

Marie Meierhofers Forschungsbeitrag zum Deprivationssyndrom

(Meierhofers Deprivationsforschung)

Maja Wyss-Wanner

Zürich

Maja Wyss-Wanner, Dr. phil.
Psychologin FSP
Steinwiesstr. 37, CH-8032 Zürich
Tel 01 261 65 89, Fax 01 261 65 14
e-mail: Maja_Wyss@hotmail.com

Zusammenfassung

Das wissenschaftliche Werk der Schweizer Kleinkindforscherin und Ärztin Marie Meierhofer (1909-1998) wird dargestellt. Ihre Beobachtungen an deprivierten und traumatisierten Kriegskindern während und nach dem zweiten Weltkrieg in Lagern und im Kinderdorf Pestalozzi in Trogen, Schweiz, führten 1957 zur Gründung des ersten Europäischen Instituts für Psychohygiene im Kindesalter. Ihre wissenschaftlichen Untersuchungen betrafen deprivierte Säuglinge in Heimen. Sie erkannte als Deprivationsfaktoren die Frustration von Grundbedürfnissen nach mitmenschlichem Kontakt und nach altersadäquater Stimulation infolge Isolation und rigider Pflegemethoden in einer stimulationsarmen Umgebung. Diese Faktoren fand sie in gemilderter Form auch bei Familiensäuglingen. Die ehemaligen Heimsäuglinge wurden vierzehnjährig wieder untersucht. Diese Arbeit wies nachhaltige Folgen der frühkindlichen Deprivation nach, wurde jedoch nicht veröffentlicht. Statt dessen übernahm C. Ernst die Untersuchungsunterlagen und verharmloste in einer neuen Auswertung die Befunde dahingehend, dass frühkindliche Deprivation bedeutungslos sei im Vergleich zu späteren Lebensbelastungen. Bei genauer Betrachtung der Befunde von Meierhofer führt frühkindliche Deprivation allerdings zu Spätschäden, welche nur durch günstige Lebensbedingungen und therapeutische Einwirkung teilweise oder ganz korrigiert werden können. Damit ist die wissenschaftliche Relevanz von Meierhofers Langzeituntersuchung aufgezeigt. Ihr Lebenswerk gibt wichtige Hinweise für die therapeutische Arbeit an Menschen mit Früh- und Bindungsstörungen.

Stichwörter: Frühkindliche Deprivation, Frustration, Isolation, Lernstörungen, Früh- und Bindungsstörungen.

Summary

This is an overview on the research of Marie Meierhofer (1909-1998), a Swiss pediatric and psychiatric investigator on infants and babies in nurseries. Her observations on deprived and traumatised children during and after world war two led to several publications and finally to the foundation of the first European "Institut für Psychohygiene im Kindesalter" in 1957. Her scientific research concerned deprived babies in nurseries. As factors of deprivation she recognised the frustration of basic needs for contact with people and for adequate stimulation as found in isolation of the children, rigide schedules of child care and in poor environments. The same factors of deprivation, whenever in milder forms, she found within family children. Her reexamination of the former nurserie babies at the age of fourteen showed longterm effects of early deprivation, unfortunately not published by Meierhofer herself. Instead C. Ernst worked over the entire material and interpreted the findings as harmless, as to Ernst deprivation in early infancy is insignificant compared to later conditions of life. According to a correct reexamination of Meierhofers findings early deprivation leads to longterm effects indeed, if not corrected partly or entirely by consecutive favourable child care and therapy. The aim of this paper was to demonstrate the scientific relevance of Marie Meierhofers research on longterm effects of severe deprivation in early infancy and, together with her entire life-work, its impact on the therapy of people with early and bonding disturbances.

Keywords: Early deprivation, frustration, isolation, learning disturbances, bonding, infancy.

Marie Meierhofers Forschungsbeitrag zum Deprivationssyndrom

Einleitung

Marie Meierhofer (1909-1998) war eine Schweizer Kinderärztin und Psychiaterin und hat ihr Wirken als Forscherin den Säuglingen in Heimen und deren weiterem Schicksal gewidmet. Während und nach dem zweiten Weltkrieg hat sie als Kinderärztin Kriegskinder in Lagern und Heimen betreut. Zusammen mit Walter Robert Corti war sie Mitbegründerin des Kinderdorfes Pestalozzi in Trogen CH. Für dieses Projekt hat sie die Kinder ausgewählt und diese in der ersten Zeit im Kinderdorf kinderpsychiatrisch betreut. Aus dieser Zeit stammen eindruckliche phänomenologische Beschreibungen der Erscheinungsformen nach Entbehrungserfahrungen in Säuglingsheimen und nach Traumatisierungen durch den Krieg [11]. Um diese Zustände auffangen zu helfen beteiligte sie sich aktiv an der Gestaltung der pädagogischen Grundlagen des Kinderdorfes und gestaltete dadurch die strukturellen, pädagogischen und therapeutischen Bedingungen zur Verarbeitung der Deprivationserfahrungen dieser Kinder mit.

Die erste Familiengruppe im Säuglingsheim 1952

Ihre Tätigkeit nach dem Krieg als Stadtärztin brachte sie in Kontakt mit den damaligen Säuglingsheimen in Zürich. Sie regte bei einzelnen Säuglingen mit schweren Deprivationssymptomen das Element der Stimulation durch Gymnastikübungen an, womit sie die Zuwendung zum Kind ärztlich verordnete, was in der Folge eine sichtbare Erholung bei den Kindern einleitete. Auf Grund dieser Erfahrung schuf sie in diesem Heim ein Pilotprojekt mit einer altersdurchmischten Familiengruppe, die von einer Schwester als feste Bezugsperson in einer

Familienwohnung betreut wurde. Auch diese Säuglinge zeigten eine deutliche Erholung, bzw. eine annähernd normale Entwicklung [11] (Abb. 1). Während eines Studienaufenthalts in den USA 1952/53 wurde Meierhofer mit Methoden der direkten Verhaltensbeobachtung bekannt. Sie besuchte damals Spitz, Gesell, Washburn und andere. Zurück in der Schweiz gründete sie 1957 auf privater Basis ein Institut für Psychohygiene im Kindesalter, das heute als Marie Meierhofer Institut für das Kind in Zürich weiter besteht.

Die Zürcher Heimstudie

Die Gründung des Instituts ermöglichte Marie Meierhofers erste grosse Untersuchung, die Zürcher Heimstudie. Von 1955-1960 wurden 350 Kinder in Säuglings- und Kleinkindheimen im Alter von drei Wochen bis 30 Monaten untersucht. Besondere Phänomene wurden mit einer Kamera mit Handaufzug gefilmt. Besonders dieser Film rüttelte, trotz seiner technischen Unzulänglichkeiten, die Öffentlichkeit in Europa auf [12]. 1966 wurde diese Arbeit publiziert unter dem Titel "Frustration im frühen Kindesalter" [13]. Meierhofer und Keller arbeiten darin die Auswirkungen der damals herrschenden Säuglingspädagogik, bzw. Säuglingspflegemethoden als Faktoren der Deprivation heraus. Die meisten der untersuchten Kinder lebten seit ihren ersten Lebenswochen in den Säuglingsheimen, weil ihre Mütter arbeiten mussten, die Schweizer und verschiedene ausländische Mütter, weil sie alleinerziehend waren. Die Mütter der italienischen Kinder, die knapp die Hälfte der Untersuchungspopulation ausmachen, waren durch ein damaliges Ausländergesetz zur Erwerbsarbeit gezwungen und lebten mehrheitlich in vollständigen Familien. Die Studie ergab, dass diese Heimsäuglinge pro Tag durchschnittlich bloss 22-60 Minuten menschlichen Kontakt hatten. Wegen Infektionsgefahr verboten einige dieser Heime im ersten Lebensjahr sogar den Kontakt zu den Eltern. Meierhofer und Keller prägten deshalb ihren

Deprivationsbegriff als Frustration von Grundbedürfnissen nach Kontakt, Austausch und Stimulation durch isolierende Pflegemethoden. Sie beschreiben die anfängliche Schreiperiode der Säuglinge als "akutes Verlassenheitssyndrom", die nachfolgende Rückzugstendenz, Apathie und Resignation als "chronisches Verlassenheitssyndrom", das in seiner extremen Ausprägung den Erscheinungsformen des "Hospitalismus" und der "anaklitischen Depression" nach Spitz entspreche. Zur differentialdiagnostischen Klärung schlugen sie für den Zustand nach langdauernder seelischer Unter- und Fehlernährung den Begriff der "Dystrophia mentalis" vor [15, 231], (Abb. 2).

Eine Längsschnitt-Untersuchung an 66 Kindern der Zürcher Heimstudie während zwei Jahren führte zu den Beobachtungen, dass die Säuglinge während bis zu sechs Monaten am mitmenschlichen Kontakt interessiert waren. Ab neun Monaten nahm die Rückzugstendenz zu mit Bewegungsstereotypen und ausgeprägter Angst gegenüber allem Neuen. Ab achtzehn Monaten zeigten sich individuelle Ausprägungen, die sich in vier Typen zusammenfassen liessen mit 1. Fixierung auf die Suche nach oberflächlichem Kontakt, 2. passivem Protestverhalten mit aggressiven Durchbrüchen, 3. ängstlich abwehrendem Kontaktverhalten und 4. einem vordergründig passiven und teilnahmslosen Zustand mit Anzeichen von Pseudodebilität [15, 228] (Abb. 3).

Wie schon in ihrer früheren Arbeit im Kinderdorf war Marie Meierhofer als Pädiaaterin und Psychiaterin die Korrektur der Phänomene wichtig. Sie beschrieb die Erholungsmöglichkeiten im ersten Lebensjahr als rasch gegeben, wenn das Kind eine Betreuungsperson bekam, die Nähe herstellen konnte, was zunächst eine Regression einleitete mit anschliessender Nachentwicklung. Ab dem zweitem Lebensjahr wurde die Lebensgrundstimmung zunehmend auf die individuellen Ausprägungen fixiert entsprechend einer der vier Grundtypen, was oft zusätzlich eine therapeutische Intervention zu ihrer Korrektur erforderte. Aufgrund dieser

Zürcher Heimstudie wurde Marie Meierhofer in den 1960er Jahren zu Vorträgen von Berlin bis London eingeladen.

Das Institut für Psychohygiene im Kindesalter in Zürich

Diese wissenschaftliche Anerkennung erlaubte die weitere Entwicklung des Instituts in Zürich. Neben der Forschungsarbeit wurde zur Ausbildung von Medizin- und PsychologiestudentInnen ein Beobachtungskindergarten mit Einwegscheibe geführt. Ferner wurden um 1970 eine ärztlich geleitete Mütterberatungsstelle und eine Beratungsstelle für Heime und Krippen angefügt. Marie Meierhofers Empfehlungen für die Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern in Heimen und Krippen orientierte sich an der Struktur der Familie. Sie schlug altersdurchmischte Gruppen vor mit konstanten Bezugspersonen in wohnlichen Räumen und mit Respekt und Sorgfalt für die Bindungen des Kindes, d.h. mit Verzicht auf die früheren periodischen Abteilungswechsel der Heimkinder [15, 233ff].

Die Längsschnitt Untersuchung der Mütterberatungsstelle

Die Beobachtungen der Kinder in der Mütterberatungsstelle wurden in einer Längsschnitt Studie ausgewertet. 50 Kinder von Geburt bis sieben Jahre wurden von 1961 bis 1969 erfasst. Hier arbeitete Marie Meierhofer die graduellen Unterschiede heraus, die frustrierte Familiensäuglinge von Heimsäuglingen unterscheiden. Sie fand bei Familienkindern als Folge des akuten Verlassenheitssyndroms psychosomatische Störungen der Nahrungsaufnahme mit Speien, Erbrechen, Koliken und Schlafstörungen. Die Folgen von chronischer Frustration bei Familienkindern zeigten sich zwar weniger extrem als bei den Heimsäuglingen, diesen jedoch verwandt. Meierhofer fand eine erschwerte Auseinandersetzung und Bezogenheit auf die Umgebung, die sich mit verstärktem Appell nach Aufmerksamkeit, mit Provokation oder auch Überanpassung zeigte. Die späteren

Folgen fand Marie Meierhofer in "neurotischen Symptomen" wie Stottern, Phobien, Enuresis, häufigen Infekten, Asthma und Ekzemen. Als Therapie des akuten Verlassenheitssyndroms empfahl sie den Eltern, den Rhythmus des Säuglings aufzunehmen und seine Bedürfnisse nach Kontakt zu befriedigen. Sie beschreibt die Erholung des Säuglings als "Aufwachen" der Lebensfunktionen [12], [13].

Die Zürcher Nachuntersuchung

Schliesslich fand Marie Meierhofer beim Schweizerischen Nationalfonds für Wissenschaftliche Forschung finanzielle Unterstützung für eine Nachuntersuchung der ehemaligen Heimsäuglinge. Von 1971-1973 wurden 143 Jugendliche der ersten Heimstudie wieder untersucht. Wie schon in der Voruntersuchung entstammten sie den untersten sozio-ökonomischen Gruppen. Die Schweizer Kinder, die etwa die Hälfte der untersuchten Kinder sowohl in der Erstuntersuchung wie in der Nachuntersuchung ausmachen, stammten zur Hälfte aus Familien, deren Vorstand mit einem Berufsabschluss in unselbständiger Tätigkeit arbeitete, je ein Viertel hatten entweder keinen Berufsabschluss oder aber – vorwiegend Pflege- und Adoptiveltern - eine höhere Fachausbildung. Die ausländischen Kinder stammten zu 72% aus der untersten sozioökonomischen Gruppe, der Rest aus der nachfolgenden Gruppe mit Berufsabschluss in unselbständiger Tätigkeit. Bezüglich familiäre Verlässlichkeit erwies sich die Schweizer Teilstichprobe als instabiler mit 30% Scheidungen der Eltern der ehelich geborenen Kinder. Die Hälfte der unehelich geborenen Schweizer Kinder lebten in einer ergänzten Familie. Die Familien der ausländischen familiär geborenen Kinder waren mit 10% Scheidungen stabiler. Die Hälfte der untersuchten Kinder lebten nach der frühkindlichen Fremdplazierung bei ihren leiblichen Angehörigen. Die andere Hälfte der Kinder erlebte durchschnittlich 3-4 Aufenthalte in ausserfamiliären Institutionen. 110 der 143 Kinder konnten für längere Zeit bei ihren Eltern oder einem Elternteil leben, davon 53 Kinder vor und 57

Kinder nach dem dritten Lebensjahr. Als Vergleichsgruppe dienten wie bei der Erstuntersuchung die Zahlen der Wachstumsstudie des Kinderspitals in Zürich.

Körperliche Entwicklung: Meierhofer und ihr Team fanden bei diesen zum Zeitpunkt der Untersuchung vierzehnjährigen Jugendlichen bezüglich körperliche und sexuelle Entwicklung normale Befunde, wobei die Mädchen ein signifikant früheres Einsetzen der Menarche als Mädchen der Wachstumsstudie aufweisen. 27 Kinder hatten Visusstörungen (21.4%) gegenüber 9% der Kinder der Wachstumsstudie ($p < .01$). 4 Kinder zeigten einen Strabismus (3.2% gegenüber 0.23%, $p < .001$). 6 Knaben und 7 Mädchen hatten ein Gewicht unter dem 25. Perzentilwert. Davon hatten an Störungen der Nahrungsaufnahme der Erstuntersuchung 4 Knaben und 6 Mädchen gelitten.

Schulleistungen: Trotz normaler Intelligenzbegabung (durchschnittlicher IQ 105, $s = 14$) fallen die Schulleistungen dieser Kinder auf durch hohe Anteile an Schulschwierigkeiten. 10.7% wurden verspätet eingeschult. 39.3% hatten eine und mehr Repetitionen erlebt (Normalbevölkerung 19.6%, $p < .001$). 31% hatten eine psychiatrische Untersuchung oder Behandlung benötigt. 15.6% frequentierten die Sonderklassen (Normalbevölkerung 3.7%). Die Befragung der Lehrpersonen ergab, dass 56.6% der Jugendlichen Schwierigkeiten in der aktuellen Schulsituation hatten bezüglich Konzentration, Leistungsbereitschaft und Verständnis.

Psychische Belastungsfaktoren: An psychischen Faktoren wurde eine Mehrbelastung durch Symptome gefunden wie Hyper- oder Hypoaktivität, erhöhte Aggressionsbereitschaft bzw. Mangel an Widerstand, erhöhte Verletzbarkeit und Probleme des Sozialverhaltens (Tab. 1).

Symptome der Erstuntersuchung: An Symptomen der Erstuntersuchung fanden sich in signifikanter Mehrbelastung Schlafstörungen, nervöse Störungen der Nahrungsaufnahme, Stereotypien und Tics, Nägelbeissen und Daumenlutschen. Auch sprachlich zeigten diese Jugendlichen in erhöhtem Masse Störungen bezüglich

Artikulation, Stottern, Rückstand in Wortschatz und Satzbau. Als wichtiger Befund wurde eine erhöhte Bereitschaft zu depressiven Verstimmungen und zu Überanpassung bei gleichzeitiger Überempfindlichkeit und Neigung zu aggressiven Affekten, jedoch keine Verwahrlosung gefunden.

Psychosoziale Faktoren: Faktoren, die zu einer hohen Symptombelastung führten waren 1. ungünstige Kontaktbedingungen in der frühen Kindheit und 2. Eltern mit psychischen Störungen. Faktoren, die tiefe Symptombelastungen förderten waren 1. Milieustabilität nach dem Aufenthalt im Säuglingsheim und 2. eine verlässliche Bezugsperson [16].

Die Auswertung von C. Ernst

Marie Meierhofer hatte vom Verlag Huber, Bern, eine Zusage zur Veröffentlichung dieser Resultate. Etwa 1980 überreichte sie ihr Manuskript an Cécile Ernst mit der Bitte, es redaktionell durchzusehen. Ernst kam dieser Aufgabe sehr gründlich nach und erwirkte in der Folge von Meierhofer die Erlaubnis für die Nachberechnung der Befunde und schliesslich die Neufassung des Manuskripts. Diese Arbeit wurde unter dem Titel "Stellt die Frühkindheit die Weichen? Eine Kritik an der Lehre von der schicksalshaften Bedeutung erster Erlebnisse" publiziert [1]. Marie Meierhofer war mit Ernsts Interpretation, die die Folgen der frühkindlichen Deprivationserfahrungen als unbedeutend verharmlost, natürlich nicht einverstanden. Sie unterlag im Kampf um die Urheberrechte ihrer Untersuchung und erbat sich von Ernst, wenigstens ihren Namen und jenen des Instituts aus dem Spiel zu lassen, was diese jedoch nicht respektierte [1], [2], [3], [4], [5], [6]. Marie Meierhofer war sehr unglücklich über diesen Ausgang ihrer Zürcher Nachuntersuchung, die eigentlich ihr Lebenswerk krönen sollte. Ihr Hauptwerk blieb somit eine unvollendete Gestalt in ihrem Leben. Ernst hatte ebenfalls keine Kontrollgruppe, deren Fehlen als wichtigster

Mangel der Nachuntersuchung betrachtet werden kann. Sie verglich die Jugendlichen mit hochgerechneten schichtspezifischen Vergleichszahlen zur Schulbewährung, verwendete im übrigen publizierte Vergleichszahlen, u.a. die Wachstumsstudie am Kinderspital Zürich wie Meierhofer und ihr Team und kam zu folgenden Aussagen: Frühdeprivation führt "nicht mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu einem körperlichen Entwicklungsrückstand, einem subnormalen Intelligenzquotienten und einer nicht dem Durchschnitt entsprechenden Schulbildung" [1, 144]. Frühdeprivation sei ebenfalls nicht mit schlechter sozialer Integration in der Gruppe verbunden. Sie fand jedoch einen hohen Anteil von deutlich psychisch Geschädigten mit dem Bild einer "gehemmten Depression" [1, 144]. Neu führte sie nun folgende Hypothese ein: "Auch wenn die Wirkung von nach der Frühdeprivation auf das Kind wirkenden familiären psychosozialen Belastungen in die Bewertung miteinbezogen wird, so erweist sich die Frühdeprivation als ein persistierender Einfluss, welcher einen hohen Anteil an der Varianz der psychischen Symptome im Jugendlichenalter erklärt" [1, 109]. In einer Mehrfaktorenanalyse fiel dieser Zusammenhang mit zwar schwachen Varianzen, wie Ernst selbst hervorhebt ([1, 144], zugunsten der späteren Belastungsfaktoren aus. Sie gewichtete darauf diese schwachen Zusammenhänge zugunsten ihrer Aussage, dass der Zusammenhang der Symptome psychischer Störung "weitaus deutlicher mit psychosozialen Belastungen der späteren Kindheit als mit den Umgebungsvariablen und dem Verhalten in der Frühkindheit verbunden" sei [1, 144]. In der Diskussion wird daraus die Feststellung, die Zürcher Nachuntersuchten "unterscheiden sich von ihren Kontrollgruppen durch ein depressives Syndrom, welches nicht mit den Bedingungen ihrer Frühkindheit, sondern mit ihren schweren, wechselvollen und unberechenbaren späteren Familienverhältnissen zusammenhängt" [1, 148]. An dieser Beweisführung ist zu kritisieren, dass die Frage nach den Auswirkungen der Frühdeprivation durch missbräuchlichen Umgang mit Nullhypothesen und neuen

Alternativhypothesen zu Unrecht eliminiert wurde. Die unberechenbaren Familienverhältnisse treffen zudem nur auf etwa die Hälfte der untersuchten Kinder zu und keinesfalls auf die italienische Teilstichprobe. Vielmehr sprechen die Befunde der Zürcher Nachuntersuchung für die heute gültigen Erkenntnisse, dass sowohl frühkindliche Deprivation wie auch spätere Belastungsfaktoren den Ressourcen in der Lebenswelt des Kindes gegenüber stehen und von diesen zu jedem Zeitpunkt modifiziert werden können.

In meiner Arbeit zum Lebenswerk von Marie Meierhofer habe ich weitere Zeichen von selektiver Gründlichkeit bei Ernst aufgelistet. Sie betreffen 1. den Stand der Erkenntnisse zum Deprivationssyndrom um 1980, 2. die Unterschiede der Deprivationsbegriffe von Spitz, Bowlby und Meierhofer, 3. persistierende körperliche Symptome seit der Erstuntersuchung, 4. die statistische Gültigkeit von Ernsts Befunden zum Schulerfolg, 5. den Zusammenhang von "Gruppenfähigkeit" und Bindungsfähigkeit, 6. die Kohärenz ihrer Aussagen und 7. urheberrechtliche Fragen [21, 211f].

Die Arbeit von Ernst wurde sehr beachtet und unkritisch zitiert. In Kurzfassungen betont Ernst nun die genetische Vulnerabilität und dass Kinder erst nach der frühen Kindheit durch anhaltenden Druck ein negatives Selbstbild entwickeln würden bei entsprechender genetischer Disposition [6, 80]. Kagan [9, 155ff] stützt sein Plädoyer gegen den Kindheits-Determinismus wesentlich auf die Arbeit von Ernst [4].

Die Zürcher Nachuntersuchung im wissenschaftlichen Kontext

Die beiden Auswertungen von Meierhofer und Ernst unterscheiden sich in drei wesentlichen Punkten, nämlich bezüglich 1. Schulerfolg, 2. Sozialverhalten und 3. die Genese der psychischen Schwierigkeiten. Auch wenn die Auswertung von Marie Meierhofer nicht heutigen Standards entspricht, fügen sich ihre Hauptbefunde in die Erkenntnisse späterer Forschungsarbeiten ein, weil sie erfahrungsgeleitet arbeitete.

Wenn nicht besondere Ressourcen Einfluss auf die Entwicklung nahmen waren die Folgen von frühkindlicher Deprivation bei den nachuntersuchten ehemaligen Heimsäuglingen

1. Emotionale und soziale Belastungen. Sie finden sich ebenfalls bei Rutter [17], [18], [19], Hart et al [8] und Sadkowsky et al [20].
2. Schulische Beeinträchtigung und Lernstörungen bei normaler Intelligenzveranlagung. Dies fanden Langmeier und Matejcek [10], Rutter [18], Farell Erickson [7] und Hart et al [8].
3. Psychosomatische Störungen. Dies bestätigten Hart et al [8].
4. Verlässliche Beziehungen in einem Sicherheit vermittelnden Umfeld begünstigen eine gesunde Entwicklung findet sich bei Rutter [19].

Das Deprivationssyndrom ist ein Sammelbegriff für vielfältige Entbehrungserfahrungen und Traumata in der frühen Kindheit. Es wird heute unter den Begriffen von Psychischer Misshandlung und Vernachlässigung weiter untersucht [8]. Anders als von den Pionieren Spitz und Bowlby ursprünglich angenommen sind seine Folgen nicht irreversibel, sondern sie werden nach Rutter [19] von den Erfahrungen des späteren Lebens im Sinne von Gliedern einer Kette in transaktionalen Prozessen modifiziert. Ressourcen stehen den Belastungsfaktoren gegenüber und können deren Auswirkungen in einem gewissen Masse korrigieren. Der Entwicklungsverlauf der ehemaligen Heimsäuglinge der Zürcher Nachuntersuchung wurde von späteren Ressourcen und Belastungsfaktoren modifiziert. Günstige Umweltbedingungen begünstigten eine gesunde Entwicklung. Wenn dies nicht der Fall war, persistierten einige Symptome der frühen Deprivationserfahrungen mit den Folgen von psychosomatischer, kognitiver, emotionaler, sozialer und motivationaler Beeinträchtigung im Jugendalter. Diese Befunde legen weitere Untersuchungen hinsichtlich stress - und lerntheoretischer

Konstrukte nahe. Dies entspricht den Grundaussagen der Zürcher Nachuntersuchung von Marie Meierhofer [16].

Der Deprivationsbegriff von Marie Meierhofer

Marie Meierhofers Beitrag zum Deprivationssyndrom betrifft die Säuglingspädagogik mit der Frustration von Grund- und Entwicklungsbedürfnissen nach verlässlichen mitmenschlichen Beziehungen verbunden mit altersadäquater Stimulation. Ihr Deprivationsverständnis war von Anfang an geleitet von der Erfahrung, dass auch schwere Deprivationsfolgen aufgearbeitet werden können, dies jedoch einen grossen pädagogisch therapeutischen Einsatz erfordert. Seit 1941 hatte Marie Meierhofer ein schwerst depriviertes und vernachlässigtes eineinhalbjähriges Kleinkind erst ärztlich, später als Pflege- und Adoptivmutter betreut. Ihr Sohn Edgar, genannt Kläusli, hat sich trotz seiner schwersten Deprivationssymptome unter ihrer Obhut zu einem ritterlichen jungen Mann entwickelt. Er war zwar geistig behindert und litt an einer angeborenen Nierenerkrankung, der er 26jährig erlag [21, 132].

Doch sein frühes Schicksal prägte die Entwicklung von Marie Meierhofers Deprivationsbegriff. Edgar konnte z.B. bis sechsjährig keine feste Nahrung schlucken; er lernte dies erst nach diesem Zeitpunkt. Marie Meierhofer wusste aus dieser Erfahrung und aus ihrer Tätigkeit im Kinderdorf Pestalozzi, dass Deprivationsfolgen sehr hartnäckig sein können und von der Umgebung ein spezielles Verständnis und eine ebenso hartnäckige Geduld erfordern.

Meierhofers therapeutischer Ansatz

Das Lebenswerk von Marie Meierhofer gibt mit den vielfältigen phänomenologischen Beschreibungen von Deprivationsfolgen und den Hinweisen zu ihrer Prävention eine Grundlage für das Verständnis und die therapeutische Arbeit mit frühgestörten Kindern und Jugendlichen. Meierhofers therapeutischer Ansatz arbeitet mit der

Entwicklung einer therapeutischen Bindung und der Stimulation der Sinne, des Neugierverhaltens und der Eigenaktivität. Dadurch wird die Entwicklung zu Kompetenz und Autonomie ganzheitlich angeregt. Meierhofers therapeutischer Ansatz bietet damit einen Schlüssel zur Bewältigung von Früh- und Bindungsstörungen.

- [1] Ernst, C. & von Luckner, N. (1985). Stellt die Frühkindheit die Weichen? Eine Kritik an der Lehre von der schicksalhaften Bedeutung erster Erlebnisse. *Enke*, Stuttgart.
- [2] Ernst, C. (1987). Frühdeprivation und spätere Entwicklung. Ergebnisse katamnestischer Untersuchungen. In G. Nissen (Hg.): *Prognose psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter*, (88-111) . Huber, Bern.
- [3] Ernst, C. (1988). Die Bedeutung der frühen Kindheit für die Ausbildung depressiver Syndrome - Ist ein Paradigmenwechsel fällig? In H. Frieze & G. Trott (Hg): *Depression in Kindheit und Jugend*. Huber, Bern.
- [4] Ernst, C. (1988). Are early childhood experiences overrated? *European Archives of Psychiatry and Neurological Science* **237**, 80-90.
- [5] Ernst, C. (1993). Frühe Lebensbedingungen und spätere psychische Störungen. *Nervenarzt*. **64**, 553-561.
- [6] Ernst, C. (1993). Sind Säuglinge psychisch besonders verletzlich? Argumente für eine hohe Umweltresistenz in der frühesten Kindheit. In H. Petzold (Hg.): *Frühe Schädigungen - späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung*. Band 1. Junfermann, Paderborn.
- [7] Farrell Erickson, M. (1989): The effects of maltreatment on the development of young children. In D. Cicchetti & V. Carlson (Hg.), *Child maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, 647-683. University Press, Cambridge.
- [8] Hart, S.N, Binggeli N.J. & Brassard M.R. (1998): Evidence for the Effects of Psychological Maltreatment. *Journal of Emotional Abuse*, **1**, 1. Haworth Press.
- [9] Kagan (2000). Die drei Grundirrtümer der Psychologie. *Beltz*, Hemsbach.
- [10] Langmeier J. & Matejcek, Z. (1977): Psychische Deprivation im Kindesalter. Kinder ohne Liebe. *Urban & Schwarzenberg*, München.

- [11] Meierhofer, M. (1955). Fehlentwicklung der Persönlichkeit bei Kindern in Fremdpflege. *Schweiz. Med. Wochenschrift*, **36**, 862-866.
- [12] Meierhofer, M. (1958). Formen der Stereotypien im frühen Kindesalter, ihre Entstehung, Behandlung und Verhütung. *Acta paedopsychiatrica*, **3**, 165-166.
- [13] Meierhofer, M. (1959). Zur Psychologie und Psychopathologie der Frühen Kindheit. Gastvorlesung an der Universität Berlin. *Und Kinder, MMI, Zürich*, **36**, 19-26.
- [14] Meierhofer, M. (1960). Frustration im frühen Kindesalter. Dokumentarfilm. *Teleproduktion*, Zürich.
- [15] Meierhofer, M. & Keller, W. (1966). Frustration im frühen Kindesalter. *Huber*, Bern.
- [16] Meierhofer, M. et al (1975). Die spätere Entwicklung von Kindern, welche ihre erste Lebenszeit in Säuglings- und Kleinkinderheimen verbracht hatten. Untersuchungsbericht zuhanden des Schweizerischen Nationalfonds für wissenschaftliche Forschung. *Unveröffentlicht*. Archiv MMI, Zürich. Eine Zusammenfassung ihrer wichtigsten Befunde findet sich in [21].
- [17] Rutter, M. (1978): Bindung und Trennung in der frühen Kindheit. Forschungsergebnisse zur Mutterdeprivation. *Juventa*, München.
- [18] Rutter, M. (1979). Maternal Deprivation, 1972-1978: New Findings, New Concepts, New Approaches. *Child Development*, **50**, 283-305. Übersetzung in: *Und Kinder*, 1981, 4-1 bis 4-9 und 5-10 bis 5-21. MMI, Zürich.
- [19] Rutter, M. (1993). Wege von der Kindheit zum Erwachsenenalter. In H. Petzold (Hg.): *Frühe Schädigungen - späte Folgen?*. *Psychotherapie & Babyforschung*. Band 1, 23-67. Junfermann, Paderborn
- [20] Sadkowsky, H, Ugarte, B, Kolvin, I, Kaplan, C. & Barnes, J. (1999): Early life family disadvantages and major depression in adulthood. In: *British Journal of Psychiatry* 1999, **174**, 112-120.

- [21] Wyss-Wanner, M. (2000). Ein Leben für Kinder. Leben und Werk von Marie Meierhofer, 1909-1998). *Juris Verlag*, Dietikon CH.

Tabelle 1: Prozentsätze der Kinder mit Auffälligkeiten auf verschiedenen

Reaktionsgebieten. Vergleich dreier Untersuchungen an 14-jährigen.

Meierhofer et al 1975.

NU = Nachuntersuchung WZ = Wachstumszentrum Zürich BS = Birminghamshire-Studie	NU n = 123	NU n = 123 in %	WZ n = 130	WZ n = 130 in %	Chi2- Test Nu-WZ		BS n = 658 in %
1. Schlafstörungen	46	37.4	8	6.1	36.75***	p < .001	
2. Essstörungen	18	15	21	16.1	.06	n.s.	4
3. nervöse Magenbeschwerden	27	21.9	13	10.0	6.78 ***	p < .001	23.5
4. nervöse Kopfschmerzen	36	29.5	4	3.1	32.9***	p < .001	22w
5. allergische Leiden, Asthma	19	15.6	17	13.1	.32	n.s.	40
6. Enuresis	6	4.8	2	1.5	2.3	n.s.	k.A
7. Encopresis	0	0	0	0	-	-	2
8. Sexuelle Aktivität	21	17.1	k.A	k.A	-	-	2
9. psychomotorische Aktivität (davon passiv)	22 11	17.9 -	5 2	4.2 -	11.12*** 7.026**	p < .001 p < .01	k.A -
10. Stereotypien und Tics	24	19.5	12	9.2	5.3.5*	p < .05	20
11. Nägelkauen, Haarausreißen	57	46.3	32	24.6	13.08***	p < .001	10.5
12. Daumenlutschen	7	5.7	1	0.8	5.05*	p < .05	26.5
13. Sprachstörungen	21	17.1	1	0.8	21.16***	p < .001	4
14. Negativismus- Ueberangep.h. (davon Ueberangepasstheit)	54 27	43.9 22.0	65 7	50.0 5,4	0.94 14.7***	n.s. p < .001	k.A
15. Aggressive Affekte (davon Aggressionshemmung)	55 36	45.4 -	8 0	6.1 -	51.49*** 43.97***	p < .001 p < .001	22 -
16. Selbstschädigung-Suizid	16	13.3	k.A	k.A	-	-	k.A.
19. Kontaktstörungen	37	30.3	15	11.5	13.57***	p < .001	k.A
20. Konzentration	40	33.9	k.A	k.A	-	-	k.A
21. Stimmungslage bedrückt	47	38.2	33	25.4	4.81*	p < .05	<10
23. Sensitivität- Überempfindlichkeit (davon "Unempfindliche")	69 9	56.6	10 k.A.	7.7 -	69.83*** -	p < .001 -	12.5
24. Angst, Ängstlichkeit	32	26.0	24	18.5	2.09	n.s.	4
26. Schulschwänzen	3	2.5	1	0.8	1.19	n.s.	<10
27. Vagabundieren	13	10.8	20	17.7	2.26	n.s.	20.5
28. Lügen, Fabulieren	42	34.4	9	6.9	29.49***	p < .001	27.5
29. Stehlen, Klauen	14	11.5	3	2.3	8.41**	p < .01	17.5
30. Zerstörungslust	11	9.9	1	0.8	10.57**	p < .01	<5
31. Feuer anlegen	k.A	k.A	k.A	k.A	-	-	k.A
32. Lese-Rechtschreibschwäche	17	14.7	k.A	k.A	-	-	10

Abbildung 1:

Der Entwicklungsverlauf von Heimsäuglingen in einer Familiengruppe.

Meierhofer, M. (1955)

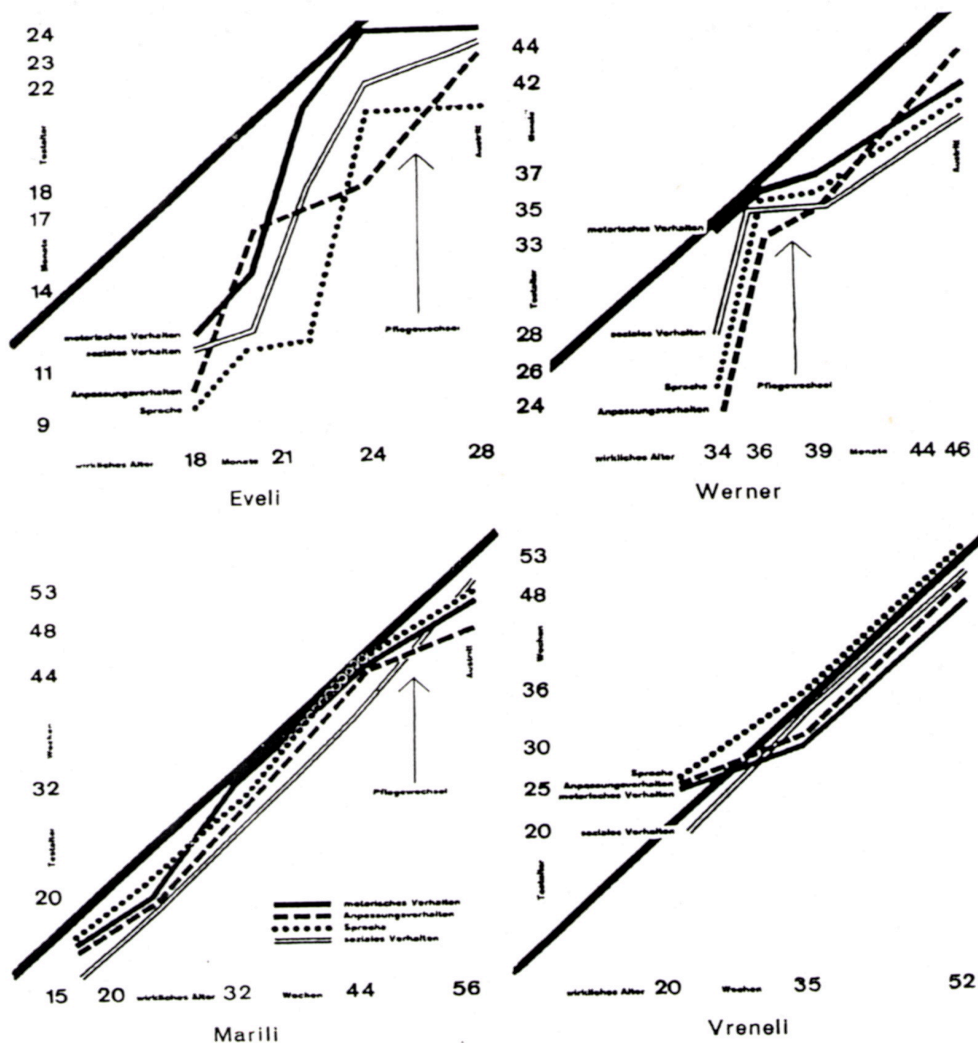


Abb. 3. Entwicklungskurven von Kindern in einer Familiengruppe im Säuglingsheim (Diplomarbeit E. Bütikofer, Schule für soziale Arbeit, Zürich) im Vergleich zur normalen Entwicklungskurve nach Gesell. – *Eveli*: Alter beim Eintritt in die Familiengruppe 18 Monate, motorische Entwicklung 48 Wochen, Anpassungsverhalten 45 Wochen, Sprache 40 Wochen, soziales Verhalten 47 Wochen. Einholen des Entwicklungsrückstandes aus der Kurve ersichtlich. Leichte Verlangsamung beim Wechsel der Schwester. – *Werner*: Alter beim Eintritt in die Familiengruppe 34 Monate, motorische Entwicklung dem Alter entsprechend, Anpassungsverhalten 21 Monate, Sprache 24 Monate, soziales Verhalten 26 Monate. Einholen des Entwicklungsrückstandes fast bis zur Norm, mit einer leichten Knickung beim Wechsel der Schwester. – *Marili*: Alter beim Eintritt in die Familiengruppe 16 Wochen. Normale Entwicklung bis zum Austritt im Alter von 13 Monaten. – *Vreneli*: Alter beim Eintritt in die Familiengruppe 21 Wochen. Normale Entwicklung bis zum Austritt aus der Gruppe mit 12 Monaten.

Abbildung 2.

Frustration im frühen Kindesalter (Meierhofer & Keller, 1966)

1955-57	Vorstudien: Filmaufnahmen
1858-60	Untersuchungen in Säuglings- und Kleinkinderheimen ZH 350 Kinder, Alter 3 Wochen bis 30 Monate Vergleich mit Zürcher Wachstumsstudie: Familienkinder

Hauptbefunde

1. Entwicklungsrückstand

- Sprache
- Neugierverhalten
- soziale Entwicklung, Kontaktverhalten
- Selbstbehauptung

2. Akutes Verlassenheitssyndrom: "Stress"

("Acute deprivation syndrom", 1972b)

3. Chronisches Verlassenheitssyndrom: Resignation

("Chronic depr. Syndrom", Hospitalismus Syndrom, 1972b)

- Psychischer Spargang
- Rückzug auf sich selbst: Tics
- Ersatzbefriedigungen: Lutschen, Stereotypen
- Gelähmter Antrieb, Angst
- Kaptatives und retentives Verhalten
- Aggressive Durchbrüche
- Mangelndes Selbstvertrauen
- Somatische Störungen: Speien, Erbrechen, Koliken, Ekzeme

Hauptfaktor: Frustration von Grund- und Entwicklungsbedürfnissen durch schematische Ernährung und Pflege

4. Vier Entwicklungstypen ab 2. Lebensjahr

1. Aktives bis hyperaktives Kontaktsuchen ohne Bindung
2. Passives Protestverhalten mit aggressiven Durchbrüchen
3. Ängstlich abwehrendes Verhalten mit autoerotischen und stereotypen Handlungen
4. Passiv-gelähmter Zustand mit äusserlicher Kooperation ohne Beteiligung

5. Folgen für die Entwicklung

Bis 12 Monate Erholung rasch bei intensivem Kontakt

Ab Kleinkindalter allmähliche Fixierung der leitenden Einstellung zur Umwelt.

Abbildung 3:

Longitudinalstudie der Mütterberatungsstelle.

Meierhofer, M. (1969, 1970)

50 Familienkinder von Geburt bis 7 Jahre (1961-1969)

Frustration durch schematische Ernährung und Pflege

1. Akutes Verlassenheitssyndrom:

Psychomotorischer Erregungszustand (Schreibabys)

Somatische Störungen:

Nahrungsverweigerung

Speien, Erbrechen

Koliken

Schlafstörungen

2. Chronisches Verlassenheitssyndrom

Vita minima, Apathie

Bei Heimkindern und Familienkinder bei ähnlicher Verlassenheit

Symptome:

Stereotypien, Tics

Verstärktes Lutschen

Entwicklungsverzögerung sprachlich, motorisch, sozial

Interesse an Aussenwelt erlischt

Sinnesentwicklung wird beeinträchtigt

Kommunikationsmittel vermindert, z.B. Augenkontakt, Lächeln, Lallen und

Suchen nach Zärtlichkeit

Extremfälle: Dystrophia mentalis, Hospitalismus

3. Folgen der leichten Fälle: "Neurotische Symptome"

Erschwerte Auseinandersetzung und Bezogenheit auf die Umgebung.

Verstärkter Appell nach Aufmerksamkeit: Schreien, Aggression, Provokation oder
Musterkinder ohne eigene Bedürfnisse

Grundgefühl der Angst, Unsicherheit, Ungeborgenheit, Misstrauen

Kompensation mit Begehrlichkeit, Eifersucht

Psychische Symptome: Stottern, Phobien

Psychosomatische Symptome: Enuresis, häufige Infekte der Atemwege,

Asthma, Ekzeme

Therapie im Säuglingsalter:

Rhythmus des Kindes aufnehmen, allmählich vier Mahlzeiten

Bedürfnis nach Kontakt befriedigen

Therapierbarkeit

Bei intensiver mütterlicher Zuwendung möglich, "das Kind wacht wieder auf".