung der Intimsphäre der Familien, eine Entmündigung der Eltern bis zur Übernahme der Erziehungsarbeit durch den Staat und als Endprodukt die Entstehung einer Generation von Einheitsbürgern. Eine etwas

---

Dr. LÜTHI ist Psychologe am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Schweiz.

*Anschrift:* Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Inselspital, CH-3010 Bern.

differenziertere Kritik warnt vor unerwünschten Nebeneffekten, vor allem im Sinne der Verunsicherung der Eltern und der Verlagerung der zwischenmenschlichen Beziehungen vom spontanen, emotionalen in den kognitiven, intellektuellen Bereich bis hin zur zielgerichteten Manipulation der Kinder durch die Eltern. Vor allem die letztgenannten Argumente sind sehr ernst zu nehmen. Sie dürften aber kaum ausreichen, um präventive Anstrengungen *a priori* zu verurteilen und/oder auszuschließen.

### **Ethische Aspekte**

Wer gibt einem Gesundheitserzieher das Recht, Menschen, die ihn nicht gerufen haben, auf ein bestimmtes Verhalten hin zu beeinflussen? Wir glauben, daß sich der Gesundheitserzieher diese Frage nicht nur stellen, sondern sie auch individuell beantworten muß. Dazu wäre zu bemerken, daß in unserer Gesellschaft jeder einzelne täglich solchen Beeinflussungen durch Erziehung, Reklame, Massenmedien etc. ausgesetzt ist. Zudem besteht häufig ein Konflikt zwischen den unmittelbaren Interessen der Erwachsenen und den Bedürfnissen der Kinder. Ich denke hier auch an kinderfeindliche Wohnungen. In einem solchen Konflikt befindet sich das Kind meistens am kürzeren Hebelarm. Die ethische Berechtigung für eine präventive Intervention ergibt sich aus der Parteinahme für den Schwächeren; wobei wir weder der Gesellschaft noch den Eltern generell unterstellen wollen, ihre Kinder zu vernachlässigen.

Gesundheitserziehung ist bei aller Aktivität sehr behutsam zu betreiben. Die Erfahrungen, Werthaltungen, Bedürfnisse und Sorgen der angesprochenen Eltern mit ihren Kindern müssen als Realität akzeptiert und an den Anfang jeder Intervention gestellt werden.

### **Das marktwirtschaftlich orientierte Modell**

Heute gelten diejenigen Modelle als akzeptiert, die sich als Dienstleistungen jenen Eltern anbieten, die aus eigenem Antrieb Information, Kontakt zu anderen Eltern oder konkrete Hilfen suchen. D.h. Gesundheitserziehung mit Eltern kleiner Kinder wird heute nach dem marktwirtschaftlichen System von Angebot und Nachfrage durchgeführt. Zweifellos sind diese Aktivitäten als wertvolle Dienstleistungen anzuerkennen; doch breite, gesundheitserzieherische Effekte dürfen davon nicht erwartet werden, da nur eine sehr dünne Schicht von motivierten und interessierten Eltern erreicht wird. Wirkliche Gesundheitserziehung ist nur dann möglich, wenn es gelingt, breite Bevölkerungsschichten zu erfassen. Eine solche Zielsetzung bedingt jedoch ein aktives Vorgehen, d.h. die primäre Initiative liegt nicht nur mehr bei denen, die eine Dienstleistung beanspruchen wollen, sondern bei denen, die Gesundheitserziehung anbieten.

Das marktwirtschaftlich orientierte Elternbildungsmodell hat einige Vorteile, doch seine Nachteile überwiegen:

#### *Vorteile:*

- Es gibt Angebote: Jede Person oder Institution, die etwas anzubieten hat, kann eine Initiative ergreifen.
- Es gibt viele gemeinnützig tätige Organisationen, die Elternbildung betreiben.

### *Nachteile:*

- Zeitlich punktuelle Einsätze von Kursarbeit. Die entstandenen Beziehungen zwischen den Kursteilnehmern werden nicht ausgenutzt oder weitergeführt.
- Thematische Heterogenität: Die Eltern müssen die Zusammenhänge aus den einzelnen Kursinhalten verschiedener Kurse selber finden. Dies kann Überforderung bedeuten. Ebenso können die verschiedensten theoretischen Ausrichtungen der Kursleiter verunsichernd wirken.
- Ein Kursabend kostet etwa gleich viel wie ein Kinobesuch.
- Die Kurse finden häufig abends statt, d.h. viele Teilnehmer sind müde.
- Es nehmen nur hochmotivierte Leute daran teil, vor allem solche, die sich ohnehin schon kritisch mit ihrem Alltag auseinandersetzen.
- Der Weg zum Kursort beeinflusst die Teilnahme negativ. Das größte Kursangebot ist in den Ballungszentren.
- Das Angebot an Kursen und anderen Aktivitäten wird von den Initianten nicht aufeinander abgestimmt. Die Kursleiter machen sich beispielsweise nicht gegenseitig bekannt.
- Die Kurssprache ist häufig eine Mittelschichtsprache.
- Es dominiert das Angebot. Spezifische Bedürfnisse der Eltern, z.B. individuelle Erziehungsprobleme bei Kleinkindern, werden nicht oder nur selten abgedeckt.
- Im Kurs auftauchende persönliche Probleme werden nur selten durch ein Einzelberatungs- (Therapie-) -Angebot aufgefangen.
- Wer im Alltag Probleme erlebt, hat eine hohe Schwellenangst vor bestimmten Kursinhalten und einem unbekanntem Kursleiter.
- Die Kurseffizienz wird nur selten evaluiert und dann meist nur auf der kognitiven Ebene (Wissensvermehrung).
- Aus verschiedensten Gründen kann kein wirklich präventiver Effekt erzielt werden.

### **Das Modell der „Begleitung“**

Wir haben ein Modell der „Begleitung“ entwickelt, das auf zahlreichen Schlüsselbegriffen wie Schlüsselpersonen, Mitbestimmung, Koordination etc. basiert. Wir werden zuerst diese Begriffe, ihre Vor- und Nachteile überprüfen und dann untersuchen, inwieweit sie im Projekt Anwendung fanden.

Wie wir bereits betonten, ist die zentrale Voraussetzung für eine effiziente Gesundheitserziehung in der Familie während der Vorschulzeit die Teilnahmebereitschaft. Inhaltlich besteht zu dieser Zeit die Gesundheitserziehung vornehmlich aus Aktivitäten, die traditionellerweise der Elternbildung zugeordnet werden können. In Einzelfällen erweist sich eine Erweiterung durch therapeutische und/oder zusätzliche Beratungsangebote durch Experten als erforderlich.

Um eine hohe Teilnahmebereitschaft zu erreichen, kann auf Erfahrungen zurückgegriffen werden, die zeigen, daß die Motivierung zur Teilnahme an Kursen, Beratung, Therapie und an anderen Aktivitäten dann hoch ist, wenn der Vorschlag von

einer Person kommt, die eine tragende, emotionale Beziehung zu derjenigen Person hat, welche durch gesundheitserzieherische Aktivitäten angesprochen werden soll. Wir nennen diese vermittelnde Person die „Schlüsselperson“. Die Schlüsselperson ist nicht primär als Experte charakterisiert, sondern vielmehr als ein Partner, der für die Bedürfnisse und Nöte seiner Mitmenschen echtes soziales Engagement aufbringt und bereit ist, die erforderliche Begleitung zu übernehmen. Diese Schlüsselperson wird je nach Zielpublikum unterschiedlich ausfallen: für die Familie im Dorf oder Stadtviertel sind es vielleicht die Bäckers- oder Wirtsfrau, die Mütterberaterin oder Gemeindegeschwester, eine Nachbarin, eine Lehrerin, möglicherweise Sozialpädagogen, Pfarrer oder andere. Diese Schlüsselpersonen werden in bestehende Organisationen und Institutionen eingegliedert, die sich seit jeher um den Dialog mit Eltern bemüht haben. Dies ermöglicht ein gezieltes koordiniertes interdisziplinäres Vorgehen.

Es ist ein Team zu bilden, in welchem die Vertreter der medizinischen und psychologisch-pädagogischen Wissenschaften je nach Alter des Kindes die Verantwortung für methodische Fragen auf lokaler Ebene übernehmen. Zu einem solchen Team gehören weiter Sozialarbeiter, Lehrer, Eltern und andere, vor allem die erwähnten Schlüsselpersonen, die den persönlichen Kontakt zu den Familien übernehmen. Organisatorisch bezeichnen wir dieses Team als „Schlüsselzentrum“ auf der Ebene des Dorfes oder des Viertels.

Die Schlüsselperson hat die Aufgabe, sich vor allem um Familien, welche Kinder im Alter zwischen Geburt und Kindergarten haben, zu kümmern. Sie vergewissert sich in bestimmten zeitlichen Abständen, wie es diesen Familien geht, informiert sie über Veranstaltungen und erfragt, ob die bestehenden Hilfen und Angebote in angemessener Weise in Anspruch genommen werden. Im Gegensatz zu heute, wo Informationen häufig über die Massenmedien verbreitet werden, hat dieses Vorgehen den Vorteil, daß es über die menschliche Beziehung arbeitet. Die „Begleitung“ muß daher die Form eines kontinuierlichen, von echtem Interesse getragenen Gesprächs annehmen und darf nicht zur Inspektion werden. Die Schlüsselperson hat ihre Aufgabe sowohl als verlängerter Arm der Eltern zum Schlüsselzentrum als auch als Partner in umgekehrter Richtung zu verstehen.

### **Mitbestimmung**

Das methodisch-didaktische Vorgehen hat sich an der Mitbestimmung und Aktivität der Eltern auszurichten. Die Realisierung dieser Idee setzt voraus, daß den bisher „Uninteressierten“ die Möglichkeit gegeben wird, ihre wirklichen Bedürfnisse wahrzunehmen und auszusprechen. Gerade durch den kontinuierlichen Kontakt mit der Schlüsselperson können sie zu diesem Schritt ermuntert werden. Die ausgesprochenen Bedürfnisse sind ernst zu nehmen, auch wenn sie in Widerspruch zu denjenigen von Experten und anderen wichtigen Personen stehen.

### *Überforderung?*

Eine Gruppendiskussion stellt auch in der heutigen Zeit für viele Menschen noch eine Überforderung dar. Aus diesem Grunde muß die Überwindung dieser Schwelle zum zentralen Anliegen für die Gesundheitserziehung in der Familie werden. Um diesen Weg gehen zu können, braucht es ein verändertes Selbstverständnis der

Beziehung zwischen Experten und Laien: die Partnerschaft als Grundlage zu einem tragfähigen Vertrauensverhältnis. Eine wichtige Zielsetzung der Gesundheitserziehung in der Familie würde somit auch darin bestehen, eine partnerschaftliche Beziehung aufzubauen und zu pflegen.

Gesundheitserzieherische Interventionen hätten als erste Schritte die Eltern zu Einsichten und Erkenntnissen der eigenen Werte und des damit verbundenen Verhaltens zu führen. Schwerpunkte liegen auf dem Aufdecken und Stabilisieren von adäquatem erzieherischem Verhalten. Erst in weiteren Schritten sind Fehler und daraus zu erwartende Konsequenzen und mögliche Alternativen aufzuzeigen. Auf jeden Fall ist so vorzugehen, daß kognitive und emotionale Dissonanzen verhindert werden.

### *Pflege der Initiativen*

Eine vor diesem Hintergrund entstandene Initiative müßte durch die Elternbildungsorgane sorgfältig gepflegt werden. Dies stellt an die Flexibilität der erwähnten Institutionen hohe Ansprüche. Dort wo der Wunsch, in Ruhe gelassen zu werden, mit vermuteten Bedürfnissen nach Hilfe kollidiert (z.B. Kindesmißhandlungen), würden schwierigste Entscheidungen liegen.

Geduld und Toleranz mögen Wegweiser aus diesem Dilemma sein: Aktivierung der Nachbarschaftshilfe durch Kaffeekränzchen, Kinderhütendienst und andere Veranstaltungen könnten den Familien in Dörfern, in Nachbarschaftsvierteln und in Städten den Teil der Verantwortung zurückgeben, der ihnen in den vergangenen Jahrzehnten von medizinischen, pädagogischen und anderen Experten abgenommen worden ist.

### **Konkretisierung**

Bezogen auf unser Modell der Begleitung ergeben sich folgende Schwerpunkte:

1. *Auf der Ebene Schlüsselperson/Eltern*: Herstellung eines Vertrauensverhältnisses, Aktivierung der Eltern, Hilfe zur Selbsthilfe, Weitergabe von Informationen an die eine oder andere Seite etc.
2. *Im Schlüsselzentrum*: Hilfen zur Selbsthilfe geben; Aufnehmen von Problemen in bestimmten Familien (basierend auf der Mitteilung der Schlüsselpersonen oder der betroffenen Familienmitglieder); Anbieten adäquater Hilfen; Durchführen von Eltern-/Erwachsenenbildung etc.
3. *Im regionalen Begleitungszentrum*: Elternberatung, ähnlich derjenigen, wie sie heute durch die Mütterberaterinnen, die regionalen Elternbildungsstellen und andere regionale Familienorganisationen durchgeführt wird; diese ist fachlich, organisatorisch und personell in mehrere Richtungen auszuweiten; Koordination der Bedürfnisse auf den verschiedenen Ebenen; direkte Beratung und Schulung der Eltern und Schlüsselpersonen; Ausbildung und „Supervision“ (im partnerschaftlichen Sinne) der Arbeit derjenigen Personen, die in direktem Kontakt mit den Eltern stehen; Teamsitzungen etc.

Die erwähnten Teammitglieder sollten für bestimmte Aufgaben im Team des regionalen Begleitungszentrums als Teilzeitkräfte angestellt sein. Der Psychologe sollte vor allem fachlich im Bereich der Elternbildung und der präventiven Familienhilfe

qualifiziert sein. Er hätte die Aufgabe, die Teams der regionalen Begleitungszentren zu verstärken und gemeinsam mit Kinderarzt und anderen Experten die Weiterbildung der Mütterberaterinnen, Elternbildner, Schlüsselpersonen und anderen durchzuführen und die Eltern in der gesundheitserzieherischen Arbeit zu unterstützen.

### *Koordination*

Zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten sollte in jedem regionalen Begleitungszentrum eine Person für Koordination und Administration verantwortlich sein. Dasselbe gilt für jede Form einer möglichen Zusammenarbeit innerhalb des Teams des regionalen Begleitungszentrums. Es wird wichtig und unumgänglich sein, einander in der direkten Betreuung der Eltern zu unterstützen und die Kompetenzen zwischen den einzelnen Teammitgliedern partnerschaftlich abzugrenzen.

So haben unsere Erfahrungen z.B. gezeigt, daß es zur Motivierung der Eltern günstig ist, wenn der Arzt oder Psychologe die Maßnahmen anderer Institutionen unterstützt. Diese Modellvorstellungen können selbstverständlich nicht in einem Zuge realisiert werden. Unter schweizerischen Verhältnissen ist nur ein schrittweiser Aufbau möglich, der auf die historischen und lokalen Voraussetzungen Rücksicht nimmt. Es dürfte auch von Vorteil sein, wenn einzelne Bereiche erst im Sinne von Bausteinen unter kontrollierten Bedingungen gestaltet und ausprobiert werden.

## DAS PROJEKT

Auf welche Art und Weise wir versuchten, die diskutierten Gedanken in den Alltag umzusetzen, soll nun dargestellt werden: Unsere Intervention setzt sich aus primärer (durch zwei Kurse) und sekundärer (Einzelberatung) Prävention zusammen. Das Zielpublikum besteht aus Eltern, deren erstes Kind zwischen dem 1.11.1975 und dem 30.4.1976 zur Welt kam und die während des ersten Lebensjahres des Kindes mindestens zwei Kontakte zur Säuglingsfürsorge hatten. Als die Kinder 9-12 Monate alt waren, wurden die soziodemografischen Basisdaten der drei Gruppen registriert. Bei denselben Familien wird zur Zeit die Schlußevaluation durchgeführt. In der Zwischenzeit ist das Kind 4 Jahre alt geworden. Die Kontrollgruppe (C) erlebte keine Intervention. In der Kontakt-Kontrollgruppe (B) hatten die Mütterberaterinnen den Auftrag, etwa die gleiche Zeit in die Begleitung der Eltern zu investieren, wie dies in der Experimentalgruppe (A) geschah.

### *Training und Beratung*

Das Programm der Experimentalgruppe (A) umfaßte folgende Interventionen:

#### 1. *Das präventive Elterstraining*

Als das Kind 18 Monate alt war, wurden die Eltern zur Teilnahme am strukturierten Basistraining eingeladen.

Durchgeführt wurde das Training von geschulten Laien unter Supervision (Mediatoren/Multiplikatoren). Es umfaßte 6 Lektionen von mindestens zwei Stunden Dauer. Jede Lektion bestand aus einem vollständigen „Paket“ mit genau festge-

legten Lernzielen, einem Manual, allen notwendigen Materialien (Arbeitsblätter, Videofilme und -Geräte), praktischen Übungen in adäquatem Erziehungsverhalten mit Videofeedback und strukturierten Hausaufgaben.

Inhaltlich lagen die Schwerpunkte auf einem pädagogischen Grundsatzgespräch (ausgehend vom erzieherischen Alltag der Trainingsteilnehmer wurden Erziehungshaltungen, -werte und -einstellungen diskutiert), auf dem Imitationslernen/Lernen durch Nachahmung (Aufarbeitung der zentralen Inhalte und Prinzipien des sozialen Lernens, des Imitationslernens und deren Integration in den Erziehungsprozeß) und auf der Analyse des alltäglichen Interaktionsprozesses gemäß einem adaptierten lerntheoretischen Paradigma.

Bei diesem Schritt ging es vor allem darum, im Rollenspiel Einblick in den eigenen Interaktionsstil zu erhalten, sowie um die Stabilisierung von adäquatem Erziehungsverhalten durch Videofeedback. Dazu gehörte das Erlernen einer Begriffssprache, die es den Eltern ermöglicht, den erzieherischen Alltag wahrzunehmen und zu beschreiben.

## 2. *Den Themenkurs*

Dieser fand ein Jahr später statt. Der Schwerpunkt lag diesmal auf der Beschäftigung mit erzieherischen Themen, die von den Eltern gewählt worden waren und dem Erlernen von Begriffen aus Kommunikations- und Problemlösungsstrategien.

## 3. *Die individuelle Beratung*

Eltern, die erzieherische Probleme erlebten, meldeten sich entweder direkt oder durch Vermittlung der Mütterberaterin bei dem Beratungsteam. Je nach Problemlage nahm der Psychologe oder der Arzt des Teams mit den Eltern Kontakt auf und führte die Beratung im Elternhaus nach verhaltensmodifikatorischen Prinzipien durch.

## **Leitfragen für die Evaluation**

Zur Zeit wird bei allen drei Gruppen die Schlußevaluation durchgeführt. Sie orientiert sich unter anderem an folgenden Leitfragen:

- a) Verfügen die Eltern über Wissen und Begriffe zur Interaktion zwischen Eltern und Kind?
  - b) Wenden die Eltern die gelernten Prinzipien in ihrem erzieherischen Alltag an?
  - c) Verfügen die Eltern über die Fähigkeit, Anzeichen einer gestörten Entwicklung frühzeitig zu erkennen und von normalen, entwicklungsbedingten Krisen zu unterscheiden?
  - d) Werden durch eine Intervention die erzieherische Haltung, das erzieherische Verhalten der Eltern und die soziale Reife des Kindes beeinflusst?
  - e) Wie groß ist die Breitenwirkung?
  - f) Wie groß ist die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Elternbildung und fachgemäßer Beratung?
- etc.



Da Evaluation, Auswertung und Interpretation der Ergebnisse zur Zeit noch laufen, können wir nur einige eher subjektiv erlebte Eindrücke weitergeben.

*Positiv:*

- Von der Stichprobe der experimentellen Gruppe nahmen 50% an den Kursen teil. Unsere optimistischen Erwartungen wurden nicht erfüllt, im Vergleich zu anderen Elternbildungsaktivitäten ist diese Teilnahmequote aber relativ hoch. (Mit den Nichtteilnehmern wurde ein Interview über die Gründe der Nichtteilnahme durchgeführt. Eine Publikation ist in Vorbereitung.)
- Lerneffekte: Mit Hilfe von zwei Fragebogen wurde eine signifikante Wissensvermehrung bei allen Teilnehmern der Kurse festgestellt. Dies äußerte sich vor allem darin, daß die Kursteilnehmer nach dem Training eine klare, eindeutige Begriffssprache aufwiesen. Die Eltern drückten sich prägnanter über konkrete Erziehungssituationen und -fragen aus, und in bezug auf das Lösen von praktischen Erziehungsproblemsituationen hat das Basistraining eine signifikante kognitive Umstrukturierung im Sinne einer Erweiterung des erzieherischen Verhaltensrepertoires und der differenzierteren Anwendung von erzieherischen Interventionen bewirkt.
- Ein Viertel der gebildeten Gruppen blieben zusammen. Zu Selbsthilfegruppen organisiert, haben sie sich nach Abschluß der offiziellen Aktivitäten mehr als zwanzig Mal informell getroffen.
- Daß die Kurse gratis waren, wurde als positives Faktum vermerkt.
- Die noch bestehenden Gruppen haben ihre Aktivitäten teilweise auf Kriseninterventionen in Notlagen ausgedehnt, wie z.B. die Geburt weiterer Kinder; Hausbau und Umzug; Ferienvertretungen etc.
- In den bestehenden Gruppen hat sich die Auseinandersetzung auf weitere Inhalte ausgedehnt, wie Zusammenarbeit mit der Schule; Durchsetzen von politischen Anliegen; Mitarbeit in politischen Gremien, die sich mit Fragen der Erziehung und Kultur auseinandersetzen.
- Die Gruppengröße von 12 Teilnehmern erwies sich als gute Grundlage zur Auseinandersetzung mit individuellen Fragen. Die Teilnehmerstruktur der Gruppen bewegte sich zwischen reinen Frauengruppen bis zu reinen Ehepaargruppen. (Ein Mann kam ohne seine Frau in den Kurs).

*Negativ:*

- Die Einstellung des Gruppenleiters (Mediator) zur Arbeit mit der Gruppe hatte Auswirkungen auf die Weiterführung der Gruppe: Routinehaltung des Gruppenleiters verhinderte eine Kontinuität.
- Die Abendveranstaltungen kollidierten ebenfalls recht häufig mit Aktivitäten von Vereinen.

**Mut zum Risiko**

Die Durchführung von Interventionen in dieser Größenordnung ist nicht eigentlich Aufgabe der Wissenschaft. Im Bereich der Gesundheitserziehung gibt es aber, vor allem im Elternhaus, noch viele offene Fragen im Hinblick auf Effizienz, Nebenwir-



kungen, Kosten-Nutzen-Relation etc., so daß eine wissenschaftlich kritische Begleitung derartiger Projekte die Regel sein sollte. Beim Versuch, die Forderungen der „reinen“ Wissenschaft nach minutiöser Kontrolle aller Variablen zu erfüllen, stößt man auf Grenzen: Beispielsweise kann die Teilnahmebereitschaft durch eine umfassende Evaluation beeinträchtigt und in der Folge die Vergleichbarkeit der Experimental- und Kontrollgruppen in Frage gestellt werden.

Ein Projekt, das auf Breitenwirkung im Feld abzielt, kann kaum unter laborähnlichen Bedingungen durchgeführt werden. Bei der Planung stellt sich die Aufgabe, ein höchstmögliches Maß an Realitätsnähe mit größtmöglicher Wissenschaftlichkeit zu verbinden. Da der Erfahrungsschatz auf diesem Gebiet noch gering ist, werden Improvisationen nicht zu vermeiden sein, und damit schwebt ein derartiges Projekt ständig in der Gefahr, zwischen den beiden Zielsetzungen des praktisch Realisierbaren und der wissenschaftlichen Annehmbarkeit hindurchzufallen. Deshalb erfordert ein solches Unternehmen größte Flexibilität aller Beteiligten: von den „Feldarbeitern“ bis zu den Auguren der Wissenschaft.

## Von der Elternberatung zu Selbsthilfegruppen

**Johan Phaff**

Ich möchte in diesem Beitrag über drei verschiedene Ansätze der Elternziehung berichten, und zwar in Verbindung mit Hausgeburten, mit Beratung, die individuell oder in Gruppen erfolgt, und schließlich mit Experimenten im Rahmen von Elternselbsthilfegruppen.

### **Hausgeburten: vieles spricht für sie**

In den Niederlanden gibt es eine große Anzahl Hausgeburten. Im Jahre 1977 erlebten 38,3% aller Mütter ihre Entbindung zu Hause, d.h. insgesamt 66.795 Entbindungen. Es ist bekannt, daß die perinatale Sterblichkeit in unserem Land sehr niedrig ist, d.h. 12,9 auf 1.000 Geburten im Jahr 1977 und 12,7 im Jahr 1978.

Von allen Krankenhausentbindungen (im Jahr 1977, 106.892) verblieben 75% der Mütter mit ihren Säuglingen durchschnittlich 10 Tage im Krankenhaus, während 23% der Mütter innerhalb von 36 Stunden mit ihrem Baby nach Hause zurückkehrten. Der Trend in den letzten Jahren ging zur Entbindung im Krankenhaus, das die Mutter nach 24 Stunden wieder verließ.

Ein Grund, warum die Hausgeburten von staatlicher Seite stark gefördert werden, liegt in der Bedeutung des Kontaktes zwischen Baby, Mutter und Familie von Geburt an. Im Krankenhaus ist dieser Kontakt bei weitem nicht so intensiv, obwohl die Väter in den meisten Fällen bei der Entbindung anwesend sein können. Doch nicht alle Krankenhäuser akzeptieren das „rooming-in“ System und erlauben es der Mutter, das Baby tagsüber an ihrem Bett zu behalten. Außerdem wird der Bruster-nährung im Krankenhaus weniger Bedeutung als zu Hause beigemessen.

---

Dr. PHAFF ist medizinischer Inspektor für Mutterschafts- und Kinderschutz im Medizinischen Oberinspektorat für Volksgesundheit, Leidschendam, Niederlande.

*Anschrift:* Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Dokter Reijersstraat 8, NL-2260 AK Leidschendam.

### *Die Wochenbetthelferin: eine dreifache Aufgabe*

Die Mütter, die zu Hause entbinden und die Mütter, die das Krankenhaus frühzeitig verlassen, werden für die Dauer von 10 Tagen tagsüber von einer speziell ausgebildeten Wochenbetthelferin versorgt und beraten.

Die wichtigste Aufgabe einer Wochenbetthelferin besteht darin, dem Arzt oder der Hebamme bei Hausgeburten zu assistieren und außerdem:

- sich um Mutter und Baby zu kümmern;
- den Haushalt zu erledigen;
- für Gesundheitsberatung und Erziehung Sorge zu tragen.

Besonders diese letzte Aufgabe rechtfertigt einen 10tägigen Aufenthalt in der Familie. In den Niederlanden gibt es mehr als 3.000 Wochenbetthelferinnen, die unter der Aufsicht leitender Pflegerinnen arbeiten und in einem der 85 Entbindungszentren ausgebildet werden.

Um zu dieser Ausbildung zugelassen zu werden, müssen die Bewerberinnen sechs Jahre Grundausbildung nachweisen können sowie drei Jahre lang weiterführende Schulen besucht haben. Ihre Berufsausbildung zur Wochenbetthelferin dauert 16 Monate und erstreckt sich auf drei Bereiche: eine Spezialausbildung (Geburtshilfe, Anatomie, gesundheitliche Versorgung von Mutter und Kind, Geburt und Hygiene), eine hauswirtschaftliche Ausbildung und eine Ausbildung in allgemeinen Erziehungsfragen.

Zu ihrer Ausbildung gehört auch ein einjähriges Praktikum, in dessen Verlauf sie bei 16 Entbindungen dabei sind und vier Beratungssitzungen in der Säuglingsklinik besuchen. Nach ihrer Ausbildung praktizieren die Wochenbetthelferinnen unter Aufsicht eines Entbindungszentrums, das die Verbindung zwischen ihnen und den Familien, die ihre Dienstleistungen wünschen, sicherstellt.

### **Elternberatung auf individueller und Gruppenbasis**

Beratung wird gegeben über Schwangerschaft, Entbindung, Versorgung von Säugling und Kleinkind. Diese Beratung geschieht individuell oder in Gruppen.

#### *Schwangerschaft und Entbindung*

Jede Frau wird während ihrer Schwangerschaft durchschnittlich zehnmal vom Arzt oder der Hebamme pränatal untersucht. Darüber hinaus besucht die Gemeindegeschwester in zahlreichen Fällen die Familie, die sie beratend unterstützt, während die Wochenbetthelferin ebenfalls einmal vor der Entbindung zu Besuch kommt. Während dieser Besuchskontakte wird individuell beraten, und es werden Fragen beantwortet. Gruppenberatung wird in Gruppen von 10 bis 15 werdenden Müttern gegeben, die bisweilen von ihren Partnern begleitet werden. Diese Art Beratung erfolgt meistens von seiten der Gemeindegeschwester, die dafür eine spezielle Ausbildung erhalten haben. Das Interesse für diese Beratungen, die an 5 Abendstunden stattfinden, wächst ständig. Viele Frauen, besonders Erstgebärende, nehmen an Schwangerschaftsgymnastikkursen teil, die von Physiotherapeuten abgehalten werden. An einzelnen Orten versucht man, Gruppenberatung und Schwangerschaftsgymnastik zu integrieren.



*Wochenbetthelferinnen stehen den Müttern noch 10 Tage nach der Geburt ihres Kindes in der Familie zur Verfügung.*

### *Kleinkind und Säugling*

Säuglingsberatung wird individuell in den Säuglingsberatungsstellen gegeben, wo mehr als 90% aller Mütter monatlich mit ihren Babies erscheinen. Hier wird der Säugling untersucht, seine Entwicklung überprüft und die erforderlichen Impfungen werden vorgenommen.

Untersuchungen im Hinblick auf mögliche gesundheitliche Beeinträchtigungen werden durchgeführt, z.B. auf Phenylketonurie (am 7. Tag nach der Geburt) und auf Schädigungen des Gehörs (im Alter von 9 Monaten). Bei diesen Untersuchungen wird der Mutter-Kind-Beziehung besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Außerdem macht die Gemeindegeschwister im ersten Lebensjahr des Säuglings, unter erheblichem Zeitaufwand, durchschnittlich 4 Hausbesuche.

Die Kleinkindberatung wird individuell in den Kleinkindberatungsstellen gegeben, wo in den ersten drei Jahren 60 bis 70% der Mütter ein- oder zweimal jährlich erscheinen. Auch hier erfolgt, meistens in Problemfällen, Hausbesuch von der Gemeindegewesener. Die Gruppenberatung wird in Gruppen von ungefähr 10 Müttern in einem fünfständigen Kurs gegeben. Der Kurs wird ab und zu von der Gemeindegewesener geleitet, doch normalerweise ist dafür eine Person mit spezieller pädagogischer Ausbildung verantwortlich. Auch Psychologen, Diätetiker oder Verkehrsexperten arbeiten oft mit. Schätzungsweise beteiligen sich ungefähr 10% der Eltern an diesen Kursen. Die Anfragen sind größer als das Angebot, da es zu wenig Kursleiter gibt. Die Beratung im Kleinkindalter findet zum größten Teil im psychosozialen und pädagogischen Bereich statt.

### **Experimente mit Elternselbsthilfegruppen**

Auf dem Gebiet der Gruppenberatung für das Kleinkindalter werden in den Niederlanden einige Experimente durchgeführt. In der Öffentlichkeit besteht eine starkes Bedürfnis nach Beratung zusätzlich zu derjenigen, die bereits via Massenmedien (Fernsehen, Radio, Zeitungen, Zeitschriften) stattfindet. Es müssen daher neue Ansätze konzipiert werden, denn die herkömmliche Kursform wird den Anforderungen nicht mehr gerecht.

Dieses Bedürfnis äußert sich vor allem in Gesprächsgruppen, in denen Eltern (hier sei bemerkt, daß die Väter selten erscheinen) Erfahrungen austauschen und erleben können, daß sie mit ihren Problemen nicht allein stehen. Diese Experimente, die im ganzen Land stattfinden, werden von der Organisation der „Stichting Kinderen Opvoedingsvoorlichting“ (Stiftung zur Beratung der Kindererziehung) Burgemeester Patijnlaan 65, 2585 BJ Den Haag, durchgeführt und ausgewertet. Zu den Problemen, mit denen sich diese Stiftung beschäftigt, gehören folgende:

- Wie werden Eltern für die Gesprächsgruppen gewonnen?
- Wer soll diese Gesprächsgruppen leiten?
- Wer beaufsichtigt oder berät die Gesprächsleiter?
- Welche Methoden sollen eingesetzt werden?
- Wie oft und wie lang sollen die Gespräche sein?
- Sollte es auch anschließende Gesprächsgruppen über ältere Kinder geben?
- Wie können Feldarbeiter und Organisationen auf diesem Gebiet zusammenarbeiten?
- Welche Kombination kann es mit anderen Beratungsformen geben?

Die Auswertung beschränkt sich auf eine Prozeßauswertung, da die langfristigen Auswirkungen der Beratung schwer gemessen werden können. Es sei hier nur festgestellt, daß während eines Zeitraumes von drei Jahren viele Erfahrungen gesammelt wurden, obwohl es sich herausgestellt hat, daß noch keine allgemein akzeptierbare Form gefunden werden konnte. Eine sinnvolle Kombination von „Spieltheken“ (Ausstellung von Spielzeug mit Spielmöglichkeiten) und Ausstellungen auf dem Gebiet der Sicherheit und des Schutzes des Kindes konnte in einem Experiment hergestellt werden. Andere Bereiche sollen erforscht werden.

## **Primärprävention: eine neue Strategie, um die Gesundheit der Familie zu fördern**

**Irene Wittmann**

### **Eine neue Kampagne: Warum wurden Strategien geändert?**

Im Jahre 1977 begann die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit einer besonderen Kampagne zur Gesundheitserziehung. Auslösend waren zwei Tatbestände, über die wir nicht sehr glücklich waren: zum einen waren es die herkömmlichen Formen der Gesundheitserziehung, d.h. Verbote und Ermahnungen mit kräftigem moralischem Anstrich, zum anderen die wohlbekannte Strategie, Personen erst dann zur Zielgruppe zu machen, wenn sie bereits klares Risikoverhalten zeigen, also bereits rauchen, übermäßig trinken und übergewichtig sind.

Neben dieser Unzufriedenheit mit den üblichen Ansätzen und Wegen wollten wir unsere Ressourcen auf einige wenige wichtige Gesundheitsprobleme konzentrieren, die gerade in den hochindustrialisierten Ländern von Bedeutung sind. Darüber hinaus war es unser Wunsch, nicht nur neue, sondern auch bereits bestehende, bewährte Projekte unter einem „Dach“ vereinen zu können. Wir änderten also beides, Inhalt und Strategie, und unter dem Slogan „Familie — jeder für jeden“ starteten wir unsere Kampagne „Gesundheitserziehung durch die Familie.“

### **Schluß mit den Appellen „Du sollst nicht!“ „Du darfst nicht!“**

In Übereinstimmung mit der WGO definiert die Bundeszentrale Gesundheit als einen Zustand des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Mit diesem umfassenden Konzept soll versucht werden, gesunde Lebensweisen und die dafür notwendigen Strukturen zu fördern.

---

IRENE WITTMANN ist Referentin für Primärprävention und Familienplanung in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, Bundesrepublik Deutschland.

*Anschrift:* Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ostmerheimer Straße 200, D-5000 Köln 91 (Merheim).

Da eine gesunde Lebensweise auch Lebensfreude und Selbstvertrauen voraussetzt, als auch ganz allgemein die Fähigkeit zum Engagement, schreiben wir keine bestimmten Verhaltensformen vor. Der autoritäre Stil, mit all seinen Ermahnungen mit erhobenem Zeigefinger ist verschwunden. Statt dessen versuchen wir, den Betroffenen die verschiedenen Handlungs- und Verhaltensmöglichkeiten entsprechend der verschiedenen Situationen, in denen sie sich befinden, zu zeigen. Wir versuchen sie zu motivieren, nach Alternativen zu suchen, also nach Verhaltensmöglichkeiten, die für ihre Gesundheit nicht schädlich sind. Die Betroffenen selbst sollen herausfinden, was für ihr Wohlbefinden gut ist. Und hierbei kann ihnen die Gesundheitserziehung eine Hilfestellung anbieten.

Über Gesundheit informieren und zu einem gesunden Leben motivieren, sind Aktivitäten, die sich direkt an den einzelnen und an Gruppen wenden. Dies ist sehr wichtig. Und indem wir dies tun, schaffen wir gleichzeitig ein bestimmtes soziales und politisches Klima für Gesundheit. Die Schlüsselrolle, die hierbei der Gesundheitserziehung zukommt, wird so klarer erkennbar.

### **Erziehung ist Interaktion: Die Rolle der Primärprävention**

Die Bundeszentrale sieht Gesundheitserziehung nicht als eine spezielle Disziplin von Erziehung an. Es handelt sich vielmehr um einen Aspekt des umfassenden Lernprozesses, der mit der Geburt beginnt. Indem Kinder aufwachsen, werden sie zunächst Mitglieder der Familie, später auch anderer Gruppen. Sie internalisieren die Normen und Werte ihrer Familie. Durch die Prozesse der Imitation, Identifikation und des Rollenlernens übernimmt das Kind auch bestimmte Haltungen zur Gesundheit. Die Beziehung zwischen Kindern und Eltern, ebenso wie die Beziehungen zwischen den Eltern selbst, wirken als Modelle für das spätere Risikoverhalten der Kinder. Auf diesem Weg erfahren sie, was ihre Mutter oder ihr Vater für ihr Wohlbefinden benötigen, z.B. in welchen Situationen sie rauchen und zuviel trinken, warum sie Übergewicht haben, usw.

Gesundheit wird komplett in den Prozeß der Sozialisation eingebettet gesehen. Deshalb nehmen Veränderungen ihren Ursprung in Kommunikation und sozialer Interaktion. Da wir diese Beziehung zwischen Gesundheit und Sozialisation durchaus erkennen, informieren wir über Fragen, die die Entwicklung von Kindern betreffen und allgemein Familienprobleme zum Ausgangspunkt haben. Somit betrachten wir die Familie in ihrer Funktion als Sozialisationsagent.\*

Ziel unserer Kampagne ist eine Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen in Familien, vor allem in Familien mit kleinen Kindern.

### **Strategien für die Praxis**

Die Kampagne wendet sich direkt an junge Eltern und Familien, aber auch an Multiplikatoren. Hierunter verstehen wir Personen, die mit Lehre, Beratung und Bil-

---

\* Wir haben kein Konzept für die „ideale“ Familie. Wir sprechen Alleinerziehende ebenso an wie Großfamilien. Unser Ziel ist es sicherzustellen, daß die unterschiedlichen Lebensbedingungen erfaßt werden. Deshalb versuchen wir, soziostrukturelle Fakten nicht nur in die Analyse, sondern auch in die praktische gesundheitserzieherische Arbeit einzubeziehen.

# Dein Kind schreit ja schon wieder!

**Wie oft machen Sie nachts kein Auge zu, weil Ihr Kind schreit und schreit?** Oder wie oft sind Sie mit den Nerven am Ende, weil sich auch sonst alles um das Kind drehen muß? Vielleicht denken Sie: Da muß man eben durch. Oder: Schreien kräftigt die Lungen. Viele Eltern geben ihren Kindern auch Beruhigungstropfen, stopfen sich selbst die Ohren zu, oder schieben es einfach in ein anderes Zimmer, „damit endlich Ruhe ist“. Später wundern sich Eltern oft, wenn ihre Kinder besonders still oder aggressiv sind, ins Bett machen, Fingerringel kauen oder aus heiterem Himmel Wutausbrüche bekommen. Beobachten Sie sich doch einmal selbst in den folgenden Situationen. Wie würden Sie sich verhalten?

**Ihr Kind schreit schon wieder, obwohl Sie es gerade gewickelt und gefüttert haben? Was machen Sie?**

- Sie lassen es schreien, weil ihm ja nichts fehlen kann.
- Sie geben ihm seinen Schnuller.
- Sie nehmen es in den Arm, sprechen und spielen mit ihm.

**Freunde rufen an und laden Sie überraschend für heute abend ein. Was machen Sie mit Ihrem Kind?**

- Sie geben Ihrem Kind Beruhigungstee und warten, bis es eingeschlafen ist.
- Sie geben der Nachbarin den Schlüssel, falls etwas sein sollte.
- Sie bitten Ihren Babysitter, der öfters da ist, auch heute bei Ihrem Kind zu bleiben.

**Wie sieht Ihr Sonntag-nachmittag aus, wenn Sie ein Kind haben?**

- Vater geht zum Fußball. Mutter paßt auf's Kind auf.
- Sie gehen zusammen spazieren und schieben den Kinderwagen vor sich her.
- Sie besuchen Freunde, die auch ein Kind haben und spielen mit beiden zusammen.

Glauben Sie auch, daß die c-Lösungen sicher am besten zu einer gesunden seelischen Entwicklung Ihres Kindes beitragen? Ein kleines Kind braucht nicht nur Nahrung und trockene Windeln. Es gibt gesicherte Erkenntnisse darüber, daß die ersten drei Lebensjahre darüber entscheiden, ob Ihr Kind später einmal gehemmt oder fröhlich, labil oder stabil sein wird. Das heißt: Ein Kind, das sich geliebt und geborgen fühlt, in den Arm genommen wird, spielerisch beschäftigt wird, schon früh Kontakt zu anderen Kindern hat und nicht allein gelassen wird, ist auch später geistig wacher und aufgeschlossener. Damit ist nicht gemeint, daß eine Mutter ihr Kind keine Sekunde aus den Augen lassen soll. Viele Mütter können selbst auch gar nicht ständig für ihr Kind da sein. Wichtig allein ist, daß ein vertrauter Mensch sich um Ihr Kind kümmert, wenn es weint, nachts aufwacht und Zuwendung braucht. Auch Väter sollten ihr Kind viel mehr in den Arm nehmen, mit ihm reden, spielen und zärtlich zu ihm sein. Wenn Ihr Kind öfters schreit, obwohl der Kinderarzt sagt, es ist kerngesund, versuchen Sie es nicht nur mit Schnuller und Teddy zu beruhigen. Es braucht vor allem körperliche Wärme und Nähe.

Oft auch nachts. Das Kind eine Weile zu sich nehmen, ist gesünder, als kein Auge zuzumachen. Auch für Ihr Kind.

Wenn Sie mehr darüber wissen möchten, lohnt es sich, bei der **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Postfach, 5000 Köln 100**, die folgenden Broschüren anzufordern. Titel unten auf dem Coupon ankreuzen.

**Familienbilder.**

Informationen über Familien in unserer Zeit. 16 Beispiele - Probleme und Hilfen.

**Das Baby.**

Ein Leitfaden für junge Eltern.

**Entwicklungs-Kalender.**

Merkblatt für junge Eltern.

**Beratungsführer.**

Ein Verzeichnis der Beratungsstellen in der Bundesrepublik.

**Freiflüge für 3 Familien. Gestiftet von der Lufthansa zu ihrem 25-jährigen Bestehen!**



Die Flugscheine für einen gemeinsamen Hin- und Rückflug für die ganze Familie innerhalb der Bundesrepublik verlosen wir als Dankeschön, wenn Sie selbst ein Wort zum Thema Familie sagen. Unten auf dem Coupon.

Alle eingehenden Antworten nehmen an der Verlosung teil. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Einsendeschluß ist der 10. Januar 1979.



Wenn Sie mitgewinnen möchten, schreiben Sie uns:

**Was wünschen Sie sich von der Familie?**

Beispielsweise Schutz, Wärme, Liebe, Oder? Ein Wort genügt:

**Welche Broschüre möchten Sie haben?**

- Familienbilder  Das Baby
- Entwicklungs-Kalender  Beratungsführer

Adresse:

.....

.....

Senden an Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Postfach, 5000 Köln 100

## Familie – jeder für jeden.

Eine Aktion des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit.



Mit ihrer provozierenden Überschrift will die Anzeige zu Gesprächen darüber anregen, was Eltern tun sollten, wenn ihr Kind schreit; sie gibt außerdem Ratschläge zu anderen Erziehungsproblemen.



dungsarbeit zu tun haben. Deshalb setzen wir Medien für die Massenkommunikation ein, als auch Material für Lehrer, Psychologen und Sozialarbeiter.

### *1. Anzeigen*

Unsere Anzeigen-Serie folgt einem bestimmten Muster. Thema ist das Alltagsverhalten in seiner Beziehung zu Aspekten des Sozialisationsprozesses, die gesundheitsschädigend sein können. Wir behandeln Probleme frühkindlicher Erziehung und ihre Auswirkungen auf das physische und psychosoziale Wohlbefinden.

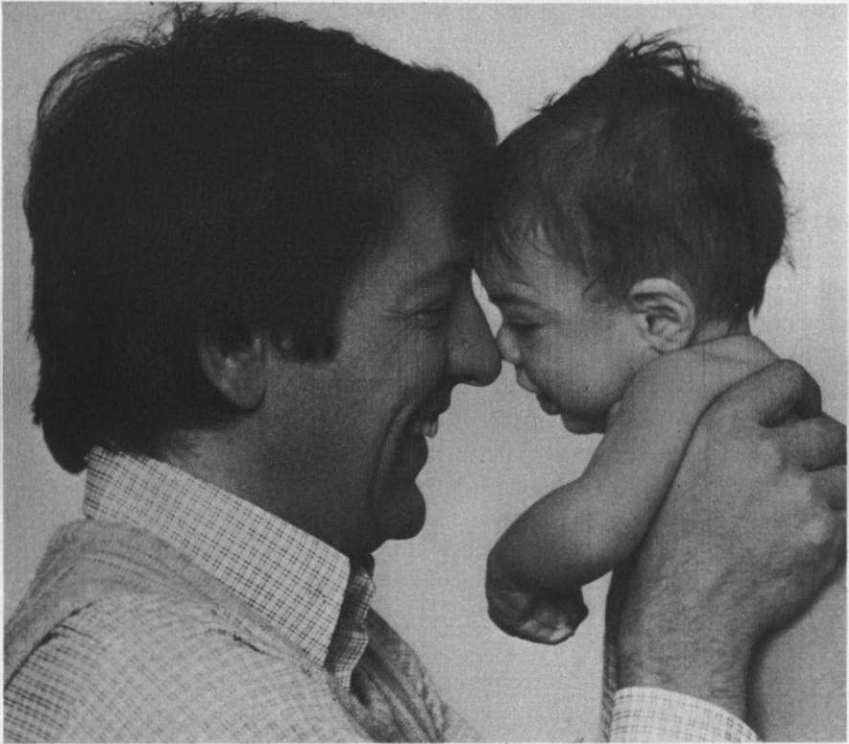
Ein herausfordernder Text und eine Karikatur sind jeweils Aufhänger für Kommunikation. Durch die Konfrontation mit einer Überschrift, wie z.B. „Iß, damit Du groß und stark wirst!“ hat der Leser die Chance, sich der allgemein verbreiteten Vorurteile bewußt zu werden. Auf diese Weise versuchen wir, einen Prozeß der Selbstreflexion in Gang zu setzen und persönliche Gespräche in Familien, zwischen Nachbarn und Kollegen anzuregen.

Ziel ist es, ein Klima zu fördern, in dem Menschen diskutieren: 1) was ihrem Wohlbefinden schadet, 2) wie sie ihre eigenen Lebensbedingungen gesünder gestalten und 3) dieses am besten erreichen können. Familien sollten erkennen, daß sie selbst eine ganze Menge für ihre eigene Gesundheit tun können, ohne daß die sozialen Bedingungen für Handlungsmöglichkeiten außer acht gelassen werden.

Wir vermeiden es jedoch in unseren Anzeigen, Eltern anzugreifen, auch wenn deren Verhalten offensichtlich für das Wohlbefinden ihrer Kinder und auch für ihre eigene Gesundheit schädlich ist. Dadurch hat der Leser viele Möglichkeiten, die Botschaft der Anzeige auf andere zu projizieren. Vielleicht gelingt es ihm gerade über diesen Weg zu erfahren, welche besseren Verhaltensmöglichkeiten es noch gibt.

*„Wir verstecken unser behindertes Kind nicht.“ In der Broschüre „Familienbilder“ erfahren Eltern, daß auch ein mongoloides Kind viel Freude bereiten kann.*





*Dieses Bild stammt aus der Broschüre „Das Baby“. Eine glückliche Beziehung zum Kind ist nicht allein das Vorrecht der Mutter.*

Das Ratespiel in jeder Anzeige ist eine Möglichkeit, um Aggressionen gegenüber den Eltern und dem Leser zu vermeiden. Es beschreibt eine soziale Situation und verweist auf verschiedene Reaktionsmöglichkeiten. Der folgende Text zeigt, welche der Antworten im Hinblick auf das persönliche Wohlergehen die beste ist, erklärt warum dies so ist und versucht, die Verbindungen zwischen sozialem Verhalten und Gesundheit deutlich zu machen.

## *2. „Familienbilder“*

Diese Broschüre gibt einen Überblick über Gesundheitsprobleme und wie diese in den unterschiedlichen Familienformen gelöst werden können. Eine Serie von Fallstudien beschreibt den Zusammenhang zwischen Familiensorgen und Gesundheitsrisiken und zeigt mögliche Wege zur Lösung von Problemen.

Die Broschüre „Familienbilder“ ist das Basismedium der Kampagne und eignet sich als solches besonders für junge Familien sowie für Sozial- und Bildungsarbeit vor Ort, in der Gemeinde. Sie wird erfolgreich eingesetzt bei Aktivitäten mit Eltern in den verschiedenen Erziehungs- und Bildungsinstitutionen.

### 3. Andere Medien

Ergänzend zu den Anzeigen und der Broschüre setzen wir eine Plakatserie ein, ein Spiel, eine Ausstellung und eine Folge von Fernsehfilmen, die denen der „Sesamstraße“ vergleichbar sind. Die Filmserie „Kopfball“ besteht aus verschiedenen Episoden mit Tricks, Puppen, Liedern und Informationen über Familienbeziehungen, Modellernen und Gesundheit.

### 4. „Eltern helfen Eltern“

Wir stützen uns auf die Familie, die einen wichtigen Bestandteil des gesundheitlichen Laiensystems darstellt. Deshalb befassen wir uns auch mit Möglichkeiten der Selbsthilfe. Indem wir Familien zeigen, wie sie sich ihrer unmittelbaren Umgebung, wie anderen Familien, Freunden und Nachbarn öffnen können, erleichtern wir es ihnen zu erfahren, daß das, was sie für ihr ganz persönliches Problem halten, ebenso andere Eltern mit kleinen Kindern betrifft und daß Lösungen leichter gemeinsam mit anderen gefunden werden können. Die Broschüre „Eltern helfen Eltern“ ist eine Informationsschrift, die Familien mit kleinen Kindern die Bildung von Elternselbsthilfegruppen erleichtern soll.

### 5. Informationen über Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung

Medien zu diesem Thema gehören zu dem bekannten und bewährten Teil unserer Gesundheitserziehung. Die Broschüre „Jedes Kind hat ein Recht erwünscht zu sein“ liefert Informationen über die verschiedenen Methoden der Familienplanung.

*„Schließ' Dich einer Selbsthilfegruppe an oder bilde selbst eine“, dies ist eine der Aufforderungen in der Broschüre „Eltern helfen Eltern“. Ziel der Broschüre ist es, den Eltern klarzumachen, daß auch andere Eltern mit der Erziehung ihrer Kinder Probleme haben, und daß gemeinsame Gespräche helfen können, Lösungen zu finden.*



Eltern können so planen, wie viele Kinder sie möchten und welches für sie der optimale Zeitpunkt der Geburt ist. Wir gehen davon aus, daß Eltern, die sich bewußt für Kinder entscheiden, diese auch von Anfang an akzeptieren. Deshalb können sie auch leichter die bestmöglichen Bedingungen für deren Entwicklung schaffen (primäre Sozialisation).

„Das Baby“ ist ein Leitfaden für junge Eltern über eine gesunde Entwicklung in der frühesten Kindheit. Die Broschüre beginnt mit kurzen Informationen über das, was Eltern schon während der Schwangerschaft machen können und fährt fort mit Fragen der Ernährung, der Säuglingspflege und einer gesunden Entwicklung. In dem Heft finden Eltern Informationen sowohl zu „klassischen“ Themen, wie Hygiene, als auch zu Fragen der psychosozialen Entwicklung, z.B. zum Stillen und zur Bedeutung der Vaterrolle.

In dem Faltblatt „Entwicklungs-kalender“ finden junge Eltern nützliche Hinweise über die Früherkennung von Entwicklungsstörungen im Kindesalter. Ziel ist es, die Eltern daran zu erinnern, mit ihren Kindern regelmäßig zu den kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen zu gehen.

Auch in der Broschüre „Sicherheitsfibel“ zeigt sich der primärpräventive Ansatz. Eltern können etwas lernen über die verborgenen Gefahren in der Umgebung von Säuglingen und kleinen Kindern, wie sie diese Gefahren entdecken und schließlich vermeiden können.

### **Zusammenfassung**

Der generelle Ansatz der Kampagne „Familie — jeder für jeden“ ist Gesundheits-erziehung vom frühestmöglichen Zeitpunkt an. In bezug auf Primärprävention ist die Familie ein wichtiges Handlungsfeld.

Kinder sollten gesund zur Welt kommen und unter Bedingungen aufwachsen können, die ihr physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden unterstützen. Die Betonung liegt auf einer Verbesserung ihrer Lebens- und Gestaltungsmöglichkeiten. Primärprävention muß deshalb schon in der Familie beginnen.

Die Kampagne möchte den einzelnen ermutigen, bei Fragen zu Familie und Gesundheit eigene Lösungen zu finden: innerhalb der Familie, durch Selbsthilfegruppen und durch Inanspruchnahme von Beratungseinrichtungen. Allgemein gesagt, zielt der Ansatz auf eine Förderung und Stärkung der Gesundheit ab.

## Selbsthilfegruppen: ein neuer Ansatz

- Was sind Selbsthilfegruppen? Selbsthilfegruppen lassen sich beschreiben als Gruppen, in denen sich Menschen mit den gleichen Interessen zusammenfinden, die ein regelmäßiges Feedback auf ihre Probleme und Lebenserfahrungen brauchen und suchen, um diese bewältigen zu können.  
Sind Fachleute hier gefragt? Die Meinungen hierüber gehen weit auseinander. Das Spektrum reicht von einem gewissen Unbehagen über die Anwesenheit von Fachleuten bis hin zu der nachdrücklichen Behauptung, daß aufgrund der bekannten sozialen Prozesse jemand da sein müßte, der die Handlungsalternativen formuliert und hilft, das Wissen systematisch zu ordnen. Wenn kein offizieller Leiter ernannt wird, besteht weiterhin die Gefahr, daß die Gruppe von bestimmten Personen manipuliert wird. Andererseits kann eine Teilnahme für die Gesundheitserzieher auch problematisch sein, da sie für das System zur „persona non grata“ werden können, falls sie sich auf die Seite der Gruppenmitglieder stellen.
- Im großen und ganzen haben die Selbsthilfegruppen viele gute Seiten, und die Gesundheitserzieher, möglicherweise mit Spezialausbildung in Gruppenverhalten, könnten ihren Platz in solchen Gruppen als Förderer und Kontaktpersonen haben.
- Die Bereiche, mit denen sich die Selbsthilfegruppen befassen, erstrecken sich im wesentlichen auf:
  - Probleme der Familie als Institution;
  - Probleme im Zusammenhang mit einzelnen Familienmitgliedern und den Kommunikationsstrukturen innerhalb der Familie.

**VI**

**Von der Forschung  
zur Praxis**

Was wir uns von der Familie wünschen ...



Trost

Eine Aufnahme aus der Broschüre *Familienbilder*,  
herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

## **Alternative Betreuungsformen für Kleinkinder: die Doppelrolle der Gesundheitserziehung**

**Greta Tüllmann**

Die Kleinkindforschung geht zu sehr von der Situation des Kindes, zu wenig von der Situation der Mütter aus. Jeder gelungene Erziehungsprozeß beruht auf einem gelungenen Beziehungsprozeß. Beziehungen — gerade auch gelungene Primärbeziehungen — sind für jedes Individuum lebensnotwendig, werden auf der anderen Seite immer mehr zu einem Anachronismus, gemessen an den Werten unserer an Leistung, Konkurrenz und Tauschprinzipien orientierten modernen Industriegesellschaft.

Frauen, wenn sie Mütter werden, stehen in dem Dilemma, diesen historischen Bruch aushalten zu müssen: Mit ihren Kindern beziehungsfähig zu sein, das heißt oft, isoliert und im Windschatten jeglicher gesellschaftlichen Anerkennung zu leben oder aber in die ganze Tausch-, Streß- und Leistungswelt von dreifacher Berufstätigkeit (Arbeit, Erziehung, Haushalt) voller Schuldgefühle und dadurch oft zu Lasten von Beziehungsfähigkeit einzusteigen.

Die Ausschließlichkeit der Mutter-Kind-Beziehung als einziges Lernmodell für Kleinkinder wird problematisch, wenn sie sich in sozialer Isolation abspielt. Da die natürlichen Bezugssysteme, wie Familie und Nachbarschaft, zumindest in den Großstädten, zunehmend verschwinden, geht es, historisch gesehen, um die Erstellung künstlicher *Nachbarschaftsstrukturen*, wie Spielkreise, Krabbelstuben, Kinderhäuser, Mütterclubs oder Müttertreffs etc., um Strukturangebote also, die die Mutter-Kind-Beziehung entlasten. Der Zufriedenheitsgrad mit der eigenen Rolle (egal, ob „Nur-Hausfrau“ oder „voll berufstätig“) ist nach einer Untersuchung von Helge

---

Dr. TÜLLMANN ist Mitglied des Deutschen Jugendinstituts, Arbeitsbereich Familiäre Sozialisation, München, Bundesrepublik Deutschland.

*Anschrift:* Deutsches Jugendinstitut, Saarstraße 7, D-8000 München 40.



Pross u.a. für einen gelungenen Erziehungsprozeß (bis hin zu guten schulischen Leistungen der Kinder) ausschlaggebend. Frauen sollen daher die Entscheidungsfreiheit für das „Setting“ im Zusammenleben mit Kindern haben, und hier fehlen alternative Betreuungsformen, die Mütter ohne Schuldgefühle zufriedenstellend entlasten.

### **Forschung in alternativen Betreuungsformen als Entlastung der Mutter-Kind-Beziehung**

Forschungsprozesse in einem Bereich wie dem der alternativen Kleinkindbetreuung, einem Bereich also, der sehr stark auf Innovation und Impulse von außen angewiesen ist, sollten nicht verunsichernd und entfremdend, sondern stabilisierend in die Alltagspraxis von Betreuungsformen integriert sein, und zwar im Sinne eines beratenden Forschungstypus, der den Doppelcharakter — Entstehung von Informationen für die Fach- und Umwelt und Entwicklung von Verbesserungen im Praxiszusammenhang durch Reflexion und Rückkoppelung — nie aufgibt. Ein wesentliches Forschungsinstrument in diesem Zusammenhang ist die Person und Funktion des Beraters als Forschungs- und Praxiskoordinator.

Ein beratender Forschungstypus in alternativen Betreuungsformen von Kleinkindern läßt Fragestellungen entwickeln und verfolgen, die in der bisherigen Forschung und Literatur zu Problemen frühkindlicher Entwicklung, zu Vorschule, Kindergarten oder Hort, nicht abgehandelt wurden. Denn häufig sind Literatur und Forschungspraxis einseitig darauf ausgerichtet, kognitive Entwicklungen zu messen und festzustellen, wie diese mit den Bedingungen des pädagogischen Programms bzw. der Anregungsumwelt zusammenhängen.

Im Sinne dieses beratenden Forschungstypus im Frühkindbereich wurde im Deutschen Jugendinstitut (DJI) das Modellprojekt „Tagesmütter“\* wegweisend, ein Projekt, daß die in der Forschungsdiskussion etwas vernachlässigte, aber weit verbreitete Form von Tagespflege in Familien wissenschaftlich untersucht und auswertet. Parallel zu dieser Untersuchung lief ein Vergleichsforschungsprogramm über die *institutionelle* Tagespflege, d.h. über das Krippenwesen in der Bundesrepublik Deutschland, das auch alternative Modelle im Krippenbereich einbezog, u.a. „Das Kinderhaus an der Destouchesstraße in München“, ein Projekt, das neue Wege im institutionellen Bereich der Frühkindbetreuung aufzeigt.

Beide Projekte sollen hier kurz mit ihren wichtigsten Ergebnissen vorgestellt werden, in der Hoffnung, der gerade auch im Gesundheitswesen unter Ärzten, Psychologen und einschlägigen Wissenschaftlern oft fast „verhärteten Diskussion“ um die richtige oder falsche Kleinkindbetreuung mit diesem Material neue Impulse zu geben.

### **Das Tagesmütterprojekt**

Am Beginn des Modellprojekts standen Überlegungen, wie man die Betreuung und Pflege der Kinder berufstätiger Mütter noch anders als durch Tageskrippen und den

\* Arbeitsgruppe Tagesmütter: „Das Modellprojekt Tagesmütter“. Abschlußbericht, DJI-Information, München, Oktober 1979.

schwer kontrollierbaren „freien Markt“ der Tagespflegestellen organisieren, wie man interessierten Hausfrauen und Müttern pädagogische Unterstützung gewährleisten und die soziale und emotionale Entwicklung der Kinder zwischen Elternhaus und Tagespflege sichern könne.

Es entstanden an 11 Orten Modellgruppen, in denen 15 bis 20 Tagesmütter 25 bis 40 Pflegekinder an fünf Wochentagen bis zu 10 Stunden betreuten. Das Aufnahmealter der Kinder durfte nicht höher als drei Jahre sein, keine Tagesmutter mehr als zwei oder drei Kinder aufnehmen. Sie mußten sich zu zweijähriger Tätigkeit und Teilnahme an pädagogischer Fortbildung verpflichten — zu Gruppenabenden und Seminaren. Als Gegenwert erhielten sie eine Art Anerkennungshonorar von DM 320,— monatlich bei einem Tageskind, von DM 525,— bei zwei und DM 630,— bei drei Kindern. Die Mittel wurden öffentlich finanziert; außerdem wurden DM 130,— pro Kind als Aufwandspauschale für Ernährung und Pflegeartikel von den Eltern selbst aufgebracht. Insgesamt wurden 229 Kinder von 224 Eltern durch 160 Tagesmütter betreut.

Auffallend war die Tatsache, daß das Familieneinkommen und der Status der Tagesmütter über dem der abgebenden Eltern lag: sie sind meist den Mittelschichten zuzurechnen. Bei den abgebenden Eltern fiel der hohe Anteil von alleinerziehenden Eltern (37%) und von Gastarbeitern (29%) auf.

Das Projekt wurde initiiert, wissenschaftlich begleitet und ausgewertet von einer Arbeitsgruppe des Deutschen Jugendinstituts, und die Kosten des Gesamtprojektes wurden aus Bundesmitteln vom Modell getragen. Der wichtigste hier erwähnenswerte Aspekt des wissenschaftlichen Projekt-Designs war die Gruppe der Beraterinnen (ausgebildete Pädagogen, Psychologen und Soziologen), die jeweils zu zweit eine Gruppe von 15 Tagesmüttern betreuten, die wissenschaftliche Begleitung mit ihren Untersuchungen und Fragestellungen vor Ort durchführten und so zu einer sehr wichtigen Nahtstelle zwischen Forschung und Praxis wurden — nicht immer ohne Reibungsflächen — aber zusammenfassend in diesem Projekt als sehr positive Lösung für einen derartigen Forschungstypus.

Um in aller Kürze einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse dieses Modellprojektes zusammenzufassen, werden hier die Schlußfolgerungen und Empfehlungen aus dem Abschlußbericht vorgestellt:

### **Die qualifizierte Familientagespflege**

1. Die qualifizierte Familientagespflege, wie sie im Modellprojekt realisiert wurde, ist in ihrer Erziehungsleistung für Säuglinge und Kleinkinder der Erziehung durch die eigene Mutter gleichwertig. Sie verdient deshalb verstärkt öffentliche Anerkennung und Unterstützung. Die im Modellprojekt betreuten Kinder zeigten in der sozialemotionalen Entwicklung (Mutter-Kind-Beziehung, Verhaltensstörungen-Kompetenzen, Kooperation mit Gleichaltrigen, Selbständigkeit) und in der Intelligenzentwicklung keine Nachteile gegenüber vergleichbaren, von der eigenen Mutter betreuten Kinder. In einem speziellen Bereich erwiesen sie sich sogar als überlegen: Die Tagespflegekinder waren weniger sozial gehemmt und weniger ängstlich.

2. Mit frühkindlicher Tagesfremdbetreuung sollte entweder im ersten oder erst nach Vollendung des zweiten Lebensjahres begonnen werden. Ein Beginn der Fremdbetreuung im zweiten Lebensjahr stellt eine Belastung für die kindliche Entwicklung dar und sollte nach Möglichkeit vermieden werden. Kinder dieser Altersstufe gewöhnen sich nur schwer an den Betreuungswechsel und neigen in der Folge vermehrt zu Verhaltensstörungen.

3. Die Zufriedenheit der Mutter mit ihrer Rolle als Frau und Mutter ist ein wichtiger Faktor für die günstige Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung und der kindlichen Persönlichkeit.

Entsprechend den unterschiedlichen Lebenssituationen, Persönlichkeitsstrukturen und Bedürfnissen von Müttern sollte ein differenziertes Angebot an öffentlicher Unterstützung geschaffen werden. Insbesondere erscheint der parallele Ausbau von Tagesbetreuungsstellen und Erziehungsgeld wünschenswert.

4. Halbtags-Berufstätigkeit der Mutter und gleichzeitige Halbtags-Fremdbetreuung für das Kind wirkt sich auf die Mutter-Kind-Beziehung und die kindliche Persönlichkeitsentwicklung in vielen Fällen besonders günstig aus.

Es sollten deshalb verstärkt qualifizierte Halbtagsarbeitsplätze für Mütter geschaffen werden bzw. Müttern sollte die Gelegenheit gegeben werden, ihre bisherige Tätigkeit — eventuell vorübergehend — halbtags auszuüben. Auch die Kombination von Halbtags-Berufstätigkeit und Erziehungsgeld wäre zu erwägen.

5. Die im Modellprojekt betreuten Kinder alleinerziehender Mütter zeigten in ihrer Entwicklung keine Nachteile gegenüber Kindern aus vollständigen Familien. Die Familientagespflege kann in vielen Fällen geeignet sein, die vollständige Trennung von Mutter und Kind zu vermeiden und die alleinstehende Mutter bei ihrer Erziehungsaufgabe zu unterstützen.

6. Die Familientagespflege erwies sich für Angehörige verschiedener sozialer Schichten in gleicher Weise als geeignet. Allerdings erscheint die Tagespflege bei sehr instabilen Verhältnissen in der Elternfamilie nicht als die geeignete Betreuungsform.

7. Ausländerkinder können in einer Tagespflegefamilie erfolgreich betreut werden. Bewährt hat sich auch der Einsatz ausländischer Tagesmütter für die Betreuung von Kindern gleicher Nationalität.

8. Pflegeverhältnisse können stabilisiert und verbessert werden durch Beratung, die eine Kombination von Einzel- und Gruppenarbeit darstellen und sowohl die Eltern als auch die Tagespflegemütter einbeziehen soll. Einzelberatung ist in der Anfangsphase, in akuten Krisensituationen und bei erziehungsschwierigen Kindern geboten. Die Gruppenarbeit muß sich in Form und Inhalt auf ein breites Spektrum konkreter Lebenssituationen beziehen und kann sich nicht auf Erziehungsprobleme beschränken.

9. Aus der Gruppenarbeit können sich Interessengruppen und Vereine für Eltern, Pflegeeltern und Tagesmütter entwickeln, die sich für eine Verbesserung des (Tages-)Pflégewesens einsetzen.

Diese Gruppen sollten als freie Träger der Jugendhilfe anerkannt werden, an die Betreuungs-, Fortbildungs- und Beratungsfunktionen für Eltern, Tages- und Pflegeeltern delegiert werden. Sie sollten mit den Jugendbehörden zusammenarbeiten und von ihnen unterstützt werden. Bestehende Gruppen und Vereine haben sich zur Arbeitsgemeinschaft Tagesmütter zusammengeschlossen\*.

10. Die finanziellen Regelungen sollten verbessert werden; die Tagesbetreuung von Kindern in Familientagespflegestellen muß genauso subventioniert werden wie die Erziehung in Kindertagesstätten. Im Jugendhilfehaushalt sind Gelder für die Einrichtung und den laufenden Betrieb von Familientagespflegestellen vorzusehen. Die Kostenbeteiligung der Eltern sollte erheblich reduziert werden.
11. Die Stellung der Tagespflegemütter im System der Jugendhilfe muß neu interpretiert und entsprechend geregelt werden. Tagespflegemütter sollten die Rolle von Mitarbeitern der Jugendhilfe erhalten mit dem damit verknüpften Anspruch auf angemessene Bezahlung und soziale und rechtliche Absicherung einerseits und auf fachliche Beratung, Fortbildung und Unterstützung andererseits.
12. Viele Eltern und Fachleute sehen in der Gruppenerziehung für Säuglinge und Kleinkinder ein wichtiges Erfahrungsfeld für die soziale Entwicklung. Wegen dieser Möglichkeiten und wegen des großen Bedarfs an Tagesbetreuungsplätzen sollen Einrichtungen wie Kindertagesstätten/Krippen gezielt gefördert werden.

Dabei sind vor allem die pädagogischen Bedingungen verbesserungsbedürftig: die Reduzierung der Gruppenstärken, die Verstärkung und bessere Qualifizierung des Personals, eine kindgerechte, reichhaltige und anregende Ausstattung der Einrichtung, Altersmischungen der Gruppen und Einbeziehung der Eltern. Modellhaft für die Gruppenerziehung sind einige von Eltern initiierte Baby-Gruppen.

13. Die engen organisatorischen Struktur Grenzen der gegenwärtigen Jugendhilfeinstitutionen sollten aufgebrochen werden. Es sollte ermöglicht werden, daß Tagesbetreuung unabhängig davon, ob sie in Familien oder Institutionen gewährt wird, in derselben Zuständigkeit durchgeführt, betreut, organisiert und beraten werden kann. Eltern können dadurch leichter entsprechend ihren erzieherischen Vorstellungen zwischen Gruppenbetreuung und Familientagespflege wählen. Pädagogisch wünschenswert wäre eine Kooperation zwischen Institutionen und Familientagespflegestellen.

Die Realisierung dieser Empfehlungen erfordert in vielen Bereichen Umdenken und längerfristige Anstrengungen. Jedoch sind dies wichtige Schritte auf dem Weg, für alle Kinder gute Lebens- und Entwicklungsbedingungen zu verwirklichen, die nicht im Gegensatz zu einer gleichermaßen zufriedenstellenden Lebensgestaltung von Müttern stehen.

---

\* Bundesverband für Eltern, Pflegeeltern und Tagesmütter (Geschäftsführung: Brigitte Jakobs, An der Lister-Kirche 1, 3000 Hannover 1).

## Das Kinderhaus an der Destouchesstraße

Dies ist ein Modellprojekt zur ganztägigen Betreuung von Kindern im Alter von 0 bis 10 Jahren mit einem alterübergreifenden pädagogischen an der Familie und dem Familienalltag orientierten Erziehungskonzept.

Kinder, die ganztags in Institutionen aufwachsen, unterscheiden sich vor allem in einem Punkt von Kindern, die in der heutigen Zeit in der Familie aufwachsen: ihr Leben ist *anstrengender*. Institutionen, die Kinder von klein auf ganztags betreuen, sollten sich von daher unterscheiden von Einrichtungen wie dem Kindergarten, der vorrangig von pädagogischen und anregenden familienergänzenden Zielvorstellungen ausgeht. Sie sollten auch nicht nur unter dem Gesichtspunkt der stundenweisen Aufbewahrung und Kontrolle von Kindern gesehen werden, wie dies weitgehend noch in Hort und Krippe geschieht.

Diese Kinder sind eine eigene Zielgruppe, für die eine eigene Pädagogik und eigene Einrichtungen, wie z.B. das Kinderhaus, bereitgestellt werden sollten — haben sie doch die gleichen Bedürfnisse wie Kinder, die in der Familie aufwachsen, nämlich die nach Kontinuität und Vertrautheit mit erwachsenen Personen und räumlicher Umgebung über lange Jahre hinweg.

### *Neue Wege suchen*

In diesem Sinne wurde von berufstätigen Müttern aus dem Deutschen Jugendinstitut und von Initiativgruppen der Eltern-Kind-Bewegung aus dem Münchner Raum das Kinderhaus München gegründet, mit dem Ziel, hier neue Wege zu suchen und vor allem die Isolation der Institution Krippe und Hort zu durchbrechen.

Im Kinderhaus lernen die Kinder von Kindern, werden im Alltag mitbeteiligt bei Einkäufen sowie beim Kochen, das Haus ist offen für selbständige Streifzüge der Kinder in die nahe Umgebung, offen für Nachbarkinder, offen vor allen Dingen für alle Eltern, die das Haus zusammen mit den Erziehern mitorganisieren und tragen.

Das Kinderhausprojekt besteht aus fünf Kindergruppen; die Gruppen umfassen vier 0 bis einjährige Kinder, sechs ein- bis zweijährige Kinder, acht drei- bis vierjährige Kinder, fünfzehn vier- bis sechsjährige Kinder und fünfzehn sechs- bis zehnjährige Kinder. Jede Gruppe hat zwei Erzieher. Elternmitbeteiligung, sei es beim Kochen, bei der Kinderbetreuung oder bei anderen Arbeiten, ist jederzeit möglich und erwünscht, je nach verfügbarer Zeit der Eltern. Das Kinderhaus wird weitgehend von berufstätigen Eltern in Anspruch genommen, zwei Drittel der Eltern sind allein-erziehende Mütter oder Väter, die auf eine außerfamiliale Betreuung ihrer Kinder angewiesen sind und für die das Kinderhaus eine massive Entlastung bedeutet; sie können ihre Kinder hier nicht nur tagsüber unterbringen, sondern durch die entstehenden Freundschafts- und Nachbarschaftsbezüge auch über die Arbeitszeiten hinaus abends und an Wochenenden, in den Ferien, besonders auch in Krisenzeiten, entlastet werden.

Dies ist in solchen Projekten selbstverständlich und Bestandteil des Konzeptes und trägt dazu bei, die Isolation und gesellschaftliche Diskriminierung dieser Gruppen zu durchbrechen und den Eltern bei ihren Bemühungen um größere Stabilisierung zu helfen.

### **Forschungsergebnisse kommen direkt der Praxis zugute**

Nach dieser Kurzbeschreibung des Projekts ein weiterer kurzer Bericht über die Erfahrungen mit diesem Typus von wissenschaftlicher Begleitung, der für wissenschaftliche Institute, wie das DJI besonders zukunftssträftig zu sein scheint, handelt es sich doch um eine Variante von Handlungsforschung, die einerseits genügend Praxisnähe gewährleistet, um sinnvolle Fragestellungen und Ergebnisse für den Forschungsprozeß selbst abzuwerfen, andererseits es ermöglicht, durch den Forschungsprozeß Anregungen und Impulse für neue Trends im jeweiligen Praxiszusammenhang zu entwickeln, ganz abgesehen davon, daß Fragen der Effizienzanalyse durch die Komplexität des Zusammenhangs hier sinnvoll oder realisierbar erscheinen.

Bei einer Institution wie dem Kinderhaus ergeben sich Fragestellungen, die von der bisherigen Forschung und Literatur zu Problemen frühkindlicher Entwicklung zu Vorschule, Kindergarten oder Hort nicht abgehandelt wurden. Denn häufig sind Literatur und Forschungspraxis einseitig darauf ausgerichtet, kognitive Entwicklungen zu messen oder Probleme bestimmter Altersstufen von Kindern festzustellen oder wie diese mit den Bedingungen des pädagogischen Programms bzw. der Anregung selbst zusammenhängen; niemals wird das Kind in seiner gesamten Altersentwicklung in der institutionellen Betreuung wahrgenommen. Die meisten Forschungsansätze bleiben hier eigentlich unzureichend: zum einen weil bekannt ist, daß bei Kindern aus nicht völlig depriviertem häuslichen Hintergrund die kognitive Stimulation, soweit sie sich am IQ ablesen läßt, durch eine anregungsreiche Umwelt nur noch einen sehr begrenzten, zusätzlichen Effekt hat, wenn überhaupt. Davon ausgehend läßt sich formulieren, daß es zwar unabdingbar ist, für die Kinder ein anregungsreiches Milieu bereitzustellen, aber kein Hauptanliegen, im einzelnen eine weitgehende intellektuelle Leistungssteigerung zu erzielen und das Programm daraufhin zu evaluieren.

Zum anderen läßt ein solcher Forschungsansatz die spezifischen Auswirkungen einer Gruppenerziehung im altersübergreifenden Rahmen, also etwa die Art der emotionalen Bindung zu anderen Kindern, das Konfliktlösungsverhalten in verschiedenen Situationen, diese Zuordnung zu verschiedenen Altersgruppen zueinander, außer acht. Stichproben hinsichtlich Aktionshäufigkeit, verbaler Interaktion etc., wie sie bisweilen als Forschungsmethode verwendet werden, sind für diese Art von Prozessen auch völlig ungeeignet, da sie sich als Prozesse naturgemäß über Tage, Wochen und Monate hinaus entwickeln. Zum dritten ermöglicht die kognitiv orientierte Erfassung intellektueller Leistungen von Kindern auch nicht eine umfassende Rückwirkung auf die Gesamtpraxis einer Institution — während es doch unbedingt sinnvoll scheint, anstehende Probleme nicht nur genau zu dokumentieren, sondern auch in einem Doppelschritt aktiv zu lösen.

Aus diesem Erfordernis heraus wurde die wissenschaftliche Begleitung im Kinderhaus anders organisiert:

Die Mitglieder, d.h. die Erzieher, wurden damit beauftragt, regelmäßige Protokolle über ihre Arbeit zu erstellen, wobei sie in diesen Protokollen bestimmte Gesichtspunkte besonders beachteten, z.B. die sozialen Probleme unter den Kindern, die Spiel- und Kooperationsformen, Auffälligkeiten etc. Sie wurden aber auch aufgefö-



dert, hinsichtlich ihres eigenen Eingreifens zu berichten, etwa, um ein Kind in seiner Durchsetzungsfähigkeit stärker zu fördern oder es individuell in seiner sprachlichen, motorischen oder allgemeinen Entwicklung anzuregen. Entscheidend für die Protokollführung ist die Wahrnehmung, d.h. die Selektion von Problemen. Diese findet zum einen statt aufgrund der täglichen Praxis und dessen, was sich als bedeutungsvoll herauschält, zum anderen aber aufgrund der Absprache mit dem Berater, der auch die Forschung koordiniert und bestimmte Fragestellungen zusätzlich formuliert, wie es mit der wissenschaftlichen Begleituntersuchung zum Tagesmütterprojekt der Fall war.

Diese Protokolle werden nun auf den wöchentlichen Teamgesprächen mit dem Berater und der Erziehungsgruppe besprochen. Dies ist eine aktive Form der Auswertung, und durch die differenziertere Sicht des Beraters und der anderen Mitglieder lassen sich bestimmte Grundprobleme erkennen und Lösungsmöglichkeiten entwickeln, wobei ein ständiger Vermittlungsprozeß zwischen den eher idealisierten pädagogischen Vorstellungen, z.B. hinsichtlich der Autonomie der Kinder, der Kooperation der Gruppen etc. und dem Erziehungsalltag mit all seinen Schwierigkeiten stattfindet.

Da der Berater die Protokolle insgesamt sichtet, läßt sich eine Gesamtstruktur von Problemen besser erkennen, so daß Beratung als Forschungsfunktion hier zu einer realen Entlastung der Teammitglieder bei der Reflexion über ihre Tätigkeit wird.

Neben den Teamgesprächen werden die Protokolle auch auf den Elternabenden angesprochen; die Sichtweise der Eltern, die ebenfalls festgehalten und ins Team zurückvermittelt wird, ist ein weiterer, wichtiger Anhaltspunkt, z.B. für die Entstehung bestimmter Verhaltensweisen, für Lösungsmöglichkeiten sowie für Kritik.

Damit ist die Forschung im Kinderhaus zunächst primär eine formelle Aufarbeitung und Reflexion der täglichen Praxis und Erfahrungen; eine strukturierte und auf bestimmte Probleme ausgerichtete Form zwar, nicht unbeeinflußt durch den Gang anderer wissenschaftlicher und pädagogischer Forschung, aber eine Form, die doch den Doppelcharakter: Erstellung von Informationen für die Umwelt/Fachwelt und Entwicklung von Verbesserungen durch Rückkoppelung, nie aufgibt.

Insgesamt sind wir der Ansicht, daß nur diese Art von Forschung und Auswertung es möglich macht, die in einem solchen Projekt gegebenen neuen Momente überhaupt zu erkennen und sie dann festzuhalten, wo die Kinderforschung schon die wesentlich begrenzteren sozialen Entwicklungen z.B. altershomogener Gruppen meist kaum oder mit äußerst unzulänglichen Fragestellungen bearbeitet.

Dieser Forschungsprozeß wurde zunächst durch Mittel vom Deutschen Jugendinstitut im Zusammenhang mit dem Tagesmüttermodell im Hinblick auf die Entwicklung von Kleinkindern in einem altersübergreifenden Kontext finanziert und später dann von der Robert-Bosch-Stiftung, die gerade an diesem speziellen Forschungstypus, von dem die Praxis direkt profitiert, interessiert war.

### **Einige vorläufige Ergebnisse**

Abschließend einige vorsichtige Ergebnisse aus diesem Forschungsbereich eines altersübergreifenden Erziehungskonzeptes im Elementarbereich, das nicht reprä-

sentativ sein kann, sondern eher sinnvolle Hypothesen erarbeitet für diesen Forschungsbereich:

1. Kinder hatten mit dem altersübergreifenden pädagogischen Konzept die wenigsten Probleme; sie praktizieren den altersübergreifenden Aspekt mit einer verblüffenden Selbstverständlichkeit und in immer neuen Variationen, wie sie sich oft gar nicht schnell genug dokumentieren lassen. Probleme hatten vor allem die Erwachsenen: die Eltern, die Erzieher, die Nachbarn, die kontrollierenden Vertreter der unterschiedlichen Behörden, und es waren fast alle diese Erwachsenen, die größere Lernprozesse machen mußten als Kinder.
2. Babys sind in diesem Projekt die absoluten „Stars“ im Haus, vor allen Dingen so lange sie noch nicht richtig laufen können. Die emotionale Zuwendung von seiten der größeren Kinder ist ein ganz wichtiger Bestandteil im Tagesablauf dieser Kleinen.
3. Generell kann man nach diesen 4 Jahren und nach den Erfahrungen mit Kindern aus der Eltern-Kind-Gruppenbewegung sagen, daß sich Kinder, die in einem derartigen Kontext aufwachsen — wenn nicht ausgesprochen dramatisch verlaufende Einflüsse vorliegen — im Baby- und Krabbelalter in ihrer sprachlichen und motorischen Entwicklung von anderen Kindern gleichen Alters geringfügig unterscheiden und in ihrer Entwicklung gegenüber den Familienkindern etwas hinterherzuhinken scheinen. Doch diese Retardierungen heben sich dann sehr plötzlich auf, so daß sie im Vorschulalter und zur Zeit der Einschulung den gleichaltrigen Kindern im Sozialverhalten und sprachlichen Ausdruck wie auch grobmotorisch *oft fast bis zu einem Jahr voraus* sind.
4. Der Übergang vom Kindergarten in die Schule läuft bei Kindern aus dem Kinderhaus von Jahr zu Jahr problemloser und bedeutet keinerlei Belastung, wie es oft bei Familienkindern der Fall ist. Sind sie es doch gewohnt, sich in größeren Zusammenhängen von Kindern und Erwachsenen außerhalb der Familie sicher zu bewegen und Auseinandersetzungen besser als andere Kinder zu bewältigen. Der Übergang von der Kindergartengruppe in die Schülerhortgruppe bedeutet im Haus selbst emotional für die Kinder einen sehr reizvollen „Aufstieg“, denn Schüler sind (für die Kleineren) und Babys (für die Größeren) die absoluten „Stars“ im Haus.

Von den Schülern läßt sich nach drei Jahren Kinderhaus sagen, daß sie in ihren schulischen Leistungen individuell sehr unterschiedlich sind, daß sie aber keineswegs auffällig und in der Tendenz eher unterfordert sind, d.h., sich wie sie es selbst ausdrücken „in der Schule langweilen“. Von den derzeit 20 Schülern aus dem Kinderhaus, die wir in ihrer Entwicklung überblicken, ist ein Schüler Legastheniker, und ein Schüler wurde aufgrund seiner psychischen Verfassung, bedingt durch eine schwierige häusliche Situation, ein Jahr zurückgestuft. Von seiten der Eltern, die fast alle berufstätig sind, liegt die positive Erfahrung mit diesem Modell darin, daß sie von Schulproblemen wie Hausaufgaben fast total in ihrer Beziehung zu den Kindern entlastet sind.



## **Frauenarbeit in Familie und Fabrik: Ergebnisse eines Forschungsprojektes**

**Christel Eckart**

Die Bemühungen um die Verbesserung der psychosozialen Bedingungen der frühkindlichen Entwicklung müssen die alltäglichen Lebensbedingungen der Mehrzahl der berufstätigen Frauen und Mütter einbeziehen, wenn sie nicht bei idealtypischen Modellen der Kindererziehung stehenbleiben sollen. Trotz wohlmeinender Absichten werden bei diesen Modellen die Handlungsspielräume und die eigenen Interessen ihrer primären Bezugspersonen, der Mütter, vernachlässigt.

Die Studie analysiert Frauenarbeit unter dem Gesichtspunkt der Formen und Auswirkungen geschlechtlicher Arbeitsteilung und brüchig gewordener Rollendefinitionen. Die Verschränkung von Anforderungen aus dem Produktions- und Reproduktionsbereich an die Frauen bildet den Ausgangspunkt der Untersuchung. Auf der einen Seite unterscheidet sie sich damit von Studien, die die Diskriminierung berufstätiger Frauen in Abhängigkeit von technisch-organisatorischen Veränderungen des Produktionsprozesses verfolgen, ohne die Bedingungen des Reproduktionsbereiches einzubeziehen. Auf der anderen Seite läßt sie sich abgrenzen von Untersuchungen, die, von der Doppelrollentheorie ausgehend, entweder einseitig die Auswirkungen der Frauenlohnarbeit auf die Funktionstüchtigkeit der Familie verfolgen, oder die Bedingungen einer optimalen Kombination beider Rollen untersuchen, ohne die Institution Familie und die Hausarbeit zu problematisieren.

### **Entwicklung von Bewältigungsstrategien**

Im Zentrum der empirischen Untersuchung stehen die Konflikterfahrungen und Bewältigungsstrategien, die sich aus den widersprüchlichen Anforderungen aus

---

CHRISTEL ECKART ist Mitglied des Instituts für Sozialforschung an der Universität Frankfurt/Main, Bundesrepublik Deutschland.

*Anschrift:* Institut für Sozialforschung, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt/Main, Senckenberganlage 26, D-6000 Frankfurt/Main.

Haus- und Lohnarbeit ergeben, wie sie im Arbeitstag von Frauen alltäglich und lebensgeschichtlich auftreten. Wir gehen dabei davon aus, daß alle berufstätigen Frauen im Laufe ihres Lebens eine Reihe von typischen Konfliktsituationen durch die Koordination der beiden Arbeitsbereiche erfahren, die die Folge der materiell, institutionell und ideologisch abgesicherten geschlechtlichen Arbeitsteilung sind.

Die gesellschaftliche Reproduktion ist das materielle Substrat der Verhaltenszumutungen an die Frauen, die den Inhalt des weiblichen Sozialisationsprozesses bilden. Jede Frau hat sich in ihrem individuellen Verhalten mit diesen gesellschaftlichen Erwartungen auseinanderzusetzen, gleichviel, ob sie damit in Übereinstimmung oder in Widerspruch lebt. Jede Frau, die einer Lohnarbeit nachgeht, ist mit dieser primären Zuweisung von gesellschaftlichen Funktionen im Rahmen sexistischer Arbeitsteilung konfrontiert und zu Bewältigungsstrategien alltäglich und biographisch langfristig gezwungen.

Unter Bewältigungsstrategien verstehen wir generalisierbare, unter gegebenen gesellschaftlichen Verhältnissen zur Verfügung stehende Verhaltensweisen, auf die widersprüchlichen Verhaltenszumutungen zu reagieren. Wir gewinnen Einsichten in diese Strategien durch die biographischen Berichte der Arbeiterinnen, wo sich, über Einzelschilderungen und Einzelschicksale hinweg, Gemeinsamkeiten eines weiblichen Lebenszusammenhangs in zunächst individuell erlebtem und verstandenem Handeln zeigen. So gewinnen wir nicht scheinbar an Personen gebundene „Typen“, sondern gleichsam objektivierbare Verhaltensweisen, deren Übernahme unter bestimmten äußeren Bedingungen naheliegt.

Unsere Aussagen laufen also nicht darauf hinaus, daß dieser oder jener Typus von Arbeiterin in einer bestimmten Situation sich wahrscheinlich so oder so verhalten werde, sondern eher darauf, daß unter beschreibbaren äußeren Bedingungen von Anforderungen an eine weibliche Lebensgeschichte benennbar ähnliche Verhaltensstrategien naheliegen, z.B. die Reduktion von eigenen Ansprüchen an die Qualität und Quantität von Hausarbeit, die Einschränkung oder (zeitweilige) Aufgabe der Lohnarbeit, die Planung der Kinderzahl, die Verweigerung von Ehe- und Familienanforderungen durch Ledigbleiben oder Scheidung. Welche Strategien im einzelnen „gewählt“ werden, hängt von der persönlichen Struktur ab, deren Genese wir in einer soziologischen Untersuchung nicht verfolgen können.

Wichtig ist als Voraussetzung, daß Strategien potentiell wählbar sind und die Situation der Arbeiterinnen nicht ausschließlich von äußeren und inneren Zwängen determiniert ist. In der Selbstdarstellung der Arbeiterinnen im Umgang mit der Hausarbeit gilt unser Interesse der Selbstreflexion über das eigene Verhalten, das das Ausmaß der Distanz zu den gesellschaftlichen Erwartungen an sie als Hausfrauen signalisiert. Erst wenn auch diese Arbeit als solche anerkannt und nicht als quasi biologische Eigenschaft gelebt wird, kann ihre Bewältigung als subjektive Leistung erfahren werden und können Veränderungen individuell oder kollektiv angegangen werden.

### **Hausarbeit: ein 14-Stunden-Tag**

In der Alltagssprache finden sich Stereotype der Bewertung von Hausarbeit als Liebesdienst, als Frauenarbeit, als Arbeit wie jede andere, die in unterschiedlicher

Weise deren Charakter als Arbeit erfassen und aufgrund ihrer widersprüchlichen Implikationen im konkreten gesellschaftlichen Kontext als verselbständigte Bewertungsmuster von den Frauen selbst zur Durchsetzung ihrer Interessen herangezogen werden können.

Hausarbeit ist in der Regel Arbeit in einem emotionalen Beziehungsfeld. Sie ist personenorientierte Arbeit mit materiellen und psychischen Anteilen. Als solche ist sie in Zeitangaben schwer zu erfassen, weil sich darin zwar die Quantität, jedoch nicht die Qualität der Tätigkeiten angemessen ausdrücken kann, schon gar nicht deren subjektive Bedeutung. Zeitbudgets über einzelne Hausarbeiten können daher immer nur Anhaltspunkte über deren psychische Dimensionen geben.

Der Zusammenhang zwischen Lohnarbeitszeit und Hausarbeitszeit, den die Ergebnisse der Studie zeigen, ist zunächst nicht verwunderlich: mit wachsendem Zeitaufwand für die Erwerbstätigkeit nimmt die Zeit für Hausarbeit ab. Es wird jedoch auch deutlich, daß dieser Zusammenhang nicht nur ein rechnerisch quantitativer ist. Die durchschnittliche Arbeitszeit einer Hausfrau ohne Lohnarbeit liegt bei ungefähr 50 bis 55 Stunden pro Woche, während erwerbstätige Hausfrauen durchschnittlich etwa die Hälfte dieser Zeit für Hausarbeit aufbringen. Erwerbstätige Frauen arbeiten mehr Stunden am Wochenende, nicht erwerbstätige mehr an Werktagen. Die Mehrheit der befragten Arbeiterinnen berichtet von einem durchschnittlich 14stündigen Arbeitstag, wobei meist nur die konkreten Hand-Arbeiten im Haushalt in die eigenen Angaben eingingen und erst bei Nachfragen auch Routinetätigkeiten (z.B. beiläufiges Aufräumen) oder immaterielle Arbeiten (z.B. Aufsicht der Schularbeiten der Kinder) zusätzlich aufgeführt wurden.

Eine weitere interessante Beobachtung ist, daß Teilzeitarbeit, verglichen mit Vollzeit-Lohnarbeit, die Hausarbeit unverhältnismäßig expandieren läßt: die Teilzeitar-

*... versachlichte, entfremdete Fabrikarbeit...*



Foto: Weltgesundheitsorganisation

beiterin, die nahezu acht Stunden für ihren Haushalt benötigt, nähert sich praktisch dem Zeitaufwand einer „Nur-Hausfrau“. Unter dem Gesichtspunkt der Bewältigungsstrategie betrachtet, kann dies als ein Anwachsen der Ansprüche an die Tätigkeiten im Haushalt mit sich verringernder Lohnarbeitszeit interpretiert werden.

Die Veränderungen der Ansprüche an Art und Qualität der Hausarbeit hat deren Umfang über 50 Jahre hinweg trotz Technisierung und Auslagerung von Tätigkeiten nicht geringer werden lassen. Im Gegenteil: es besteht, die Tendenz, daß sich die Arbeitszeit in der Familie sowohl aufgrund wachsender Ansprüche an die Qualität materieller Leistungen als auch durch die von der Familie — und damit letztlich auch der Frau — erwartete zunehmende psychische Versorgungsleistung ausdehnt, die insbesondere auch die stützende Betreuung von Schulkindern einschließt.

Lohnarbeiterinnen sind schon allein durch die außerhäusliche Arbeit gezwungen, die Hausarbeit anders zu strukturieren. Dies bedeutet oder ermöglicht nicht immer zugleich eine Distanz zur Hausarbeit. Wenn der Status als verheiratete Lohnarbeiterin von ihr selbst oder ihrer Familie und insbesondere vom Ehemann nicht akzeptiert wird, kann die Hausarbeit mit der Bedeutung emotionaler Zuwendung oder Wiedergutmachung „aufgeladen“ und daher von außen betrachtet „übertrieben“ werden.

### **Welche Lösungen gibt es?**

Die von uns befragten Arbeiterinnen halten überwiegend an der Praxis der geschlechtlichen Arbeitsteilung fest. Dieses Ergebnis der Untersuchung rechtfertigt jedoch nicht den Schluß, die Arbeiterinnen lebten in ungebrochener Übereinstimmung mit den bestehenden gesellschaftlichen Verhältnissen. Gegenwärtig bedeutet dies die Bewältigung doppelter Arbeit, da die Lohnarbeit zusätzlich, nicht alternativ, aufgenommen wird. Um den Preis der Doppelarbeit verweigern sie sich damit zugleich einer eindimensionalen Reduktion ihrer Person auf die Existenz der Lohnarbeiterin.

Ein Selbstbewußtsein über die geleistete Doppelarbeit setzt voraus, daß Hausarbeit als *Arbeit* erkannt und anerkannt wird. Erst dann wird die eigene Situation auch als eine der Belastung durch Doppelarbeit begriffen, die veränderbar ist. Eine Wahrnehmung der Hausarbeit als Arbeit ist durch deren private Organisation und durch die enge Verknüpfung mit der Identität der Frauen erschwert. Die Eigenart der Hausarbeit als Ausdruck, Prozeß und Gegenstand menschlicher Beziehungen, als Einheit von materiellen und emotionalen Leistungen, läßt eine Distanzierung zugunsten versachlichter, entfremdeter Fabrikarbeit subjektiv meist wenig wünschenswert erscheinen.

Die Rücksicht auf die Eigenart der Hausarbeit prägt auch die Antworten auf die Fragen nach ihrer möglichen Entlohnung oder Kollektivierung. In der Entlohnung wird die Gefahr der Versachlichung, Entmenschlichung der Arbeit gesehen, in der Kollektivierung zudem die emotional nicht zu bewältigende Ausweitung von Beziehungen, die die isolierte Intimsphäre der Familie gefährden könnten. Beides ist daher nur vorstellbar und realisierbar in anderen Lebensformen als denen der abgeschirmten Kleinfamilie.

Wo Kommunikation und emotionaler Austausch über andere als Arbeitszusam-

menhänge hergestellt werden können — Gespräche, Geselligkeit, Spiele — kann Hausarbeit ohne Verlustgefühle distanzierter gehandhabt und auch aufgeteilt werden. Auch dann, wenn die Zusammenhänge in der Lohnarbeit emotionale und kommunikative Bedeutung gewinnen, kann die Hausarbeit sachlicher betrachtet werden.

Nicht alle Hausarbeit muß emotionalen Gehalt behalten und als psychische Leistung einseitig bleiben. Anders als etwa die Arbeiten, die die Mutter-Kind-Beziehung begleiten und konstituieren, die notwendig einseitig sind, ist Hausarbeit mit und für Erwachsene in einen Prozeß der Gegenseitigkeit zu überführen. Durch eine gleichmäßige Verteilung der Arbeit zwischen einem Ehepaar ändert sich bereits die Art der Beziehung gegenüber den unter Bedingungen geschlechtlicher Arbeitsteilung herrschenden Verkehrsformen. Die Bindung der Frau an die Hausarbeit ist damit zugleich auch Ausdruck der Verhinderung alternativer Lebensformen und Erfahrungen. Die Weigerung der Männer, Hausarbeit zu übernehmen, wird zur wirksamen Fessel der Frau an die Familie, deren Lösung durch die Frau dann auch fast immer mit der Lösung der menschlichen Beziehung (Scheidung) verbunden ist.

### **Mehr Selbstbewußtsein ist erforderlich**

Wo individuelles Selbstbewußtsein über die eigenen Leistungen entsteht, stößt dieses immer gegen die gesellschaftliche Mißachtung der Frauenarbeit in den herrschenden Kategorien der Tauschgesellschaft, die sich in der Nichtbezahlung der Hausarbeit und der Unterbezahlung weiblicher Lohnarbeit ausdrückt. Die moralische und emotionale Wertschätzung, die der Frauenarbeit in der patriarchalen Öffentlichkeit entgegenbracht wird, läßt sich in der gleichen Öffentlichkeit nicht in quantifizierbare Forderungen umsetzen, ohne daß damit auch der Charakter der Frauenarbeit vom Maßstab des Tauscherts affiziert würde. Frauen sind zur solidarischen Verständigkeit auf eine Gegenöffentlichkeit angewiesen, in der aufgrund ihrer gesellschaftlichen Aufgaben und ihrer sozialen Situation eigene Maßstäbe und eigene Forderungen gelten. Ansätze dazu finden sich im Alltag in allen Formen von Frauengesprächen, die jedoch meist in der Übernahme patriarchaler Mißachtung („Tratsch, Kaffeeklatsch“) in ihrer offensiven Funktion von den Arbeiterinnen selbst unterschätzt werden.

Die Wortlosigkeit der herrschenden öffentlichen Sprache für die Erfahrungen des weiblichen Arbeitsalltags muß Folgen für die Konzepte politischer Aufklärung haben. Die Organisationsform der autonomen Frauenbewegung in Selbsterfahrungsgruppen reflektiert die politische Notwendigkeit der Selbstverständigung unter Frauen.

---

\* Dieser Beitrag enthält einige Thesen und Ergebnisse aus der Untersuchung über Bedingungen und Barrieren der Interessenwahrnehmung von Industriearbeiterinnen; er wurde veröffentlicht in der Reihe der Forschungsberichte des Instituts für Sozialforschung Frankfurt, Christel Eckart, Ursula Jaerisch, Helgard Kramer, „Frauenarbeit in Familie und Fabrik“, 1979.

## Eine vergleichende Untersuchung zweier Elternberatungsmodelle

**Adrian van Bentum**

Bis jetzt gibt es noch kaum Untersuchungen über die Wirkung der verschiedenen in der Elternberatung angewandten Methoden. Dieser Beitrag berichtet über eine vergleichende Untersuchung der Wirkung von didaktischen (Elterntraining) und verhaltenstherapeutischen Ansätzen in der Elternberatung.

### **Die Situation in Holland**

Bei der Elternberatung (als Gruppenhilfe) sind zur Zeit alle möglichen Ansätze anzutreffen: es gibt strukturierte oder offene Gruppen, bei manchen steht die Prävention, bei anderen die Therapie im Vordergrund, andere sind homogene Gruppen mit Eltern von z.B. asthmatischen, autistischen oder geistig retardierten Kindern, oder es gibt Gruppen, die allen Eltern offenstehen, was immer ihre Probleme sein mögen. Trotz dieser Vielfalt lassen sich die meisten Gruppen in 2 Kategorien aufteilen: bei den einen wird nach der Methode von Rogers (d.h. unter Verwendung des didaktischen Ansatzes des Elterntrainings) vorgegangen, und die anderen arbeiten nach verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten.

In seiner Arbeit über „Basic Models of Parent Counselling“ (Grundlegende Modelle der Elternberatung) unterstreicht Tavormina die Notwendigkeit vergleichender Untersuchungen über die Zweckmäßigkeit und die Wirksamkeit beider Methoden, um herauszufinden,

---

\*In den Gesprächsgruppen, die nach der Methode Rogers vorgehen, liegt der Schwerpunkt auf der Kommunikation. Den Eltern wird beigebracht, wie wichtig es ist, ihren Kindern zuzuhören, sie ihre Gefühle äußern zu lassen, als auch die eigenen zu äußern und Konflikte ohne jegliche Ausübung von Gewalt zu lösen. In den verhaltenstherapeutisch geführten Gruppen lernen die Eltern, wie es möglich ist, bestimmte Verhaltensweisen der Kinder systematisch zu verändern.

---

Dr. VAN BENTUM war zum Zeitpunkt des Seminars Direktor des Instituts für Elternberatung in Den Haag, Niederlande.

*Jetzige Anschrift:* Stationsstraat 22, NL — 2405 BN Alphen aan den Rijn.



- a) welche Methode für welche Eltern-Population und für welche Kategorie Kinder eingesetzt werden sollte;
- b) welche Methode sich bei welcher Art von Problemverhalten am besten bewährt;
- c) ob bestimmte Kombinationen beider Modelle die Gesamteffektivität der Intervention steigern können.

Zur letzten Frage ist zu sagen, daß die bekanntesten „kombinierten“ Ansätze die von Perrez, Minsel/Wimmer (1974) und Abidin (1976) sind. Perrez und seine Mitarbeiter verwenden in ihren jeweils acht Sitzungen lerntheoretische und kommunikationstheoretische Prinzipien, betonen das Verhältnis zwischen Erziehungszielen und Erziehungseinstellungen und beziehen sich im übrigen auf einige Grundprinzipien des Problemlösens. Bei Abidin geht es in 20 Kurzsitzungen um die Bedeutung der Ich-Vorstellung des Kindes, um das Prinzip des aktiven Zuhörens und der Ich-Botschaften von Gordon sowie um Verhaltens- und Gefühlsänderungen durch rationale Analyse. Keiner dieser Ansätze war jedoch bisher Gegenstand von Wirkungsanalysen.

### **Sechs Hypothesen im Test**

In einer kürzlich veröffentlichten Untersuchung vergleicht Hans Cladder von der Universität Utrecht unter Verwendung einer Population dieser Elternberatungsstellen (M.O.B.) die Wirkungen eines Elternkurses nach Rogers mit denen eines verhaltenstherapeutisch geführten Kurses und die Wirkungen beider Kurse mit Interventionen, die normalerweise für eine Population von Elternberatungsstellen angewendet werden. Dieser Rogers-Kurs wurde nach Gordon's „Parent Effectiveness Training“ (Familienkonferenz), der Kurs zur Verhaltensänderung nach Rinn, Vernon und Wise's „positive parenting“ Kurs aufgebaut. Cladder ging von folgenden Hypothesen aus:

1. Bei einer Population von ziemlich „normalen“ Problemkindern, bei der die verhaltenstherapeutische Arbeit 5 zweistündige Sitzungen und das Gordon-Programm sechs 2 1/2 stündige Sitzungen umfaßt, sind die gleichen Ergebnisse zu erwarten wie bei anderen in Beratungsstellen normalerweise üblichen Maßnahmen, bei denen der Berater allerdings einen weitaus geringeren Zeitaufwand zu erbringen hat.
2. Die Ergebnisse beider Verfahren sind nicht so eindeutig, wenn es sich um Eltern mit mehr persönlichen oder Beziehungsproblemen handelt.
3. Das verhaltenstherapeutisch orientierte Programm wird größeren Einfluß auf das Problemverhalten der Kinder und auf verhaltenstherapeutisch-orientierte Maßnahmen haben als das Gordon-Programm.
4. Das Gordon-Programm wird in bezug auf die allgemeine Zufriedenheit der Eltern mit ihrem Kind und im Hinblick auf ihr Verhalten gegenüber dem Kind effektiver sein als der verhaltenstherapeutische Ansatz.
5. Der verhaltenstherapeutisch geführte Kurs wird bei kleineren Kindern und bei Eltern mit niedrigerem Bildungsniveau effektiver sein.
6. Der Gordon-Kurs wird bei älteren Kindern und bei Eltern mit höherem Bildungsniveau effektiver sein.

## Ergebnisse

Die Hypothesenprüfung brachte folgende Ergebnisse:

- 1): Hinsichtlich der allgemeinen Ergebnisse (nach der Beurteilung der Eltern) ist zwischen den drei Methoden keinerlei Unterschied festzustellen.
- 2) und 3): Es waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Methoden festzustellen.
- 5) und 6): Das Gegenteil scheint zutreffend, geht man vom Bildungsniveau aus: die Eltern mit höherem Bildungsgrad waren eher erfolgreich in den verhaltenstherapeutischen Kursen als in den Gordon-Kursen. Dasselbe zeigte sich im Hinblick auf das Alter der Kinder: gerade die älteren Kinder waren es, die im verhaltenstherapeutisch geführten Kurs erfolgreich waren!

TABELLE 1: EINSTELLUNGSVERÄNDERUNGEN DER ELTERN

<i>Einstellung:</i>	<i>Verhaltenstherapeutisch geführter Kurs</i> <i>N = 33</i>	<i>Gordon-Kurs</i> <i>N = 37</i>	<i>Kontrollgruppe</i> <i>N = 24</i>
	<i>t</i>	<i>t</i>	<i>t</i>
Verhaltenstherapeutisch-orientiert	-2.47	-1.05	4.26
Rogers-orientiert	2.55	2.17	-9.12
Negativ	1.22	-5.67	-2.01
Überzeugt von erblicher Determiniertheit	1.79	-1.86	-0.08
Pessimistisch	2.49	-2.33	-1.72
Autoritär orientiert	-0.10	-3.89	-0.74
Selbstaufopfernd	0.80	-2.15	-2.49
Aufdringlich („intrusive“)	0.99	-3.54	-1.81
	0.00	-4.03	-1.30

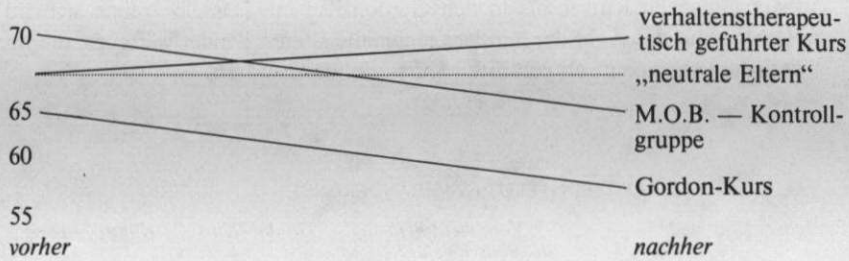
- 4): Einstellungen der Eltern: Hier konnten einige ungewöhnliche Ergebnisse beobachtet werden. Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, neigten die Teilnehmer des verhaltenstherapeutisch geführten Kurses anschließend weniger zur Verhaltenstherapie als zur Therapie nach Rogers, wohingegen ihre Überzeugtheit von der erblichen Determiniertheit und ihr Pessimismus im Hinblick auf die Möglichkeiten von Veränderung zunahmen.

Der Gordon-Kurs zeigte indessen die erwarteten Wirkungen. Nur die Eltern der Kontrollgruppe wurden verhaltenstherapeutisch stärker als durch Rogers angesprochen und reagierten dementsprechend weniger pessimistisch, weniger selbstaufopfernd und weniger aufdringlich. Der Negativitäts-Punktwert (gebildet aus der Summe sechs negativer Einstellungs-Punktwerte) ging nur nach dem verhaltenstherapeutischen Kurs *nicht* signifikant zurück.



Nachstehende graphische Darstellung zeigt die Veränderungen der wichtigsten Punktwerte: negative Erziehungseinstellung (die drei Gruppen wurden durch eine besondere Gruppe von 63 „neutralen“ Eltern ergänzt).

#### VERÄNDERUNGEN DER NEGATIVEN ERZIEHUNGSEINSTELLUNGEN



(In einer zweiten Untersuchung wurde ein verbesserter verhaltenstherapeutisch-orientierter Elternkurs eingesetzt, der nicht die gleichen unerwünschten Auswirkungen auf die Einstellungen der Eltern hatte und damit gleichzeitig die Relativität solcher Ergebnisse zeigte.)

Abschließend möchte ich bemerken, daß zur Frage des Wertes und der Bedeutung von Cladders Ergebnissen, zu den eingesetzten Maßnahmen und Methoden, zu den Einstellungen und Idiosynkrasien der Therapeuten und ihrer Rolle als „Störfaktor“, etc. vieles gesagt werden kann und auch gesagt wird. Seine Studie ist indessen ein erster Schritt auf dem Weg in ein noch unentdecktes Forschungsgebiet, ein Weg, den hoffentlich noch viele andere gehen werden.

#### LITERATUR

- Abidin, R.A. (1976). *Parenting Skills: Workbook and Trainers Manual*. New York: Human Sciences Press.
- Cladder, H. (1979). *Öuderkursussen op MOB's*. Lisse: Swets Publishing Service.
- Gordon, Thomas P. (1978). *P.E.T. in action* (Parent effectiveness training). New York: Wyden Books. *Familienkonferenz in der Praxis*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Minsel, B., Wimmer, H. & Perrez, M. (1974). *Elternverhaltenstraining*. Salzburg: Müller.
- Rinn, A.C., Vernon, G.C. & Wise, M.G. (1975). Training Parents of Behaviourally Disordered Children in Groups: a Three Years' Programme Evaluation. *Journal of Behaviour Therapy*, 378-387.
- Tavormina, O.B. (1974). Basic Models of Parent Counselling. *Psychological Bulletin*, 81:827-835.

## Mutter und Kind: Forschungsergebnisse zu Einstellungen und Bedürfnissen

Peter Kliment

Dieser Beitrag bringt einige Ergebnisse aus Forschungsarbeiten, die vom Institut für Gesundheitserziehung in Bratislava im Hinblick auf die Gesundheit von Mutter und Kind durchgeführt wurden.

Die soziale Umgebung spielt für die Entwicklung des Menschen schon während seiner frühen Kindheit eine wichtige Rolle. Durch legislative, ökonomische und gesundheitspolitische Maßnahmen verbessert die sozialistische Gesellschaft kontinuierlich die Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung der Kinder. Bei unserer heutigen Lebensform, in der die Kernfamilie vorherrscht, werden diese Voraussetzungen auf verschiedene Art und Weise geschaffen. Die Zahl der in der CSSR durch ihre Umgebung in irgendeiner Weise gefährdeten Kinder wird auf 2% geschätzt; doch sollte diese Zahl kritisch gesehen werden, da keine standardisierten Kriterien herangezogen wurden. Die stärkste soziale Struktur, die Familie, kann dem Kind die erforderlichen Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung nicht allein gewährleisten, entweder weil sie dazu (im allgemeinen aus biologischen Gründen) nicht in der Lage ist, oder weil sie es nicht will, oder sogar nicht weiß, wie sie es tun soll (Dunovsky 1978).

Die vorrangige Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es, gerade die subjektiven Faktoren zu beeinflussen und dadurch die Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung der Kinder zu optimieren. Eine wirkungsvolle Gesundheitserziehung im Sinne einer gesunden frühkindlichen Entwicklung setzt vor allem voraus, daß man die Entwicklungstendenzen im Gesundheitsbewußtsein der jungen Leute, d.h. der künftigen oder gegenwärtigen Eltern, kennt, daß die individuellen gesundheitlichen Prioritäten und Ziele berücksichtigt und die wirkungsvollsten Wege zu deren Realisierung gesucht werden. Dabei handelt es sich thematisch hauptsächlich um

---

Dr. KLIMENT ist Leiter der Abteilung Massenmedien/Öffentlichkeitsarbeit und stellvertretender Direktor des Zentralinstituts für Gesundheitserziehung der Slowakei, Bratislava, CSSR.

*Anschrift:* Ústav Zdravotnej Výchovy, Ul.R. Martanovicova 6/20, CSSR-899 07 Bratislava.

drei Bereiche: Ehe- und Elternschaftsvorbereitung, Vorbereitung auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und Vorbereitung auf die anschließende Versorgung des Kindes.

### **Familie und Gesundheit: Wie sehen junge Leute ihre Bedeutung?**

Die slowakische Jugend stellt sich im allgemeinen zu Fragen der Ehe und Elternschaft sehr positiv. Forschungen von Cahova (1975) haben gezeigt, daß in der Skala der genannten Lebenswerte und Ambitionen die jungen Leute Gesundheit und Familienleben deutlich höher bewerten als Erfolg im Beruf, als Bildung, ökonomische Sicherheit oder Langlebigkeit. Von 15 Werten, die in einer Gruppe von 15- und 18jährigen Jugendlichen getestet wurden, lag die seelische Gesundheit an erster Stelle, körperliche Gesundheit und Widerstandsfähigkeit an der 2. bzw. 4. Stelle. Großes Gewicht legt man auf die Gesundheit der Eltern und Geschwister sowie auf gute Beziehungen mit ihnen. Der Wunsch nach einer glücklichen Ehe steigt zwischen dem 15. und 18. Lebensjahr von dem 6. auf den 5. und sogar 4. Platz (vor der Sehnsucht nach einem zuverlässigen Freund), während der Wunsch nach eigenen Kindern vom 9. auf den 8. Platz der Skala rückt (stärker bei Mädchen als bei Jungen).

Diese Tendenzen sind ein günstiger Ausgangspunkt für die Vermittlung gesundheitlicher Kenntnisse und für die Förderung positiver Einstellungen und Verhaltensweisen. Die gegenwärtigen Bemühungen konzentrieren sich auf eine intensivere Erziehung zur ethischen und affektiven Verantwortlichkeit, zur sexuellen Hygiene, einschließlich der Anwendung zweckmäßiger kontrazeptiver Methoden, um Abtreibungen und ihre negativen Auswirkungen auf die Gesundheit zu vermeiden. Eine aktuelle neue Aufgabe besteht darin, die Bevölkerung über die Prävention angeborener und Erbkrankheiten besser zu informieren und das Netz der genetischen Beratungsstellen zu vervollkommen. Diese Ziele gehören auch zu den wesentlichen Aufgaben des Gesundheitswesens in der Slowakei für die Jahre 1976-1981 (Ulohy, Zdravotnictva 1976).

### **Eltern erziehen: Wie sehen die Bedürfnisse aus?**

Was die Vorbereitung auf die Geburt, deren Verlauf und die Zeit danach betrifft, so werden neue Forschungsergebnisse auf diesem Sektor die Ausrichtung der gesundheitserzieherischen Arbeit in der nahen Zukunft beeinflussen.

Zur Zeit wird in der CSSR praktisch jede schwangere Frau in den Beratungen erfaßt, und fast alle Geburten finden in Krankenhäusern statt. Mehr als ein Viertel der Mütter besuchen psychoprophylaktische Kurse zur Vorbereitung auf eine „natürliche“ Geburt; bei Risikoschwangerschaften wird ein längerer Krankenhausaufenthalt vorgesehen. Der eigentlichen Geburt und der nachgeburtlichen Periode wird große Aufmerksamkeit gewidmet, vor allem aufgrund des Einflusses, den diese Zeit auf die Beziehungen zwischen den Eltern als auch zwischen ihnen und dem Kind sowie auf die weitere Entwicklung des Kindes haben kann (Schmidtova 1974; Langmeier und Langmeierova 1977).

Untersuchungen des medizinischen Personals haben auch gezeigt, daß es erforderlich ist, die gesundheitserzieherischen Aktivitäten auf aktuelle Probleme auszurichten (Svejcar 1974). Zur Zeit wird die Problematik des vorzeitigen Abstillens der

Säuglinge erörtert. Wie die Untersuchungen unseres Instituts gezeigt haben, hatten nur 43,5% der Mütter ihre Kinder länger als 2 Monate gestillt, im 3. Monat waren es schließlich nur noch 16,4% der Kinder, die ausschließlich gestillt wurden.

Der psychohygienische Aspekt, dem bisher bei der gesundheitserzieherischen Vorbereitung der jungen Eltern im Vergleich zu den sogenannten klassischen Themen, wie z.B. Ernährung, Hygiene etc. verhältnismäßig wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, stellt eine andere wichtige Thematik dar. Dies zeigt sich auch in der Behandlung gesundheitserzieherischer Themen in der Presse, wo von 523 Artikeln, die im Jahre 1977 zum Thema der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in 10 großen slowakischen Periodika veröffentlicht wurden, nur 5,5% dem Aspekt der seelischen Gesundheit im frühen Kindesalter gewidmet waren. Es ist schwer zu beurteilen, inwieweit die Eltern selbst das Bedürfnis nach einer intensiveren Vorbereitung in diesem Bereich haben. In den Untersuchungen von Urbanova (1975) haben auf die Frage, was den Müttern der Kinder im Alter bis zum 1. Lebensjahr die größten Schwierigkeiten bereitet, von 898 Müttern 50% keine Antwort gegeben, und 27,1% haben angeführt, keine Schwierigkeiten zu haben (mehr Mütter vom Lande als aus den Städten). Die angegebenen Schwierigkeiten betrafen dann meistens Erziehung (Land 11,2%, Stadt 7,4%), Ernährung (8%) und Pflege im Krankheitsfall (5%).

### **Untersuchung der Informationsquellen und neue Ansätze**

Eines der vorrangigen Ziele ist die Intensivierung der gesundheitserzieherischen Effektivität und die Anwendung optimaler Methoden. Im Bereich der Elternschaftsvorbereitung wird an unserem Institut die Wirkung der Einführung des Programmlehrbuches für Grundschulen „Erwachsen werden“ (Poliakova 1979) geprüft.

Bei einer Untersuchung der Quellen, aus denen Mütter der Kinder im Alter bis zum 1. Lebensjahr ihre Kenntnisse über Pflege, Erziehung und Entwicklung der Kinder beziehen, hat Urbanova (1975) festgestellt, daß mehr als 50% der vor allem jungen Mütter an erster Stelle Bücher, an zweiter Stelle die Kinderschwester, dann den Arzt, Verwandte und Freunde, Zeitschriften und Broschüren, Fernsehen, Rundfunk etc. angeführt haben. Auf die Frage, woher die Informationen kommen sollten, stand bei den Müttern aus der Stadt der Arzt (42,2%) an erster Stelle, vor dem Fernsehen (34,6%), der Kinderschwester und Büchern, während die Mütter vom Lande dem Fernsehen (26,4%) vor dem Arzt (21,8%), vor Büchern, Zeitschriften, Broschüren und der Kinderschwester den Vorzug gaben.

In den letzten Jahren hat das wachsende Interesse für das Fernsehen als eine Quelle der Gesundheitserziehung die Tätigkeit unseres Instituts so beeinflusst, daß Gesundheitsprobleme von Kindern in die Programme des Slowakischen Fernsehens aufgenommen wurden. Außerdem haben wir im letzten Jahr begonnen, die Möglichkeiten der Gesundheitserziehung durch ein geschlossenes Fernsehsystem in einem ausgewählten Krankenhaus in der westslowakischen Stadt Sala experimentell einzusetzen. Drei Bereiche — für Warteräume, für Aufenthaltsräume der Bettenabteilungen und für die Patientenzimmer der Entbindungsstation — senden zusätzlich zu den öffentlichen Programmen ausgewählte gesundheitserzieherische Programme aus einem Sonderstudio.

Die vorläufigen Ergebnisse zeigen, daß bis zu 80% der Besucher die Programme in den Warteräumen verfolgen und daß die nachmittäglichen Filmprogramme zur Gesundheitserziehung von ungefähr einem Drittel der nicht bettlägerigen Patienten in den verschiedenen Abteilungen gesehen werden; dagegen finden die informativen Sendungen über Stillen und Säuglingspflege einen sehr positiven Anklang auf der Wöchnerinnenstation.

Obwohl der bei der Entlassung der Mütter aus dem Krankenhaus durchgeführte Wissenstest bisher keine signifikant besseren Kenntnisse im Vergleich zu den durch klassische Methoden erworbenen Kenntnissen gezeigt hat, kann man doch erwarten, daß die visualisierten und wiederholten Informationen langfristig bessere Wirkungen zeigen. Außerdem können die Standardisierung und Rationalisierung der neuen Konzepte kindlicher Gesundheitsversorgung als positiv betrachtet werden (Kliment 1978).

#### LITERATUR

Cahová, D. (1975). *Postoje 15- a 18- ročnej mládeže Slovenska k zdraviu. Záverečná správa výskumu.* (Einstellungen 15- und 18jähriger slowakischer Jugendlicher zur Gesundheit). Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy.

Dunovský, J. (1978). Poruchy rodinné a jejich diagnóza v praxi detského lékaře. (Familienprobleme und ihre Diagnose in der Praxis eines Kinderarztes). *Cs. pediatrie*, 33:6:352-364.

Kliment, P. (1978). Východiská pre uplatnenie televízie ako prostriedku zdravotnej výchovy v zdravotníckom zariadení. In: *Využitie televízneho vysielania na zatvorenom okruhu pre zdravotnú výchovu matí vojníckom zariadení. Vstupný projekt výskumnej úlohy.* (Ausgangspunkte für den Einsatz des Fernsehens als ein Mittel der Gesundheitserziehung in einem Krankenhaus. In: Der Einsatz eines geschlossenen Fernsehsystems zur Gesundheitserziehung in einem Krankenhaus). Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy, S. 2-41.

Langmeier, J. & Langmeierová, D. (1977). Utvárení vztahu matky k dítěti. (Die Gestaltung der Mutter-Kind-Beziehung). *Cs. pediatrie*, 32:6:345-350.

Poliaková, E. (1979). Možnosti využitia programovanej výuky v zdravotnej výchove. In: *Kolektív: Podiel zdravotnej výchovy na riešení úloh súčasnej socialistickej spoločnosti.* (Möglichkeiten programmierter Lehrmethoden zur Gesundheitserziehung. In: Die Rolle der Gesundheitserziehung bei der Lösung der Aufgaben in der heutigen sozialistischen Gesellschaft). Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy, S. 156-157.

Schmidtová, E. (1974). Sociálna percepcia v prvom roku života. (Die soziale Rezeption während des ersten Lebensjahres). *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 9:2:99-114.

Svejcar, J. (1974). Význam zdravotní výchovy v socialistickej péči o dieťa. (Die Bedeutung der Gesundheitserziehung für die Gesundheitsversorgung des Kindes in der sozialistischen Gesellschaft). *Zdrav. noviny*, 23:49:8.

Úlohy Zdravotníctva, vyplývajúce zo záverov XV. zjazdu KSC a Zjazdu KSS. Bratislava, Ministerstvo zdravotníctva SSR, 1976. (Aufgaben des Gesundheitswesens, ausgehend von den Beschlüssen des XV. Parteitag der kommunistischen Partei der Tschechoslowakei und des Parteitages der Kommunistischen Partei der Slowakei).

Urbanová, H. (1975). Sledovanie vedomostí matiek o opatere dieťa do jedného roku. Záverečná správa výskumu. (Studie über die Kenntnisse der Mütter zur Pflege ihrer Kinder bis zum 1. Lebensjahr). Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy.

## **Prävention von Verhaltensstörungen: Ergebnisse einer psychologischen Studie**

**Ursula Sieber**

Im folgenden Beitrag wird ein Projekt vorgestellt, das im Auftrag der Deutschen Forschungsgemeinschaft am Psychologischen Institut der Universität München von Diplompsychologen durchgeführt wurde. Mit der Darstellung dieses Projekts soll ein Beispiel psychologischer Arbeit im allgemeinen Umfeld der Gesundheitserziehung zur Diskussion gestellt werden.

### **Problemstellung des Projektes**

In der Problemstellung geht das Projekt von Störungen aus, die sich bei Schulkindern bereits in den ersten Grundschulklassen feststellen lassen. Dramatische Verhaltensentwicklungen, wie depressives Verhalten, psychosomatische Störungen, Schulängste und Phobien sind bereits in diesem Alter sehr häufig festzustellen. Die Selbstmordrate von Kindern und Jugendlichen ist beängstigend.

Im Hinblick auf diese manifesten Verhaltensstörungen im Schulalter wurde in diesem Projekt versucht, mit psychologischen Forschungsstrategien kritisches Verhalten, das schließlich zu Verhaltensstörungen führt, so früh wie möglich in der Entwicklung der Kinder aufzufinden, zu messen und zu verfolgen.

Das Projekt konzentriert sich auf zwei Verhaltensbereiche, die sich in Studien und Untersuchungen der kindlichen Entwicklung als besonders kritisch für die normale gesunde Entwicklung herausgestellt haben.

Der erste Bereich kann folgendermaßen umschrieben werden:

— Bewältigung neuer Situationen;

---

URSULA SIEBER war Assistentin bei Dr. Butollo und Mitglied der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG; Projektgruppe), München, Bundesrepublik Deutschland.

*Anschrift:* Psychologisches Institut der Universität München, Abt. für Klinische Psychologie, Kaulbachstraße 93, D-8000 München.



- Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen und Erwachsenen und
- selbständiges, spontanes, aus eigenen Bedürfnissen heraus gesteuertes Verhalten, besonders in initiativen Situationen.

Das Risiko in diesem Verhaltensspektrum liegt darin, daß neue Situationen auch im Kontakt ungewohnt sind, Angst machen und daher oft vermieden werden. Dadurch besteht die Gefahr, daß das Verhalten der spontanen, initiativen Hinwendung zu Dingen und Menschen sich nicht oder nur sehr reduziert entwickelt und daß damit auch eigene Bedürfnisse unterdrückt werden, sowohl im aktiven Verhaltensbereich als auch im reaktiven Bereich. In dieser Entwicklungstendenz liegt nun das Risiko von neurotischen Kontaktstörungen bis zu Depressionen und psychosomatischen Erkrankungen.

Der zweite Bereich, der mit dem vorliegenden Projekt angegangen wird, kann mit folgenden Verhaltensweisen umschrieben werden:

- Planen von Handlungen;
- überlegtes Hereingehen in Situationen;
- systematisches, auf Ziele orientiertes Verhalten und
- Durchhalten von Abläufen und Überwinden von Widerständen.

Das Risiko in diesem Verhaltensbereich liegt in unkoordinierten Handlungen, in unvorhergesehenen Spontanaktivitäten, ferner darin, Zielsetzungen immer wieder aus dem Auge zu verlieren und Ziele, sobald Widerstände auftauchen, aufzugeben. Auch hier sind problematische Entwicklungen im Anpassungsverhalten und im Leistungsbereich tendenziell vorstrukturiert.

### **Fragestellung des Projektes im Forschungsbereich**

Im Rahmen des vorliegenden Projektes, das an diesen beiden Entwicklungsschwerpunkten orientiert ist, sind im wesentlichen folgende Fragen zu beantworten:

- Gibt es Verhaltensstörungen, die sich diesen beiden Bereichen zuordnen lassen?
- Sind diese Verhaltensstörungen meßbar?
- Gibt es Verhaltensrisiken, die zu diesen Störungen führen?
- Ist das Risiko meßbar?
- Bleibt das Verhalten stabil?
- Entwickelt sich aus dem Risikoverhalten gestörtes Verhalten?

Diese Fragen lassen sich am Beispiel der Schulphobie praktisch darstellen: Einige Kinder der ersten Schulklassen gehen nicht zur Schule, werden krank und zeigen sehr häufig somatische Beschwerden, z.B. Bauchschmerzen oder Erbrechen vor dem Schulgang. Sie zeigen körperlich und seelisch extreme Angst, die sich feststellen und messen läßt. Bei dem 6jährigen Kind läßt sich in diesem Bereich die Verhaltensstörung klar nachweisen.

Uns ging es hier im weiteren um die Frage, ob bereits in einem früheren Alter, in diesem Falle bei 2- und 4jährigen Kindern, Verhaltensweisen festzustellen sind, die zu diesen Störungen führen können. Es muß also Risikoverhalten als Vorläufer von Verhaltensstörungen nachgewiesen und gemessen werden.

Als Risikoverhalten in früheren Entwicklungsstadien kann hier z.B. die Tendenz zu ängstlichem Verhalten in verschiedenen Situationen angenommen werden und dazu eine verstärkte Bereitschaft, kritische Situationen zu vermeiden, d.h. eine Tendenz, sich angstbehafteten Situationen nicht zu stellen, sondern ihnen auszuweichen.

Bei der Untersuchung der 2- und 4jährigen Kinder im Hinblick auf diese Risikoverhaltensweisen läßt es sich nun nachweisen, daß es Kinder gibt, die wesentlich häufiger diese kritischen Verhaltensweisen zeigen als andere Kinder. Darüber hinaus konnte auch nachgewiesen werden, daß diese kritischen Verhaltensweisen stabil bleiben, d.h. die Kinder, die mit 2 Jahren ängstliches und Vermeidungsverhalten gehäuft zeigen, zeigen dies auch mehr als andere Kinder mit 4 und mehr als andere Kinder mit 6 Jahren. Der Nachweis der Stabilität der Verhaltenstendenzen konnte also in dem vorliegenden Projekt erbracht werden.

In einer letzten Untersuchungsstufe geht es nun darum nachzuweisen, daß die Verhaltensstörungen, wie Schulphobien und psychosomatische Erkrankungen, gerade bei denjenigen Kindern gehäuft auftreten, die bereits mit 2 und 4 Jahren ängstliches und Vermeidungsverhalten gezeigt haben. Aus den vorliegenden Ergebnissen lassen sich erste Hinweise für die positive Beantwortung dieser Frage ableiten, d.h., das Verhalten im Bereich Angst und Vermeidung bleibt von 2 auf 4 auf 6 Jahre stabil.

### **Planung der Präventionsprogramme**

Die Feststellung dieser Zusammenhänge und Entwicklungsabläufe macht nun die Planung präventiver Maßnahmen möglich und erforderlich. Als Voraussetzung hierzu ist es über die Messung des kritischen Verhaltens und der Verhaltensstörungen hinaus notwendig, das Verhalten des Kindes und das kritische Verhalten in der Entwicklung genauer zu analysieren, um Ansatzpunkte und Veränderungsstrategien zu finden.

Dabei müssen auch die Einflußfaktoren gefunden werden, die das kritische Verhalten und seine Entwicklung auslösen oder fördern. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde die Analyse des kindlichen Verhaltens dadurch geleistet, daß mit den Diagnoseinstrumenten Fragebogen, Interview und Verhaltensbeobachtungen möglichst direkt das konkrete Verhalten erfaßt und umschrieben wurde.

Um praktische Ansatzpunkte für Änderungsstrategien zu gewinnen, wurden nicht nur Daten zur kindlichen Entwicklung erhoben, sondern auch zu den sozioökonomischen Bedingungen, unter denen das Kind lebt, zur Partnerschaft der Eltern, zum Erziehungsstil von Vater und Mutter und zur Persönlichkeit der Mutter.

Die Präventionsprogramme hatten zum Ziel, kritisches Verhalten bei Kindern im Alter von 4 Jahren anzugehen und „normale“ Verhaltensstrategien für die kritischen Verhaltensbereiche, z.B. Angst, zu entwickeln. Im Mittelpunkt der Programme stand das Verhalten des Kindes selbst und die Arbeit mit dem Kind an seinen Problemen und Schwierigkeiten und der direkte Aufbau positiver Verhaltensweisen.

Unterstützend wurde an dem Erziehungsstil der Mütter und Väter gearbeitet, da sich in der Untersuchung herausgestellt hat, daß bestimmte elterliche Erziehungspro-



bleme häufig mit dem kritischen Verhalten der Kinder in den beiden erfaßten Bereichen in Zusammenhang stehen. So zeigt sich z.B., daß, wenn ein Kind wenig spontanes Zugehen auf neue Dinge zeigt, die Eltern zu frühem Eingreifen in die kindliche Aktivität tendieren und oft die Situation für das Kind vorstrukturieren, bevor das Kind dazu kommt, dies für sich zu tun. Die Arbeit mit den Eltern wurde also im Konzept der Präventionsprogramme dieses Projektes als Unterstützung für das kindliche Programm gesehen.

Entsprechend dem Konzept der Problemorientierung an den beiden Entwicklungsschwerpunkten wurde mit Gruppen gearbeitet, in denen alle Kinder das gleiche Problem hatten, d.h., die das Verhaltensrisiko im Bereich Angst und Vermeidung aufwiesen. Auch die begleitenden Elterngruppen waren entsprechend den Problemen der Kinder homogen zusammengestellt. Die ausgewählten Methoden zur Verhaltensänderung, sowohl bei den Kindern als auch bei den Eltern, haben sich bereits im therapeutischen Bereich bewährt.

Die bisherigen Programmkontrollen haben gezeigt, daß es möglich ist, das Risikoverhalten der Kinder direkt anzugehen und mit ihnen angepaßte Verhaltensstrategien zu entwickeln. Die kurzfristige Kontrolle nach 6 Wochen zeigte, daß das neu-erlernte Verhalten im wesentlichen stabil blieb. Eine weitere Kontrolle der Stabilität der Verhaltensänderung bis in die kritische Zeit, in der die Verhaltensstörungen normalerweise auftreten würden, ist innerhalb eines 2-Jahreszeitraumes geplant.

Im Rahmen des vorliegenden Projektes ist daran gedacht, sowohl die Diagnoseinstrumente als auch die Präventionsprogramme für die praktischen Anwendungsumfelder, wie z.B. Vorschule oder Kindergarten, zu bearbeiten und so aufzubereiten, daß sie in den Alltag der Kinder organisch eingefügt werden können.

### **Zusammenfassung**

Dieses Forschungsprojekt im Bereich der psychologischen Prävention zeigt, daß es, ausgehend von Verhaltensstörungen, möglich ist, Verhaltensrisiko durch systematische Analyse in einer Längsschnitt-Studie aufzudecken und damit konkrete Daten und Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen zu gewinnen, die dann systematisch und strukturiert entwickelt werden können.

Was das Vorgehen in diesem Projekt betrifft, so kann die Wichtigkeit folgender Faktoren herausgestellt werden:

1. Die exakte, umgrenzte Problembeschreibung und die Festlegung auf spezifische Verhaltensrisiken und Bereiche der Verhaltensstörung;
2. die Absicherung der Entstehungsgeschichte und Lernabläufe im Bereich des Risikoverhaltens und der Störungen durch die Längsschnittstudie;
3. die systematische Entwicklung und Wirkungskontrolle der Präventionsmaßnahmen und
4. die überprüfte Übergabe von Diagnostik und Prävention in Praxisbereiche.

Mit dieser Forschungsarbeit sollte ein Beispiel für eine fundierte Grundlagenarbeit im psychologischen Bereich gegeben werden, die direkt in die praktische Anwendung im Feld der Gesundheitserziehung übergeführt wird. Dieses Prinzip soll dazu anregen, Wissenschaft und Praxis wieder näher zusammenzurücken.

## Eine Fallstudie zum Rauchen in früher Kindheit

Leo Baric

Die meisten Studien über das Rauchen beschäftigen sich mit den Problemen der erwachsenen Raucher. Studien, die sich mit dem Rauchen von Kindern befassen, konzentrieren sich auf ältere Kinder und Jugendliche. Die jüngsten untersuchten Altersgruppen sind 5-6 Jahre und älter. Die Studie, über die hier berichtet wird (Baric *et al.* 1978), untersucht das Problem an einer Population von Müttern mit Kindern im Alter von 0-5 Jahren. Während des Prozesses der primären Sozialisation, der in der frühen Kindheit stattfindet, ist das Rauchen nur eine der zahlreichen Gewohnheiten, die ein kleines Kind von seinen Eltern und dem weiteren sozialen Umfeld erlernt. Die Eltern scheinen sich dessen nicht bewußt zu sein, und sie sind sich auch nicht über die wichtige Rolle im klaren, die sie bei diesem Prozeß spielen.

### Das Problem des Rauchens in der Kindheit

Das Problem des Rauchens stellt eines der am eingehendsten erforschten Gebiete der Präventivmedizin und der Gesundheitserziehung dar. Der Bericht des Royal College of Physicians „Rauchen oder Gesundheit“ (1977) liefert umfassendes Material zur Diskussion unserer neuesten Erkenntnisse zu diesem Thema.

Aus diesem und früheren Berichten (1962 und 1971) wie auch aus anderen Publikationen (zur Literatur-Übersicht siehe Bewley *et al.* 1973) kann man erkennen, daß zahlreiche Ergebnisse auf die Wichtigkeit der frühkindlichen Erfahrung für das zukünftige Rauchverhalten hindeuten. Zum Beispiel setzt sich Yasin (1973) kritisch mit den Ergebnissen verschiedener Studien über das Rauchen von Kindern auseinander. Zu den Kategorien der Kinder, die, wie sich in diesen Studien herausstellte, voraussichtlich rauchen werden, zählt er jene Kinder,

---

Dr. BARIC ist Leiter des Büros für Studien zur Gesundheitserziehung und Dozent an der Abteilung für gemeindenahe Medizin, Universität Manchester, England.

*Anschrift:* University of Manchester, Department of Community Medicine, Stopford Building, Oxford Road, Manchester M13 9PT, Vereinigtes Königreich.

- deren Eltern rauchen;
- deren Geschwister rauchen;
- die rebellischer sind und früher erwachsen werden;
- die geringe schulische Erfolge aufweisen;
- die in städtischer Umgebung leben;
- die Hauptschulen besuchen, insbesondere jene, in denen keine Koedukation stattfindet;
- deren Eltern der sozialen Schicht IV und V angehören.

Palmer (1970) nennt einige der Gründe, mit denen die Kinder erklärten, warum sie nicht rauchen oder nicht weiter rauchen: 31% hatten Angst, die Eltern könnten es erfahren oder gaben an, die Eltern hielten es für schlecht; 45% meinten, es könne Krebs erzeugen, das Wachstum hemmen und sei schädlich, wenn man Sport treibt oder es bekomme ihnen einfach nicht; 21% nannten andere Gründe, zum Beispiel Angst, daß ihre Freunde es erfahren könnten, daß es schlecht röche, daß die Kirche sagte, es sei falsch, daß sie keine Gelegenheit dazu hätten, daß sie es sich nicht leisten könnten etc. Interessant ist, daß relativ wenig Kinder den Krebs erwähnten (Nichtraucher: 17,8% Jungen, 20,5% Mädchen; ehemalige Raucher: 14,3% Jungen, 18,6% Mädchen), obwohl über 90% der allgemeinen Bevölkerung diesen Zusammenhang kennen. Es gibt allerdings einen Unterschied zwischen der Einsicht in diese Zusammenhänge von Zigarettenrauchen und Lungenkrebs und der Meinung, daß der einzelne persönlich davon betroffen sein wird. Nur etwa die Hälfte derer, die den kausalen Zusammenhang zwischen Rauchen und Lungenkrebs einsehen, glaubten auch, daß sie persönlich gefährdet seien.

Es gibt Beweise aus einer Reihe von Studien (Bewley 1977), daß Kinder wenig Interesse am Rauchen zeigen. Dennoch wird praktisch in keiner Studie versucht, das früheste Alter herauszufinden, in dem sich Kinder der Gewohnheit bewußt werden und/oder erste Rauchversuche machen. Der Bericht „Rauchen oder Gesundheit“ (1977) stellt fest, daß „manche Kinder ihre erste Zigarette rauchen, wenn sie fünf Jahre alt sind und daß etwa jeder Dritte von denen, die zu regelmäßigen Rauchern werden, vor dem neunten Lebensjahr damit angefangen hat“ (S. 87). Lewis (1970) merkt an, daß das Versuchsstadium im Alter von fünf Jahren oder früher beginnt, ohne zu spezifizieren, was „früher“ bedeutet. In den meisten Untersuchungen werden die Populationen nach dem Alter kategorisiert; man beginnt im Alter von sechs oder sieben Jahren (wobei Kinder dieses Alters mit allen Jüngeren in einer Gruppe zusammengefaßt werden) und fährt mit den älteren Altersgruppen fort. So beginnen zum Beispiel McKennell und Thomas (1967) mit Kindern, die „sechs Jahre alt oder jünger“ sind; ähnliche Klassifizierungen werden in anderen Studien angewandt.

Zusätzlich zur Bedeutung der frühen Erfahrungen für das Rauchen in der Zukunft, lenkt der Bericht „Rauchen oder Gesundheit“ zum ersten Mal die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung des „Passivrauchens“ für die allgemeine Gesundheit des Kindes (S. 89): „Nicht allein dadurch, daß sie ihre Kinder ermutigen, sich das Rauchen anzugewöhnen, können rauchende Eltern die Gesundheit ihrer Kinder schädigen. So wurde z.B. gezeigt, daß Babys von Eltern, die rauchen, im ersten Lebensjahr anfälliger für Lungenentzündung und Bronchitis sind als die nicht rauchender

Eltern. Die Inzidenz dieser Krankheiten ist am niedrigsten, wenn kein Elternteil raucht, zweimal so hoch, wenn beide rauchen und liegt in der Mitte, wenn nur ein Elternteil raucht. Diese Unterschiede mögen sich dadurch ergeben, daß rauchende Eltern häufig Husten haben und daß das Husten über dem Baby Infektionen begünstigt. Man fand heraus, daß Babys von Rauchern, die Husten hatten, häufiger betroffen waren, als Babys von Rauchern, die nicht husteten; allerdings traten Erkrankungen der Atemwege häufiger auf bei Babys von Rauchern ohne Husten, als bei denen der vergleichbaren nicht rauchenden Eltern. Die Erkrankungen der Atemwege könnten deshalb sehr wohl auf die Auswirkungen einer raucherfüllten Umgebung auf die Lungen des Babys zurückzuführen sein. Die Zunahme von Bronchitis und Lungenentzündung beschränkt sich auf die ersten Lebensjahre des Babys; allerdings ist dies die Zeit, in der diese Erkrankungen mit großer Wahrscheinlichkeit gefährlich und Vorläufer späterer Thoraxbeschwerden sind.

Wie Yasin darlegt, sind weder die verschiedenen Merkmale, die die zukünftigen Raucher von den Nichtrauchern unterscheiden, noch die verschiedenen umweltbezogenen und gesellschaftlichen Bedingungen, die erwiesenermaßen mit dem späteren Rauchen zusammenhängen, ausreichend, um Wege aufzuzeigen, wie Kinder vom Rauchen abzuhalten oder wieder abzubringen sind.

Die wichtigsten Fragen für die Gesundheitserziehung sind: Warum sollten diese Faktoren von Bedeutung sein? Was wissen die Eltern über ihre Rolle, die sie im Hinblick auf die Gesundheitsvorsorge und das zukünftige Rauchverhalten ihrer Kinder spielen? Diese Fragen sind das zentrale Thema der vorliegenden Studie.

### **Die Studie\***

An einer schichtenspezifischen Stichprobe von 3% aller Geburten in der Trafford Area Health Authority, wurde zwischen 1972 und 1976 eine Studie (Baric *et al.* 1978) durchgeführt, um eine Gruppe von Müttern mit Kindern zwischen 0 und 5 Jahren zu rekrutieren. Von den 310 ausgewählten Müttern, wurden 224 (72%) mit Erfolg von Berufsinterviewern befragt. Die Stichprobenpopulation wurde entsprechend dem Alter der Kinder gleichmäßig verteilt, mit etwa 40 bis 50 Müttern je Altersgruppe der Kinder.

Ziel der Studie war es, den Zusammenhang zwischen dem Rauchen der Eltern und dem der Kinder eingehender zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurden als theoretischer Rahmen die Mechanismen der primären Sozialisation, wie Modellernen, Identifikation, Übertragung von Normen und die Einsicht in die Rauchgewohnheiten als Bestandteil der objektiven Realität der Außenwelt eingesetzt.

Der Fragebogen bestand aus einer Anzahl standardisierter und nicht standardisierter Fragen, die die folgenden Bereiche abdeckten: soziale Merkmale, Rauchverhalten der Eltern, ihre Meinungen und Gefühle im Hinblick auf das Rauchen, ihre Einstellung gegenüber Normen in bezug auf das Rauchen und deren Wahrnehmung, das Rauchen ihrer Kinder und Gesundheitserziehung; die Ansichten der Mütter über die Kenntnisse und die Reaktionen ihrer Kinder im Zusammenhang mit dem Rau-

\* Diese Studie wurde durch Forschungsgelder des Health Education Council, London, finanziert. Frau C. Fisher war wissenschaftliche Mitarbeiterin an dieser Studie.

chen. Vorkehrungen waren getroffen worden, um alle Anmerkungen, die die Mütter während des Interviews machen würden, aufzeichnen zu können. Für die Messung der Normen war ein spezielles Instrument entwickelt worden, das zwischen gesellschaftlichen und statistischen Normen unterschied.

### Messung der Normen

Bislang war die Messung von Normen nicht standardisiert worden, und eine besondere Meßmethode mußte in dieser Studie entwickelt und geprüft werden. Bevor entschieden werden konnte, wie die Normen gemessen werden sollten, mußten sie zunächst einmal definiert werden. Bisher wurden Normen als gesellschaftliche Erwartungen im Hinblick auf eine bestimmte Verhaltensform definiert. Gemessen wurden die Normen durch Interviews der Betroffenen um herauszufinden, welches nach ihrer Meinung die gemeinsamen Erwartungen seien, durch Überprüfung der Sanktionen und ihrer Anwendung und durch die Befolgung und Interpretation geschriebener Regeln und Gesetze (Kolb 1964).

Das Hauptproblem, mit dem man sich in dieser Studie konfrontiert sah, war die Differenzierung zwischen Erwartungen und Normen. Sherif und Sherif (1948) waren die ersten, die darauf hinwiesen und zwischen statistischen und sozialen Normen unterschieden. Die Norm als statistischer Begriff „bezeichnet die Anhäufung der modalen oder durchschnittlichen Wahrnehmungen, Einstellungen, Meinungen oder Handlungen von Mitgliedern einer sozialen Gruppe“, während die soziale Norm „zusätzlich zu einer Anhäufung der modalen oder durchschnittlichen Wahrnehmungen, Einstellungen, Meinungen oder Handlungen von Mitgliedern einer sozialen Gruppe auch das Element des sozialen Zwanges bezeichnet“.

Folglich war der erste Schritt dieser Studie, *statistische Normen* aufzustellen, die auf der Wahrnehmung der gemeinsamen Erwartungen von seiten der Befragten basierten. Dies geschah dadurch, daß Mütter in der Stichprobe gefragt wurden, ob sie glaubten, daß ihnen bekannte Menschen im allgemeinen einer Aussage wie „Eltern sollten versuchen, Kinder so früh wie möglich vom Rauchen abzuhalten“ zustimmen würden. Da es eine Anzahl möglicher Kombinationen von Antworten gab, wurde eine willkürliche Regel zur Interpretation jeder Kombination konstruiert:

<i>Was glauben Sie, wie die meisten Leute, die Sie kennen, über das Rauchen denken?</i>	<i>Mögliche Antwortkombinationen:</i>			
	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>
Stimmen stark zu oder stimmen zu	65%	10%	40%	30%
Sind unentschieden	5%	5%	10%	30%
Lehnen es ab oder lehnen es stark ab	10%	65%	40%	30%
Weiß nicht	20%	20%	10%	10%

Antwortkombination „A“ zeigt an, daß die Befragten glaubten, daß die meisten der ihnen bekannten Menschen dem Rauchen zustimmten; dies wurde als Indikator für das Vorhandensein einer statistischen Norm „Zustimmung zum Rauchen“ genommen;

Antwortkombination „B“ ist eine Wiederholung von „A“ mit der Ausnahme, daß sie das Vorhandensein einer statistischen Norm „Ablehnung des Rauchens“ anzeigt;

Antwortkombination „C“ wurde als Indikator gewählt, um anzuzeigen, daß zwei gegensätzliche statistische Normen in zwei ziemlich großen Bevölkerungsgruppen nebeneinander existieren, wobei die eine dem Rauchen zustimmt, die andere es ablehnt;

Antwortkombination „D“ zeigt eine gleichmäßige Ansammlung aller drei möglicher Antworten in Stichprobengruppen gleicher Größe; dies wurde als Indikator dafür angesehen, daß keine spezifische statistische Norm existiert:

Zusätzlich zu diesen vier Hauptkombinationen gibt es sehr viel mehr mögliche Variationen, die in dieser Studie nicht voll entwickelt wurden. Die vier erwähnten Kombinationen wurden indessen benutzt, um das Vorhandensein der gemeinsamen Erwartungen oder statistischen Normen, wie sie von den Müttern der Stichprobe wahrgenommen wurden, festzustellen.

Um herauszufinden, ob es sich bei diesen gemeinsamen Erwartungen, wie sie von den Müttern wahrgenommen wurden, um statistische oder *soziale Normen* handelte, wurden zwei weitere Normattribute untersucht. Die *Legitimation* (implizit oder explizit) wurde als bedeutsamer Aspekt einer sozialen Norm angesehen. Er wurde dadurch gewonnen, daß Mütter in der Stichprobe befragt wurden, ob die erwartete Meinung oder Handlung von Angehörigen des medizinischen Berufes ausging; denn der medizinische Beruf wurde als formal anerkannter, Gesundheitsnormen legitimierender Vermittler angesehen. Das andere wichtige Attribut waren die *Sanktionen* als notwendiges Element gesellschaftlichen Zwanges. Radcliffe-Brown (1934) zufolge kann man vier grundlegende Formen der Sanktion unterscheiden. Er unterscheidet zwischen positiven und negativen, zwischen diffusen und organisierten Sanktionen:

„Eine Sanktion ist eine Reaktion von seiten der Gesellschaft oder einer beträchtlichen Anzahl ihrer Mitglieder auf die Art eines Verhaltens, das dadurch akzeptiert (positive Sanktion) oder abgelehnt wird (negative Sanktion). Sanktionen können darüber hinaus noch danach unterschieden werden, ob sie diffus oder organisiert sind: die ersteren sind spontaner Ausdruck der Zustimmung oder Ablehnung durch die Mitglieder der Gemeinschaft, die als Individuen handeln, während die letzteren soziale Handlungen sind, die entsprechend einem traditionellen und anerkannten Vorgehen durchgeführt werden“ (S. 531). Diese vier Charakteristika der Sanktionen können in einem Schema dargestellt werden, das die Unterscheidung verschiedener möglicher Kombinationen ermöglicht:

	Positiv	Negativ
Diffus		
Organisiert		

Die bestehenden Sanktionen hinsichtlich der in dieser Studie gemessenen Normen, wurden auf unterschiedliche Weise abgeleitet: in einigen Fällen wurden die Frauen gefragt, „was sie tun würden, falls...“; in anderen Fällen wurden die verbalen Äußerungen der Mütter zu dem in Frage stehenden Thema dahingehend geprüft, ob sie irgendwelche sozialen Sanktionen antizipierten; und schließlich wurden die bestehenden Regeln und Gesetze auf das Vorhandensein irgendwelcher Sanktionen in bezug auf das in Frage stehende Thema untersucht.

Durch Anwendung dieser zwischen statistischen und sozialen Normen differenzierenden Methode konnte ihre *Prävalenz* festgestellt werden. Dieses Konzept wurde in der gleichen Weise angewendet wie es in epidemiologischen Analysen zur Anwendung kommt: d.h. um den Anteil der Gesamtbevölkerung herauszufinden, der innerhalb einer Studie eine bestimmte Bedingung erfüllt; in unserem Fall eine Wahrnehmung, berechnet in Prozent. Auf diese Weise wurde die Prävalenz einer Norm (statistisch oder sozial) in einer Stichprobenpopulation als der Prozentsatz der Mitglieder dieser Stichprobe definiert, der zu einem bestimmten Zeitpunkt (d.h. dem des Interviews) erwo, ob eine bestimmte soziale Erwartung bestand oder nicht.

Ein interessantes Ergebnis dieser Studie war, daß statistische Normen mit sozialen Normen einen bestimmten Grad *bindender Kraft* gemeinsam haben, selbst dann, wenn es objektiv keine Sanktionen gibt oder keine erfahren wurden. Bei Fehlen der Sanktionen wurde die bindende Kraft dadurch untersucht, daß man zwei zusätzliche Normattribute in die Betrachtung einbezog. Das erste war die *Historizität* einer wahrgenommenen Erwartung (Norm). Das Konzept der Historizität wurde von der Beschreibung der Institutionalisierung bestimmter Formen menschlicher Interaktion (Berger und Luckman 1967) übernommen. Der Begriff „Institution“ bezeichnet einen wichtigen Aspekt des gesellschaftlichen Lebens (Heirat, Religion, Gesetz, Medizin etc.) mit charakteristischen Formen sozialer Interaktion (Schneider 1964). Institutionalisierung geschieht immer dann, wenn eine umkehrbare „Typifizierung“ habitualisierter Handlungen vorhanden ist, und sie beinhaltet Historizität und soziale Kontrolle. Die Historizität eines institutionalisierten Verhaltens bedeutet, daß die Akteure es als einen Teil ihrer objektiven Realität akzeptieren und dessen Erwartungen entsprechen, obwohl sie sich des Ursprungs oder gar der Funktion des habitualisierten Verhaltens gar nicht bewußt sind. Die Vorteile institutionalisierten Verhaltens liegen in seiner Vorhersagbarkeit, die es Mitgliedern einer Gruppe ermöglicht, miteinander umzugehen, dadurch, daß sie in der Lage sind, die jeweilige Handlungsweise oder Reaktion als Bestandteil einer gemeinsamen Kultur vorwegnehmen zu können. Auf ganz ähnliche Weise bedeutet die Historizität einer Norm, daß diese zu einem Teil der objektiven Realität einer sozialen Gruppe geworden ist und daß die Mitglieder dieser Gruppe diese für selbstverständlich halten, ohne sich ihrer Ursprünge oder Funktionen bewußt zu sein.

In dieser Studie wurde die Historizität einer Norm auf zwei Arten gemessen. Eine bestand darin, die Probanden zu fragen, warum sie mit einem Verhalten (z.B. Rauchen im allgemeinen, das Rauchen bei Kindern etc.) ein bestimmtes Gefühl verbinden und ob sie dabei von einer bestimmten Person oder Gruppe beeinflusst würden. Die Annahme war, daß, falls sie sich nicht an die Quelle ihres Gefühls hinsichtlich einer Erwartung erinnern könnten, diese Erwartung oder Norm Historizität manifestierte und Teil ihrer objektiven Realität war. Die zweite Art, Historizität zu mes-



sen, bestand darin, die Probanden zu fragen, ob sie sich im Hinblick auf eine bestimmte Norm (z.B. Rauchen während der Schwangerschaft) einer Veränderung bewußt waren. Hier wurde von der Annahme ausgegangen, daß der veränderbare Charakter der Norm dem Beitrag der Historizität zur bindenden Kraft dieser Norm entgegenstehen würde. Ein weiteres Attribut, das untersucht wurde, war die *soziale Unterstützung* als ein weiteres Merkmal der bindenden Kraft einer Norm mit sowohl verborgenen wie offenkundigen Aspekten. In der vorliegenden Studie wurde nur der verborgene „social support“ gemessen, indem gefragt wurde, ob nach Meinung der Frau deren Freunde und Verwandte ihre Gefühle hinsichtlich des in Frage stehenden Themas teilten.

Das Ergebnis der bindenden Kraft einer Norm sollte sich in der *Angepaßtheit* der Menschen an diese besondere Erwartung widerspiegeln. In der vorliegenden Studie wurde sie definiert als die Beziehung zwischen der Wahrnehmung der Existenz einer Norm und dem tatsächlichen Verhalten der Frauen. Auf diese Weise war es möglich, zwischen zwei Arten von Angepaßtheit zu unterscheiden: positiv angepaßt waren jene, die sich der Norm „nicht zu rauchen“ bewußt waren und nicht rauchten; negativ angepaßt jene, die sich der Existenz einer solchen Norm nicht bewußt waren, aber auch nicht rauchten. Wenn Norm und Verhalten nicht übereinstimmen, wurden die Frauen als abweichend klassifiziert: positiv abweichend, wenn sie sich der Norm „nicht zu rauchen“ bewußt waren und rauchten, und negativ abweichend, wenn sie sich der „Nichtraucher“-Norm nicht bewußt waren und rauchten. Theoretisch wäre es möglich gewesen, einige der Frauen, die nur gelegentlich eine Zigarette rauchten (nur ein paar in der Woche), als Varianten zu klassifizieren, da sie in keine der beiden Kategorien hineinpaßten und man sie als Personen betrachten konnte, die ein Verhalten manifestierten, das vom Standpunkt der Gesundheit innerhalb der annehmbaren Varianzgrenzen lag.

Zahlreiche Studien auf dem Gebiet des Gesundheitsverhaltens haben gezeigt, daß verschiedene gesellschaftliche Gruppen (ethnische, religiöse etc.) einen bemerkenswerten Unterschied in der Wahrnehmung einer Gesundheitsgefährdung als auch im Hinblick auf ihre diesbezügliche Verhaltensweise aufweisen. Diese Unterschiede können der ethnozentrischen Orientierung der verschiedenen kulturellen Gruppen oder Untergruppen innerhalb desselben Kulturkreises zugeschrieben werden. „Ethnozentrismus kann als eine Betrachtungsweise definiert werden, bei der die eigene Gruppe Mittelpunkt ist und alle anderen Gruppen in bezug auf diese eingestuft und bewertet werden“ (Sumner 1906, S. 13).

In der vorliegenden Studie wurde das Konzept des *Ethnozentrismus* benutzt, um die Koexistenz unterschiedlicher (wenn nicht entgegengesetzter) Normen innerhalb verschiedener Gruppen, die derselben Gesellschaft angehören, zu erklären. Dies wurde gemessen, indem man die Normen entsprechend der sozialen Schicht, der die Probanden angehörten, untersuchte.

Die Normen, die in dieser Studie untersucht wurden, bezogen sich auf das Rauchverhalten von Müttern; die Berührung, die Kinder mit Zigaretten haben; das Kaufen von süßen Kinderzigaretten; die Tatsache, daß Kindern über die schädlichen Wirkungen des Rauchens erzählt wird, sie aber gleichzeitig ein Modell des „Rauchers“ vorgeführt bekommen, entweder wenn die Mütter vor ihnen rauchen oder Besuchern erlaubt wird, dies zu tun.



Die Ergebnisse haben gezeigt, daß Normen für das Verhalten und für die Meinungen der Mütter in bezug auf einen bestimmten Risikofaktor eine bedeutende Rolle spielen; sie zeigten weiterhin ihre Unkenntnis über die während der primären Sozialisation ihrer Kinder ablaufenden Prozesse.

Die folgenden Ergebnisse sollen diese Aussagen veranschaulichen.

## **Die Ergebnisse**

### *Das Rauchen der Mütter*

Die Verteilung der Rauchgewohnheit in der Stichprobenpopulation entspricht der Verteilung in der Gesamtbevölkerung in Großbritannien. Es wurde herausgefunden, daß etwa die Hälfte raucht (40% der Mütter und 54% der Väter), und auch die Zahl der ehemaligen Raucher lag innerhalb der erwarteten Grenzen (16% der Mütter und 19% der Väter).

Die Studie beleuchtete eine interessante Kontroverse: während das Rauchen für Frauen im allgemeinen akzeptabler wird und als Teil ihrer Befreiung und Gleichberechtigung mit den Männern angesehen wird, wird das Rauchen bei schwangeren Frauen und Müttern immer unannehbarer.

Im Hinblick auf die Schädlichkeit des Rauchens gab es unterschiedliche Meinungen der Frauen. Raucher waren weniger geneigt zu glauben, daß Rauchen im allgemeinen schädlich sei und insbesondere schädlich für ihre eigene augenblickliche Gesundheit, verglichen mit möglichen schädlichen Auswirkungen im späteren Leben.

Diese Meinung hängt wahrscheinlich mit den Kenntnissen der Mütter über die mit dem Rauchen verbundenen Krankheiten zusammen. Fast alle kannten die Verbindung zwischen Rauchen und Lungenkrebs, eine Krankheit, die in späteren Lebensjahren auftritt. Nur die Hälfte von ihnen wußte etwas über Bronchitis, ein Viertel über koronare Herzkrankheiten, und nur 4% kannten die Gefahren des Rauchens während der Schwangerschaft.

Sehr wenige Frauen stimmten dem Rauchen wirklich zu. Der bedeutende Unterschied lag zwischen jenen, die es völlig ablehnten (42%) und jenen, die dem Rauchen gleichgültig gegenüberstanden (47%).

Die Studie zeigte, daß es keine Norm (weder statistisch noch sozial) gibt, die das Rauchen insgesamt ächtet. Es gibt keinen legitimierenden Mechanismus, der die Raucher zu Abwechslern erklärt, und die bestehenden Sanktionen (Besteuerung, Einschränkung des Rauchens in öffentlichen Gebäuden und Warnaufdrucke auf Zigarettenpackungen) werden von der Bevölkerung dahingehend gedeutet, daß sich die Regierung auf diese Weise ihrer unmittelbaren Verantwortung für dieses Verhalten entzieht und gleichzeitig den Verkauf von Zigaretten zuläßt und dadurch noch beträchtliche Einnahmen erzielt.

### *Der Kontakt von Kindern mit Zigaretten*

Nahezu alle Mütter der Stichprobe verurteilten das Rauchen der Kinder. Sie erkannten eine soziale Norm, die das Rauchen hier ablehnt, unterstützt durch stillschweigende Legitimierung der Ärzteschaft und ein Netz formaler Sanktionen im Hinblick

auf den Verkauf von Zigaretten an Kinder unter 16 Jahren. Das Ausmaß der Ablehnung schwankte: strikte Ablehnung des Rauchens bei Kindern unter 10 Jahren, aber weniger Mütter, die das Rauchen bei älteren Kindern ablehnten.

Alle Kinder der Stichprobe kannten bereits im Alter von 5 Jahren Zigaretten. Interessant war, wie früh einige der Kinder mit Zigaretten in Berührung kamen. Vom jüngsten Kind — zum Zeitpunkt des Interviews war es 6 Monate alt — wurde berichtet, es habe mit vier Monaten schon Zigaretten wiedererkannt. Die Mütter schienen die Zeit, zu der ihr Kind Zigaretten wahrgenommen hat, falsch einzuschätzen: je älter das Kind zur Zeit des Interviews war, desto später wurde der Zeitpunkt gesetzt, an dem es Zigaretten wiedererkannt haben soll. Falls es einen Raucher in der Familie gab (Eltern oder Verwandte), waren die Mütter eher geneigt, das Wiedererkennen des Kindes einer Person zuzuschreiben. Nichtraucher gaben eher allgemeine Antworten.

Über ein Drittel der Kinder in der Stichprobe waren zu irgendeiner Zeit mit Zigaretten, Feuerzeugen oder Aschenbechern umgegangen. Die Eltern werteten dies als ein Zeichen der Intelligenz und der fortgeschrittenen Entwicklung ihrer Kinder, ermutigten sie und waren stolz auf sie. Sogar die kleinsten Kinder wußten, wer raucht, reichten ihm Zigaretten, wußten, wem ein Feuerzeug gehört und wurden von den Familienmitgliedern angehalten, Aschenbecher zu bringen.

Über die Hälfte der Kinder in der Stichprobe hantierten nicht nur mit Zigaretten, sondern benutzten sie in ihren Spielen und als Ersatzgegenstände, um Raucher nachzuahmen. Die meisten Eltern akzeptierten dies als Spiel und hielten ihre Kinder nicht davon ab, solche Ersatzgegenstände, wie Bleistift und Kreide zu benutzen und so zu tun, als rauchten sie. Dreiviertel der Kinder hantierten mit Zigaretten, einige aßen sie auf, und einige rauchten sogar angezündete Zigaretten. Das Hantieren mit Zigaretten wurde mit dem Rauchen der Mutter assoziiert. Interessant waren die Reaktionen der Mütter, die das Nachahmen des Rauchens ihrer Kinder oder auch deren Versuche zu rauchen, nicht ernst nahmen. Einige sagten dazu, daß sie nicht besorgt seien, einige meinten, daß die unerfreuliche Erfahrung das Kind im späteren Leben vom Rauchen fernhalten könnte, und nur eine Minderheit der Mütter bestrafte das Kind.

Eine andere Art und Weise, in der Kinder durch Imitation und als Teil ihrer Rollenspiele als „Erwachsene“ das Rauchen lernen, ergibt sich dadurch, daß sie süße Zigaretten oder Pfeifen „rauchen“. Nahezu zwei Drittel der Kinder bekamen süße Zigaretten, oder aber ihre Eltern sagten, daß sie welche bekämen, wenn sie alt genug seien. Einschränkungen waren mit dem Alter des Kindes und seiner Fähigkeit, überhaupt schon Süßigkeiten zu essen, verbunden. Nur 14% der Mütter gaben an, daß sie ihren Kindern keine süßen Zigaretten kaufen würden, da dies ein Grund sein könnte, später mit dem Rauchen anzufangen. Noch weniger Mütter erwähnten, daß süße Zigaretten, wie alle anderen Süßigkeiten auch, schädlich für die Zähne seien. Im Hinblick auf das Kaufen süßer Zigaretten für Kinder scheinen zwei soziale Erwartungen nebeneinander zu bestehen, von denen keine die Merkmale einer sozialen Norm hat. Eine Minderheit der Mütter glaubte, daß die Erwartung darin bestehe, die süßen Zigaretten nicht zu kaufen, wohingegen die Mehrheit glaubte, daß die Erwartungen der ihnen bekannten Personen dahingehen, daß sie süße Ziga-

retten kaufen sollten. Die Angepaßtheit an die letztgenannte Erwartung war sehr groß.

In der Studie wurde die Tatsache akzeptiert, daß sogar kleine Kinder wie die in der Stichprobe (0-5 Jahre) das Rauchen als wünschenswertes Verhalten, praktiziert von wichtigen anderen Personen, wie Eltern, Großeltern und anderen Verwandten, kannten und daß sie deshalb versuchten, diese zu imitieren, indem sie vorgaben zu rauchen. Aus diesem Grunde wurden die Gefühle dieser Kinder in bezug auf das Rauchen untersucht. Entsprechend den Berichten der Mütter gibt es einen Unterschied in den Gefühlen der Kinder gegenüber dem Rauchen ihrer Mütter und dem ihrer Väter. Die Tendenz geht dahin, daß die Mütter sagten, die Kinder stimmten ihrem Rauchen zu und lehnten es im Vergleich mit dem Rauchen des Vaters weniger strikt ab. Sie neigten dazu anzugeben, daß das Kind entweder zu jung sei, um Gefühle zu haben oder aber, sie wüßten nicht, inwieweit ihr eigenes Rauchen, verglichen mit dem des Vaters, davon betroffen sei. Ein wichtiges Ergebnis war indessen die Tatsache, daß von den Kindern, deren Eltern rauchten und die sich dessen bewußt waren, 39% das Rauchen der Mütter und 48% das des Vaters für „normal“ hielten.

### **Gesundheitserziehung von Kindern**

Mütter glauben, daß es eine soziale Erwartung gibt, Kinder so früh wie möglich vom Rauchen abzuhalten. Obwohl diese Erwartung nicht die Merkmale einer sozialen Norm mit unterstützender Legitimierung und Sanktionen hat, war die Angepaßtheit der Mütter an diese Erwartung groß.

Nur wenige Mütter stimmten nicht zu und gaben Gründe dafür an wie die, daß es die Entscheidung des Kindes sein solle, wenn es erwachsen sei, daß man das Ganze besser aufschöbe, bis das Kind in die Schule ginge, oder daß es, machte man das Kind darauf aufmerksam, seine Neugierde wecken könnte und daß es dann um so eher mit dem Rauchen anfangen würde.

Diejenigen, die zustimmten, daß das Kind so früh wie möglich am Rauchen gehindert werden sollte, meinten, man solle dies tun, indem man dem Kind sagt, es sei eine schlechte Angewohnheit, es sei gefährlich etc. Die rauchende Mutter hatte besonders große Schwierigkeiten, wie sie dies dem Kind erklären sollte. Drei Mütter hatten — als Ergebnis dieses Konfliktes — sogar versucht, das Rauchen aufzugeben. Im allgemeinen dachten die Mütter, daß Vorhaltungen ohne gutes Beispiel die Kinder verwirren würden. Diejenigen, die dies auf später verschieben wollten, gaben an, das Kind müsse imstande sein zu begreifen, wenn das Ganze überhaupt eine Wirkung haben solle.

Eine Möglichkeit, die Kinder vom Rauchen abzuhalten, ist es, ihnen die gesundheitlichen Gefahren dieser Angewohnheit zu erklären. Die Mütter glaubten, daß dies eine allgemeine gesellschaftliche Erwartung sei, aber keine soziale Norm, da keine Legitimierungen oder Sanktionen erwähnt wurden. Nur über die Hälfte der Mütter, die eine gesellschaftliche Erwartung voraussetzten, hielten die Kinder tatsächlich vom Rauchen ab. Einige machten gewisse Vorbehalte, wie z.B. die Tatsache, daß man den Tod nicht erwähnt oder bestimmte Fälle, in denen ein dem Kind bekannter Mensch infolge des Rauchens erkrankt oder gestorben ist. Jene Mütter, die nicht

versuchten, ihren Kindern die gesundheitlichen Gefährdungen des Rauchens zu erklären, entschuldigten dies damit, daß Kinder dies noch nicht verstünden und daß man bis später warten solle.

In diesem frühen Alter lassen sich Kinder offensichtlich weniger dadurch beeinflussen, daß man ihnen sagt, was gut oder schlecht für sie ist, sondern daß man es ihnen am Beispiel zeigt. Die Studie untersuchte diesen Aspekt der Gesundheitserziehung, indem die Mütter gefragt wurden, ob sie ihren Kindern im Hinblick auf das Rauchen ein gutes Beispiel geben. Es scheint, was das Verhalten der Eltern vor ihren Kindern betrifft, zwei nebeneinander bestehende Erwartungen zu geben: die Raucher meinten, daß es die allgemein geteilte Erwartung sei, ein gutes Beispiel zu geben, während die Nichtraucher meinten, es sei die Erwartung, dies nicht zu tun. Keine der beiden sich widersprechenden Erwartungen ist eine Norm mit unterstützender Legitimierung oder Sanktionen.

Nur 10% der Mütter sagten, daß sie versuchten, ein Beispiel zu geben, indem sie vor ihren Kindern nicht rauchten. Raucher fanden dies sehr schwierig, und einige meinten, es käme nicht darauf an, da die Kinder doch andere Menschen rauchen sehen würden. Nichtraucher waren kritischer und meinten, es sei heuchlerisch und unehrlich, vor den Kindern das Rauchen zu verbergen.

Man kann daher daraus schließen, daß die Eltern keinen Unterschied darin sehen, ob die Kinder ein bestimmtes Verhalten, das von wichtigen anderen Personen, wie z.B. den Eltern, praktiziert wird, wahrnehmen oder ob sie es mit dem Verhalten anderer Leute vergleichen, die in den Augen der Kinder keine „wichtigen anderen“ sind. Nichtraucher sind anscheinend leichter entmutigt, da sie glauben, daß Raucher erfolglos bleiben, wohingegen Raucher sich schuldig genug fühlen, um zu meinen, sie sollten aufhören zu rauchen, obschon sie nicht wissen wie.

Nicht nur Eltern, sondern auch ihre Freunde, die zu Besuch kommen, können dem Kind als Beispiel dienen. Besucher können entweder Freunde oder Verwandte sein, und aufgrund der besonderen Beziehungen zu den Eltern des Kindes können sie vom Kind sehr wohl als „wichtige andere Personen“ angenommen werden.

Die soziale Erwartung, die gleichzeitig eine soziale Norm ist, bedeutet allerdings für die Eltern, daß sie nicht eingreifen, wenn ein Besucher raucht. Die Sanktionen liegen auf der Hand, wenn die Eltern sagen, daß ein Besucher, dem man das Rauchen untersagt, nicht mehr wiederkommt. Diese Meinungen waren sehr stark bei den Müttern ausgeprägt, die sagten, es sei „unhöflich“, „nicht richtig“ etc., sogar dann, wenn sie selbst nicht rauchten. Für Raucher war das noch schwieriger, und sie selbst waren noch weniger bereit einzugreifen.

Einige Mütter gaben an, daß sie versucht hätten, Besucher vor ihren Kindern vom Rauchen abzuhalten, indem sie keine Aschenbecher hingestellt hätten, aber sie stimmten zu, daß es schwierig sei, besonders bei Großeltern oder anderen Verwandten, die solch ein Eingreifen als Beleidigung verstehen könnten.

Die Studie zeigte, wann und wie eine Intervention durchgeführt werden sollte. Sie prüfte jedoch nicht die Empfehlungen; diese sollten nur als Vorschläge aufgefaßt werden, die unter kontrollierten Bedingungen anzuwenden und zu evaluieren sind, bevor sie zur standardisierten gesundheitserzieherischen Praxis werden.

## LITERATUR

- Baric, L. & C. Fisher (1978). Primary Socialization and Smoking. *Final Report*. London: The Health Education Council.
- Berger, D. L. & Luckman, T. (1967). *The Social Construction of Reality*. London: Penguin.
- Bewley, B. R., Day, I. & Ide, L. (1973). *Smoking by Children in Great Britain: a Review of the Literature*. SSRC-MRC-Publikation.
- Bewley, B. R. (1977). Children's Smoking: a Review. *World Smoking and Health*, Bd. 2, Nr. 2, S. 35-40.
- Kolb, W. L. (1964). Norm. In J. Gould & W. L. Kolb, Hrsg., *The Dictionary of Social Sciences*, S. 472-473. London: Tavistock Publications.
- Lewis, G. V. (1970). A Study of the Smoking Habits and Health Education Needs in a Group of Shirebrook Secondary School Children with a View of Devising a Specific Health Education Programme. Unveröffentlichte Dissertation, University of Manchester, Department of Community Medicine.
- McKinnell, A. C. & Thomas, R. K. (1967). *Adults' and Adolescents' Smoking Habits and Attitudes*. Government social survey. London HMSO.
- Palmer, A. B. (1970). Some Variables Contributing to the Onset of Cigarette Smoking Among Junior High School Students. *Social Sciences and Medicine*, 4:359-366.
- Radcliff-Brown, A. R. (1934). Sanction, Social. In E.R.A. Seligman, Hrsg., *Encyclopaedia of the Social Sciences*, Bd. XIII, S. 531. London: Macmillan.
- Royal College of Physicians (1977). *Smoking or Health*, 3. Bericht. London: Pitman Medical.
- Royal College of Physicians (1979). *Smoking and Health Now*. London: Pitman Medical.
- Schneider, L. (1964). Institution. In J. Gould & W. L. Kolb, Hrsg., *A Dictionary of the Social Sciences*, S. 338-339. London: Tavistock Publications.
- Sherif, M. & Sherif, C. W. (1948). *An Outline of Social Psychology*. New York: Harper & Bros.
- Sumner, W. G. (1906). *Folkways*, S. 13. Boston: Gimm.
- Yasin, S. (1973). Review: Smoking by Children in Great Britain. *SSRC Newsletter*, 20. Oktober 1973, S. 20-21.

## Wir brauchen gesicherte Daten

- In der Vergangenheit tat sich zwischen der wissenschaftlichen Forschung und der Praxis der Gesundheitserziehung eine weite Kluft auf. Die Wissenschaftler formulierten Inhalte und Ziele der Gesundheitserziehung, aber bisher gab es noch kein Bindeglied zwischen den Forschungsergebnissen und der Praxis. Die Wissenschaftler sollten klar zum Ausdruck bringen, welche praktische Anwendung ihre Erkenntnisse haben können, z.B. welche Kriterien sie zur Beurteilung des Erkundungsverhaltens der Kinder anbieten können.
- Die Forschung sollte sich wesentlich stärker an der Praxis orientieren und direkte Auswirkungen auf spezielle Bereiche, wie Mütterberatungsstellen, Kindertagesstätten, Gesundheitsbehörden etc. haben. Die Forschung sollte sich auch mit den komplexen Fragen der Verhaltensänderung und den Problemen im Zusammenhang mit geeigneten Ansatzmöglichkeiten und Kommunikation befassen.

Im wesentlichen müssen die speziellen Bereiche festgelegt werden, in denen die Gesundheitserziehung eine Rolle spielen kann.

So sind beispielsweise die Erkenntnisse der Psychologie in der Hauptsache nur auf Mittelklassekinder, die „im Luxus leben“ anwendbar; wir müssen aber gute Voraussetzungen für *alle* Kinder schaffen.

*Bevor sich Strategien entwickeln lassen...*

- Das Problem der Gesundheitserziehung besteht darin, abgesicherte Daten zu bekommen, die den Einsatz von Ressourcen in solche Konzepte rechtfertigen, die mit Aussicht auf Erfolg der Zielgruppe vermittelt werden können.

Die entscheidende Frage, die man sich vor der Konzipierung von Aktionen stellen muß, ist demnach: verfügen wir über genügend Sachkenntnisse und gesicherte Daten, um auf dieser Basis Strategien entwickeln zu können?

*Gebiete mit ausreichender Wissensbasis:*

- Trennung bei der Geburt: hier ist unser Wissen soweit fortgeschritten, daß wir sagen können, daß Neugeborene nicht von ihren Müttern getrennt



werden sollten. Die Frage ist: Wie kann man den Kollegen — besonders denen, die wie die Oberschwester Aufsichtsfunktionen erfüllen — diese wichtige Tatsache nahebringen?

- Kindesmißhandlung, speziell Mißhandlung von Säuglingen: auch hier können die Kausalzusammenhänge definiert werden, und somit ist ein Handeln möglich.

#### *Gebiete mit unzureichender Wissensbasis:*

- Gibt es genügend Beweise für einen Mangel an nonverbaler Kommunikation zwischen Eltern und Kleinkindern, um eine Entscheidung von seiten der Gesundheitserzieher zu rechtfertigen, daß Eltern über nonverbale Sprache aufgeklärt werden müßten?
- Welche Auswirkungen auf die spätere Entwicklung des Kindes hat der Kontakt von Müttern und Kindern mit den Gesundheitsdiensten?
- Wie kann man sehr kleine Kinder am besten auf einen Krankenhausaufenthalt und eine Trennung vorbereiten?
- Wie wichtig ist der psychologische Faktor der Kompetenz in der Kindheit?
- Ein Bereich, in dem unser Wissen noch *lückenhaft* ist, betrifft die normale Entwicklung von Kindern. Im Augenblick sind wir nicht in der Lage, den Eltern über alle Aspekte der Sozialisation Informationen anzubieten, und es besteht die konkrete Gefahr, daß die Sozialisation von Säuglingen und Kleinkindern „medizinisiert“ (oder gesundheitserzieherisch professionalisiert) wird. Deshalb sollten wir uns im wesentlichen heraushalten und nur dann eingreifen, wenn es einen Bruch in der Eltern-Kind-Beziehung gibt. Deshalb haben wir die Möglichkeit, weniger im Sinne allgemeiner Gesundheitsförderung, als vielmehr im Sinne präventiver Intervention zu helfen, d.h. Eingriff bei Krisen und den ihnen vorausgehenden Symptomen.

#### *Zwei entscheidende Fragen*

- Was ist Normalität? Wenn die Standardisierung im Bereich der Entwicklungspsychologie schon Probleme und Unsicherheit bei vielen Müttern verursacht hat, so würden Normierungen im sozialen Bereich in unserer Staatsform die große Gefahr einer noch stärkeren Stigmatisierung mit sich bringen, anstatt eine wirkliche Hilfe zu bedeuten, insbesondere für die benachteiligten Bevölkerungsschichten. Davor müssen wir uns hüten, vor allem, weil die Experten untereinander über die Bewertung solcher Standardisierungen noch uneinig sind.
- Welche Rolle kann man von der Gesundheitserziehung gegenüber den vielen widersprüchlichen Faktoren, die in die Sozialisation einfließen, erwarten? Man muß die überragende Bedeutung der sozialpolitischen Makrostrukturen in diesem Bereich erkennen und die Tatsache sehen, daß sich diese Strukturen der Kontrolle des Individuums möglicherweise entziehen.



## **VII**

### **Länderberichte**

Was wir uns von der Familie wünschen ...



Lernen

Eine Aufnahme aus der Broschüre *Familienbilder*,  
herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

## **Ein politischer Wille, um Gesundheit zu erreichen**

**Paul Nelles**

Die Erkenntnis, daß „Gesundheit nicht alles, aber ohne Gesundheit alles nichts ist“, wird schon seit Jahrhunderten zitiert. Aus Umfragen wissen wir, daß bis heute die Gesundheit zu den meistgeschätzten Werten gehört, die jeder geschützt und erhalten wissen möchte. Und auch die Einsicht, daß Gesundheit mehr bedeutet als nur die Abwesenheit von Krankheit, ist nicht nur wissenschaftliche Definition oder gesundheitspolitische Forderung geblieben, sondern Bestandteil des allgemeinen Bewußtseins geworden.

Anders aber als in früheren Epochen ist das Spektrum der Krankheit nicht mehr bestimmt von Mangelerscheinungen, Infektionen und Seuchen, sondern wird — zumindest in den Industrieländern — beherrscht von Verschleißerscheinungen und Zivilisationskrankheiten.

Die Gesamtheit der veränderten Umwelt- und Sozialisationsbedingungen bestimmt nicht nur unser Leben, sondern auch die Voraussetzungen für unsere Gesundheit. Die Entwicklungen im Bereich der Arbeitswelt, der Wohnverhältnisse, des Verkehrs, der Konsum- und Freizeitgewohnheiten, die Wandlung sozialer Normen und der Abbau von Tabus bedeuten uns Fortschritt und verbesserten Lebensstandard. Zugleich sind sie zunehmend aber auch Ursache für somatische und psychische Schädigungen.

Neben den äußeren Umständen, die der einzelne nicht beeinflussen kann, spielt individuelles Fehlverhalten als Ursache von Krankheiten eine immer bedenklicher werdende Rolle. Das menschliche Leid und die volkswirtschaftlichen Kosten, die daraus resultieren, lassen sich nur erahnen. Nach Schätzungen der Deutschen Kran-

---

PAUL NELLES ist Staatssekretär im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, Bundesrepublik Deutschland.

*Anschrift:* Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Horionplatz 1 — Landeshaus, D-4000 Düsseldorf 1.

kenversicherung entstehen infolge von Alkohol- und Nikotinmißbrauch, von Fehlernährung und Bewegungsmangel jährlich Kosten in Milliarden-Höhe.

Mit der wachsenden Erkenntnis, daß eine rechtzeitige und wirksame Prävention zur Verbesserung der Volksgesundheit und zur Begrenzung der Kosten unseres Gesundheitssystems ein vorrangiges Ziel moderner Gesundheitspolitik sein muß, gewinnt auch die Gesundheitserziehung an Beachtung und Bedeutung; damit wächst auch die Erkenntnis, daß Gesundheitspolitik sich heute nicht auf mehr oder weniger schulmeisterliche Appelle an das individuelle Verhalten nach der Devise: „Du sollst nicht!“ beschränken kann.

Der Landtag Nordrhein-Westfalen unterstrich in seiner Antwort auf eine Große Anfrage Position und Bedeutung der Gesundheitserziehung in folgender Weise:

„Die Landesregierung ist sich der zunehmenden Bedeutung der Gesundheitserziehung für das gesamte Gesundheitswesen bewußt und ist mit ihrem planvollen Ausbau im Lande befaßt. Sie entspricht damit dem Wandel der Lebensbedingungen im modernen Industriezeitalter und der sich daraus ergebenden gewandelten Einstellung zu den Phänomenen Gesundheit und Krankheit. Bei dem Bemühen, den mündigen, seiner und seiner Mitmenschen Gesundheit gegenüber selbstverantwortlich handelnden Bürger heranzubilden, übersteht sie aber nicht die Einbindung dieses Bürgers in seine konkrete soziale und geographische Umwelt. Eine Vielzahl der von der Landesregierung durchgeführten und eingeleiteten Maßnahmen dient daher dazu, die für eine gesundheitsfördernde Lebensweise notwendigen materiellen Voraussetzungen zu schaffen oder zu verbessern. Wenn Gesundheitserziehung unter anderem an den Bürger appelliert, sein Bewußtsein für vermeidbare gesundheitliche Risiken und Gefahren in seinem Lebensvollzug zu schärfen, so kann sie dabei letztlich nur dann überzeugend sein, wenn staatliche und gesellschaftliche Kräfte gemeinsam bemüht sind, gesundheitsbeeinträchtigende Umwelt- und Umfeldbelastungen zu vermindern. Da im allgemeinen Verständnis Gesundheit heute nicht mehr einseitig mit körperlichem Wohlbefinden gleichgesetzt wird, darf sich Gesundheitserziehung nicht lediglich auf gesundheitsgerechtes Verhalten im engeren Sinne beziehen, sondern muß auch das Sozialverhalten der Menschen in ihre Aktivitäten einbeziehen. Die Landesregierung ist daher der Auffassung, daß Gesundheitserziehung nicht als eine Aufgabe allein von Spezialisten, sondern als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet werden muß, wenn sie erfolgreich sein soll.“

Wenn es also zutrifft, daß die Gesamtheit der Lebens- und Umweltbedingungen mitbestimmend für die Erhaltung der Gesundheit des einzelnen sowie für sein gesundheitsgerechtes Verhalten ist, so gilt dies zweifellos in besonderem Maße für das Kleinkind. Und wenn es weiterhin zutrifft, daß Prävention, soll sie wirksam und erfolgreich sein, frühzeitig einsetzen muß, dann ergibt sich daraus, daß Gesundheitserziehung so früh wie möglich beginnen muß, um bestmögliche Aussichten auf Erfolg zu haben.

Die Erklärung der Landesregierung zur Bedeutung der Gesundheitserziehung ist nicht nur ein Lippenbekenntnis: sie veranlaßte die Regierung von Nordrhein-Westfalen, eine Vielzahl von Maßnahmen zur Umsetzung dieses politischen Willens zu ergreifen. Im Augenblick werden 6 Interventionsbereiche gefördert:

### 1. *Luftverschmutzung*

Aus Schulgesundheitsuntersuchungen geht hervor, daß Kinder, die in durch Luftverschmutzung besonders belasteten Gebieten industrieller Ballungszonen leben, häufiger unter Erkältungskrankheiten leiden als Kinder, die in weniger belasteten Gebieten aufwachsen. Dies unterstreicht, wie notwendig eine präventiv ausgerichtete Umweltpolitik für die Gesundheit der Bevölkerung ist. Nordrhein-Westfalen war deshalb das erste Land, das für fünf besonders belastete Ballungsgebiete systematisch Luftreinhaltungspläne aufstellte und durchführte.

### 2. *Lärmbekämpfung*

Die Zunahme des individuellen Straßenverkehrs hat nicht nur eine höhere Zahl von Verkehrsunfällen und ständig abnehmende körperliche Bewegung zur Folge, sondern führt auch zu wachsender nervlicher Belastung durch den damit verbundenen ständig steigenden Lärm. Durch Pläne zur Lärminderung, die wir zur Zeit vorbereiten, soll ein Instrument für eine systematische Bekämpfung des Lärms und seiner schädlichen Auswirkungen geschaffen werden.

### 3. *Kinderfreundliche Umwelt*

Durch ein Programm für ein kinderfreundliches Land soll in allen Bereichen des öffentlichen Lebens darauf hingewirkt werden, durch kindgerechte Gestaltung der Umwelt die Chancen für die kindliche Entwicklung zu verbessern und psychosoziale Schädigungen von vornherein zu vermeiden.

### 4. *Lehrerausbildung*

Wenn Gesundheitserziehung zur Vermittlung eines nachhaltigen Gesundheitsbewußtseins sich nicht nur an Erwachsene, sondern auch frühzeitig an Kinder wenden soll, sind vor allem auch die Pädagogen angesprochen. An allen Hochschulen Nordrhein-Westfalens ist deshalb in den letzten Jahren bei der Ausbildung von Lehrern und Sozialpädagogen das Angebot gesundheitserzieherischer Themen wesentlich erweitert worden.

### 5. *Familienbildung und -beratung*

Von der familiären Zuwendung in der frühkindlichen Sozialisation hängt es wesentlich ab, ob der heranwachsende Mensch ein gesundes, ausgeglichenes Verhältnis zu seiner sozialen Umwelt zu finden vermag. Hilfen für die Familie sind deshalb zugleich Hilfen für eine gesunde psychische Entwicklung des Kindes. Deshalb nimmt der Ausbau der Familienbildung und -beratung in den Förderungsprogrammen des Landes einen hervorragenden Platz ein. Beide Bereiche werden zur Zeit mit einem Betrag von jährlich rund 60 Mio. DM vom Land gefördert.

### 6. *Koordinierung der Aktivitäten*

Der Familie kommt für die Gesundheitserziehung wie überhaupt für die Gesamtentwicklung des Kindes zweifellos eine entscheidende Bedeutung zu. Wenn es jedoch gelingen soll, Kinder und auch Erwachsene zu gesundheitsförderndem Verhalten zu bewegen, müssen die Möglichkeiten der Einflußnahme in den vielfältigen Lebensbereichen genutzt werden. Die Förderung der Gesundheitserziehung ist zwar in erster Linie eine Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes, an ihr können aber viele andere Institutionen und Organisationen mitwirken. Um diese Möglichkeiten zu aktivieren und zu koordinieren, hat Nordrhein-Westfalen

kürzlich einen Landesbeirat für Gesundheitserziehung gegründet. In diesem Beirat sind neben den Gesundheitsdiensten zahlreiche Organisationen, Institutionen und gesellschaftliche Gruppen vertreten, von denen eine Förderung der Gesundheitserziehung erwartet werden kann, wie z.B. Vertreter der Schulen, der Gemeinden, der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der ärztlichen Organisationen, der Wissenschaft etc.

Unterstützt werden unsere Bemühungen durch das landeseigene Institut für Dokumentation in der Sozialmedizin (Idis) in Bielefeld, das die Aufgabe hat, Informationen zu sammeln und bereitzustellen sowie, ergänzend zu den Veröffentlichungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Anschauungs- und Informationsmaterial zu erstellen und zu verteilen.

Die psychosozialen Bedingungen des Kindes — nicht nur des Kleinkindes — werden zwar wesentlich, aber keineswegs ausschließlich von der Familie geprägt: viel hängt auch von der gesamten gesellschaftlichen Umwelt und ihren Einstellungen gegenüber Kindern ab. In diesem Zusammenhang werden weitreichende Veränderungen des gesamtgesellschaftlichen Klimas erforderlich sein, deren Ziel es sein muß, Kindern gegenüber verständnisvoller und toleranter zu werden. Das bereits erwähnte Programm der Landesregierung für ein kinderfreundliches Land soll auch zu diesem notwendigen Lernprozeß ein Beitrag sein.

Wenn gemeinsame Anstrengungen auf regionaler und nationaler Ebene für eine effektive Gesundheitserziehung und die Förderung angemessener psychosozialer Bedingungen für eine adäquate frühkindliche Entwicklung wesentlich sind, so können sich diese Anstrengungen nicht auf den nationalen Rahmen beschränken.

Die Sorge um eine kindgerechte Umwelt ist nicht das Problem nur eines Landes. Internationale Zusammenarbeit kann dazu beitragen, Problemlösungen nicht nur über Ländergrenzen, sondern auch über Generationen hinweg zu finden.

## **Elternschaftsvorbereitung: ein Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung der Kinder in der CSSR**

**Pavel Krasnik**

Die angemessene gesundheitliche Versorgung des Kindes gehört zu den Grundaufgaben der sozialistischen Gesellschaft. Ausgehend von den Programmbeschlüssen des XV. Parteitages der Kommunistischen Partei der Tschechoslowakei und des Parteitages der Kommunistischen Partei der Slowakei im Jahre 1976, wurden auch in der Slowakischen Sozialistischen Republik die tragenden gesamtgesellschaftlichen Programme der gesundheitlichen Versorgung für die Bevölkerung erarbeitet. Eines dieser Schlüsselprogramme ist das Programm zur Gesundheit von Mutter und Kind, in das auch Bestandteile einiger anderer Bereiche der kindlichen Versorgung, wie z.B. die Bekämpfung kardiovaskulärer und Viruserkrankungen integriert wurden.

### **Die Gesundheit von Mutter und Kind: ein vorrangiger Bereich**

Die Bemühungen zur Schaffung einer gesunden neuen Generation sind Bestandteil der allgemeinen Bevölkerungspolitik des sozialistischen Staates. Dazu gehören soziale, wirtschaftliche, gesundheitliche und pädagogische Maßnahmen, die bei der Bevölkerung ein positives Klima bewirken sollen. Eine Maßnahme, die einen beträchtlichen Einfluß auf die Geburtenrate, die gesunde Entwicklung der Kinder in der Familie ausgeübt hat, war vor allem die Einführung eines 6monatigen bezahlten *Mutterschaftsurlaubs*. Während dieser Zeit bekommt die Mutter 90% ihres Gehaltes und hat gleichzeitig die Möglichkeit, diesen Urlaub nach eigenem Ermessen auf maximal 2 Jahre auszudehnen. In diesem letzten Fall bekommt die Mutter statt ihres Gehaltes die Mutterschaftsbeihilfe, entsprechend der Zahl und dem Alter der Kinder und hat das Recht, nach dem Urlaub ihre ursprüngliche Tätigkeit am alten Arbeitsplatz wieder aufzunehmen.

---

Dr. KRASNIK ist Direktor des Zentralinstituts für Gesundheitserziehung der Slowakei, Bratislava, CSSR.

*Anschrift:* Ústav Zdravotnej Výchovy, Ul.R. Martanovicova 6/20, CSSR-899 07 Bratislava.



Diese und andere Maßnahmen, wie z.B. die Möglichkeit einer verkürzten Arbeitszeit für Mütter mit Kindern bis zu 13 Jahren sowie eine Verbesserung der Gesundheitsdienste, schaffen die Voraussetzungen dafür, daß sich die Mutter, insbesondere während der entscheidenden Jahre der frühkindlichen Entwicklung, der Betreuung ihres Kindes optimal widmen kann.

Das Niveau der *institutionellen Gesundheitsversorgung* der Kinder in der Slowakischen Sozialistischen Republik geht aus den folgenden statistischen Daten aus dem Jahre 1977 hervor. Bei einer Gesamtbevölkerung von 4,86 Millionen, einer Geburtenrate von 20,6 pro 1000 Einwohner und einer Säuglingssterblichkeitsrate von 21,5 ‰, bildete die Altersgruppe der 0-14jährigen 26,1% der Bevölkerung, und die Zahl der Kinder im Alter bis zu 3 Jahren betrug etwa 300.000. In den mobilen Gesundheitsdiensten wurden 1,049 Millionen ärztliche Untersuchungen und Behandlungen an schwangeren Frauen geleistet, 94,9% der Schwangeren wurden in die Fürsorge vor der 16. Schwangerschaftswoche einbezogen, und im Durchschnitt war jede Frau 9,8mal untersucht worden. Nahezu alle Geburten fanden in den gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen statt, und 28,6% der Mütter entschieden sich für eine „natürliche“ Geburt. Gemeindefratern machten mehr als 330.000 Besuche bei Schwangeren und mehr als 530.000 Besuche bei Müttern und ihren Säuglingen bis 6 Wochen nach der Geburt, Kinderschwester führten mehr als 850.000 Besuche bei Säuglingen durch. Außerdem standen insgesamt 34.000 Krippenplätze für Kinder im Alter bis zu 3 Jahren zur Verfügung, die in das Ressort der Ministerien für Gesundheit und für Erziehung fallen.

Im Hinblick auf eine weitere Verbesserung dieses bereits erreichten Niveaus, sind im Rahmen des Programms zur Entwicklung des Gesundheitswesens folgende Ziele festgelegt: Verbesserung und Erweiterung der genetischen Diagnostik und Beratung; Verbesserung in den Bereichen Empfängnisverhütung und Familienplanung; Verbesserung der mobilen Gesundheitsdienste für Kinder, unter Einbeziehung 70 neuer Bezirke; Erweiterung der spezialisierten pädiatrischen Einrichtungen, wie z.B. Kinderkardiologie; Erweiterung des pädiatrischen Besuchsdienstes, hauptsächlich bei akuten und infektiösen Erkrankungen; Erweiterung der spezialisierten Krankenhauseinrichtungen, hauptsächlich für Frauen mit Risikoschwangerschaften und für vorzeitig geborene Kinder; Ausbau der Screeningmethoden bei Kindern und Erhöhung der Kapazität der Kinderkrippen, und zwar durch die Errichtung von Mikrokippen in Wohnblocks oder am Arbeitsplatz.

### **Erziehung zur Elternschaft**

Die Schaffung angemessener sozialer und ökonomischer Bedingungen sowie die gesundheitliche Versorgungsleistung können aber ohne die aktive, bewußte und qualifizierte Mitarbeit der Bevölkerung, hauptsächlich der Jugendlichen, d.h. der Eltern selbst, nicht gelingen. Die Elternschaftsvorbereitung, als ein Bestandteil der Gesundheitserziehung der Bevölkerung, wurde in der CSSR in das offizielle Bildungssystem integriert.

Im Rahmen des einheitlichen Schulsystems wurden in der 8. Klasse der Grundschule in das Schulfach Biologie die Bereiche Anatomie and Physiologie sowie die psychologischen Aspekte der Elternschaft einbezogen. Seit 1978 wird zu diesem Zweck das Programmlehrbuch „Erwachsen werden“, das im Institut für Gesund-

heitserziehung in Bratislava erarbeitet wurde, verwendet. Im 9. Schuljahr werden 2 Wochenstunden dem Thema „Gesundheitsversorgung des Kindes“ gewidmet. Der Lehrplan für dieses Schuljahr enthält weiterhin ein Gespräch der Schüler mit Experten (Arzt und Psychologe) zum Thema der Vorbereitung auf die Elternschaft sowie ein Gespräch zum gleichen Thema mit den Eltern; dieses Gespräch findet im Rahmen von Elternvereinigungen statt.

Die Erziehung zur Elternschaft aus moralischer und psychologischer Sicht sowie im Hinblick auf Verbreitung und Durchsetzung der Fachkenntnisse gehört auch zum Inhalt der Aktivitäten der gesellschaftlichen Organisationen, vor allem des Sozialistischen Jugendverbandes, des Slowakischen Frauenverbandes, des Tschechoslowakischen Roten Kreuzes, der Sozialistischen Akademie und der Gewerkschaften. Die Einrichtungen des Gesundheitswesens bieten die Mitarbeit ihrer Fachleute bei den unterschiedlichen Aktivitäten dieser Organisationen — Gesprächsgruppen, Vorlesungen, Lehrgänge und ähnliche Veranstaltungen — an, leisten methodologische Hilfe über die regionalen Fachabteilungen für Gesundheitserziehung und stellen Druckschriften, Filme und ähnliches Material bereit. So hat das Institut für Gesundheitserziehung in Bratislava in den Jahren von 1969-1977, zu den Themen Vorbereitung auf Elternschaft und Wochenbett, auf Geburt und Versorgung des Kindes bis zum ersten Lebensjahr, 40 Druckschriften herausgegeben, 2 Kurzfilme und 2 Dia-Filme produziert.

Die Probleme der Elternschaftserziehung wurden auch in außerschulische Programme einbezogen, die mit Hilfe eines Netzes staatlicher Kultureinrichtungen, Kulturhäuser und Klubs durchgeführt werden, die dem Kultusministerium unterstehen und praktisch in allen Gemeinden und Städten, meistens in enger Zusammenarbeit mit gesellschaftlichen Organisationen und den Gesundheitsdiensten arbeiten.

In Anbetracht der gesellschaftlichen Bedeutung und des Interesses der Öffentlichkeit wird dieser Problematik auch von den Massenmedien ein bedeutender Platz eingeräumt.

So haben zehn große slowakische Periodika — von unserem Institut regelmäßig ausgewertet — im Jahre 1977 insgesamt 170 Artikel zur Elternschaftserziehung veröffentlicht. Im Bereich des Fernsehens, wo die Gesundheitserziehung seit 1972 Gegenstand alljährlicher Vereinbarungen zwischen dem Slowakischen Fernsehen und dem Gesundheitsministerium ist, werden in den verschiedenen Programmen auch die gesundheitlichen Probleme von Kindern behandelt. Zu den erwähnenswerten erfolgreichen Programmen der letzten Jahre gehörte eine Serie von 10 halbstündigen Filmen „Elternschule“, deren 26teilige Fortsetzung gegenwärtig vorbereitet wird.

Ein Netz von Eheberatungsstellen, das sich allmählich über das ganze Land erstreckt, gibt Beratung durch Ärzte, Psychologen, Juristen und andere Fachleute. Diese Einrichtungen sind von wachsender Bedeutung bei der Vorbereitung junger Leute auf Ehe und Elternschaft.

Auch das medizinische Personal in Krankenhäusern, Sanatorien etc. ist im Bereich der Elternziehung äußerst aktiv: im Jahre 1978 führte es 15 000 gesundheitserzieherische Interventionen in diesem Bereich aus, einschließlich Vorbereitung auf

Geburt und Wochenbett und 21 087 Interventionen zur gesundheitlichen Versorgung des Kindes bis zum 5. Lebensjahr; davon 82% in Form von Vorlesungen, Gesprächen und individueller Beratung.

### Die Zukunft

Gesellschaftliche, technische und politische Entwicklungen bringen neue Aufgaben und neue Ansprüche, die kontinuierliche Evaluation und Planung erforderlich machen.

Eine wesentliche Aufgabe besteht nun darin, die Übertragung der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf die Ziele und Inhalte der gesundheitserzieherischen Praxis zu beschleunigen und flexiblere Ansätze in der Gesundheitserziehung zu entwickeln. Dies erfordert eine bessere Koordinierung im Bereich der Gesundheitserziehung im Sinne eines gesamtgesellschaftlichen Prozesses, d.h. Koordinierung aller medizinischen und nichtmedizinischen Bereiche, einschließlich der Suche nach neuen institutionellen und organisatorischen Formen der Koordination.

Die Steigerung der Effektivität der Gesundheitserziehung ist eine weitere wichtige Aufgabe, die die Suche nach neuen Methoden und Kommunikationstechniken sowie die methodische Aus- und Weiterbildung des Personals im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen erforderlich macht. In der Slowakischen Sozialistischen Republik wird dem Problem der Effektivitätssteigerung in der Gesundheitserziehung Priorität eingeräumt. Das Thema war kürzlich Diskussionsgegenstand anlässlich einer Regierungssitzung; Ergebnis dieser Sitzung waren zahlreiche Maßnahmen, die den sozialen Charakter der Gesundheitserziehung intensivieren als auch die Koordinierung und Effektivität der Aktivitäten verbessern sollen.

### LITERATUR

Heribanová, A.: *Zoznam zdravotnovýchovných publikácií a názorných prostriedkov ÚZV-B za roky 1953-1977*. Bratislava, Ústav zdravotnej výchovy, 1978, 144 S. [Verzeichnis der Publikationen und audiovisuellen Mittel mit gesundheitserzieherischer Problematik, herausgegeben von IGE-B in den Jahren 1953-1977].

Kliment, P.: *Príspevok k modelu poskytovania zdravotnovýchovnej starostlivosti v nemocnici s poliklinikou — autoreferát dizertacnej práce*. Kosice, Lekárska fakulta UPJS, 1978, 26 S. [Beitrag zur Gewährleistung der gesundheitserzieherischen Fürsorge in einem Krankenhaus mit ambulanter Einrichtung — Auszug aus einer Dissertationsarbeit].

Kvicalová, V., Kalina, K.: *Dávky v materstvi a prídavky na deti*. Praha, Práce 1974, 303 S. [Mutterschaftsbeförderung und Familienzuschüsse].

Úlohy zdravotníctva, vyplývajúce zo záverov XV. zjazdu KSC a Zjazdu KSS. Bratislava, Ministerstvo zdravotníctva SSR, 1976, 91 S. [Die aus den Schlußfolgerungen des XV. Parteitagess der KPTsch und des Parteitages der KPS folgenden Aufgaben des Gesundheitswesens].

Zdravotníctví CSSR 1978. Praha, Ústav pro zdravotnickou statistiku, 1978, 495 S. [Das Gesundheitswesen der CSSR 1978].

## Die Entwicklung neuer Ansätze in der Kinderfürsorge

Lamberto Briziarelli

In diesem Beitrag wird über ein seit 5 Jahren auf regionaler Ebene in Umbrien laufendes Projekt im Bereich der Mutter-Kind-Fürsorge berichtet. Diese Arbeit ist Teil der allgemeinen Bemühungen zur Entwicklung neuer Ansätze der gesundheitlichen Versorgung.

Vor Projektbeginn wurde versucht, die Bedingungs- und Risikofaktoren, die den größten Einfluß auf die psychosoziale Entwicklung des Kindes haben, zu ermitteln, um auf diese Weise die im Hinblick auf die Intervention einzuschlagende Richtung besser bestimmen zu können. Es gab drei Risikobereiche, die uns dabei im wesentlichen interessierten: die Familie, der Arbeitsplatz von Mutter und Vater und die Gesundheitsdienste. Im folgenden sind die einzelnen Faktoren aufgezählt, die nach unseren Erkenntnissen die Entwicklung des Kindes beeinflussen:

### DIE FAMILIE

*Sozioökonomische Faktoren:* Familienstruktur (patriarchalisch, Kernfamilie, legal oder illegal etc.); soziale Schicht; Einkommen).

*Umweltfaktoren:* ansässige Bevölkerung oder Einwanderer, Wohnverhältnisse.

*Kulturelle Faktoren:* Sprache, Integrationsgrad, Anpassungsschwierigkeiten, Einstellungen, Übertragung von Entwurzelung auf die Kinder.

*Psychologische Faktoren:* Beziehungen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern, Einstellung der Mutter (des Vaters) zum Neugeborenen: das Kind ist erwünscht, wird nicht akzeptiert oder abgelehnt.

### DER ARBEITSPLATZ

*Allgemeine Aspekte:* fehlende Zeit für den Aufbau einer stabilen und positiven Beziehung; Qualität der Personen, die die Eltern in ihrer Abwesenheit ersetzen (Großmutter, Nachbarn, die das Kind gegen Bezahlung betreuen, Kindergartenpersonal).

*Spezifische Aspekte:* Qualität der Arbeit (Streß, Unzufriedenheit, Unmöglichkeit, die Mutterrolle wahrzunehmen, Doppelbelastung durch Hausarbeit und Arbeit in der Fabrik oder im Büro); Faktoren außerhalb der Arbeit, die mit der Stellung der berufstätigen Frau und den allgemeinen Arbeitsbedingungen verbunden sind.

Prof. BRIZIARELLI ist Hygieniker am Experimentalzentrum für Gesundheitserziehung, Perugia, Italien.

*Anschrift:* Istituto d'Igiene, Università degli studi di Perugia, Via del Giochetto, Perugia/Italien.

## DIE GESUNDHEITSDIENSTE

*Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von:* sozialen Einrichtungen (Kindergärten, Krippen, Familienhilfen etc.); medizinischen Beratungseinrichtungen (präventive und kurative Gesundheitsdienste für gefährdete

und normale Kinder, gesundheitserzieherische Angebote für Mütter und Väter, auch im Hinblick auf die seelische Gesundheit).

*Qualität:* aktiv, passiv, medikalisiert, mit oder ohne erzieherischer Komponente.

Es wird also deutlich, daß zur Lösung der wesentlichen Probleme Interventionen in gänzlich unterschiedlichen Bereichen (dem sozialen, umweltbezogenen, wirtschaftlichen, medizinischen und pädagogischen Bereich) erforderlich sind; Träger entsprechender Maßnahmen müssen nicht nur medizinische oder soziale Einrichtungen, sondern auch, und zwar sehr direkt, die staatlichen Behörden sein. Die damit verbundene politische Dimension muß in Betracht gezogen werden, und zwar unter drei wesentlichen Gesichtspunkten:

- **Erstens:** gesundheitserzieherische Interventionen können nur innerhalb des politischen und sozialen Handlungsrahmens geplant werden; diese Einsicht sollte zu einer entsprechenden Ausrichtung der Planung und zur Schaffung geeigneter Einrichtungen führen, um den Erfordernissen gerecht werden zu können.
- **Zweitens:** Gesundheitserziehung ist als globaler Prozeß zu sehen, der eine allseitige aktive Beteiligung an der Bewältigung gesundheitlicher Probleme bewirken soll.

Dies bedeutet, daß Gesundheitserziehung nicht als „Anhängsel“ anderer Disziplinen (Medizin, Psychologie u.a.) betrachtet werden darf, mit dessen Hilfe versucht wird, schwierige Probleme zu lösen, bestimmte Hindernisse auszuräumen oder ausweglose Situationen zu beheben.

- **Drittens:** Gesundheitserziehung ist kein Allheilmittel, mit dem alle Fehlschläge der Gesundheitspolitik, wie sie in den meisten Ländern verfolgt wird, kompensiert werden können. Obgleich Gesundheitserziehung integraler Bestandteil der Arbeit aller im Gesundheits- und Sozialwesen tätigen Berufsgruppen und ihrer entsprechenden Interventionen ist oder sein sollte, kann man nicht erwarten, daß damit die gegenwärtig in diesem Bereich herrschende Krise zu lösen ist oder alle Probleme, die durch schlecht organisierte Gesundheits- und Sozialprogramme entstanden sind, aus der Welt geschafft werden können.

### **Gesundheitserziehung und der von ihr zu leistende Beitrag**

Damit sind wir bei unserer eigentlichen Problemstellung, nämlich der Frage, welchen Beitrag die Gesundheitserziehung leisten kann. Bei der Beantwortung dieser Frage werden wir uns auf die Erfahrungen stützen, die wir mit unserem in Umbrien laufenden Projekt im Bereich der Mutter-Kind-Fürsorge machten.

Der Gesamtrahmen, innerhalb dessen wir arbeiten, ist günstig zu bewerten. Innerhalb der letzten Jahre sind drei wichtige Gesetze im Bereich der Mutter-Kind-Fürsorge erlassen worden: das erste betrifft die Einrichtung von Beratungsstellen für Geburtenkontrolle und Familienplanung; durch das zweite sind kostenlose Schwangerschaftsabbrüche im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens ermöglicht worden, und das dritte und neueste Gesetz betrifft die Reform des Gesundheitssystems. Innerhalb dieses Rahmens begannen die Gesundheitsbehörden von Umbrien

Anfang der 70er Jahre mit der vorgesehenen grundlegenden Veränderung des Gesundheits- und Sozialwesens. Unser spezielles Projekt im Bereich der Mutter-Kind-Fürsorge ist, unter besonderer Berücksichtigung gesundheitserzieherischer Aspekte, in diese langfristige Planung eingebunden.

Das Projekt läuft seit 1974 und soll allmählich — was nicht ohne gewisse Schwierigkeiten geschieht — die ganze Region mit einbeziehen. Es verfolgt zweierlei Ziele: a) Vorbereitung auf Partnerschaft, Familiengründung und Elternschaft; b) Bereitstellung angemessener Einrichtungen für die Kinderfürsorge, einschließlich entsprechender Maßnahmen zur Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehungen.

In dem Projekt wird besonders auf die Notwendigkeit hingewiesen, in den Schulen Gesundheitserziehung zu betreiben und dabei alle die Jugend betreffenden Probleme, einschließlich der Sexualität zu behandeln. Es gibt einen Erlaß des Gesundheitsministeriums, wonach Gesundheitserziehung zum Lehrplan der Mittelstufen gehören soll; bis jetzt ist dies jedoch nur in wenigen Schulen verwirklicht.

An dem Projekt sind Hebammen, Krankenschwestern, Ärzte, Sozialarbeiter und Fürsorgerinnen beteiligt. Für alle Beteiligten wurden mit Hilfe des Experimentalzentrums für Gesundheitserziehung in Perugia Fortbildungskurse organisiert.

Besondere Erwähnung verdient die Tatsache, daß die Grundausbildung von Krankenschwestern beträchtlich verbessert wurde und Gesundheitserziehung in den Lehrplan von Schwesternschulen bereits erfolgreich aufgenommen wurde. Der gesamte Ausbildungsprozeß verlagert sich nun mehr und mehr auf die Prävention, so daß Therapie und Pflege nicht mehr allein im Vordergrund stehen.

Die Intervention läuft auf zwei Ebenen: zum einen auf institutioneller Ebene mit dem Ziel, die medizinische Versorgung planmäßig zu verbessern, wobei allerdings viele Schwierigkeiten auftauchen und zum anderen auf Feldebene, wo es sich im wesentlichen um Aktivitäten mit den Projektteilnehmern in deren Wohnung, am Arbeitsplatz und im außerhäuslichen Bereich handelt.

### **Die Bevölkerung als „Expertengruppe“**

Was die methodische Seite der Intervention betrifft, so experimentieren wir seit den 60er Jahren mit einem besonderen die Bevölkerung mit einbeziehenden Ansatz. Dabei sollen die einzelnen im Gesundheits- und Sozialwesen tätigen Berufsgruppen mit der Bevölkerung zusammenkommen, um gemeinsam, d.h. im Rahmen einer nicht hierarchischen Kooperation, die vielschichtigen Umweltbedingungen zu untersuchen, die Risikofaktoren zu analysieren, die auf verschiedene Gruppen einwirken (Kinder, Schwangere, Mütter, Arbeiter, ältere Menschen usw.) und über die von der Bevölkerung als bedrohlich empfundenen Probleme oder Krankheiten zu diskutieren.

Innerhalb dieses kooperativen Handlungsrahmens, wo Wissen und Erfahrungen gesammelt werden sollen, wird die Bevölkerung als Expertengruppe betrachtet, die aus Müttern, Arbeitern, älteren Menschen usw. besteht, wo jeder aus seinem Bereich die Faktoren benennen kann, die eine positive gesundheitliche Entwicklung bedrohen oder behindern, und wo jeder Aktivitäten unterstützen kann, die die Lebens- und Arbeitsbedingungen sichern oder verbessern helfen.

Die zukünftige Planung beschränkt sich also nicht auf fachliche Interventionen, die allein vom Gesundheits- und Sozialwesen ausgehen, sondern sie befaßt sich mit folgenden drei Handlungsebenen:

- a) Maßnahmen, durch die die betroffene Bevölkerung aktiv an Aktionen beteiligt werden soll;
- b) Maßnahmen, die die fachliche Intervention von seiten verschiedener Einrichtungen erforderlich machen;
- c) Maßnahmen, die die Beteiligung staatlicher Behörden bewirken.



## **Kinderfürsorge in Portugal: gegenwärtiger Stand und Aussichten für die Zukunft**

**Maria Manuela Santos Pardal**

Bereits vor der Geburt sind der Zustand der Mutter und ihre Einstellung sowohl im Hinblick auf das erwartete Kind als auch auf die bestehende Schwangerschaft für das Kind von Bedeutung. Eine nicht geplante und häufig unerwünschte Schwangerschaft ist ein sehr wichtiger Faktor für die spätere physische und psychische Entwicklung des Kindes. Auch wenn Schwangerschaften sehr dicht aufeinanderfolgen, kann sich dies oft negativ sowohl für die in der Familie bereits vorhandenen Geschwister, denen dann die ausreichende physische und emotionale Zuwendung fehlt, als auch für das neugeborene Kind, das eine übermüdete und überlastete Mutter vorfindet, auswirken.

In sozio-ökonomisch benachteiligten Schichten werden Frauen häufig in einem Alter schwanger, das für die Geburt eines Kindes keineswegs günstig ist (z.B. sehr junge Mädchen oder Frauen über 40). Während der Schwangerschaft können vor allem eine unausgewogene Ernährung und mangelnde medizinische Versorgung die physische Gesundheit des Kindes nachteilig beeinflussen. Muß eine Mutter in dieser Zeit unangemessene Arbeit leisten, so kann dies ebenfalls schädliche Folgen haben. Dies kommt besonders häufig bei nicht-berufstätigen Frauen vor. Zwar gibt es auch für solche Fälle gesetzliche Regelungen, doch sind sich die schwangeren Frauen oft der Bedeutung solcher Probleme nicht bewußt.

In städtischen Wohngebieten entbinden die meisten Frauen in einer Klinik, in kleineren Dörfern und ländlichen Gegenden dagegen gibt es noch einen hohen Anteil an Hausgeburten (20-30%), die für Mutter und Kind erhebliche Risiken mit sich bringen; viele Fälle von Behinderung sind auf diesen Umstand zurückzuführen.

---

Dr. SANTOS PARDAL ist Ärztin am Generaldirektorat für Gesundheit, Abteilung Gesundheits-  
erziehung, Ministerium für soziale Angelegenheiten, Lissabon, Portugal.

*Anschrift:* Ministério dos Assuntos Sociais Direcção-Geral de Saúde, Serviço de Educação Sanitária, Alameda D. Afonso Henriques, 45, P — 1056 Lissabon 1.

Die perinatale Kindersterblichkeit ist in Portugal sehr hoch. Die Ursachen dafür sind nicht nur angeborene Krankheiten, sondern auch zu frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus und das Fehlen ambulanter Nachbetreuung. In den ersten Lebensstagen des Kindes ist die Mutter oft allein gelassen oder auf die Ratschläge schlecht informierter Personen angewiesen. Die Folge ist deshalb oft eine unzureichende Versorgung des Kindes, insbesondere mit Muttermilch, und es kommt zu Durchfällen, Dehydration, Lungenentzündungen und anderen Erkrankungen.

Die Probleme, die in den ersten Lebenswochen eines Säuglings auftreten, sind überall die gleichen, unabhängig vom sozioökonomischen Status der Familie. Für die sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen ist es jedoch oft schwieriger, mit solchen Problemen fertig zu werden, weil sie sich häufig einen privaten Arztbesuch nicht leisten können. Außerdem haben überholte Vorstellungen und Gewohnheiten noch einen stärkeren Einfluß auf die Säuglingspflege.

Das Stillen ist in den letzten 10 Jahren stark zurückgegangen, und unsachgemäße künstliche Ernährung führt immer wieder zu schwerwiegenden Störungen.

1975 wurde der Mutterschaftsurlaub von einem auf 3 Monate verlängert, ohne sich jedoch bis jetzt auf die Gesundheit der Kinder positiv ausgewirkt zu haben.

### **Emotionale und seelische Gesundheit: ein vernachlässigter Bereich**

Die medizinischen Dienste haben sich bisher hauptsächlich um die physische Gesundheit des Kindes, insbesondere um Erkrankungen des Verdauungstraktes und der Atemwege gekümmert. In zunehmendem Maße wird jedoch neuerdings auch emotionalen und psychischen Entwicklungsstörungen bei Kindern Aufmerksamkeit geschenkt.

Die Zahl der berufstätigen Frauen ist bereits sehr hoch, doch ist die Gesellschaft noch nicht entsprechend darauf eingestellt; es gibt zu wenig Krippen und ihre Qualität läßt oft zu wünschen übrig. Häufig bringen die Mütter ihre Kinder zu Tagesmüttern, die keinerlei Kontrolle unterstehen. So sind die Kinder fast den ganzen Tag ohne ihre Mutter, und es fehlt ihnen die notwendige Zuwendung und entsprechende Anregungen. Die Mutter muß ihre Zeit zwischen Hausarbeit, Beruf, Einkäufen und Hin- und Herfahren aufteilen und wenn sie abends nach Hause kommt, ist sie müde. Unter solchen Umständen mag das körperliche Wachstum eines Kindes noch normal verlaufen, doch wird seine psychische und motorische Entwicklung meist viel zu wünschen übrig lassen.

Abgesehen vom Stillen gibt es bei der Ernährung 2 gegenläufige Probleme: einmal die Unterernährung durch Eiweißmangel und zum anderen die Überernährung, die zu Fettleibigkeit führt.

Wenn das Kind 12 Monate alt ist, kommen neue Probleme hinzu: es gibt Spannungen und Kraftproben zwischen dem Kind und der Mutter, die die wunderlichen Launen seines Appetits nicht versteht. Oft folgt nach dem Auftreten solcher Probleme der Gang zum Psychiater.

Zu erwähnen sind auch noch die Schwierigkeiten, die durch zu frühe Sauberkeits-erziehung entstehen. Manche Mütter beginnen damit schon im 10. oder 12. Monat oder noch früher. Das Kind empfindet dies als Aggression. Es kann dadurch zu Bett-nässen und psychischen Störungen kommen.

Dies sind die Probleme in den ersten 18 Monaten. Noch schlechter wird die Situation, wenn das Kind anfängt, selbständig zu handeln, vor allem dann, wenn es nicht in die Krippe gehen kann, wo ihm Anregungen für seine Entwicklung geboten werden könnten. Dies bleibt nun den Tagesmüttern, Nachbarn oder älteren Geschwistern überlassen, die aber meist nur für die physischen Grundbedürfnisse sorgen.

### **Drei Schlüsselbereiche**

Obwohl sich spätestens seit der zunehmenden Beschleunigung des Lebensrhythmus die Situation verschlechtert hat und damit die emotionalen und psychischen Probleme im Ansteigen sind, sollte nicht unerwähnt bleiben, daß die physischen Gesundheitsprobleme bei Kindern in den ersten 3 Lebensjahren im Abnehmen begriffen sind. Dies ist maßgeblich der beharrlichen Arbeit der Fürsorgerinnen zu verdanken, die in unserem Land an erster Stelle für die Gesundheitserziehung verantwortlich sind. Es gibt jedoch nach wie vor Zustände, die behoben werden müssen, wenn es eine bessere wirtschaftliche Entwicklung, größere soziale Gerechtigkeit und bessere Lebensbedingungen für Kinder und Frauen, beide sozial gefährdete Bevölkerungsgruppen, geben soll.

Zum einen sollte in der Grundausbildung und Fortbildung des Personals die Bedeutung der seelischen Gesundheit und die Rolle der Gesundheitserziehung in diesem Bereich stärker in den Vordergrund gerückt werden. Sehr oft hat das Gesundheitspersonal nur die physischen Gesundheitsprobleme vor Augen und tut sich überdies schwer, etwa in Gesprächen mit den Eltern, Fragen der seelischen Gesundheit anzuschneiden.

Zum anderen sollte auch der Fächerkanon in den Schulen erweitert werden, und es sollte der Mut aufgebracht werden, sich in der Schule mit Sexualkundeunterricht und der Vorbereitung der Jugendlichen auf die Elternschaft zu befassen. Die Gesundheitserziehung, die Jugendliche und junge Erwachsene über Familienplanung und die Bedeutung des Stillens aufklären soll, wird sicherlich nur langfristig zu leisten sein, wird dann aber schließlich auch Früchte tragen.

Und endlich sollten die gesundheitserzieherischen Aktivitäten vor allem für Mütter fortgesetzt und im Rahmen der gesundheitlichen Primärversorgung erweitert werden. Die Beteiligung der Bevölkerung an den gesundheitserzieherischen Aktivitäten sollte auf allen Ebenen erreicht werden.

Wenn wir mit unseren Bemühungen in dieser Richtung fortfahren, werden wir für unsere Kinder in hoffentlich nicht allzu ferner Zukunft zwangsläufig auch einen besseren Gesundheitszustand erreichen.

## **Das Vorschulkind: Überblick über Strukturen und Programme in der UdSSR**

**Nadejda Malinskaya**

In der UdSSR wurden wissenschaftliche Daten über die Entwicklung des Zentralnervensystems und die geistige Aktivität von Kindern zwischen Geburt und vollendetem 3. Lebensjahr zusammengetragen; dabei wurden die spezifischen Merkmale der frühen Kindheit untersucht, die physiologischen Grundlagen für die Erziehung herausgearbeitet und ein entsprechendes Erziehungssystem für Kleinkinder entwickelt.

Vorschulische Einrichtungen, in denen Kinder bis zur Einschulung betreut werden, werden als erster Abschnitt in diesem Erziehungssystem verstanden. Ihre Hauptaufgabe wird in der Förderung der körperlichen und geistigen Entwicklung der Kinder und in der Vermittlung sittlicher Grundwerte gesehen. Das Vorschulalter hat ganz offensichtlich eine große Bedeutung bei der Schaffung einer soliden Grundlage für die Gesundheit der Kinder und ihre Vorbereitung auf die Einschulung.

Gesundheitserziehung wird nicht als eigenständiger Bereich betrachtet, sondern als Bestandteil des allgemeinen Erziehungsprozesses; sie steht in engem Zusammenhang mit der physischen, sittlichen, geistigen und ästhetischen Erziehung. Freundschafts-, Kameradschafts- oder Nachbarschaftsgefühle beinhalten auch ein Stück Verantwortung für die Gesundheit anderer.

Hinweise für die Erziehung von Kleinkindern werden vom Personal der Kinderkrippen und Kinderpolikliniken, von Lehrern und Eltern gegeben. Während Ärzte und Pflegepersonal die körperliche Entwicklung und den Gesundheitszustand der Kinder überwachen, ist das pädagogische Personal für die Förderung und Sicherung der

---

Dr. MALINSKAYA ist Vize-Direktorin für wissenschaftliche Forschung am Zentralinstitut für wissenschaftliche Forschung in der Gesundheitserziehung, Moskau, UdSSR.

*Anschrift:* Zentralinstitut für wissenschaftliche Forschung in der Gesundheitserziehung, Kirova Str. 42, SU-101829 Moskau.

Gesundheit der Kinder im Rahmen des gesamten Erziehungsprozesses verantwortlich.

Die Erzieher vermitteln den Kindern Grundkenntnisse der Hygiene und üben mit ihnen nach altersgerechten Methoden gesundheitsdienliche Verhaltensregeln ein.

Die Gesundheitserziehung von Kindern im Vorschulalter wird von besonderen für die Gesundheitserziehung zuständigen Stellen und von Erwachsenenbildungsinstitutionen beaufsichtigt. Sie ist um so wirkungsvoller, je besser die Kooperation und Koordination zwischen diesen beiden Trägerinstitutionen ist. Die Erwachsenenbildungsinstitutionen sind für die im vorschulischen Bereich geleistete Erziehungsarbeit (einschließlich Gesundheitserziehung) verantwortlich.

Eine wichtige Aufgabe dieser Erwachsenenbildungsinstitutionen ist die Ausbildung des Verwaltungs- und Betreuungspersonals für den vorschulischen Bereich. Im Ausbildungsprogramm für Supervisoren und Erzieher von Krippen und Kindergärten werden auch die organisatorischen Aspekte der Gesundheitserziehung von Kindern in verschiedenen Altersgruppen und die Beratung von Eltern in Gesundheitsfragen berücksichtigt.

Gesundheitserziehung wird als permanenter und sorgfältig geplanter Prozeß angesehen, der entsprechend dem Alter und dem anatomischen, physiologischen und geistigen Entwicklungsstand der Kinder verschiedene Formen annehmen kann.

### **Standardisiertes Rahmenprogramm**

Die Gesundheitserziehung von Kindern im Vorschulalter vollzieht sich im Rahmen des vom Erziehungsministerium der Sowjetunion erlassenen „Erziehungsprogramms für Kindergärten“, wobei 3 wesentliche Kriterien erfüllt werden müssen:

- das den Kindern vermittelte Wissen über Gesundheitsfragen muß wissenschaftlich fundiert und der jeweiligen Lernfähigkeit der Kinder angemessen sein;
- die angewandten Methoden müssen auf die didaktischen und pädagogischen Erfordernisse bei Kleinkindern abgestimmt sein;
- die Verhaltensstandards, die von den Kindern in Therapie- und Präventionszentren, in vorschulischen Einrichtungen und innerhalb der Familie erreicht werden sollen, müssen einer sorgfältigen Kontrolle unterliegen.

Aufgabe von Therapie- und Präventionszentren, von vorschulischen Einrichtungen und nicht zuletzt der Familien soll es sein, Bedingungen zu schaffen, die ein gesundes Heranwachsen der Kinder ermöglichen. Im Hinblick auf dieses Ziel werden Untersuchungen zur Gesundheitserziehung aller Kategorien der erwachsenen Bevölkerung, die mit Kindererziehung oder medizinischer Betreuung von Kindern zu tun haben, durchgeführt. Zu diesen Untersuchungen gehören erziehungsrelevante Fragen, wie z.B. die Förderung einer gesunden Lebensweise und die Verhütung von Krankheiten.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird der Entwicklung neuer Methoden der Gesundheitserziehung in den Familien im Hinblick auf veränderte Lebensbedingungen, auf soziale Aspekte des Lebens und Einstellungen der Eltern zur Gesundheit ihrer Kinder besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

## **VIII**

### **Synthese des Seminars**

## Ein anregender Dialog

**Annette Kaplun**

Das Fünfte Internationale Seminar für Gesundheitserziehung befaßte sich mit Themen von großer Tragweite. Themen, die obwohl sie für den einzelnen und die Gesellschaft von größter Bedeutung sind, bisher weder ausreichend untersucht noch in der Planung und Praxis der Gesundheitserziehung genügend berücksichtigt wurden.

Besonders interessant an diesem Treffen war es, daß hier Gesundheitspraktiker und Experten aus sehr unterschiedlichen Bereichen zusammenkamen — mit allen Konsequenzen, die dies hinsichtlich der Anpassung der Konzepte sowie der gegenseitigen Befruchtung durch die verschiedenen Erfahrungen und Standpunkte hatte. Aus dieser Vielfalt an Gedanken und Material lassen sich vier Hauptaspekte herauskristallisieren:

- 1) das Seminar sprach der Vernunft des Menschen sein Vertrauen aus;
- 2) es skizzierte die Aufgaben derjenigen, die in der Gesundheitserziehung tätig sind:
  - den Menschen zuhören, ihre Fragen, ihre Sorgen anhören; ihre wirklichen Bedürfnisse und die Wurzeln ihrer Probleme erkennen;
  - sich an die Fachleute wenden und den Menschen ihre Antwort dann verständlich machen; ein Verbindungsglied darstellen;
  - sich auf die Seite der Eltern stellen und dazu beitragen, daß sie ihr Wissen und ihre Fähigkeiten voll ausschöpfen und entsprechend handeln können;
  - für Begegnungen zwischen den Betroffenen, den Gesundheitsdiensten und den Behörden sorgen;
- 3) es machte deutlich, wie notwendig es ist, sich der Realität — der sozialen Realität voll bewußt zu sein;

---

ANNETTE KAPLUN ist Herausgeberin des Internationalen Journals für Gesundheitserziehung, Genf, Schweiz.

*Anschrift:* 3 rue Viollier, CH-1207 Genf.



- 4) es zeigte das große Interesse der Sozialwissenschaftler, ihr Wissen in die Gesundheitserziehung einzubringen — wo dann praxisrelevante Ergebnisse erzielt werden können; mit anderen Worten, es wurde der Weg für einen fruchtbaren Dialog bereitet.

Dieser Bericht möchte unter drei thematischen Überschriften eine Synthese einiger wichtiger Aussagen der Redner, Arbeitsgruppen und Diskutierenden im Plenum bieten. Zum einen, welche wichtigen Fragen und Probleme wurden behandelt; zum anderen, welchen Kenntnisstand haben wir durch die Beiträge der Fachleute und durch die in den Gesundheitserziehungsprogrammen gesammelten Erfahrungen insgesamt erreicht; und schließlich, welche Konsequenzen hat dies für unser Handeln in der Gesundheitserziehung?

## DIE PROBLEME

Die Probleme sind umfassend und zahlreich.

Die Industrialisierung hatte weitreichende Folgen für die psychosoziale Entwicklung des Kindes und trug erheblich dazu bei, daß der Sozialisationsprozeß von einer privaten Angelegenheit zu einem „wissenschaftlichen“ Phänomen wurde. Bis vor kurzem war die Sozialisation von Kleinkindern das Vorrecht und in der Verantwortung „des Volkes“. Als dann die Wissenschaftler diesen Prozeß entdeckten und ihn zu analysieren begannen, gaben sie plötzlich Empfehlungen und sagten den Eltern, wie sie ihre Kinder zu erziehen hätten. Inzwischen ist es so weit gekommen, daß sich die Eltern unfähig fühlen, irgendwelche Entscheidungen über die Behandlung ihrer eigenen Kinder zu treffen, ohne vorher die „Experten“ zu befragen. Dies hat zur Folge, daß wir vielleicht schon gefährlich nahe an einer Professionalisierung der Kindererziehung sind.

Ein zweites Merkmal im Zusammenhang mit der Industrialisierung ist der Übergang von der Großfamilie zur Kernfamilie. Dies hatte eine zunehmende Isolierung der Familie zur Folge und brachte eine erhöhte Verantwortung der beiden Elternteile für die Sozialisation ihrer Kleinkinder mit sich, die ja früher mit vielen anderen Familienmitgliedern geteilt worden war. Die Menschen wollen jedoch die Privatsphäre, die ein Kennzeichen der Kernfamilie ist, selbst wenn sie dafür oft einen hohen Preis zahlen müssen. Insbesondere bedeutet dies, daß sie in Krisensituationen eventuell auf die Unterstützung durch ein soziales Kommunikationsnetz verzichten müssen. Es bedeutet auch, daß sich keine anderen Personen regelmäßig in der Gegenwart des Kindes befinden, mit denen es dann alternative Beziehungen aufbauen könnte.

Bisher haben wir keine eindeutigen Aussagen darüber wie sich soziale Veränderungen, die die Erwachsenen betreffen, auch auf die Kinder auswirken und wie die Motivationen der Kinder durch diesen evolutionären Prozeß verändert werden. Es gibt eine Art der Motivation, die sicherlich beeinflußt wird, und zwar die der Leistung. Die Eltern sagen ihren Kindern, daß der Erfolg im Leben von den eigenen Anstrengungen abhängt, die soziale Wirklichkeit scheint allerdings zu zeigen, daß dies bei weitem nicht immer zutrifft. Es gibt auch einige Traditionen, die im Schwinden sind — wie beispielsweise die Ehe. Dies hat zur Folge, daß die Kinder sich nicht länger unbedingt mit den überlieferten Modellen identifizieren.

Daneben bestehen noch die von uns selbst verursachten Probleme. Es gab einmal eine Zeit, in der die Bindung in den Familien etwas Positives war. Erst als wir darauf bestanden, daß alle Kinder in Krankenhäusern zur Welt kommen müßten und Neugeborenenstationen getrennt von den Entbindungsstationen einrichteten, als wir damit begannen, Säuglinge auf Intensiv- und Frühgeburtenstationen zu legen und so das Neugeborene von der Mutter trennten, stellten wir entsetzt fest, daß wir in den normalen Sozialisationsprozeß bei der Geburt eingegriffen hatten, den man jetzt als „Bindung“ bezeichnet. Durch Filmvorführungen während des Seminars wurde auch recht eindringlich gezeigt was geschieht, wenn der Prozeß der Bindung „medizinisiert“ wird und die Kinder ganz pünktlich in kleinen Gruppen zu den Müttern gebracht und wieder abgeholt werden. Diese Probleme wurden vom Menschen selbst geschaffen, genau wie die Schwierigkeiten beim Stillen.

Es gibt noch eine dritte Art von Problemen, an die wir uns kaum heranwagen: sozioökonomische Probleme, schlechte Lebensbedingungen, mangelnde soziale Gerechtigkeit.

In dem Maße, in dem die Belastung der Familien zunahm, versuchte man Auswege durch alternative und effektive Lösungen zu finden. Kindergärten brachten einige Erleichterung, so wie auch Tagesmütter — doch sind diese Lösungen nicht immer zufriedenstellend.

Die Schlüsselfrage ist: Verschafft den Frauen der Mutterstatus wirklich Befriedigung? Einige der durchgeführten Studien scheinen darauf hinzudeuten, daß dies nicht immer der Fall ist, und daß einige Mütter mit ihren Kindern im Alter zwischen 1 und 3 Jahren nicht wirklich froh sind. In einem Land waren nur zwei Drittel der befragten Frauen glücklich darüber, Mutter zu sein. Es trifft zu, daß Mütter ihre berufliche Tätigkeit und andere Vorteile aufgeben müssen, wenn sie sich entscheiden zu Hause zu bleiben, ohne daß sie dafür sehr viel gesellschaftliche Anerkennung bekämen. Deshalb ist es nicht überraschend, daß bei Müttern mit Kleinkindern die Befriedigung, die aus der Kindererziehung resultiert, nicht immer die Oberhand über andere Gefühle gewinnt. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, warum eine Mutter in ihrem Innersten den Wunsch verspüren mag, sich von ihrem Kind zu trennen, wenn es 18 Monate alt wird — obwohl in unserer westlichen Gesellschaft ein solcher Wunsch nie offen ausgesprochen wird.

Der sogenannte „Analphabetismus“ der Eltern hinsichtlich der Zeichensprache der Kinder, war ein weiterer Problemkreis, der den Teilnehmern vorgetragen wurde. Man betonte, daß ein Großteil der Mütter sich vielleicht anders verhielte, wären sie über die Bedeutung der Zeichen ihrer Kinder informiert. Es gibt eine gewisse „kulturelle Blindheit“, die wir überwinden müssen. Es trifft weiterhin zu, daß die Eltern sich oft nicht über Verhaltensweisen, die Störungen anzeigen, bewußt sind und deshalb Abweichungen zu spät erkennen. Und doch ist es, wie aus einem Land berichtet wurde, in 50% der Fälle die Mutter, die als Erste bemerkt, daß eine Abweichung vorliegt.

Das bringt uns zu einer grundlegenden Frage: Wie können die Eltern lernen, das Verhalten ihrer Kinder einzuschätzen? Wie kann man sie in die Lage versetzen, Abweichungen früh zu erkennen? Als erstes müssen die Eltern natürlich einsehen, daß sie tatsächlich mehr Informationen brauchen. Dies ist oftmals nicht der Fall, wie

die Ergebnisse einer Untersuchung zeigten: mehr als 27% der Eltern gaben an, keine Probleme zu haben, und 50% von ihnen stellten keine Fragen.

Tatsächlich wurden während des Seminars noch wesentlich mehr Fragen aufgeworfen.

- Wie können wir die Familien bei der Sozialisation ihrer Kinder unterstützen, ohne daß es zu einer Professionalisierung kommt und die Eltern dadurch unfähig gemacht werden?
- Gibt es genügend Beweise dafür, daß es an nicht-verbaler Kommunikation zwischen Kleinkindern und Eltern mangelt?
- Können wir den Müttern wirklich beibringen, ein „gutes“ Verhältnis zu ihren Kindern zu haben?
- Gibt es lediglich eine Korrelation zwischen einer funktionierenden Eltern-Kind-Beziehung und der kognitiven Entwicklung oder besteht hier ein ursächlicher Zusammenhang?
- Wie können wir die Schuldgefühle von Müttern verhindern?
- Was kann man tun, damit Krankenhausaufenthalte und Trennungen erträglicher werden?
- Welche Auswirkungen auf die spätere Entwicklung der Kinder haben die Kontakte von Müttern und Kindern mit den Gesundheitsdiensten?
- Wie können wir die Eltern in die Lage versetzen, selbständig zu lernen? Wie können wir sie dazu bringen, unsere Beratung anzunehmen?
- Aus welchen Quellen wollen und akzeptieren die Betroffenen Informationen? Welches sind die glaubwürdigsten Quellen?

Und schließlich einige brisante Fragen über die Rolle der Gesundheitserziehung:

- Welche Zielgruppen haben wir? Wie können diese Zielgruppen erfolgreich informiert, angesprochen und zur Verhaltens- und Meinungsänderung bewogen werden? Welches sind unsere erzieherischen Zielsetzungen?
- Wenn die Mütter kein Interesse an der Kindererziehung haben, ist es dann die Aufgabe der Gesundheitserziehung, ein solches Interesse zu fördern? Falls ja, wie kann sie das tun?
- Spielt die Gesundheitserziehung bei der Lösung sozialer Probleme eine Rolle? Falls ja, welchen Beitrag kann sie zur Veränderung sozialer Realitäten leisten, d.h. zu Problemlösungen, die politische oder wirtschaftliche Fragen berühren?

## DIE WISSENSBASIS

Es gibt sicherlich viele Fragen und man könnte noch weit mehr stellen. Aber vielleicht sollten wir uns auch mit dem Wissen befassen, das wir bisher gesammelt haben, und auf das wir unser gesundheitserzieherisches Handeln stützen können.

Die Schwierigkeit für die Gesundheitserzieher besteht darin, daß sie Daten benötigen, die solide genug sind, um die Investition von Mitteln zur Übermittlung von

Informationen in einer erfolversprechenden Form zu rechtfertigen. Eine umstrittene Frage befaßt sich mit der möglichen Rolle der Gesundheitserziehung im Zusammenhang mit den vielen widersprüchlichen Faktoren, die die Sozialisation anscheinend beeinflussen.

Welche Daten stehen uns a) von seiten der Experten, b) als Resultate der gesundheitserzieherischen Arbeit zur Verfügung, die man als Grundlage für die Entwicklung weiterer Aktivitäten heranziehen könnte?

Entsprechend dem jetzigen Stand des Wissens wird die beste Entwicklung in der frühen Kindheit dadurch garantiert, daß sowohl die materiellen Voraussetzungen geschaffen werden als auch dadurch, daß dem Kind dauerhafte Zuneigung und Partnerschaft beim Erfahren der Welt zuteil wird.

Die psychosoziale Gesundheit eines Kindes hängt davon ab, ob es mit bestimmten Personen, die regelmäßig bei ihm sind, eine gute Beziehung aufbauen kann. Auf dieser Grundlage, d.h. ohne das Gefühl der Unsicherheit, können Wissensdrang und anregendes Spiel Erfahrungen vermitteln, die es dem Kind ermöglichen, mit den objektiven Gegebenheiten der Umwelt angemessen zurechtzukommen.

In diesem Zusammenhang kann man das Neugierverhalten als eine der wichtigsten Triebkräfte der kindlichen Entwicklung ansehen. Diese Verhaltensweise zeigt sich in Tätigkeiten, die zur Formulierung von Generalisierungen über die Realität führen. Es tritt aber eine Hemmung des Wissensdrangs — und folglich eine Verhaltensstörung — ein, wenn es keine Befriedigung der Bedürfnisse auf einer tieferen Ebene gibt, wie Hunger, Durst, Schmerz oder Angst.

Sozialisation ist der Prozeß des Erlernens sozialer Rollen und ihrer Ausfüllung. Durch diesen Prozeß lernt das Kind, sich als Mitglied der Gesellschaft zu verhalten und mit ihren anderen Mitgliedern auszukommen. Es internalisiert Werte, Verhaltensnormen, moralische Grundsätze und die angemessene oder akzeptierte Sicht der Umwelt. Die Sozialisation stellt auch ein wichtiges Instrument sozialer Kontrolle dar, durch das eine Gesellschaft sicherstellt, daß das Individuum die sozialen Normen erlernt, die den Institutionen dieser Gesellschaft eigen sind. Es ist praktisch unmöglich, Verhaltensänderungen zu erreichen, wenn die soziale Umwelt die Durchsetzung neuer Verhaltensmuster nicht erleichtert oder fördert.

Beispiel und Nachahmung sind zwei wichtige Faktoren in der primären Sozialisation. Die Eltern sind sich ihrer Bedeutung im Zusammenhang mit einer Reihe von Gewohnheiten nicht bewußt. So zeigte eine Studie zum Beispiel, daß von einer Gruppe von Kindern, deren Eltern rauchten und die sich dessen bewußt waren, 39% dachten, daß das Rauchen bei Müttern „normal“ sei, und 48% dachten das gleiche vom Rauchen des Vaters. In diesem frühen Alter scheint man Kinder nicht so sehr dadurch beeinflussen zu können, daß man ihnen sagt, was gut oder schlecht für sie ist, als vielmehr dadurch, daß man ihnen ein Beispiel gibt. Die Gesundheitserziehung in der primären Sozialisation wird sich mit diesem Problem auseinandersetzen müssen, wenn man überhaupt etwas erreichen will.

Der Sozialisationsprozeß unterscheidet sich nicht nur sehr stark von Kultur zu Kultur, sondern auch innerhalb der Kulturen und Subkulturen. In allen Gesellschaften stellt jedoch die Auflösung der Mutter-Kind-Bande ein soziales Ereignis dar. Dies findet in verschiedenen Altersstufen statt, mehr oder weniger gewaltsam, mit ver-

schiedenen Zielsetzungen, je nach Alter, Geschlecht und den sozio-ökonomischen Rollen, die die Gesellschaft für ihre weitere Existenz braucht und für das Kind „vorgesehen“ hat.

Die körperliche Trennung von der Mutter ist eine angstvolle Erfahrung für einen Säugling oder ein Kleinkind, wenn sie in ein Vakuum mündet. Es konnten jedoch mittlerweile einige Faktoren erkannt werden, die den Schock der Mutter-Kind-Trennung mildern können, und dieses Wissen kann zur Bewältigung einer solchen durch Trennung verursachten Krise nutzbar gemacht werden. Außerdem ist die leibliche Mutter nicht unbedingt die einzige geeignete Sozialisationsperson für ein Kind. Äußerst zuverlässige Forschungsergebnisse zeigen, daß es keinerlei Hinweise darauf gibt, daß eine außer Haus arbeitende Mutter notwendigerweise für die Entwicklung ihres Kindes nachteilig sein muß. Das Muttersein oder besser gesagt, das Elternsein wird zunehmend als etwas Qualitatives denn etwas Quantitatives angesehen.

Der Grad der Zufriedenheit einer Frau mit ihrer eigenen Rolle (egal, ob „Nurhausfrau“ oder vollzeitbeschäftigt) ist ein ausschlaggebender Faktor für eine erfolgreiche Kindererziehung (er wirkt sich sogar auf die schulischen Leistungen des Kindes aus).

Weitere Forschungsergebnisse aus dem Deutschen Jugendinstitut in München zeigen:

- 1) Kinder, die in Säuglingsgruppen in Tageskrippen heranwachsen, zeigen in bestimmten Stadien, im Vergleich zu Kindern in Familien, einen Entwicklungsrückstand (z.B. in der Sprachentwicklung), die meisten holen aber sehr schnell auf, und im Vorschul- oder Schulalter sind sie den Kindern, die immer in einer Familie waren, ebenbürtig, wenn nicht sogar voraus (das gleiche gilt für das Sozialverhalten).
- 2) Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Kindern, die zu Hause in ihrer eigenen Familie sind und denen, die tagsüber in einer Pflegefamilie sind.

Diese Ergebnisse berühren ein Thema, daß seit vielen Jahren Kern der Kontroverse war.

### *Kindertagesstätten*

Tagesstätten werden meist allgemein abgelehnt; eine Gruppe ging soweit zu sagen: „Es muß jede Anstrengung unternommen werden, um zu verhindern, daß ein Kind in ein Heim kommt!“ Trotzdem schätzte man in einem Land, daß ungefähr 30% der Kinder in den Tagesstätten unter besseren Bedingungen leben als zu Hause.

Die ungarischen Erfahrungen mit Kindertagesstätten waren Gegenstand einer WGO-Studie. Die Resultate zeigen, daß alle Kinder, die in Tagesstätten aufgezogen worden waren, sich zu guten Schülern entwickelten und dann zu normalen Heranwachsenden — keiner wurde kriminell — und schließlich zu Erwachsenen, die heirateten und erfolgreich eine Familie gründeten.

In der UdSSR stellen Vorschuleinrichtungen die erste Phase der Erziehung des Kindes dar. Sie legen Wert auf die Gesundheitserziehung der Schüler, und ihre Hauptaufgabe besteht darin, die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder optimal zu fördern. Die Erzieher unterweisen die Kinder in den einfachsten Gesundheitsge-

wohnheiten und bringen ihnen gesundheitsfördernde Fähigkeiten bei. Die Erziehung der Kinder ist ja bekanntlich auch die eigentliche Aufgabe dieser Pflegestätten.

In der Bundesrepublik Deutschland zeigt das Kinderhaus in München, daß solche Institutionen tatsächlich sehr positiv sein können. Allerdings ist eine Grundvoraussetzung dafür gut ausgebildetes Personal, das sich darüber im klaren ist, daß es sich mit der Gesamtentwicklung der Kinder — emotional, intellektuell und körperlich — befassen muß, ohne sich unbedingt persönlich zu engagieren. Es müssen auch Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die es den Erziehern ermöglichen, sich um nicht mehr als 2 oder 3 Kinder kümmern zu müssen und so die Pflege ganz persönlich gestalten zu können.

### *Die Elternerziehung*

Auf diesem Gebiet sind viele Programme entwickelt worden: Programme für Eltern normaler Kinder, Eltern mit Problemkindern und Eltern mit schwerbehinderten Kindern. Jedes einzelne stellt die Suche nach einem neuen und kreativen Ansatz dar.

Hier gibt es das Beispiel der Offenen Universität in Schottland, wo sich die Familien bei einer Art Telekolleg anmelden und an einem dreimonatigen Kursus teilnehmen können, der sich mit den ersten drei Lebensjahren befaßt. Auf Anfrage steht vor Ort ein Berater bereit, um den Müttern beim Verstehen bestimmter Punkte zu helfen. In einigen ausgewählten Krankenhäusern in der Tschechoslowakei werden in den Wöchnerinnenstationen und den Warteräumen experimentelle interne Fernsehprogramme gezeigt, die die Mütter, ihre Familien und Freunde beraten sollen. Belgien und die Schweiz haben ihrerseits Pilotprogramme zur Elternerziehung entwickelt, die entweder primäre oder sekundäre Vorsorge zum Ziel haben. In Irland und Portugal gibt es spezielle Kinderstationen in den Krankenhäusern, die sich mit der Erziehung der Eltern befassen, deren Kinder Fehlentwicklungen zeigen. Die Niederlande berichteten über eine interessante Erfahrung mit einer neuen Dienstleistung: Wöchnerinnenhelfer, die sich um Mutter und Säugling nach einer Entbindung zu Hause kümmern; sie erleichtern so den Vorgang der Bindung und erteilen Gesundheitserziehung in der häuslichen Umgebung.

Ein Beispiel dafür wie die Sozialwissenschaften — in diesem Fall die klinische Psychologie — die Gesundheitserziehung befruchten können, bietet eine longitudinale Studie aus der Bundesrepublik Deutschland. Sie diagnostizierte die Risikofaktoren für Verhaltensweisen und die Verhinderung von Verhaltensstörungen bei Kindern im Alter von 2-4 Jahren.

Hinsichtlich der Suche nach effektiven Ansätzen ist immer wieder betont worden, daß wir bei den Menschen selbst beginnen und ihnen helfen müssen, ihr vorhandenes Wissen zu nutzen, damit sie ihre Probleme lösen können. Diese beiden Grundsätze wurden in Italien und Frankreich in die Tat umgesetzt. In Perugia wird augenblicklich ein epidemiologischer Ansatz der Gesundheitserziehung im Zusammenhang mit einem Projekt zur Gesundheit von Mutter und Kind angewendet: die Gesundheitserzieher versuchen, mit Hilfe der Betroffenen selbst — den "natürlichen Experten", wie sie sie nennen — deren Bedürfnisse zu formulieren und dann einen Vorschlag zu machen, wie und durch wen, in diesem Fall durch die Betroffenen, die Behörden und die Gesundheitsdienste, Abhilfe zu schaffen sei. In Nancy,



Frankreich, wurde versuchsweise eine Gruppe von Eltern, deren Kinder Bettnässer waren, zusammengebracht: es gab keine Vorträge, keine Experten waren bei dem Treffen anwesend. Die Eltern begannen über ihr Problem zu reden, und am Ende hatten sie alle Antworten selbst gefunden.

Auch aus der UdSSR wird berichtet, daß man beträchtliche Anstrengungen unternimmt, um neue Methoden der Gesundheitserziehung der Familie zu entwickeln, die sich erfolgreich auf veränderte Lebensbedingungen, soziale Aspekte des Lebens und Einstellungen zur Gesundheit des Kindes auswirken könnten.

## KONSEQUENZEN FÜR DAS GESUNDHEITSERZIEHERISCHE HANDELN

Zu welchen Erkenntnissen sind wir gelangt, und welche Schlüsse können wir hinsichtlich der Konsequenzen für die Gesundheitserziehung ziehen? Drei unterschiedliche Anliegen lassen sich deutlich formulieren:

- Warnungen;
- Anregungen zum praktischen Handeln und
- Vorschläge zur Entwicklung geeigneter Strategien.

### Warnungen

- Die Gesundheitserzieher müssen sich davor in acht nehmen, ein Zerrbild des Menschen auf der Grundlage wissenschaftlicher Theorien zu entwerfen.
- Solange die Gesundheitserzieher mit ihren vorgefaßten Theorien in die Praxis gehen, werden sie nicht hören, was ihnen die Betroffenen selbst zu sagen haben.
- Verunsicherung und Schaden kann durch die Verbreitung wissenschaftlicher Theorien verursacht werden, wenn nicht gleichzeitig ein Gegengewicht in Form von Mechanismen besteht, die den Eltern helfen, diese neuen Konzepte zu verstehen und sie so aufzuschlüsseln, daß sie für das tägliche Leben nutzbar gemacht werden können.
- Wir müssen uns davor hüten zu verallgemeinern und zu sagen, daß eine „gute Mutter“ sich so und nicht anders verhält. Bestimmte Dinge können in einer bestimmten Situation schädlich sein und in einer anderen nicht. Es ist gefährlich, Verhalten standardisieren zu wollen. Im Bereich der Gesundheit ist es normal, die Verhaltensweisen zu etikettieren: es ist „schlecht“ zu rauchen, es ist „gut“, Sport zu treiben; aber im sozialen Bereich laufen wir Gefahr, zu „Moralpredigern“ zu werden.
- Eine weitere Gefahr besteht darin, Normen für das Mutter-Kind-Verhalten festzulegen: man läuft dadurch Gefahr, die Spontaneität zu hemmen, die für die menschlichen Beziehungen so nötig ist, und bei den Eltern, die den Normen nicht entsprechen, Schuldgefühle zu verursachen.
- Außerdem trifft das, was wir bei der Sozialisation von Kindern als „normal“ bezeichnen, in 60% der Fälle nicht zu. Spricht man mit berufstätigen Müttern in

den Armenvierteln, dann spielen die „kognitiven Stimuli“ auf einmal keine Rolle mehr. Dies erweitert den Begriff der Normalität. Es gibt nicht nur ein Modell für die Normalität.

- Die Tyrannei der Normen ist kein Mythos und sie kann schädlich sein. Normen berücksichtigen nicht die beträchtlichen Spielräume innerhalb der biologischen Realität. Sie stellen nur einen engen Ausschnitt der Normalität dar und machen diejenigen unglücklich, die dem nicht entsprechen (z.B. im Hinblick auf Übergewicht). Die Gesundheitserziehung muß ihren Beitrag dazu leisten, daß sich jeder glücklich fühlt, er selbst zu sein, innerhalb seines persönlichen Bereichs der biologischen Realität.
- In unserem Bestreben, Kinder vor Leiden zu bewahren, dürfen wir nicht vergessen, daß eine völlige Abkapselung von Erfahrungen mit Stresssituationen genauso gefährlich sein kann wie mangelnder Kontakt mit Mikroben. Wir müssen geistige Widerstandskraft genauso aufbauen wie körperliche Widerstandskraft.

### **Anregungen zum praktischen Handeln**

Hier lag das Hauptgewicht auf dem eigenen Handeln der Betroffenen. In diesem Zusammenhang wurden die Aktions- und Selbsthilfegruppen, mit denen jetzt auch die Gesundheitserzieher zunehmend arbeiten, sowie die Tatsache, daß diese Formen an Bedeutung gewinnen, hervorgehoben.

Häufig sind Aktionsgruppen eine Möglichkeit, Druck auf das politische System auszuüben. In England sind die Aktionsgruppen recht einflußreich. Eine Elternaktionsgruppe hat Zugang zum Parlament und verschafft sich so Gehör. In Selbsthilfegruppen dagegen treffen sich Menschen, die gemeinsame Interessen haben und ihre Probleme mit anderen besprechen wollen und müssen, um sie besser zu bewältigen. Wir sollten nicht einige der Gefahren übersehen, die solche Gruppen mit sich bringen können, d.h. die Möglichkeit der Manipulation durch bestimmte Gruppenmitglieder, wenn kein offizieller Leiter ernannt wird und die Gefahr für die Experten, mit dem System in Konflikt zu geraten, wenn sie sich auf die Seite der Betroffenen stellen. Im allgemeinen sind die Selbsthilfegruppen jedoch „eine gute Sache“, und die Gesundheitserzieher sollten in solchen Gruppen als Förderer und Kontaktpersonen zur Verfügung stehen.

Man muß auch sehen, daß Gruppen Bedingungen schaffen können, die es dem einzelnen ermöglichen, seine potentiellen Fähigkeiten zu entwickeln. Sie können Prozesse des sozialen Wandels anregen, die dann zu einer Übertragung der Familienrollen auf andere Institutionen führen.

Im Rahmen von Gruppen kann Eltern leichter geholfen werden, (1) das kindliche Zeichensystem und (2) die kindlichen Verhaltensweisen, die Störungen andeuten (wie Mangel an Neugierde), zu verstehen und zu interpretieren.

Des weiteren kann die Isolation der Kernfamilie teilweise durch die Schaffung von Müttergruppen und nachbarschaftlichen Selbsthilfegruppen überwunden werden. Hierfür könnten die Schwangerschaftskurse als Ausgangspunkt dienen.

Schließlich wurden im Seminar, außerhalb der Gruppenarbeit, auch noch andere praxisnahe und originelle Lösungen hervorgehoben:



- Für Kinder aus Kernfamilien sollten Gelegenheiten geschaffen werden, Erfahrungen mit der Großfamilie oder erweiterter Familie zu machen.
- Um Trennungen zu vermeiden, sollten zunehmend Helfer in den Familien und am Ort eingesetzt werden, die sich um die Kinder in ihrem eigenen Zuhause kümmern können und ihnen so die zusätzliche Strapaze einer Veränderung der Umgebung und des Milieus ersparen.
- Die Qualität der außerfamiliären Hilfen wie Tagesmüttern, muß verbessert und die Einrichtungen dafür ausgebaut werden. Es ist eine dringende und große Aufgabe für die Gesundheitserzieher, alle Personen, die als Mutterersatz in Frage kommen, zu unterweisen.
- Es tut not, sich etwas Neues zur Überwindung der Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Berufstätigkeit von Müttern einfallen zu lassen: warum kann man nicht eine Müttergemeinschaft schaffen, bei der es den Müttern möglich wäre, stundenweise zu arbeiten und die Kinder mitzunehmen?
- In den Städten muß man künstlich Gemeinschaftsstrukturen in Form von Nachbarschaftsspielgruppen, Spielräumen, Kinderzentren, Mütterklubs oder -treffen etc. aufbauen. In diesem Zusammenhang sind die Städteplaner die wichtigsten Ansprechpartner der Gesundheitserzieher.

### **Die Entwicklung geeigneter Strategien**

In vielen Bereichen ist etwas unternommen worden, doch bleibt noch viel zu tun — dies war die Ansicht, die die Gruppen zum Ausdruck brachten. Jedoch, wie weit können wir bei der Konzipierung von Plänen gehen?

Es gibt zwei Bereiche, in denen wir über genügend Wissen verfügen, um zu handeln. Der eine Bereich betrifft die Geburt: wir wissen, daß Neugeborene bei ihrer Mutter sein müssen; der andere bezieht sich auf den Krankenhausaufenthalt von Kindern: hier sind schon einige praktische Maßnahmen getroffen worden, um die Belastung für das Kind minimal zu halten.

Eng verwandt hiermit ist das Problem der medizinischen Untersuchungen — Vorsorgeuntersuchungen und auch kurative Untersuchungen. Auch sie stellen für das Kind, das mit fremden Personen nicht in engen Kontakt kommen möchte, eine Stresssituation dar. In den meisten europäischen Ländern hat ein Kind im Alter von 0-5 Jahren jedoch 40 solcher Kontakte mit verschiedenen Ärzten. Zur Abhilfe wurden unter anderem folgende Möglichkeiten vorgeschlagen:

- a) für den Arzt: mit dem Kind spielen, ihm kleine Geschenke machen, es im körperlichen Kontakt mit seiner Mutter bleiben lassen;
- b) für die Eltern: ein Rollenspiel der Untersuchung (Fiebermessen etc.)

Es gibt aber auch Bereiche, in denen die wissenschaftlichen Erkenntnisse ungenügend sind. Wir wissen z.B. noch nicht genug über die „normale“ Entwicklung von Kindern, um Eltern über alle Aspekte der Sozialisation informieren zu können und entsprechende gesundheitserzieherische Strategien zu entwickeln. Wir sollten uns deshalb im wesentlichen heraushalten und nur in Krisensituationen eingreifen. Nach Ansicht einer Gruppe sollte dabei aber eine vorausgehende Beratung nicht ausgeschlossen sein.

Im Gegensatz zu dieser Ansicht wurde der Standpunkt vertreten, daß auch dann Schritte unternommen werden können, wenn die Kenntnisse unzureichend sind:

- erstens vis-à-vis den Familien: unter normalen Umständen können wir das normale kulturelle Wissen der Menschen — in das wir eingegriffen haben — verstärken, so daß wir dann eingreifen können, wenn die Familien um Hilfe bitten oder versagen;
- zweitens vis-à-vis den Pflegeeinrichtungen für Kinder: wir können sie hinsichtlich der Umweltbedingungen und der Ausbildung des Personals beraten.

In allen diesen Bereichen muß die Gesundheitserziehung jedoch ihren philosophischen Standpunkt festlegen. Wollen wir die Gesellschaft akzeptieren, so wie sie ist und versuchen, die Lage mit Hilfe der Wissenschaft zu verbessern, oder wollen wir das Übel bei der Wurzel packen und soziale Veränderungen herbeiführen? Wir können nicht an der Tatsache vorbeisehen, daß gesundheitserzieherisches Handeln immer in einem politischen und sozialen Kontext stattfindet und sich oft mit Themen befaßt, die in den Kompetenzbereich der Regierung fallen.

Daher ist es notwendig, allgemeine Konzepte zu entwickeln, die als Richtlinien für das Handeln gelten können.

### *Einige allgemeine Konzepte*

- Die Gesundheitserziehung muß als wesentlicher Bestandteil eines umfassenden Interventionsprozesses angesehen werden. Sie ist kein untergeordnetes Instrument zur Förderung der Gesundheit, das in einzelnen, begrenzten Programmen eingesetzt werden kann.
- Gesundheitserzieherische Maßnahmen müssen im Zusammenhang mit Programmen der gesundheitlichen Primärversorgung geplant und durchgeführt werden.
- Die Kluft zwischen den Forschungsergebnissen einerseits und der gesundheitserzieherischen Praxis andererseits muß unbedingt überbrückt werden.
- Die Forschung darf niemals ihre Doppelfunktion aus den Augen verlieren, d.h. a) Informationen für die Fachleute und für die Gesellschaft allgemein bereitzustellen, aber gleichzeitig auch, durch Reflexion und Feedback, b) Verbesserungen in der Praxis durchzusetzen.
- Um die Effizienz der Gesundheitserziehung zu erhöhen, muß untersucht werden, welches die erfolgreichsten Informationsmedien sind. Die Bedeutung des Fernsehens als Informationsmedium zur Gesundheitserziehung nimmt zu.
- Unsere Versuche, Verhaltensänderungen herbeizuführen, konzentrieren sich zu oft auf das Individuum. Es ist jedoch praktisch unmöglich, Verhaltensänderungen zu erreichen, wenn die Umwelt die Durchsetzung der neuen Verhaltensmuster nicht erleichtert und fördert.
- Wir müssen auf der Ebene ansetzen, auf der die Veränderung herbeigeführt werden soll.
- Wir müssen uns darüber im klaren sein, daß das Gesundheitsverhalten Teil der „alltäglichen Lebensweise“ eines Menschen ist und nicht in Teilaspekten geändert werden kann, ohne gleichzeitig die Lebensweise insgesamt zu verändern. Eine erfolgreiche Gesundheitserziehung sollte deshalb die Phasen im Leben, in

denen grundlegende Veränderungen stattfinden, nutzen, um gleichzeitig Veränderungen im Gesundheitsverhalten zu bewirken. Die frühe Kindheit und die primäre Sozialisation sind zwei dieser wichtigen Phasen.

- In einer Reihe von Kulturen werden diejenigen Beziehungen als die gesündesten betrachtet, bei denen sich jeder mindestens so weit anpaßt, daß keine der betroffenen Personen oder Gruppen unnachgiebig auf den eigenen Plänen beharrt oder gezwungen wird, sich den Absichten des anderen sklavisch unterzuordnen. Die Rolle der Gesundheitserziehung besteht darin, solche Beziehungen möglich zu machen und als Verbindungsglied zwischen den betroffenen Menschen, den Fachleuten und den Entscheidungsträgern zu fungieren.

Hinsichtlich spezieller Strategien in bezug auf die Familie, sollten die folgenden Empfehlungen beachtet werden:

- Die Elternschaft kann viele Formen haben — wir müssen uns an einige Praktiken im Rahmen kulturell vorgegebener Muster halten.
- Bei der Behandlung der Mutter-Kind-Beziehungen müssen wir bei den positiven Aspekten ansetzen und den Eltern helfen, die nötigen Fähigkeiten zu entwickeln.
- Kinder haben Probleme, wenn ihre Mütter Probleme haben. Es sollte deshalb vielleicht oberstes Anliegen der Gesundheitserziehung sein, den Müttern zu helfen, a) ihre eigenen Probleme zu lösen sowie mit ihrer Familie und, falls sie berufstätig sind, mit ihrer beruflichen Verantwortung zurechtzukommen sowie b) keine unnötigen Schuldgefühle zu entwickeln, indem man ihnen deutlich macht, daß die Qualität der Zeit, die sie mit ihren Kindern verbringen, wichtiger ist, als die Quantität. Glückliche Mütter haben auch glückliche Kinder.
- Eine aktivere Teilnahme des Vaters am Familienleben sollte gefördert werden.
- Familien entwickeln sich in den einzelnen Kulturen auf verschiedene Art und Weise und in unterschiedlichem Tempo. Ein einseitiges Sozialisationsmodell sollte vermieden werden.
- Destruktive Entwicklungen können nur verhindert werden, wenn man die Familien auf ihrer Suche nach eigenen Lösungen unterstützt und ermutigt, anstatt sie mit Idealen und Forderungen zu konfrontieren.
- Das primäre Ziel präventiver Arbeit darf nicht darin bestehen, das Erziehungsverhalten in einer von den Experten bestimmten Richtung zu verändern, sondern es sollte, zumindest anfangs, darauf beschränkt bleiben, den Eltern zu helfen, ihre eigenen Ideale, Werte und Verhaltensmuster, deren wahrscheinliche Konsequenzen sowie die möglichen Alternativen zu erkennen. Jeder Ansatz der Eltern, selbst die Initiative zu ergreifen, sollte nachdrücklich unterstützt werden.
- Wir müssen die soziale Kompetenz des einzelnen stärker fördern.
- Eingriffe unter dem Aspekt „Den anderen helfen wollen“ sollten auf ein Minimum beschränkt bleiben: sie können unpassend und unerwünscht sein.
- Wir müssen die Familien von der Allmacht der Experten befreien. Wir als Experten müssen bereit sein, unsere Rolle zu verändern, d.h. nicht für andere entscheiden wollen, sondern die Menschen in die Lage versetzen, ihre Eigenständigkeit zu entwickeln.

*„...wenn Liebe das wesentliche Fundament ist“*

In einer Unterhaltung während des Seminars erwähnte ein Teilnehmer die Flöte. Eine Flöte, sagte er, ist ein wunderschönes Instrument; man kann die Löcher anschauen, die Anzahl der Löcher zählen, sie messen, aber wichtig sind schließlich Klang und Ausdruck. Auch im Bereich der Gesundheit ist es unsere Aufgabe, die Menschen in die Lage zu versetzen, alle ihre Möglichkeiten voll zum Ausdruck zu bringen.

Dies bringt uns zu einer Aussage, die Antje Huber bei der Eröffnungssitzung machte. Sie sagte, daß wir uns oft scheuen ein Wort zu benutzen — das Wort „Liebe“ — vielleicht aufgrund unserer eigenen Sozialisation. „Und doch“, fuhr sie fort, „können Erziehungsfehler häufig ausgeglichen werden, wenn die Liebe das wesentliche Fundament ist. Wir müssen unsere Kinder befähigen, das Beste aus diesem Leben zu machen, das einzig ist für jeden von uns, und in jedem Kind die Fähigkeit entwickeln, andere Menschen lieben zu können.“

**IX**

**Die  
Teilnehmer**



*Antje Huber,  
Bundesminister  
für Jugend,  
Familie und  
Gesundheit  
Bundesrepublik  
Deutschland*

*Werner Wilkening  
Bundesrepublik Deutschland*



*Marsden Wagner  
WGO/EURO*



*Pavel Krasnik, CSSR*

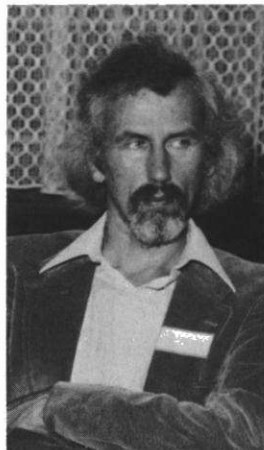
*Nadejda Malinskaya,  
UdSSR*

*Unten: während  
einer Plenarsitzung*

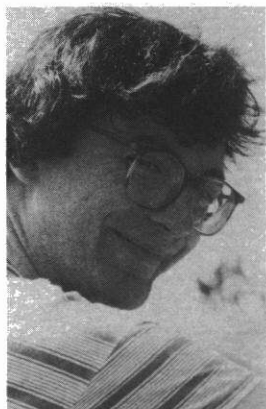




*Hans Bosse  
und Hans Fächtner,  
Bundesrepublik  
Deutschland*



*Wolfgang Jantzen  
Bundesrepublik  
Deutschland*



*Klaus Grossmann,  
Rosmarie Erben  
und Helge-Max Jahns,  
Bundesrepublik  
Deutschland* ▼

◀ *Michael-Sebastian Honig,  
Bundesrepublik Deutschland*



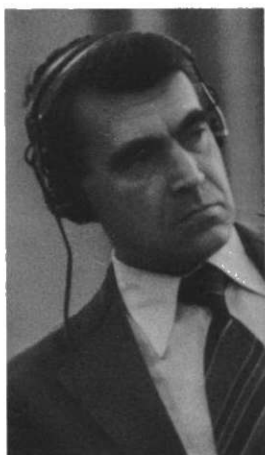
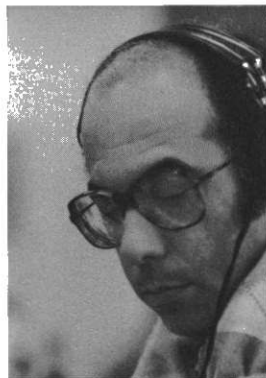




*Annette Kaplun,  
Schweiz  
und Leo Baric,  
Vereinigtes Königreich*



*Alena Staifova,  
CSSR  
und João Carlos  
Gomes Pedro,  
Portugal*



◀ *Peter Kliment,  
CSSR und  
Roland Lüthi,  
Schweiz*

*Adrian van Bentum,  
Niederlande  
und Eva Engelhardt,  
Bundesrepublik  
Deutschland*



◀ *Renate Blank,  
Bundesrepublik Deutschland  
und  
Maria Manuela  
Santos Pardal, ▶  
Portugal*



*Luc van Parijs,  
Belgien;  
Judit Falk,  
Ungarn  
und David Player,  
Schottland* ▼





*Greta Tüllmann,  
Bundesrepublik Deutschland  
und  
Lamberto Briziarelli,  
Italien*



*Marc Danzon, Frankreich  
und  
Christel Eckart,  
Bundesrepublik Deutschland*



*Irene Wittmann,  
Bundesrepublik  
Deutschland;  
Michael Church,  
Vereinigtes Königreich  
und Paul McQuaid,  
Irland* ▼





*Paul Nelles  
Bundesrepublik Deutschland*



*Ursula Sieber  
Bundesrepublik Deutschland*



*Johan M. L. Phäff  
Niederlande*



*Antonina Ostrowska, Polen*

*Unten, von links nach rechts:  
Hans Schnocks,  
Manfred Lehmann  
und Wolfgang Meyer,  
alle drei aus  
der Bundesrepublik  
Deutschland*



## **Weltgesundheitsorganisation**

*Regionalbüro für Europa*

8, Scherfigsvej  
DK-2100 Kopenhagen Ø

Dr. MARSDEN WAGNER  
Regionalbeauftragter für  
Gesundheit für Mutter und Kind

## **Internationale Union für Gesundheitserziehung**

ANNETTE KAPLUN  
Herausgeberin des *Internationalen Journals für  
Gesundheitserziehung*  
3, rue Viollier  
CH-1207 Genf

DANIEL M. SIGAUDÈS  
Internationale Union für Gesundheitserziehung  
9, rue Newton  
F-75116 Paris

## **Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit**

Postfach 20 04 90  
D-5300 Bonn 2

Bundesminister ANTJE HUBER

## **Belgien**

Dr. PAULETTE VAN OOST  
Rijksuniversität Gent  
Dienst voor Psychologie  
(Universität Gent,  
Psychologische Abteilung)  
St. Pietersplein 7  
B-9000 Gent

Dr. LUC VAN PARIJS  
Centre d'Information et d'Education à la Santé  
Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes  
Rue de la Loi 121  
B-1040 Bruxelles

MARIE VAN PARIJS  
Grote Hutse Steenweg 69  
B-1640 St. Genesius Rode

## **Bundesrepublik Deutschland**

BIRGIT BAURMEISTER  
Senator für Gesundheit und Umweltschutz  
An der Urania 12-14  
D-1000 Berlin 30

## **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**

Ostmerheimer Str. 200  
D-5000 Köln 91 (Merheim)

ROSMARIE ERBEN,  
Referentin für Auslandsbeziehungen

MANFRED LEHMANN  
Referent für Lehrgänge

Dr. MARIJKE MANTEK  
Referentin für Raucherfragen

WOLFGANG MEYER  
Referent für Behinderte und psychisch Kranke

IRENE WITTMANN  
Referentin für Primärprävention und  
Familienplanung

HANS SCHNOCKS  
Stellvertretender Direktor

WERNER WILKENING  
Direktor

## **Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen**

PAUL NELLES,  
Staatssekretär im Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales des Landes  
Nordrhein-Westfalen  
Horionplatz 1-Landeshaus  
D-4000 Düsseldorf 1

RENATE BLANK  
Psydata-Institut  
Arnsburger Str. 70  
D-6000 Frankfurt/Main 60

Prof. Dr. HANS BOSSE  
Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Frankfurt/Main  
Fachbereich Gesellschaftswissenschaften  
WBE Sozialisation/Sozialpsychologie  
Senckenberganlage 15  
D-6000 Frankfurt/Main 1

CHRISTEL ECKART  
Institut für Sozialforschung  
Johann Wolfgang Goethe-Universität,  
Frankfurt/Main  
Senckenberganlage 26  
D-6000 Frankfurt/Main 1

EVA ENGELHARDT  
Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Frankfurt/Main  
Fachbereich Gesellschaftswissenschaften  
WBE Sozialisation/Sozialpsychologie  
Senckenberganlage 15  
D-6000 Frankfurt/Main 1

Dr. HANS FÜCHTNER  
Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Frankfurt/Main  
Fachbereich Gesellschaftswissenschaften  
WBE Sozialisation/Sozialpsychologie  
Senckenberganlage 15  
D-6000 Frankfurt/Main 1

Prof. Dr. KLAUS GROßMANN  
Universität Regensburg  
Lehrstuhl für Psychologie IV  
Universitätsstr. 31  
D-8400 Regensburg

MICHAEL-SEBASTIAN HONIG, M. A.  
Deutsches Jugendinstitut  
Arbeitsbereich Familiäre Sozialisation  
Saarstr. 7  
D-8000 München 40

HANS-A. HÜSGEN, RD  
Ministerium für Arbeit, Gesundheit  
und Soziales in Nordrhein-Westfalen  
Horionplatz 1-Landeshaus  
D-4000 Düsseldorf 1

Prof. Dr. WOLFGANG JANTZEN  
Universität Bremen  
Fachbereich Sonderpädagogik  
Bibliothekstraße  
D-2800 Bremen 33

Dr. CHRISTIAN LUETKENS  
Projektgruppe: „Entwicklung von Curricula für  
die Fort- und Weiterbildung in  
Gesundheitserziehung“  
Akademie für öffentliches Gesund-  
heitswesen  
Auf'm Hennekamp 70  
D-4000 Düsseldorf

Dr. CHRISTIANE MELCHERT-HÜTER  
Rehabilitationszentrum für Kinder und  
Jugendliche  
Bereich Psychiatrie/Psychotherapie  
D-6903 Neckargemünd

PETER SABO  
Landeszentrale für Gesundheitserziehung  
in Rheinland-Pfalz e.V.  
Karmeliterplatz 3  
D-6500 Mainz

URSULA SIEBER  
Psychologisches Institut der Universität  
München  
Abteilung für Klinische Psychologie  
Kaulbachstr. 93  
D-8000 München 40

Dr. GRETA TÜLLMANN  
Deutsches Jugendinstitut  
Arbeitsbereich Familiäre Sozialisation  
Saarstr. 7  
D-8000 München 40

## Dänemark

Dr. JENS MATHIESEN  
Institut für Sozialmedizin  
Universität Kopenhagen  
32, Juliane Maries Vej  
DK-2100 Kopenhagen Ø

## Frankreich

MICHELINE D'AGOSTINO  
Centre international de l'Enfance  
Château de Longchamp  
Bois de Boulogne  
F-75016 Paris

Dr. MARC DANZON  
Chef du Département Recherche et Evaluation  
Comité français d'Education pour la Santé  
9, rue Newton  
F-75116 Paris

## Irland

Dr. INGO FISCHER  
Health Education Bureau  
7, Ely Place  
Dublin

Dr. PAUL EUGENE MCQUAID  
Department of Child and Family Psychiatry  
Mater Hospital  
Dublin

## Italien

Prof. LAMBERTO BRIZIARELLI  
Istituto d'Igiene  
Universita degli Studi di Perugia  
(Experimentelles Zentrum für Gesund-  
heitserziehung der Universität Perugia)  
Via del Giochetto  
I-Perugia

Dr. GUISEPPE CORRARELLO  
Dipartimento Servizi Sociali  
Regione Piemonte  
(Abt. Sozialwesen)  
Via Magenta 12  
I-Turin

Dr. ELSA HABICHER  
Landesausschuß, Abt. VIII: Soziale Fürsorge  
und Gesundheitswesen  
Crispistr. 9  
I-30100Bozen

## Jugoslawien

Dr. NATALIJA DUKIC-SPASOJEVIC  
Dom Zdravlja  
(Gesundheitsbesucherdienst,  
Projekt Ivanjica)  
Y-32250 Ivanjica

## Luxemburg

Dr. DANIELLE HANSEN-KOENIG  
Ministère de la Santé Publique  
10, Avenue de la Liberté  
*L-Luxembourg*

## Niederlande

Dr. ADRIAN J. VAN BENTUM  
Direktor  
Stichting K & O/Opvoedingsvoorlichting  
(Institut für Elternziehung)  
Burgemeester Pantijnlaan 65  
Landelijk Buro  
*NL-2585 BJ Den Haag*

Dr. JOHAN M. L. PHAFF  
Ministerie van Volksgezondheid en  
Milieuhygiëne  
(Ministerium für Gesundheit und Umwelt)  
Dokter Reijersstraat 8  
*NL-2260 AK Leidschendam*

## Österreich

W. HOFERAT Dr. ERNST REISETBAUER  
Amt der NÖ Landesregierung  
Landessanitätsdirektion  
Herrngasse 11-13  
*A-1014 Wien*

## Polen

Dr. ANTONINA OSTROWSKA  
Instytut Filozofii i Socjologii  
Polskiej Akademii Nauk  
(Institut für Philosophie und Soziologie,  
Polnische Akademie der Wissenschaften)  
Nowy Swiat 72, Palac Staszica  
*PL-00-330 Warschau*

## Portugal

Dr. JOÃO CARLOS GOMES PEDRO, M. D.  
Departamento de Desenvolvimento  
Serviço de Pediatria  
(Abt. für Pädiatrie)  
Hospital de Santa Maria  
Av. Egas Moniz  
*P-Lissabon*

Dr. MARIA MANUELA SANTOS PARDAL  
Ministerio dos Assuntos Sociais  
Direcção-Geral de Saúde  
Serviço de Educação Sanitária  
(Ministerium für Sozialwesen,  
Generaldirektorat für Gesundheit, Abt.  
Gesundheitserziehung)  
Alameda D. Afonso Henriques, 45  
*P-1056 Lissabon 1*

## Schweiz

Dr. ROLAND LÜTHI  
Institut für Sozial- und  
Präventivmedizin der Univer-  
sität Bern  
Inselspital  
*CH-3010 Bern*

## Tschechoslowakei

MUDr. PETER KLIMENT  
Ustav Zdravotnej Výchovy  
(Zentralinstitut für Gesundheitserziehung,  
Leiter der Abt.  
Massenmedien/Öffentlichkeitsarbeit)  
U1.R. Martanovicova 6/20  
*CSSR-899 07 Bratislava*

MUDr. PAVEL KRÁSNÍK  
Ustav Zdravotnej Výchovy  
(Direktor, Zentralinstitut für  
Gesundheitserziehung)  
U1.R. Martanovicova 6/20  
*CSSR-899 07 Bratislava*

Dr. ALENA STAIFOVÁ  
Ustav Zdravotnej Výchovy  
(stellvertr. Direktorin,  
Zentralinstitut für Gesundheitserziehung)  
Vítězného února 54  
*CSSR-120 39 Prag 2*

## UdSSR

Dr. NADEJDA MALINSKAYA  
Stellvertr. Direktorin für wissenschaftliche  
Forschung  
Zentralinstitut für wissenschaftliche Forschung  
in Gesundheitserziehung  
Kirova Str. 42  
*SU-101829 Moskau*

## Ungarn

Dr. JUDIT FALK  
Stellvertretende Direktorin  
Nationales Methodologisches Institut für  
Säuglingspflege und Erziehung  
Csecsemőotthonok Országos  
Módszertani Intézete  
Lóczy Lajos utca 3  
*H-1022 Budapest II*

## Vereinigtes Königreich

Dr. LEO BARIC  
University of Manchester  
Department of Community Medicine  
Stopford Building  
Oxford Road  
*GB-Manchester M13 9PT*



Dr. MICHAEL CHURCH  
Medical Officer, Health Education Council  
78, New Oxford Street  
GB-London WC1A 1AH

Dr. DAVID PLAYER  
Director,  
Scottish Health Education Group/  
Health Education Centre  
Woodburn House, Canaan Lane  
GB-Edinburgh EH10 4SG

## Arbeitsgruppen

### Gruppe 1

*Leiter:* Dr. Marijke Mantek/Renate Blank

*Berichterstatter*

Dr. Ernst Reisetbauer  
Irene Wittman  
Prof. Dr. Klaus Grossmann  
Dr. Roland Lüthi

### Gruppe 2

*Leiter:* Dr. Hans Füchtner

*Berichterstatter*

Daniel Sigaudès  
Dr. Greta Tüllmann  
Dr. Danielle Hansen-König  
Micheline d'Agostino  
Dr. Hans Füchtner

### Gruppe 3

*Leiter:* Prof. Dr. Hans Bosse

*Berichterstatter*

Prof. Dr. Hans Bosse  
Dr. Paul Eugene McQuaid  
Dr. David Player  
Dr. Johan Phaff  
Dr. Michael Church

### Gruppe 4

*Leiter:* Eva Engelhardt

*Berichterstatter*

Prof. Dr. Wolfgang Jantzen  
Dr. Christian Luetkens  
Dr. Christiane Melchert-Hüter  
Dr. Ingo Fischer  
Dr. Adrian J. van Bentum

## Gruppe der Berater

Dr. Leo Baric  
Renate Blank  
Prof. Dr. Hans Bosse  
Dr. Rainer Frank  
Dr. Hans Füchtner  
Prof. Dr. Klaus Grossmann  
Michael-Sebastian Honig  
Dr. Wolfgang Jantzen  
Ursula Sieber  
Dr. A. P. Woudenberg