

Herausgegeben von
Mirjam Janett | Urs Germann | Urs Hafner

Das Problem Kind

Zur Geschichte der Kinder-
und Jugendpsychiatrie der
Schweiz im 20. Jahrhundert



ITINERA 50 | 2023

BEIHEFT ZUR SCHWEIZERISCHEN ZEITSCHRIFT FÜR GESCHICHTE
SUPPLÉMENT DE LA REVUE SUISSE D'HISTOIRE
SUPPLEMENTO DELLA RIVISTA STORICA SVIZZERA

Herausgegeben von | Édité par | A cura della



Schweizerische Gesellschaft für Geschichte
Société suisse d'histoire
Società svizzera di storia
Societad svizra d'istorgia

www.sgg-ssh.ch

Redaktion | Rédaction | Redazione

Prof. Dr. Silvia Berger Ziauddin, Historisches Institut der Universität Bern, silvia.berger@unibe.ch

Beiträge | Articles | Articoli

Die Qualität der Itinera-Hefte wird durch ein externes Peer-Review-Verfahren gesichert.

La qualité des cahiers d'Itinera est assurée par un processus de peer review externe.

La qualità dei volumi di Itinera è garantita da un processo di peer review esterno.

Vorstand der SGG | Comité de la SSH | Comitato della SSS

Prof. Dr. Sacha Zala, Berna, presidente • Prof. Dr. Bernard Andenmatten, Lausanne, vice-président,
Département recherche fondamentale • Ass. Prof. Dr. Alix Heiniger, Fribourg, Abteilung Wissenschaftspolitik
Prof. Dr. Martin Lengwiler, Basel, Abteilung Publikationen • Dr. Christophe Vuilleumier,
Genève, Département intérêt de la profession

Generalsekretariat | Secrétariat général | Segreteria generale

Villemattstrasse 9, CH-3007 Bern, generalsekretariat@sgg-ssh.ch

Generalsekretär | Secrétaire général | Segretario generale: Dr. Flavio Eichmann

Verlag | Maison d'éditions | Casa editrice

Schwabe Verlag, Schwabe Verlagsgruppe AG, Grellingerstrasse 21, CH-4052 Basel, info@schwabeverlag.ch

Abbildung Umschlag: Archiv für Medizingeschichte Universität Zürich (AfMUZH), Bsf 2:3.1/1,
Reproduktion der Postkarte «Die fünf Sinne», Gerhardt & Schmeling (Stettin), 1893.

Printausgabe: © 2023 Schwabe Verlag, Schwabe Verlagsgruppe AG, Basel, Schweiz, und Schweizerische
Gesellschaft für Geschichte, Bern, Schweiz.

ISBN Printausgabe: 978-3-7965-4618-1

ISBN eBook (PDF): 978-3-7965-4619-8

ISSN Print: 2296-1755

ISSN Digitale Ausgabe: 2624-5566

DOI: 10.24894/978-3-7965-4619-8

Open Access-Policy: Diese Zeitschrift erscheint unter einer Gold Open Access-Policy: Die Autorinnen und
Autoren haben das Recht, die vom Verlag zur Verfügung gestellte Version ihres Artikels selbst zu archivieren.
Die gesamte Zeitschrift erscheint zeitgleich zur gedruckten Publikation auf www.schwabeonline.ch unter einer
Creative Commons-Lizenz CC-BY-SA. Es werden keine Artikelgebühren (APC) erhoben.

Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften
Académie suisse des sciences humaines et sociales
Accademia svizzera di scienze umane e sociali
Accademia svizra da ciencias humanas e sociais
Swiss Academy of Humanities and Social Sciences



CHUV Institut des humanités
en médecine



Universität
Zürich^{UZH}

u^b

UNIVERSITÄT
BERN

Publiziert mit Unterstützung des Instituts für Medizingeschichte der
Universität Bern, des Institute for Humanities in Medicine der Universität de
Lausanne und des Lehrstuhls für Medizingeschichte der Universität Zürich.

Inhalt

Einleitung

<i>Mirjam Janett, Urs Germann, Urs Hafner: Das Problem Kind. Zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Schweiz im 20. Jahrhundert</i>	3
--	---

I. Wissen, Zirkulation und Theoriebildung

<i>Michèle Hofmann: Pädagogische Praxis und Wissen vom Kind. Entwicklungsvorstellungen im Kontext von Schule, Heilpädagogik, Psychologie und Medizin um 1900 in der Schweiz</i>	17
---	----

<i>Emmanuel Neuhaus, Sara Galle: «Eine sichere Grundlage für die Fürsorge-Erziehung». Die Gründung und Ausrichtung der ersten kinderpsychiatrischen Beobachtungsstation in der Schweiz 1921 bis 1931</i>	31
--	----

<i>Urs Hafner: Als die Psychoanalyse an die Grenzen des Sozialen kam. Arnold Weber, der IQ-Test, die Verwehrlosung und das Berner Neuhaus (1937–1961)</i>	48
---	----

<i>Mirjam Janett: Das Geschlecht der Psyche. Wie die Zürcher Psychiatrie um 1950 das «intersexuelle» Kind entdeckte – und damit die Pädiatrie prägte</i>	63
--	----

<i>Felix E. Rietmann: Von der Systemanalyse zum Familiennarrativ. Die Anfänge der Kleinkindpsychiatrie in Lausanne</i>	79
--	----

II. Institution, Sozialpolitik und Sozialstaat

<i>Ursina Klausner: Sprechstunde. Ambulante Kinderpsychiatrie im Thurgau um 1920</i>	94
--	----

<i>Taline Garibian: De la question pénale à la question sociale. Les mutations de la pédopsychiatrie vaudoise (1930–1970)</i>	108
---	-----

Urs Germann: Von der «kleinen Psychiatrie» zur regionalisierten Versorgung. Die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton Aargau 1940–1990 121

Marco Nardone: La psychiatrisation de la protection des mineur-e-s dans le Canton du Tessin. Tensions et conséquences (1949–1981) 136

Samuel BouSSION, Camille Jaccard: Former des élites médico-pédagogiques. Le cours de perfectionnement des Semaines internationales d'étude pour l'enfance victime de la guerre, Lausanne 1946–1949 151

III. Bewertung und Klassifizierung von Verhalten und Personen

Tomas Bascio, Jessica Bollag, Tamara Deluigi: Mendrisio, andata e ritorno. Fürsorgerische und psychiatrische Kategorisierungen fremdplatzierter Jugendlicher im Tessin der 1970er Jahre 166

Caroline Bühler, Mira Ducommun: Das Scheitern der Mütter. Zur Reproduktion von psychiatrisch-psychologischen Konzepten in Fremdplatzierungsprozessen im Kanton Bern, 1960–1980 180

IV. Kommentar

Frank Köhnlein: Warum Kinder- und Jugendpsychiater*innen sich mit der Geschichte ihrer Disziplin befassen sollten. Ein Kommentar 197

Autorinnen und Autoren 205

Das Problem Kind

Zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Schweiz im 20. Jahrhundert

Mirjam Janett, Urs Germann, Urs Hafner

Um 1900 proklamiert die schwedische Reformpädagogin Ellen Key das «Jahrhundert des Kindes». Das Kind sei als Individuum ernst zu nehmen, fordert sie, seiner Persönlichkeit und körperlichen und geistigen Entwicklung müsse Sorge getragen werden.¹ Keys Ruf verhallt nicht ungehört, auch wenn unter Fachleuten keineswegs Einigkeit darüber besteht, was unter der «Sorge für das Kind» zu verstehen sei. Verbreitet ist die Einschätzung, für manche Kinder sei die Platzierung ausserhalb ihrer Familie die beste Lösung. Key kann daher an breit abgestützte bevölkerungspolitische Bestrebungen anknüpfen, die im «gesunden» Kind eine wichtige Grundlage für die Stärke und wirtschaftliche Prosperität der Nationalstaaten sehen.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts hatten neue Disziplinen wie die Kinderheilkunde, die Psychologie oder die Pädagogik begonnen, sich mit dem Kind, seiner Entwicklung und Physiologie zu befassen.² Der französische Philosoph Hippolyte Taine publizierte 1876 eine Studie zum Spracherwerb des Kleinkinds, sechs Jahre später veröffentlichte der englische Physiologe William Preyer *Die Seele des Kindes*.³ Die Psychiatrie befasste sich mit Geisteskrankheiten von Kindern. Hermann Emminghaus legte 1887 *Die psychischen Störungen des Kindesalters* vor, eine Psychopathologie und zugleich das erste einschlägige deutschsprachige Lehrbuch.⁴ Diese Studien waren in-

1 Ellen Key, *Das Jahrhundert des Kindes*, Berlin 1905 [1900].

2 Vgl. Felix Rietmann u. a., *Knowledge of Childhood. Materiality, Text, and the History of Science – an Interdisciplinary Round Table Discussion*, in: *British Journal for the History of Science* 50/1 (2017), S. 1–31.

3 Hippolyte Taine, *Note sur l'acquisition du langage chez les enfants et dans l'espèce humaine*, *Revue philosophique*, Januar–Juni 1876, S. 5–23; William Preyer, *Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren*, Leipzig 1882.

4 Hermann Emminghaus, *Die psychischen Störungen des Kindesalters*, in: Carl Gebhardt (Hg.), *Handbuch der Kinderkrankheiten*, Bd. VIII, S. 1–293, Tübingen 1887. Zu

sofern modellhaft, als sie die Kindheit als Entwicklung verstanden, die diverse Übergänge aufweist. Kinder waren nun nicht mehr bloss Erwachsene im Kleinformat, sondern sich verändernde Persönlichkeiten, deren Studium spezifische Theorien und Methoden erforderte.

Die Psychiatrie begann sich in den 1910er Jahren mit «schwierigen» und «auffälligen» Kindern zu beschäftigen – noch bevor die Kinderpsychiatrie als eigenständige Disziplin Gestalt angenommen hatte. Mit der Gründung ambulanter Sprechstunden und Polikliniken in den grösseren Städten und der Erweiterung des Blicks der Psychiater*innen über die Anstaltsmauern hinaus rückten Kinder und ihre Eltern in den Fokus. Die öffentliche Sorge um die Gesundheit der Jugend schlug sich zudem nieder in einem wachsenden Bedarf an Abklärungen und Begutachtungen durch staatliche Stellen, die sich um «verwahrloste» oder gefährdete Kinder und Jugendliche kümmerten. Eine vage definierte «Verwahrlosung» wurde, gleichsam als Vorstufe zu Kriminalität und Prostitution, in breiten Kreisen als Bedrohung für Staat und Gesellschaft wahrgenommen. Bisher wenig beachtete «Kinderfehler» wurden zu bedeutsamen «Auffälligkeiten», die nach einer spezifischen Behandlung riefen. Dementsprechend stieg die Zahl der Kinder, die den Status von Sorge- oder Problemkindern erhielten.

Die Herausbildung der Kinderpsychiatrie im Schnittfeld von Erwachsenenpsychiatrie, experimenteller und psychometrischer Psychologie, Pädiatrie und Heilpädagogik war von den Bedürfnissen der expandierenden Wohlfahrtsstaaten geprägt. Der Gedanke der Prophylaxe, also die frühzeitige Verhinderung von seelischem Leid und gesellschaftlichen Folgekosten, spielte von Beginn an eine ebenso legitimierende wie handlungsleitende Rolle. Hinzu kam die Angst vor der «Degeneration» besonders der Unterschichten, die Krankheiten und Laster unkontrolliert weitervererben würden. Epistemisch beruhte die Kinderpsychiatrie auf eklektizistischen Verknüpfungen von erzieherischen, entwicklungs- und tiefenpsychologischen Ansätzen sowie älteren Konzepten der Psychiatrie, besonders dem biologischen Vererbungskonzept. Prägend in den ersten Jahrzehnten war Sigmund Freuds Psychoanalyse, die nirgends ein so grosses Echo fand wie in der Schweiz (und hier vor allem

Emminghaus siehe Gerhardt Nissen, *Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, Stuttgart 2005, S. 359–374.

in Zürich). Nicht nur Pädagog*innen, sondern auch Psychiater*innen fühlten sich von der neuen Lehre angezogen, die einen privilegierten Zugang zum Seelenleben und zu den Neurosen der Kinder versprach.⁵ Die intensive Rezeption Freuds war ein Grund dafür, dass sich die Kinderpsychiatrie in der Schweiz früh und erfolgreich etablierte.

Das institutionelle Fundament der entstehenden Kinderpsychiatrie bildeten Beratungsstellen, ambulante Dienste und Beobachtungsstationen, die in der Zwischenkriegszeit eine gewisse Unabhängigkeit von der stigmatisierten Anstaltspsychiatrie signalisierten und niederschwellige Zugänge boten. Die erste Kinderbeobachtungsstation der Schweiz – und wohl eine der ersten derartigen Einrichtungen weltweit – war die 1921 an der Zürcher Klinik Burghölzli eingerichtete Stephansburg. Den Begriff «Kinderpsychiatrie» prägte der Psychiater Moritz Tramer im Anschluss an den internationalen Kongress für psychische Hygiene in Washington von 1930. Tramer war auch deshalb bedeutend, weil er 1934 die erste kinderpsychiatrische Zeitschrift gründete, ab 1937 die Beobachtungsstation Gotthelfhaus im solothurnischen Biberist leitete und 1942 ein über die Schweiz hinaus beachtetes Lehrbuch veröffentlichte.⁶ Die angelsächsischen Child Guidance Kliniken gaben Anstöße zur Gründung des *Service médico-pédagogique* im Kanton Wallis. Dieser wurde seinerseits zum Modell für ähnliche Dienste in der Westschweiz. Nach 1945 spielten Schweizer Psychiater wie André Repond oder Lucien Bovet eine wichtige Rolle bei der transnationalen Wieder- und Weitervernetzung des Fachs.

Einen weiteren Entwicklungsschub und eine zusätzliche Legitimationsgrundlage erhielt die Kinderpsychiatrie in den 1940er Jahren durch das neue Strafgesetzbuch, das den Beizug von medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen bei der Beurteilung von Jugenddelikten vorschrieb und Platzierungen in Erziehungsanstalten ein grosses Gewicht einräumte. Die Einführung

5 Wenn nachweislich nur Männer – oder nur Frauen – als historische Akteur*innen gemeint sind, verzichten wir auf das Gendersternchen.

6 Zeitschrift für Kinderpsychiatrie, 1934–1984, ab 1953: *Acta paedopsychiatrica*. Offizielles Organ der Internationalen Vereinigung für Kinderpsychiatrie; Moritz Tramer, Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie einschliesslich der allgemeinen Psychiatrie der Pubertät und Adoleszenz, Basel 1942. Zu Tramer: Ellen Jorisch-Wissink, *Der Kinderpsychiater Moritz Tramer (1882–1963)*, Zürich 1986.

der Invalidenversicherung 1960 erhöhte den Bedarf nach kinderpsychiatrischem Spezialwissen. Die Akademisierung der Kinderpsychiatrie erfolgte dagegen erst lange nach dem Zweiten Weltkrieg. Die neue Disziplin musste trotz ihrer zunehmenden Einbindung in die Sozialpolitik während Jahrzehnten um ihre Anerkennung in der Medizin ringen. 1953 wurde der Facharzttitel geschaffen, 1957 die *Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie* gegründet. Die Einrichtung von ordentlichen Professuren an den medizinischen Fakultäten erfolgte sogar erst in den 1970er Jahren. Obwohl die Kinderpsychiatrie von Beginn an viele Ärztinnen anzog, blieben die Leitungspositionen – wie generell in der Medizin – lange in Männerhand. Die erste Lehrstuhlinhaberin wurde 2008 in Zürich ernannt.⁷

Die Anfänge der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren von der tiefenpsychologisch aufgeladenen «Verwahrlostenpädagogik» geprägt. Strafkritische Prämissen koexistierten dabei mit autoritären Erziehungsansätzen. In der Praxis stand die Versorgung von «Problemkindern» in Erziehungsheimen lange im Vordergrund. Ab den 1970er Jahren orientierte sich die Kinderpsychiatrie dann stärker an (sozial-)psychologischen Deutungsmustern. Der Einbezug der Eltern, insbesondere der Mütter, wurde nun wichtiger, die Familie geriet zu einem «systemischen» Interventionsfeld. Psychiater*innen standen Fremdplatzierungen kritischer gegenüber. Gleichzeitig etablierten sich Therapie- und Beratungsinstitutionen, die dem geschlossenen Kinder- und Jugendschutz vorgelagert waren.⁸

Mit dem Aufkommen von «Modediagnosen» wie POS (Psychoorganisches Syndrom) und später ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung), die sich an einem organisch-biologischen Krankheitsverständnis orientierten, geriet die Kinderpsychiatrie ab den 1960er Jahren in den Sog

⁷ Vgl. Website der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universität Zürich, <https://www.kjpd.uzh.ch/de/aboutus/Geschichte.html> (24. 3. 2022).

⁸ Vgl. Mirjam Janett, Die behördliche «Sorge» um das Kind. Psychiatrische Konzepte und fürsorgerische Maßnahmen in Basel-Stadt (1945–1972), in: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 17 (2018), S. 257–267; dies., Verwaltete Familien. Vormundschaft und Fremdplatzierung in der Deutschschweiz, Zürich 2022, Kapitel 6. Zur Popularisierung therapeutischen Wissens in den 1970er Jahren siehe Maik Tändler, Das therapeutische Jahrzehnt. Der Psychoboom in den siebziger Jahren, Göttingen 2013.

der «pharmakologischen Wende» der Psychiatrie.⁹ Geschickt dosiert und kombiniert, versprochen die neuen Medikamente ungeahnte Heilungserfolge: Aggressive Kinder wurden ruhig, apathische aufgeweckt. Das Therapieverständnis hat sich seither nur noch wenig verändert. Man kombinierte und kombiniert pragmatisch psychotherapeutische, milieutheoretische und pharmakologische Ansätze in Zusammenarbeit mit der somatischen Medizin (Pädiatrie, Neurologie).

Die Geschichte der Schweizer Kinder- und Jugendpsychiatrie, ihre treibenden Kräfte, Kontingenzen und Abgrenzungsversuche sind bislang – im Gegensatz zur Erwachsenenpsychiatrie – kaum erforscht worden.¹⁰ International dominierten lange medizinhistorische Studien, die sich für einzelne Exponent*innen und die akademische Entwicklung des Fachs oder Krankheitskonzepte interessierten.¹¹ Im angelsächsischen Raum setzte sich die historische Forschung nach der Jahrtausendwende intensiv mit der Entstehung

9 Vgl. Ursina Klauser, *Depressive Kinder? Deuten und Behandeln in einem psychiatrischen Ambulatorium um 1960*, in: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 17 (2018), S. 285–293; Matthew Smith, *Hyperactive. The Controversial History of ADHD*, London 2012; Urs Hafner, *Kinder beobachten. Das Neuhaus in Bern und die Anfänge der Kinderpsychiatrie, 1937–1985*, Zürich 2022.

10 Vgl. Catherine Fussinger u. a. (Hg.), *Psychiatriegeschichte in der Schweiz (1850–2000)*, Zürich 2003 (Traverse 2003/1).

11 Zu Deutschland: Heiner Fangerau, Sascha Topp, Klaus Schepker (Hg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit*, Berlin 2017; Rolf Castell, *Hundert Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie. Biografien und Autobiografien*, Göttingen 2008; Helmut Remschmidt, *Psychiatrie und Pädiatrie. Meilensteine in der Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenständige Disziplin*, in: Hanfried Helmchen (Hg.), *Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin*, Lengerich 2008, S. 128–145; Rolf Castell u. a. (Hg.), *Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961*, Göttingen 2003; Anette Engbarth, *Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre Bedeutung für die heutige Praxis*, Frankfurt a. M. 2003; Frank Köhnlein, *Zwischen therapeutischer Innovation und sozialer Selektion. Die Entstehung der Kinderabteilung der Nervenklinik in Tübingen unter Robert Gaupp und ihre Entwicklung bis 1930 als Beitrag zur Frühgeschichte universitärer Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland*, Neuried 2001. Zu Frankreich: Susanne Barner, *Die Entwicklung der Kinderpsychiatrie in Frankreich. Von den Anfängen bis 1948*, Freiburg i. Br. 1980.

und Konsolidierung des interdisziplinären Child Guidance Konzepts auseinander, das für Kinder mit «leichten» psychischen Auffälligkeiten gedacht war.¹² Erst später kamen Untersuchungen zur stationären psychiatrischen Versorgung von Kindern hinzu.¹³ Kulturgeschichtliche Arbeiten zeigten dagegen epochen- und länderübergreifend auf, wie die Medizin, aber auch Theologie, Philosophie und Pädagogik das Verhalten von Kindern wissenschaftlich zu erschliessen suchten.¹⁴

In Deutschland und Österreich bildeten Studien zu den Medizinalverbrechen des NS-Regimes einen Schwerpunkt. Deutsche Ärzt*innen und Pfleger*innen waren für die Ermordung von Tausenden von Kindern mit psychiatrischen oder psychischen Auffälligkeiten verantwortlich. Die Opfer waren auch von medizinischen Experimenten betroffen.¹⁵ Kaum untersucht ist, welche Rolle eugenische Praktiken und Massnahmen in der Kinderpsychiatrie

12 Kathleen Jones, *Taming the Troublesome Child. American Families, Child Guidance, and the Limits of Psychiatric Authority*, Cambridge MA 2002; John Stewart, *Child Guidance in Britain, 1918–1955. The Dangerous Age of Childhood*, London 2013. Mit fachgeschichtlicher Perspektive: William Healy, Augusta F. Bronner, *The Child Guidance Clinic. Birth and Growth of an Idea*, in: Lawson G. Lowrey (Hg.), *Orthopsychiatry 1923–1948. Retrospect and Prospect*, New York 1948, S. 14–49.

13 Deborah Blythe Doroshov, *Emotionally Disturbed. A History of Caring for America's Troubled Children*, Chicago, London 2019. Für das viktorianische England: Steven Taylor, *Child Insanity in England, 1845–1907*, London 2017.

14 Exemplarisch: Wolfgang Rose, Petra Fuchs, Thomas Beddies, *Diagnose «Psychopathie». Die urbane Moderne und das schwierige Kind*. Berlin 1918–1933, Wien, Köln, Weimar 2016; Joëlle Droux, Mariama Kaba, *Le corps comme élément d'élaboration de nouveaux savoirs sur l'enfance délinquante*, in: *Revue d'histoire de l'enfance «irrégulière»* 8, 2006, S. 63–80; Nissen, *Seelische Störung*; Jones, *Troublesome Child*; Marijke Gijs-wijt-Hofstra, Harry Oosterhuis, Joost Vijsselaar u. a. (Hg.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century*, Amsterdam 2005.

15 Exemplarisch: Edith Sheffer, *Aspergers Kinder. Die Geburt des Autismus im «Dritten Reich»*, Frankfurt a.M. 2018; Heiner Fangerau, *Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung*, Berlin, Heidelberg 2017; Maike Rotzoll, Gerrit Hohendorf, Petra Fuchs u. a. (Hg.), *Die nationalsozialistische «Euthanasie»-Aktion «T4» und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart*, Paderborn 2010; Thomas Beddies, Kristina Hübener (Hg.), *Kinder in der NS-Psychiatrie*, Berlin 2004.

anderer Länder spielten.¹⁶ Neuere Arbeiten, die sich an Lutz Raphaels Konzept der «Verwissenschaftlichung des Sozialen» anlehnen, zeigen, wie sich bereits nach dem Ersten Weltkrieg und dann nach 1945 Beobachtungsstationen als Orte sich überlagernder Wissensordnungen etablierten, die mit Akteur*innen aus Politik, Verwaltung und Schule interagierten.¹⁷ Ebenfalls liegen Studien zu Medikamentenversuchen an Kindern und Jugendlichen in der Nachkriegszeit vor.¹⁸

Auch in der Schweiz dominierten zunächst fachhistorische Ansätze.¹⁹ Angestossen durch die Forschung im Ausland entstanden ab den 1990er Jahren sozial- und kulturgeschichtliche Untersuchungen zur Psychiatriegeschichte.²⁰ Erstaunlich ist, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie dabei nur vereinzelt berücksichtigt wurde. Die Untersuchungen von Catherine Fussinger und Taline Garibian widmeten sich institutionellen Entwicklungen und

16 Zur Schweiz: Gisela Hauss u. a. (Hg.), *Eingriffe ins Leben. Fürsorge und Eugenik in zwei Schweizer Städten (1920–1950)*, Zürich 2012.

17 2018 widmete die Zeitschrift «Virus» dem Thema «Medikalisierte Kindheiten» einen Schwerpunkt (Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 17, hg. von Elisabeth Dietrich-Daum, Michaela Ralser, Elisabeth Lobenwein). Zu den Beobachtungsstationen: Elisabeth Dietrich-Daum, Michaela Ralser, Dirk Rupnow (Hg.), *Psychiatrisierte Kindheiten. Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl, 1954–1987*, Innsbruck 2020; Rose u. a., *Diagnose «Psychopathie»*.

18 Sylvia Wagner, *Arzneimittelversuche an Heimkindern zwischen 1949 und 1975*, Frankfurt a. M. 2020; Sylvelyn Hähner-Rombach, Christine Hartig, *Medikamentenversuche an Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Heimerziehung in Niedersachsen*, Stuttgart 2019; Hemma Mayrhofer u. a., *Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in der Wiener Psychiatrie von 1945 bis 1989*, Wien 2017.

19 Carl Haffter, *Geschichte der Kinderpsychiatrie*, in: *Swiss Med. Schweizerische Zeitschrift für Medizin und medizinische Technik* 12 (1988), S. 15–18; Jorisch-Wissink, Moritz Tramer; Susanna Zürcher-Simmen, *Wege zu einer Kinderpsychiatrie in Zürich*, Zürich 1994; Elisabeth Schaffner-Hänny, *Wo Europas Kinderpsychiatrie zur Welt kam. Anfänge und Entwicklungen in der Region Jurasüdfuss (Aargau, Solothurn, Bern, Freiburg, Neuenburg)*, Dietikon 1997.

20 Catherine Fussinger, Urs Germann, Martin Lengwiler, *Ausdifferenzierung der Psychiatrie in der Schweiz. Stand und Perspektive der psychiatriehistorischen Forschung*, in: *Traverse. Zeitschrift für Geschichte* 10/1 (2003), S. 11–31, hier S. 14.

personellen Verflechtungen in der französischsprachigen Schweiz.²¹ Frank Köhnlein untersuchte die Formierung der Kinderpsychiatrie im Kanton Basel-Stadt.²² Carlo Wolfisberg und Martine Ruchat beschäftigten sich mit Kinderpsychiatrie, Psychiatrie und Heilpädagogik, insbesondere der Einrichtung von Spezialklassen und schulärztlichen Diensten.²³ In den letzten Jahren ist vor allem das Verhältnis der Kinderpsychiatrie zur Kinder- und Jugendfürsorge in den Fokus der Forschung gerückt; Hintergrund bildet die Aufarbeitung des Verdingkinderwesens und der fürsorgerischen Zwangsmassnahmen. Die neueren Arbeiten beleuchten die Mitwirkung der Psychiater*innen bei behördlichen Entscheidungen zu Fremdplatzierungen sowie die Auswirkungen der – aus heutiger Sicht stigmatisierenden – psychiatrischen Diagnostik auf die Lebensläufe der Betroffenen.²⁴ Im Nationalen Forschungsprogramm 76 *Fürsorge und Zwang* widmen sich mehrere Projekte dieser Fragen.²⁵

21 Taline Garibian, 75 ans de pédopsychiatrie à Lausanne. Du Bercaïl au Centre psychothérapeutique, Lausanne 2015; Catherine Fussinger, Une psychiatrie «novatrice» et «progressiste» dans un canton périphérique et conservateur: un réel paradoxe, in: Claudia Honegger, Brigitte Liebig, Regina Wecker (Hg.), Wissen, Gender, Professionalisierung. Historisch-soziologische Studien, Zürich 2003, S. 169–186.

22 Frank Köhnlein, «Dieses neue Tätigkeitsgebiet entspricht einem dringenden Bedürfnis und wird bald weiter ausgebaut werden müssen.» Beitrag zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Basel, <https://unigeschichte.unibas.ch/fakultaeten-und-faecher/medizinische-fakultaet/juengste-entwicklungen-der-medizinischen-fakultaet/kinder-und-jugendpsychiatrie> (7.8.2021).

23 Martine Ruchat, Une clinique pédagogique pour les enfants de l'hôpital psychiatrique de Genève, 1944–1955, in: Revue d'histoire de l'enfance «irrégulière» 23 (2021), S. 171–185; Martine Ruchat, Inventer des arriérés pour créer l'intelligence. L'arriéré scolaire et la classe spéciale: histoire d'un concept et d'une innovation psychopédagogique, 1874–1914, Bern 2003; Carlo Wolfisberg, Heilpädagogik und Eugenik. Zur Geschichte der Heilpädagogik in der deutschsprachigen Schweiz (1850–1950), Zürich 2002.

24 Vgl. Janett, Verwaltete Familien; Nadja Ramsauer, «Verwahrlost». Kindswegnahmen und die Entstehung der Jugendfürsorge im schweizerischen Sozialstaat, 1900–1945, Zürich 2000.

25 Vgl. die Angaben auf der Website des NFP 76 (www.nfp76.ch) zu den Projekten von Caroline Bühler und Iris Ritzmann.

Demgegenüber sind die Wissenschaftsgeschichte der Kinderpsychiatrie, ihre Praktiken der Wissensgenerierung, die Formen der Institutionalisierung und die (transnationale) Vernetzung nach wie vor unterbelichtet. Offen bleibt dementsprechend eine Reihe von Fragen: Welche Faktoren trugen zu Beginn des 20. Jahrhunderts dazu bei, dass sich das Bedürfnis nach einer spezifischen Psychiatrie für das Kind – und später für Jugendliche – artikulierte und institutionalisierte? Warum gilt die Schweiz in der psychiatrischen Fachgeschichte als eine Pionierin für die Etablierung der Kinderpsychiatrie?²⁶ Welche Wissensbestände und -transfers waren massgebend für die Etablierung und Weiterentwicklung des jungen Fachs? Wie sind regionale Unterschiede in der institutionellen Entwicklung zu erklären?

Dieser Band beantwortet diese – und weitere – Fragen nicht abschliessend, aber zeigt Perspektiven auf und gibt Impulse für die künftige Forschung. Ziel ist es, die aktuellen Forschungen zu bündeln und einen Überblick über die Ausdifferenzierung der Kinderpsychiatrie in der Schweiz des 20. Jahrhunderts zu geben. Im Zentrum stehen die Zirkulation von psychiatrisch-psychologischen Wissensbeständen in Medizin, Politik und Gesellschaft, die Verwissenschaftlichung und Institutionalisierung des Fachs sowie die mit den psychiatrischen Praktiken einhergehende Klassifizierung und Pathologisierung der Kinder und Jugendlichen, aber auch ihrer Eltern. Nur am Rand thematisiert werden die Auswirkungen der Psychiatrisierung auf das Leben und die Erfahrung der jungen Patient*innen, die von der Psychiatrie zum «Objekt» ihrer Forschung erklärt wurden.

Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nicht einfach zu schreiben, weil diese von Anfang an eine doppelte Stossrichtung aufwies: Einerseits verstand sie sich als medizinische Teildisziplin, die sich an Psychiatrie, Psychologie und Pädiatrie anlehnte, andererseits entsprach sie dem sozialpolitischen Bedürfnis, Minderjährige so zu lenken, dass sie sich in die Gesellschaft eingliederten. Selten war die Eingliederung so konzipiert, dass sie mit der Autonomisierung der Betroffenen einherging. Wie vielschichtig

²⁶ Vgl. Wilhelm Felder, Jakob Lutz (Manuskript), Bern o.D., S. 19: Ruedi Zollinger, Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in der Schweiz, in: ders. (Hg.), Bereit zum Dialog? Beiträge zur Psychiatrie und Psychotherapie für Kinder und Jugendliche, Basel 2013, S. 9–16.

ihre Geschichte ist, widerspiegelt die thematische Breite der Beiträge des Sammelbands, die sich auf die drei grossen Sprachregionen der Schweiz mit ihren je kulturellen und sozialen Kontexten beziehen. In den Fokus nimmt der Band Institutionen (Ambulatorien, Beobachtungsstationen), Personen (Kinderpsychiater*innen), Therapiemethoden (Tiefenpsychologie, Psychopharmakologie) sowie nationale und internationale Netzwerke. Die Beiträge bilden drei thematische Schwerpunkte.

Teil 1 widmet sich den Wissensbeständen der sich ausdifferenzierenden Kinder- und Jugendpsychiatrie, ihrer Zirkulation in Medizin, Gesellschaft und Politik sowie ihrer Theoretisierung und den therapeutischen Praktiken. Deutlich wird dabei, dass sich die neue Disziplin im Schnitt- und Spannungsfeld so unterschiedlicher Wissensfelder wie der (Heil-)Pädagogik, der (Tiefen-)Psychologie oder der Pädiatrie konstituierte und etablierte. Dabei kam es zu Überlagerungen und Amalgamierungen heterogener Wissensformen und epistemischer Praktiken. Tatsächlich beruhte der Aufstieg der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf der Behauptung einer Expertise, die sich erst im Verlauf zahlreicher inter- und transdisziplinärer Kooperationen und Positionskämpfe herauskristallisierte.

Den Auftakt macht der Beitrag von *Michèle Hofmann*. Er legt dar, wie die Volksschule in der Schweiz um 1900 die Vorstellung der «kindlichen Entwicklung» als Kriterium aufgriff, um «auffällige» Kinder in Spezialklassen für «Schwachbegabung» einzuweisen. Die Kategorie prägte die entstehende Entwicklungspsychologie, die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Pädagogik als Leitdisziplin verdrängte, wenn es darum ging, kindliches Verhalten zu beurteilen. *Emanuel Neuhaus* und *Sara Galle* zeigen für die Zürcher Stephansburg, die erste Beobachtungsstation der Schweiz, wie in den Anfängen der Psychiatrie heilpädagogische mit medizinisch-psychiatrischen Ansätzen und Geltungsansprüchen konkurrierten. Die Psychiatrie integrierte schliesslich pädagogische Paradigmen in ihre Wissensbestände; zugleich etablierte sie sich als Leitdisziplin und stellte die Pädagogik in ihren Schatten.

Urs Hafner schildert anhand der Berner Beobachtungsstation Neuhaus, wie bedeutsam die Psychoanalyse in der frühen Kinderpsychiatrie war. Arnold Weber, der erste Leiter des Neuhauses, vertrat in seinen Vorlesungen an der Universität Prinzipien, die er in der Praxis des Neuhauses kaum beachtete. Standardmässig wurde etwa der IQ-Test durchgeführt, obschon Weber

ihn für nicht aussagekräftig befand. *Mirjam Janett* befasst sich mit der Zirkulation von Wissen innerhalb der medizinischen Wissenschaften und mit der Prägung der Pädiatrie durch die Kinderpsychiatrie. Sie weist nach, wie die Forschungsinteressen Manfred Bleulers und seines Schülers Walter Züblin für intergeschlechtliche Kinder die endokrinologische Psychiatrie vorantrieben. In der Folge führte diese die Kategorie des psychischen Geschlechts in die medizinische Praxis ein. Daran anknüpfend legitimierte die Pädiatrie Genitaloperationen an Kindern: Das uneindeutige biologische Geschlecht sollte dem eindeutigen psychischen Geschlecht angepasst werden. *Felix Rietmann* beschäftigt sich mit der Erweiterung des kinderpsychiatrischen Felds auf Kleinkinder. Er zeigt auf, wie sich in Lausanne im Austausch mit Entwicklungen vor allem im angelsächsischen Raum ab den 1970er Jahren neue, altersspezifische Zugänge etablierten, die frühkindliche Verhaltensauffälligkeiten als Entwicklungsstörungen verstanden. Als Instrumente der klinischen Diagnostik wurden dabei erstmals Video-Aufzeichnungen verwendet, die es erlaubten, das Beziehungsgeschehen zwischen Eltern und Kleinkindern zu dokumentieren und zu analysieren.

Teil 2 befasst sich mit der Geschichte einzelner Einrichtungen und regionaler Versorgungsstrukturen. Die Beiträge verdeutlichen, dass die Entstehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als ein spezifisches Wissensfeld nicht von rechtlichen Rahmenbedingungen, lokalen Kontexten und Institutionen zu trennen ist. Wie dieser Band zeigt, wurden vor allem die Anfänge stark von einzelnen Exponenten geprägt. Augenfällig ist ebenfalls, wie sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie vor dem Hintergrund des sich ausdifferenzierenden Sozialstaats regional unterschiedlich ausgestaltete. Die rasche Verbreitung von ambulanten und stationären kinderpsychiatrischen Einrichtungen war auch dem Interesse sozialpolitischer Akteur*innen geschuldet. Sie forderten psychiatrische Strukturen für die Abklärung und Therapie verhaltensauffälliger Kinder- und Jugendlicher, damit diese den Ansprüchen der Leistungsgesellschaft genügten. *Ursina Klauser* zeigt am Beispiel der Thurgauer Klinik Münsterlingen, dass Kinder und Jugendliche vor allem im Rahmen ambulanter Sprechstunden in das Blickfeld der Psychiatrie gerieten. In der stationären Klinik stellten Kinder dagegen nur eine kleine Minderheit dar. Die Konsultationen entsprachen dabei einem wachsenden Bedürfnis nicht zuletzt der Eltern, die sich von der Psychiatrie Ratschläge im Umgang mit ihren Kindern erhofften. Im Gegenzug erweiterte sich das Spektrum der

Behandlung auf schulische oder erzieherische Probleme, familiäre Konflikte oder Jugenddelikte.

Taline Garibian beschäftigt sich mit der Entwicklung im Kanton Waadt. Sie zeigt auf, wie einzelne Psychiater die Entstehung eines eigenständigen Jugendstrafrechts zu Beginn der 1940er Jahren nutzten, um sich gegenüber Behörden und Öffentlichkeit als Experten zu positionieren. Es würde allerdings zu kurz greifen, diesen Prozess lediglich als Medikalisierung von Jugenddelinquenz zu verstehen. De facto erwies sich die Kooperation mit der Justiz als anforderungs- und spannungsreicher als erwartet. Ab den 1950er Jahren veränderte sich die Klientel der Kinderpsychiatrie, und das Auftreten neuer Disziplinen (Heilpädagog*innen, Sozialarbeiter*innen) erweiterte das Feld. Auch in der Waadt erfolgte die Institutionalisierung der Kinderpsychiatrie somit nicht linear. *Urs Germann* untersucht die Ausdifferenzierung der kinderpsychiatrischen Versorgung im Kanton Aargau. Auch sie entwickelte sich zunächst aus der Sprechstundenpsychiatrie für Erwachsene; zur Verselbstständigung von der Erwachsenenpsychiatrie kam es erst in den 1970er Jahren. Wohlfahrtsstaatliche Programme wie das Jugendstrafrecht, das den Erziehungszweck betonte, oder die Invalidenversicherung gaben Präventionsanliegen Auftrieb und erhöhten den Bedarf nach Abklärungen. Dagegen rückte ab den 1970er Jahren vermehrt die Familie selbst ins Zielfeld kinderpsychiatrischer Interventionen.

Marco Nardone fokussiert den Kanton Tessin, der noch kaum untersucht ist. Auch hier entwickelte sich die Kinderpsychiatrie nach dem Zweiten Weltkrieg zunächst auf ambulanter Basis, wobei die bestehende Jugendfürsorge eine gewisse Medikalisierung erfuhr. Erst später kam eine Beobachtungsstation hinzu. Allerdings wurden Minderjährige mangels alternativer Betreuungsangebote noch lange in die kantonale psychiatrische Klinik eingewiesen. Anhand der Fallgeschichte einer Jugendlichen, die von wiederholten Heimplatzierungen betroffen war, beleuchtet der Beitrag das Zusammenspiel dieser verschiedenen Einrichtungen. Er verbindet die Beschreibung von Strukturen mit der Analyse ausgewählter Fallgeschichten, die zeigen, wie einzelne Jugendliche das institutionelle Gefüge der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchliefen. *Samuel BouSSION* und *Camille Jaccard* untersuchen die Weiterbildungskurse der Koordinationsstelle für Nachkriegshilfe, die *Semaines internationales d'études pour l'enfance victime de la guerre*, die unter der Leitung des Westschweizer Kinderpsychiaters Lucien Bovet zwischen 1946 und

1949 in Lausanne stattfanden. Die Kurse begünstigten den Aufbau des medizinischen-pädagogischen Dienstes in der Romandie und führten zur Vernetzung der aus verschiedenen Disziplinen stammenden internationalen Expert*innen.

Die Beiträge in *Teil 3* befassen sich mit psychiatrischen Kategorisierungen von Kindern und Jugendlichen und deren Verhalten. Sie zeigen auf, dass kinder- und jugendpsychiatrisches Expertenwissen keineswegs «neutral» war, sondern gesellschaftliche Ordnungsbedürfnisse aufnahm und auf die Definition und Lösung von Problemen in den Bereichen der Schule, des Kinderschutzes oder der Justiz ausgerichtet war. Gutachten und andere Stellungnahmen, die in Behördenentscheidungen einfließen, wirkten sich auf die weiteren Lebensverläufe von Kindern und Jugendlichen aus. Sie hatten zum Beispiel Anteil daran, ob ein Kind in einem Heim untergebracht wurde oder bei seiner Familie bleiben konnte. Daher drängt sich einmal mehr die Frage auf, inwiefern es sich bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie um eine «Triage-Disziplin» handelte (und auch heute noch handelt), die ihre Legitimation und Etablierung der Verschränkung mit staatlicher Autorität verdankte.

Tomas Bascio, Jessica Bollag und Tamara Deluigi fokussieren auf Jugendliche im Kanton Tessin der 1970er Jahre, die in die Klinik Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale in Mendrisio (ONC) eingewiesen wurden. Der Beitrag weist nach, dass die Trennlinien zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Erwachsenenpsychiatrie nicht scharf waren. Anhand zweier Fallgeschichten zeichnet das Autor*innenteam den Weg der Jugendlichen in die Klinik und ihre Entlassung nach. *Caroline Bühler* und *Mira Ducommun* befassen sich mit der Bewertung von Müttern im Vorfeld von Fremdplatzierungen. Sie analysieren die Begutachtungen der Erziehungsberatung und der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste im Kanton Bern in den 1960er und 1970er Jahren mit sozialwissenschaftlichen Methoden. Die in der Verantwortung stehenden Instanzen legitimierten mit der Disqualifikation der Mutter nicht nur ihre Entscheidung, sondern brachten mit ihren Klassifizierungen das zu platzierende «Problemkind» erst hervor.

Zu guter Letzt denkt der Kinder- und Jugendpsychiater *Frank Köhnlein* in seinem Kommentar zum vorliegenden Band darüber nach, was die Kenntnis der Geschichte der heutigen Psychiatrie bringen könnte. Zu oft diene dem Fach die Geschichte der Medizin nur als «probater Schmuckrahmen» für Jubiläumsanlässe – zu oft also nimmt die Medizin die Geschichte nicht

ernst. Köhnlein plädiert dagegen für mehr Demut: Dank der Geschichte könne das Fach erkennen, dass das Neue gar nicht so neu und das Scheitern nichts Aussergewöhnliches sei. Zugleich wünscht sich Köhnlein von den Historiker*innen mehr Verständnis für die Umstände und Grenzen, in denen Psychiater*innen agierten. Und schliesslich formuliert er nichts weniger als das Desiderat einer «Gesamtgeschichte» der Schweizer Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Pädagogische Praxis und Wissen vom Kind

Entwicklungsvorstellungen im Kontext von Schule, Heilpädagogik, Psychologie und Medizin um 1900 in der Schweiz

Michèle Hofmann

Abstract

In the course of the 19th century, the Swiss cantons created a school system with several successive levels. Towards the end of the century, two far-reaching innovations emerged within this system. One innovation was the introduction of age-group levels. The other innovation was the creation of special classes for the «feeble-minded», that is, for pupils who could not keep up with their peers. In the context of the introduction of age-group levels and special classes, historical hindsight reveals an increasing interest in child development. This interest can be located in a time when psychology as a scientific discipline in general, and developmental psychology in particular, was in its early stages. The article focuses on this interest and asks what knowledge about child development was created in the Swiss elementary school around 1900 and what role pedagogical practice and scientific theories played in this process.

Im Verlauf des 19. Jahrhunderts wurde in der Schweiz ein Schulsystem mit mehreren aufeinander aufbauenden Stufen geschaffen.¹ Es ersetzte die vormals unkoordiniert nebeneinander existierenden Standesschulen.² Möglichst alle Kinder sollten nun gemeinsam die Primarschule besuchen und anschliessend entsprechend ihrem Leistungsniveau verschiedenen Schultypen zugeteilt werden. Gegen Ende des Jahrhunderts zeichneten sich in diesem System zwei Neuerungen ab: die Einteilung der Kinder in altershomogene Gruppen, sogenannte Jahrgangsklassen, und die Schaffung von speziellen

1 Vgl. Ingrid Brühwiler, Lucien Criblez, Claudia Crotti u. a. (Hg.), Schweizer Bildungsgeschichte – Systementwicklung im 19. und 20. Jahrhundert, Zürich (in Vorbereitung).

2 Vgl. Anne Bosche, Form und Reform der Schule im freien Markt – Schulentwicklung im Ancien Régime, in: Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften 30/2 (2008), S. 259–274; Rebekka Horlacher, Mehr als eine Vorgeschichte. Schule im langen 18. Jahrhundert, in: Brühwiler u. a. (Hg.), Schweizer Bildungsgeschichte.

Klassen für «Schwachbegabte», das heisst für Schüler*innen, die nicht mit ihren Altersgenoss*innen Schritt halten konnten. Im Zusammenhang mit der Einführung von Jahrgangs- und Spezialklassen kam zunehmend ein Interesse an kindlicher Entwicklung auf. Es ist in einer Zeit zu verorten, in der die Psychologie als wissenschaftliche Disziplin im Allgemeinen und die Entwicklungspsychologie im Besonderen in ihren Anfängen standen. Der Beitrag geht der Frage nach, welche Vorstellungen von respektive welches Wissen über kindliche Entwicklung in der Schweizer Volksschule um 1900 geschaffen wurden und welche Rolle dabei pädagogische Praxis und wissenschaftliche Theorien spielten.

Jahrgangs- und Spezialklassen

In der Schweiz wurde, wie in zahlreichen anderen Staaten, die Schulpflicht im 19. Jahrhundert zunächst gesetzlich festgeschrieben und schliesslich sukzessive durchgesetzt. Alle Kinder, die als bildungsfähig eingestuft wurden, sollten ungeachtet von Kriterien wie Herkunft oder Geschlecht schulischen Unterricht erhalten. Das bedeutet, sie sollten zunächst gemeinsam die Primarschule besuchen und dann gemäss ihrer Leistung im Bildungssystem aufsteigen. Die Volksschule hatte damit den Anspruch, eine Institution zu sein, die soziale Unterschiede verringert und Gleichheit erzeugt. Und sie wurde zu einem entscheidenden Ort der Wissens- und Verhaltensvermittlung.³ Die allmähliche Durchsetzung der Schulpflicht führte dazu, dass eine grosse Zahl von Kindern die Primarschule besuchte. Gegen Ende des Jahrhunderts stieg die Anzahl Schulkinder zusätzlich durch das Wachstum der Bevölkerung an. Ab den 1870er Jahren setzte sich die Einteilung der Kinder in altershomogene Gruppen als dominierendes Prinzip der Unterrichtsorganisation durch.⁴

3 Vgl. Johannes Westberg, Lukas Boser, Ingrid Brühwiler (Hg.), *Education and the Rise of Mass Schooling. Education Policy in the Long Nineteenth Century*, New York 2019; zur Schweiz vgl. Lukas Boser, Michèle Hofmann, Ingrid Brühwiler, *E pluribus unum. One Swiss School System Based on Many Cantonal School Acts*, in: ebd., S. 67–92.

4 Vgl. Carlo Jenzer, *Die Schulklasse. Eine historisch-systematische Untersuchung*, Bern 1991, S. 351–408; vgl. auch Marcelo Caruso, *Vorteil des Ungefähren. Bildungshisto-*

Anton Philipp Largiadèr, Direktor des Lehrerseminars in Rorschach, bezeichnete in seinem um 1870 verbreiteten *Leichtfasslichen Wegweiser für Volksschullehrer* die Einteilung der Schulkinder nach Alter als «ebenso einfach» wie «natürlich».⁵ Einmal jährlich sollten Kinder «des gleichen Jahrganges» in die Primarschule aufgenommen werden: «Mit ihnen wird aller Unterricht neu begonnen; sie schreiten ungefähr gleich rasch fort und werden, mit seltenen Ausnahmen, durch die ganze Schulzeit hindurch auf ungefähr gleicher Stufe stehen und eine Klasse bilden.»⁶

Vor der Einführung von Jahrgangsklassen war schulischer Unterricht – auch in der Gruppe – «immer Einzelunterricht».⁷ Die anwesenden Schüler*innen verschiedener Jahrgänge sassen zwar zusammen in einem Raum, doch «[j]edes Kind bildete eine eigene Klasse», das heisst, es schritt in seinem eigenen Lerntempo voran.⁸ Die Einführung von altershomogenen Klassen hatte zur Folge, dass für jede Altersstufe bestimmte «Lehrziele» definiert wurden, die von den Schüler*innen in einer vorgegebenen Zeitspanne erreicht werden mussten. Dabei wurden die Kinder nicht länger einzeln, sondern alle gleichzeitig unterrichtet. Die Methode der Wahl war nun der Frontalunterricht.⁹ Die Kinder konnten nicht mehr in ihrem individuellen Lerntempo voranschreiten. Der Lernfortschritt der Schüler*innen wurde also stärker als zuvor mit ihrem Alter verbunden.¹⁰ Schafften sie es nicht, die vorgegebenen «Lehrziele» in der dafür vorgesehenen Zeit zu erreichen, also innerhalb eines Schuljahrs, mussten sie dieses wiederholen.

riografie und die Konzeptualisierung von Jahrgangsklassen, in: *Zeitschrift für Pädagogik* 67/2 (2021), S. 203–221.

5 Anton Philipp Largiadèr, *Volksschulkunde. Leichtfasslicher Wegweiser für Volksschullehrer, Lehramtskandidaten etc.*, Zürich 1869, S. 334.

6 Ebd., S. 333.

7 Jenzer, *Die Schulklasse*, S. 29.

8 Heinrich Richard Schmidt, «Teutsche» Schulen in Worb, in: ders. (Hg.), *Worber Geschichte*, Bern 2005, S. 450–471, hier S. 459.

9 Vgl. Jenzer, *Die Schulklasse*, S. 375–383.

10 Vgl. auch Stephen Lassoone, *Age, Schooling, and Development*, in: Paula S. Fass (Hg.), *The Routledge History of Childhood in the Western World*, London 2013, S. 211–228, hier S. 212.

Eine Vorstellung davon, was in den einzelnen Schuljahren zu lernen war, existierte bereits vor der Einführung von Jahrgangsklassen.¹¹ Doch erst die neue Unterrichtsorganisationsform führte dazu, dass «Lehrziele» und Schuljahre übereinstimmen mussten, da jeweils nach einem Jahr entschieden wurde, ob die Kinder in die nächsthöhere Klasse vorrücken konnten oder das Schuljahr wiederholen mussten. Im späten 19. Jahrhundert wurden Klagen darüber laut, dass zu viele Kinder Klassen repetierten und dass diejenigen, die mehrfach Klassen wiederholen mussten, aus der Schule austraten, bevor sie die obersten Jahrgangsstufen absolviert hatten.¹² Das Modell der Jahrgangsklasse sah vor, wie im *Wegweiser* des Rorschacher Seminardirektors Largiadèr nachzulesen war, dass eine Gruppe von gleichaltrigen Kindern gemeinsam die gesamte Schulzeit durchlief. Das Modell basierte mit anderen Worten darauf, dass die (geistige) Entwicklung von Kindern mit ihrem Lebensalter korrespondiert. War nun eine Anzahl Kinder pro Klasse nicht in der Lage, mit ihren Kamerad*innen Schritt zu halten, wurde dies zum Problem. Das Wiederholen von Klassen, besonders das mehrfache Wiederholen einer Klasse, stellte die neue Form der Unterrichtsorganisation infrage.

Abhilfe schaffen sollte die Einführung von separaten Klassen, sogenannten Spezialklassen für «Schwachbegabte». «Schwachbegabung» war eine von drei Unterkategorien respektive einer von drei Schweregraden, die im Rahmen der medizinischen Klassifikation der «Idiotie» unterschieden wurden. Diese Klassifikation etablierte sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum. Die anderen beiden Schweregrade waren «Schwachsinnigkeit» und «Blödsinn».¹³ Das entscheidende Kriterium, das diese Schweregrade voneinander unterschied, war die Bildungsfähigkeit. «Schwachbegabte» Menschen galten als voll und «schwachsinnige» als mehr

11 Vgl. z.B. Johannes Kettinger, *Wegweiser für Volksschullehrer. Darlegung von Umfang, Richtung und Ziel des Unterrichts und Vertheilung des Lehrstoffes auf die Schulzeit*, Liestal 1856.

12 Vgl. z.B. Bernische Austrittsprüfungen, in: *Schweizerische Lehrerzeitung* 25/4 (1880), S. 29.

13 Vgl. Carlo Wolfisberg, *Heilpädagogik und Eugenik. Zur Geschichte der Heilpädagogik in der deutschsprachigen Schweiz (1800–1950)*, Zürich 2002, S. 43–70; Michèle Hofmann, *Schwachbegabt, schwachsinnig, blödsinnig – Kategorisierung geistig beeinträchtigter Kinder um 1900*, in: *IJHE Bildungsgeschichte* 7/2 (2017), S. 142–156.

oder weniger bildungsfähig, «blödsinnige» hingegen wurden als bildungsunfähig angesehen. Parallel zur Etablierung der Klassifikation der «Idiotie» als medizinische Diagnose entstanden verschiedene Bildungs- und Fürsorgeeinrichtungen, die mit dieser Klassifikation korrespondierten. Bereits um 1850 waren einzelne Anstalten für «schwachsinnige» Kinder eingerichtet worden. Spezialklassen für «Schwachbegabte» wurden, als Folge der Einführung von Jahrgangsklassen, ab den 1880er Jahren geschaffen. Städte und Gemeinden, die im Lauf der Zeit eine grössere Anzahl von Spezialklassen einrichteten, fassten diese zu sogenannten Hilfsschulen zusammen. Für «blödsinnige» Kinder entstanden nach der Wende zum 20. Jahrhundert Asyle oder Pflegeanstalten.¹⁴ Die Anstalten für «schwachsinnige» Kinder und die Spezialklassen für «Schwachbegabte» waren Teil eines sonderpädagogischen Settings, das ergänzend zur Volksschule im 19. und 20. Jahrhundert sukzessive auf- und ausgebaut wurde. Es bestand aus speziellen Angeboten, die sich jeweils an bestimmte Gruppen von Kindern richteten.¹⁵ Die schulische Wissens- und Verhaltensvermittlung sollte möglichst alle Kinder und nicht nur die geistig und körperlich «normalen» betreffen.¹⁶

Der Übertritt in eine Spezialklasse für «Schwachbegabte» sollte verhindern, dass Kinder, deren Leistung zu stark von derjenigen ihrer Mitschüler*innen abwich, Primarschulklassen mehrfach repetieren mussten. In den Spezialklassen sollten sie «einen besondern, ihren verminderten körperlichen und geistigen Fähigkeiten angepassten Unterricht erhalten».¹⁷ Zudem waren die Spezialklassen im Vergleich zu den Primarschulklassen deutlich kleiner. Entsprechend konnten die Lehrpersonen den einzelnen Kindern mehr Zeit widmen. Die Maximalzahl an Schüler*innen pro Klasse wurde meistens auf

14 Vgl. ebd.

15 Zu diesem Institutionalisierungsprozess existiert für die Schweiz nur wenig Forschungsliteratur. Vgl. insbes. Wolfisberg, Heilpädagogik; Rebecca Hesse, Alan Canonica, Mirjam Janett u. a., *Aus erster Hand. Gehörlose, Gebärdensprache und Gehörlosenpädagogik in der Schweiz im 19. und 20. Jahrhundert*, Zürich 2020.

16 Vgl. auch Michèle Hofmann, «Schwachsinnige» Schulkinder als zukünftige BürgerInnen, in: *Traverse. Zeitschrift für Geschichte* 24/1 (2017), S. 42–51.

17 Hermann Graf, *Die Entwicklung der Spezialklassen für Schwachbegabte in der Stadt Zürich von 1891–1921*, Zürich 1922, S. 3.

25 festgelegt.¹⁸ Was aus heutiger Sicht ungefähr einer Regelklassengröße entspricht, war im ausgehenden 19. Jahrhundert eine kleine Klasse, sah doch etwa das Basler Schulgesetz von 1880 für die Primarschule vor, dass eine Lehrperson mehr als fünfzig Kinder in einer Jahrgangsklasse unterrichtete.¹⁹ Das Zürcher Schulgesetz von 1899 ging sogar von einer Klassengröße von siebenzig Primarschüler*innen aus.²⁰

«Normale» und «anormale» Entwicklung

Das Modell der Jahrgangsklasse basierte, wie angesprochen, auf der Annahme, dass die (geistige) Entwicklung von Kindern mit ihrem Lebensalter übereinstimmt. Diese Annahme ist Ausdruck eines gesteigerten Interesses für menschliche Entwicklung im Allgemeinen und kindliche Entwicklung im Besonderen, das sich im 19. Jahrhundert manifestierte. Menschliche Entwicklung wurde ein Schlüsselthema der Biologie und der an den Naturwissenschaften sich orientierenden Psychologie.²¹ Gegen Ende des Jahrhunderts entstand mit der Kinderpsychologie ein Teilgebiet der Psychologie, das sich dem kindlichen Lebensalter respektive der kindlichen Entwicklung widmete. Die Kinderpsychologie stellte zunächst jedoch keine klar begrenzte Disziplin dar, sondern war Teil eines grösseren Forschungsfeldes, für das heute die Sammelbegriffe *child study* respektive empirische Kinderforschung verwendet werden.²²

Nicht nur für die Jahrgangsklassen, sondern auch für die Zuteilung der Schüler*innen in Spezialeklassen für «Schwachbegabte» spielten Vorstellungen von kindlicher Entwicklung eine wichtige Rolle. Die Spezialeklassen wiesen einen engen Bezug zur Volksschule auf. Anders als die Anstalten für

18 Vgl. z. B. ebd., S. 7.

19 Schulgesetz [Kanton Basel-Stadt]. 21. Juni 1880, § 7.

20 Gesetz betreffend die Volksschule [Kanton Zürich]. Vom 11. Juni 1899, § 17.

21 Edgar Weiß, Entwicklung, in: Wolfgang Keim, Ulrich Schwerdt (Hg.), Handbuch der Reformpädagogik in Deutschland (1890–1933), Frankfurt a. M. 2013, S. 363–378.

22 Vgl. Florian Eßer, Die verwissenschaftlichte Kindheit, in: Meike Sophia Baader, Florian Eßer, Wolfgang Schröer (Hg.), Kindheiten in der Moderne. Eine Geschichte der Sorge, Frankfurt a. M. 2014, S. 124–153.

«schwachsinnige» Kinder wurden sie nicht räumlich getrennt von der Primarschule eingerichtet, sondern in die bestehenden Schulhäuser integriert. Der Lehrplan der Spezialklassen orientierte sich an demjenigen der Primarschulklassen. Der Eintritt in eine Spezialklasse erfolgte aus der Primarschule. «Schwachbegabte» Kinder besuchten zuerst die erste Primarklasse und wurden während längerer Zeit im Schulalltag beobachtet. Die Aufgabe, die Kinder zu beobachten und ihre intellektuelle Leistung zu beurteilen, fiel den Lehrpersonen zu. Nach Ablauf des ersten Schuljahrs mussten sie eine zentrale Frage beantworten: Welche Kinder hatten sich «normal» entwickelt und konnten entsprechend in die zweite Primarklasse vorrücken und welche nicht?²³

Basel richtete Ende der 1880er Jahre als erste Schweizer Stadt Spezialklassen für «Schwachbegabte» ein. Sie orientierte sich dabei am Vorbild deutscher Städte, wo solche Klassen seit Ende der 1860er Jahre existierten.²⁴ Die Basler Unterstufenlehrpersonen wurden seit 1887 jeweils Anfang des Kalenderjahres von den Schulinspektoren aufgefordert, die «schwachbegabten» Kinder zu melden, die für den Besuch einer Spezialklasse in Betracht kämen. In Basel begann das Schuljahr im Mai. Die Lehrer*innen hatten somit rund zehn Monate Zeit, die Kinder zu beobachten und zu klassifizieren. Die «Schwachbegabten» wurden darauf einer schulärztlichen Untersuchung unterzogen, und der Schularzt musste der Überweisung von der Primar- in die

23 Vgl. auch Michèle Hofmann, Who's Normal and Who's Not? Notions of Children's Intellectual Development in the Context of Emerging Special Education at the Turn of the Twentieth Century in Switzerland, in: *History of Education* 50 (2021), <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0046760X.2020.1858191> (3.9.2021); dies., Grenzziehungen – Praktiken der Kategorisierung geistig «anormaler» Kinder um 1900 in der Schweiz, in: Sabine Reh, Patrick Bühler, Michèle Hofmann, Vera Moser (Hg.), *Schülersauslese, schulische Beurteilung und Schülertests 1880–1980*, Bad Heilbrunn 2021, S. 63–79; dies., Ausschluss des «Anormalen» – oder: Die Etablierung der Schweizer Primarschule als Regelschule, in: *Zeitschrift für Grundschulforschung* 14/1 (2021), S. 169–183.

24 Vgl. Staatsarchiv des Kantons Basel-Stadt (StABS), Erziehungsacten K 13, Bericht von Anton Philipp Largiadèr, Schulinspektor, 1887.

Spezialklasse zustimmen.²⁵ Die definitive Klasseneinteilung nahmen schliesslich die Schulinspektoren vor.

Die Schulinspektoren wünschten sich von jedem Kind, das für den Übertritt in eine Spezialklasse vorgeschlagen wurde, «ausser Angabe des Namens u. des Geburtsdatums, auch eine kurze Charakteristik, welche einigermaßen die Ursachen der geringen Fortschritte in der Schule erkennen lässt».²⁶ Von den Lehrpersonen wurde erwartet, wie einer um 1900 jährlich tausendfach an Schweizer Primarlehrer*innen abgegebenen Broschüre zu entnehmen ist, dass sie «schwachbegabte» Kinder von «Nachzügler[n] oder Repetenten» unterschieden. Bei Letzteren handle es sich um «einseitig begabte Schüler, die mit ihren normal beanlagten Altersgenoss*innen z. B. in einem Hauptfach nicht Schritt halten können und infolge dessen um eine Klasse zurückbleiben, im übrigen aber dem Klassenunterricht gleichwohl zu folgen vermögen».²⁷ Für die Spezialklasse vorgeschlagen werden sollten nur diejenigen Schüler*innen, deren Entwicklung insgesamt als «anormal» beurteilt wurde und von denen ihre Lehrpersonen annahmen, dass sie Schulklassen mehrfach würden repetieren müssen. Von den Lehrpersonen wurde also nicht nur erwartet, dass sie den Entwicklungsstand der Kinder am Ende der ersten Klasse einschätzten, sondern auch deren weitere Entwicklung prognostizierten.

Die Notizen, welche die Basler Lehrpersonen anfertigten und den Schulinspektoren überwiesen, machen deutlich, dass im ausgehenden 19. Jahrhundert in den Schulzimmern Vorstellungen davon entstanden, was eine «normale» und eine «anormale» kindliche Entwicklung sei. Schulanfänger*innen fielen dann negativ, also als «anormal» auf, wenn sie weder in der Lage waren, dem Unterricht zu folgen noch sich sprachlich auszudrücken, und wenn ihre Leistungen (insbesondere im Lesen und Rechnen) hinter diejenigen ihrer Mitschüler*innen zurückfielen.

²⁵ Vgl. z. B. StABS, Erziehungsacten K 13, Bestimmungen betreffend Aufnahme und Entlassung der Kinder in die Spezialklassen für Schwachbegabte, 1887, o.S.

²⁶ StABS, Erziehungsacten K 13, Schreiben der städtischen Schulinspektoren an die Lehrer u. Lehrerinnen der Primarschule, 30. 4. 1887, o.S.

²⁷ Anleitungen für das Lehrpersonal, um die in das Alter der Schulpflicht getretenen Kinder auf das Vorhandensein geistiger oder körperlicher Gebrechen zu untersuchen, [Bern 1899], S. 2.

Die Fähigkeit, sich sprachlich auszudrücken, galt als Grundvoraussetzung für die Teilnahme am Unterricht. Die Lehrer*innen testeten die Kinder mit Fragen und erwarteten, dass diese in der Lage waren, Gehörtes nicht nur «nachzuplappern», sondern in eigene Worte zu fassen; dies war gleichsam der Beweis, dass sie etwas verstanden hatten. Ein Knabe, der 1889 bereits zum zweiten Mal die erste Klasse einer Basler Primarschule besuchte, hatte damit anscheinend grosse Probleme. Er wurde von seinem Lehrer wie folgt charakterisiert:

Es fehlt ihm namentlich am Sprechen. Sobald ein Sätzchen eine gewisse Anzahl von Wörtern übersteigt, oder die Wörter selbst nicht zu den einfachsten & kürzesten gehören, so bringt er's auch nach vielleicht dreissigmaligem Vorsprechen nicht fertig, dasselbe richtig zu sagen. [...] sobald er im Anschauungsunterricht oder beim Rechnen frei über das Verstandene sich äussern soll, bringt er es nicht zu Stande.²⁸

Wichtige Lernziele der ersten Primarklasse sahen vor, wie aus den Notizen der Lehrpersonen hervorgeht, dass die Kinder mehrsilbige Wörter selbstständig lasen und sie sich «einen Zahlenbegriff» aneigneten.²⁹ Letzteres meint, dass sie sich zumindest im Zahlenraum eins bis zehn sicher bewegen, also zählen, addieren und subtrahieren konnten. Was das Schreiben betrifft, scheint primär das Abschreiben von Buchstaben und Wörtern im Zentrum gestanden zu haben. Mit diesen Minimalzielen im Lesen, Rechnen und Schreiben, die die Kinder bis zum Ende der ersten Klasse erreichen sollten, war gleichzeitig die Grenze zwischen der «normalen» und «anormalen» geistigen Entwicklung im ersten Schuljahr definiert.

Die von den Lehrpersonen als «schwachbegabt» beurteilten Schüler*innen wurden immer wieder als hinter den anderen Kindern der Klasse zurückstehend beschrieben. Von einem Schüler hiess es etwa, er habe «grosse Mühe, mit der Klasse Schritt halten zu können»,³⁰ von einer Schülerin, sie stehe «körperlich & geistig hinter ihren Mitschülerinnen zurück»,³¹ und von

28 StABS, Erziehungsacten K 13, Empfehlung für die Spezialklasse, 1889, o.S.

29 Z. B. ebd., Anmeldung für die Spezialklasse, 26. 1. 1891, o.S.

30 Ebd., Schreiben betreffend Bläsischule, 1887, o.S.

31 Ebd., Schreiben betreffend Steinenschule, 1891, o.S.

einer weiteren, sie bleibe «hinter der Klasse zurück».³² Ausserdem wurden einzelne Kinder direkt miteinander verglichen – die Lehrpersonen fertigen von der Klasse eine Rangordnung an. Eine Lehrperson schrieb zum Beispiel über einen Schüler, dieser sei «geistig noch schwächer» als ein anderer Schüler, den die Lehrperson ebenfalls für den Besuch einer Spezialklasse vorschlug.³³ Ein anderer Knabe wurde als «der schwächste Schüler» seiner Klasse beschrieben.³⁴

Die Basler Lehrpersonen erhielten zunächst keine Anleitung zur Identifizierung «schwachbegabter» Kinder, sondern lediglich die Aufforderung, diese zu melden. Ab den späten 1890er Jahren stand ihnen dann die oben erwähnte Broschüre zur Verfügung.³⁵ Seit 1897 sammelte das Eidgenössische Statistische Bureau (das heutige Bundesamt für Statistik) Datenmaterial zu Kindern im schulpflichtigen Alter, die geistig oder körperlich beeinträchtigt waren. Einige Monate nach dem Schuleintritt sollten alle Kinder einer Reihenuntersuchung unterzogen und entsprechende Befunde in einem Formular vermerkt werden. In Ermangelung von Schulärzten mussten in den allermeisten Gemeinden Lehrpersonen die Untersuchungen durchführen und die Formulare ausfüllen. Die besagte Broschüre, die vom Departement des Innern herausgegeben wurde, sollte ihnen hierzu Hilfestellung bieten.³⁶ Was die Identifizierung von «schwachbegabten» Kindern betrifft, ist der Abschnitt relevant, den Karl Kölle, Direktor der Anstalt für «schwachsinnige» Kinder in Regensberg, verfasst hatte. Kölle hatte kein medizinisches oder psychologisches Studium absolviert, galt aber aufgrund seiner langjährigen Unterrichtstätigkeit an Anstalten für «schwachsinnige» Kinder als «Specialist» auf dem Gebiet des «Idiotenwesens».³⁷ Kölles Abschnitt vermittelte einen allgemeinen Eindruck davon, was unter «Idiotie» zu verstehen war und welche Merkmale «idiotische» Kinder aufwiesen, er enthielt aber keine In-

32 Ebd., Schreiben betreffend St. Petersschule, 1888, o.S.

33 Ebd., Schreiben betreffend St. Theodor, 1887, o.S.

34 Ebd., Schreiben betreffend Blätschule, 1887, o.S.

35 Vgl. Anleitungen. Von der Broschüre existierten auch Versionen für den französisch- und italienischsprachigen Landesteil.

36 Vgl. Michèle Hofmann, *Gesundheitswissen in der Schule. Schulhygiene in der deutschsprachigen Schweiz im 19. und 20. Jahrhundert*, Bielefeld 2016, S. 119–144.

37 Anleitungen, S. 16.

formationen dazu, wie die drei Schweregrade «Schwachbegabung», «Schwachsinn» und «Blödsinn» zu unterscheiden seien.³⁸ Der Grund dafür war, dass sowohl das Phänomen der «Idiotie» als auch seine Unterkategorien nur vage bestimmt waren. Ausserdem bezogen sich die Überlegungen zur «Idiotie» nicht explizit auf Kinder.

Eine weitere Informationsquelle für die Lehrpersonen war das entwicklungspsychologische Wissen, das ihnen während ihrer Ausbildung vermittelt worden war. Der Blick in zeitgenössische Lehrbücher, die an den Lehrer*innenseminaren verwendet wurden, zeigt, dass im späten 19. Jahrhundert die Psychologie und damit auch das Wissen über menschliche Entwicklung Teil der Ausbildung wurde. Die Autor*innen unterteilten die menschliche Lebensspanne in verschiedene konsekutive Phasen, die vom Säuglingsalter bis zum hohen Alter reichen.³⁹ Dabei schenkten sie der frühen Kindheit viel Aufmerksamkeit, was überraschend ist, da sich die Lehrbücher an angehende Lehrpersonen richteten. Hingegen enthielten die Lehrbücher kaum Informationen über schulpflichtige Kinder und dazu, wie sich diese ihrem Alter oder ihrer Schulstufe entsprechend entwickeln sollten.

Der Fokus auf Kleinkinder spiegelt die Anfänge der empirischen Kinderforschung wider. Diese Anfänge zeichneten sich forschungsmethodisch durch die Beobachtung junger Kinder aus. Als frühe Beispiele gelten im späten 18. Jahrhundert entstandene Tagebücher von Eltern, die ihre Kinder in deren ersten Lebensjahren beobachteten. Solche Tagebücher kamen nicht zuletzt deshalb auf, weil Pädagogen wie Johann Heinrich Campe Preisfragen ausschrieben, und sie wurden in pädagogischen Fachzeitschriften abgedruckt.⁴⁰ Zu den bekanntesten Arbeiten dieses Typus gehören zwei Publikationen aus der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts: ein Beitrag des engli-

38 Vgl. ebd., S. 1–4.

39 Vgl. z. B. Hans Rudolf Rüegg, *Lehrbuch der Psychologie. Für den Unterricht an Lehrerbildungsanstalten und die Selbstbelehrung*, Bern 1885, S. 174–197; Emanuel Martig, *Anschauungs-Psychologie mit Anwendung auf die Erziehung. Für Lehrer*innen-Seminare, sowie zum Selbstunterricht*, Bern 1888, S. 274–285.

40 Heidrun Diele, Pia Schmid, *Zu den Anfängen empirischer Kinderforschung in Deutschland*, in: Christian Ritz, Christian Wiegmann (Hg.), *Beobachten – Messen – Experimentieren. Beiträge zur Geschichte der empirischen Pädagogik/Erziehungswissenschaft*, Bad Heilbrunn 2010, S. 51–75, hier S. 56–66.

schen Naturforschers Charles Darwin, der die Entwicklung seines ersten Sohns William dokumentierte, und das Buch *Die Seele des Kindes* des englischen Physiologen William Preyer.⁴¹

In den beiden letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts zeichnete sich innerhalb der empirischen Psychologie eine Affinität zu pädagogischen Problemen ab. Dies zeigt sich etwa an den sogenannten Gedächtnisstudien von Hermann Ebbinghaus.⁴² Dieser führte zunächst Experimente im Selbstversuch durch, deren Ergebnisse er 1885 veröffentlichte.⁴³ Dabei ging es darum, «sinnlose Silbenreihen» zu lesen und auswendig zu lernen.⁴⁴ Ebbinghaus interessierte sich für die Frage, wie viele Durchgänge erforderlich waren, um die Silbenreihen nach einer bestimmten Zeit fehlerfrei aufsagen zu können. Hier ist unschwer eine Ähnlichkeit zu schulischem Lernen erkennbar. Noch deutlicher kommt der pädagogische Bezug in späteren Versuchen von Ebbinghaus zum Ausdruck: Mitte der 1890er Jahre führte er Gedächtnisexperimente mit Schulkindern durch, die Rechen- und Leseaufgaben lösen mussten.⁴⁵

Solches Wissen fand nur bedingt Niederschlag in Lehrbüchern, die an den Schweizer Lehrer*innenseminaren verwendet wurden. Dort dominierte die Darstellung der frühen Kindheit. Die Lehrpersonen konnten bei der Beurteilung der Schüler*innen also kaum auf Wissensbestände zurückgreifen, die sie im Rahmen ihrer Ausbildung vermittelt bekommen hatten. Sie mussten sich stattdessen auf ihre berufliche Erfahrung stützen. Dies bedeutet aber nicht, dass die Lehrpersonen die Kinder rein intuitiv beurteilt hätten. Sie bedienten sich nämlich eines Prinzips, das auch für die empirische Kinderforschung von Bedeutung war. Für diese gilt als charakteristisch, dass sie zwi-

⁴¹ Vgl. Charles Darwin, A Biographical Sketch of an Infant, in: *Mind* 2/7 (1877), S. 285–294; William Preyer, *Die Seele des Kindes*. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren, Leipzig 1882.

⁴² Vgl. Walter Herzog, *Pädagogik und Psychologie. Eine Einführung*, Stuttgart 2005, S. 47–49.

⁴³ Vgl. Hermann Ebbinghaus, *Über das Gedächtnis*. Untersuchungen zur experimentellen Psychologie, Leipzig 1885.

⁴⁴ Vgl. ebd., S. 30–35.

⁴⁵ Hermann Ebbinghaus, *Über eine neue Methode zur Prüfung geistiger Fähigkeiten und ihre Anwendung bei Schulkindern*, Hamburg 1897.

schen Deskription und Präskription angesiedelt war, und zwar «insofern sie gemeinsam mit dem Beobachtungswissen über die durchschnittliche Entwicklung zugleich das Mass liefert[e], an dem sich jedes einzelne Kind in seinem Aufwachsen zu messen hatte».⁴⁶ Dies lässt sich auch für die Beobachtung der Kinder in der Jahrgangsklasse feststellen. Die Lehrpersonen beobachteten im Verlauf ihres Berufslebens eine *Vielzahl* gleichaltriger Kinder. Aufgrund dieser Beobachtung erhielten sie eine Vorstellung davon, was eine durchschnittliche kindliche Entwicklung sei. Diese wurde zugleich verstanden als «normale» Entwicklung, und sie diente als Mass, um *einzelne* Kinder zu identifizieren, deren Entwicklung davon abwich und die entsprechend als «anormal» taxiert wurden. Die Lehrpersonen stützten sich jedoch nicht explizit auf die empirische Kinderforschung und ihr methodisches Vorgehen, sondern sie gingen lediglich nach demselben Prinzip vor. Es waren die ihnen gestellte Aufgabe (Identifizieren einzelner «schwachbegabter» Kinder im Klassenverband) und die Rahmenbedingungen (Jahrgangsklassen, «Lehrziele», Frontalunterricht), die sie dazu anleiteten.

Schluss

Das Beispiel der Basler Spezialklassen für «Schwachbegabte» zeigt, dass das Interesse für kindliche Entwicklung im schulischen Kontext um 1900 gross war. Wenngleich in dieser Zeit mit der *child study* respektive der empirischen Kindheitsforschung ein Forschungsfeld im Entstehen begriffen war, bildete wissenschaftliches Wissen nur bedingt die Grundlage für die Zuteilung von Kindern in Spezialklassen. Hier war die Beobachtung der Kinder im Schulalltag einerseits und die berufliche Erfahrung der Lehrpersonen andererseits zentral. Diese beiden Faktoren waren (mit-)entscheidend, dass um die Wende zum 20. Jahrhundert eine klare Vorstellung von kindlicher Entwicklung entstand.

Mit anderen Worten: Die pädagogische Praxis war massgeblich daran beteiligt, die Wissensbestände über geistig «anormale» Kinder zu erweitern, das heisst das Phänomen der «Schwachbegabung» zu konturieren. Die zur Geschichte der *child study* verfügbare Literatur ist stark auf einzelne Vertre-

⁴⁶ Eßer, *Kindheit*, S. 126.

ter (und Vertreterinnen) wie Jean Piaget, G. Stanley Hall, William Stern oder Martha Muchow und ihre Leistungen in diesem Forschungsfeld ausgerichtet. Das Beispiel der Spezialklassen macht deutlich, dass es nicht nur bekannte Wissenschaftler (und Wissenschaftlerinnen) und ihre Theorien waren, welche die Vorstellung von kindlicher Entwicklung prägten, sondern ebenso wissenschaftliche Laien, in diesem Fall: Lehrpersonen.

Im Zug der Etablierung der Psychologie als wissenschaftliche Disziplin wurden in der Schweiz vor allem nach dem Zweiten Weltkrieg schulpсихologische Dienste und Erziehungsberatungsstellen geschaffen.⁴⁷ Diese hatten «den öffentlichen Auftrag, sogenannte anormale Kinder zu untersuchen und teilweise aus den Regelklassen zu entfernen».⁴⁸ Besonders in der zweiten Jahrhunderthälfte dehnten Psycholog*innen ihren Wirkungskreis auf den schulischen Bereich aus, damit fand zunehmend auch psychologisches Wissen Eingang in die Volksschule und nicht zuletzt in die Lehrer*innenseminare: Entwicklungspsychologie ist heute fester Bestandteil des Curriculums an Pädagogischen Hochschulen. Dennoch ist die Beobachtung im Schulalltag und die Erfahrung der Lehrpersonen nach wie vor wichtig, wenn es darum geht zu beurteilen, welche Kinder einen besonderen Förderbedarf haben.

⁴⁷ Vgl. Suzanne Hegg, Die bernische Erziehungsberatung, in: *Jugendpsychologie* 3/2 (1977), S. 37–113; Nadja Wenger, «Ihr gebt mich fort, weil ihr mich nicht gern habt.» Gutachten der St. Galler Fürsorgestelle für Anormale in den 1940er-Jahren, in: Reh u. a. (Hg.), *Schülerauslese*, S. 241–257.

⁴⁸ Wenger, *Gutachten*, S. 254.

«Eine sichere Grundlage für die Fürsorge-Erziehung»

Die Gründung und Ausrichtung der ersten kinderpsychiatrischen Beobachtungsstation in der Schweiz 1921 bis 1931

Emmanuel Neuhaus, Sara Galle

Abstract

In 1921, the first psychiatric children's observation ward in Switzerland was opened in Zurich. This article shows how child psychiatry was able to constitute itself as a central player in the cantonal welfare system and establish itself as a scientific discipline during the 1920s. In the first part, the authors focus on the institutional development of the observation ward and the formation of child psychiatric assessment practice. They outline how psychiatry downgraded curative education to an auxiliary discipline while at the same time emphasizing the relevance of collaboration. The second part focuses on the impact on the children being assessed. Although from the psychiatrists' point of view the return to the family of origin was considered the ideal, the number of recommended and arranged out-of-home placements in foster families and especially children's homes increased markedly.

Die Einführung des Kindesrechts im Schweizerischen Zivilgesetzbuch von 1907, das 1912 in Kraft trat, veränderte die Kinder- und Jugendfürsorge grundlegend. Der Kanton Zürich hatte dabei eine Vorreiterrolle inne. Bereits 1908 richtete die Stadt Zürich eine Amtsvormundschaft ein, die personell rasch ausgebaut und 1910 durch ein Kinderfürsorgeamt ergänzt wurde. 1919 nahm das kantonale Jugendamt seine Arbeit auf. An die Stelle einer bisher vornehmlich reaktiven trat eine vorbeugende Fürsorgepraxis. Neu war, dass die Behörden auch gefährdete Kinder aus ihren Familien nehmen konnten, ohne den Eltern die «elterliche Gewalt» (heute: elterliches Sorgerecht) zu entziehen. Da sich die Massnahmen am Kindeswohl orientierten, weitete sich der Kreis der Kinder, welche die Aufmerksamkeit der privaten und öffentli-

chen Fürsorge auf sich zogen.¹ An den kantonalen und nationalen Kinder- und Jugendfürsorgekongressen nahmen Fachleute, grossmehrheitlich Männer aus den Bereichen Medizin und Psychiatrie neben solchen des Rechts und der Pädagogik, eine herausragende Stellung ein. Sie debattierten überwiegend zu Fragen der Gesundheit, der Organisation und des Rechts. Aus Sicht der Fürsorge ermöglichten es psychiatrische Diagnosen und Prognosen, die Entwicklung der Kinder zu antizipieren, präventive Eingriffe in die Familie zu rechtfertigen und die Kinder in Heimen oder Pflegefamilien unterzubringen.²

In diesem Kontext wurde 1921 die erste kinderpsychiatrische Beobachtungsstation der Schweiz in Zürich auf dem Areal der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli in der etwas abseits liegenden Stephansburg eröffnet. Wie sich die Zürcher Kinderpsychiatrie im Dispositiv der Fürsorge in den 1920er Jahren als Leit- und Fachdisziplin etablieren und durchsetzen konnte, zeigen wir im Folgenden auf.³ In einem ersten Teil steht die institutionelle Entwicklung der stationären Kinderpsychiatrie im Zentrum, in einem zweiten Teil legen wir dar, wie sich die fachärztliche Begutachtung auf die in der Stephansburg untersuchten Kinder auswirkte.⁴

1 Nadja Ramsauer, «Verwahrlost». Kindswegnahmen und die Entstehung der Jugendfürsorge im schweizerischen Sozialstaat 1900–1945, Zürich 2000, S. 37–40.

2 Ebd., insbes. S. 229–242; Elena Wilhelm, Rationalisierung der Jugendfürsorge. Die Herausbildung neuer Steuerungsformen des Sozialen zu Beginn des 20. Jahrhunderts, Bern 2005, S. 308 f.; Sara Galle, Kindswegnahmen. Das «Hilfswerk für die Kinder der Landstrasse» der Stiftung Pro Juventute im Kontext der schweizerischen Jugendfürsorge, Zürich 2016, S. 147–153, 620. Für die Kantone Basel-Stadt und Appenzell Innerrhoden vgl. Mirjam Janett, Verwaltete Familien. Vormundschaft und Fremdplatzierung in der Deutschschweiz, 1945–1980, Zürich 2022.

3 Mit der Geschichte der Beobachtungsstation Stephansburg befasste sich bis dato einzig und aus medizinhistorischer Sicht Susanna Zürcher-Simmen, Wege zu einer Kinderpsychiatrie in Zürich, Dietikon 1994.

4 Für weiterführende Angaben zum von Iris Ritzmann geleiteten und vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützten Forschungsprojekt vgl. <http://www.nfp76.ch/de/projekte/rechte-und-rechtspraxis/projekt-ritzmann> (18.5.2022). Für eine Übersicht zum Forschungsstand vgl. Gisela Hauss, Thomas Gabriel, Martin Lengwiler (Hg.), Fremdplatziert. Heimerziehung in der Schweiz, 1940–1990, Zürich 2018.

Das Bedürfnis nach einer Beobachtungsstation

Die erste Einrichtung zur Beobachtung von Kindern wurde 1917 von der Schweizerischen Stiftung Pro Juventute in Zürich eröffnet und stand unter (heil-)pädagogischer Leitung. Treibende Kraft war der damalige Zentralsekretär der Pro Juventute und spätere Professor für Heilpädagogik, Heinrich Hanselmann, der auch die fachliche Aufsicht übernahm.⁵ Die sogenannte Vorstation diente der Beobachtung «schwer erziehbarer Kinder». Sie bot Platz für fünf Kinder und wurde von Albert Furrer, Lehrer und Bezirkssekretär der Pro Juventute, geleitet, dem ein Psychiater beratend zur Seite stand.⁶ Furrer verfasste für jedes Kind ein «Erziehungsgutachten», das eine «zweckmässige Grundlage für die weiteren Fürsorge-, Behandlungs- und Erziehungsmassnahmen» bilden sollte.⁷ Obschon die Vorstation einem von verschiedenen Akteur*innen geäusserten Bedürfnis entsprach,⁸ musste sie aufgrund finanzieller und räumlicher Schwierigkeiten bereits im Sommer 1920 wieder geschlossen werden.⁹

Die Direktion der Psychiatrischen Heilanstalt Burghölzli war seit den 1910er Jahren bestrebt, eine Abteilung für Kinder einzurichten, da «nicht wenige dieser Kinder durch das längere Zusammensein mit erwachsenen Geisteskranken geschädigt würden» und eine wirksame psychiatrische Behandlung ohne Entfernung aus dem «häuslichen Milieu» meist nicht durch-

5 Zum Wirken von Hanselmann und zum Verhältnis von Heilpädagogik, Psychiatrie und Fürsorge vgl. Galle, *Kindswegnahmen*; Carlo Wolfisberg, *Heilpädagogik und Eugenik. Zur Geschichte der Heilpädagogik in der deutschsprachigen Schweiz (1800–1950)*, Zürich 2002, insbesondere S. 83–93.

6 Ramsauer, «Verwahrlost», S. 240 f.

7 Albert Furrer, *Zur Frage der Beobachtung schwererziehbarer Kinder*, in: *Schweizerische Zeitschrift für Gemeinnützigkeit* 58/1 (1919), S. 118–134, hier S. 122 f.

8 Ebd., S. 118; Albert Furrer, *Unsere Erfahrungen mit dem Beobachtungsheim («Vorstation») Pro Juventute in Zürich*, Zürich 1920, S. 2.

9 Ebd., S. 2 f.; Hans Wolfgang Maier, *Bericht über die kinderpsychiatrische Tätigkeit in Zürich*, in: *Zeitschrift für Kinderforschung* 31/2 (1926), S. 74–88, hier S. 74; *Schweizerisches Sozialarchiv (SSA)*, PJ 07.02 019.04, *Jahresbericht 1919/20 der Bezirkskommission Pro Juventute Zürich*. Vom 21. September 1919 bis 30. Juni 1920, S. 6.

führbar sei.¹⁰ Das Vorhaben kam aber vor allem aufgrund der kriegsbedingt prekären Finanzlage des Kantons zunächst nicht voran.¹¹ Erst 1919 griff der Psychiater Ludwig Frank das Anliegen in der Aufsichtskommission des Burghölzli wieder auf.¹² Er verwies auf die unmittelbar bevorstehende Einführung des kantonalen Jugendstrafrechts und den damit erwarteten Anstieg gerichtlicher Begutachtungsfälle. Der Druck auf die politischen Verantwortungsträger wuchs zusätzlich, als in diesem Zusammenhang auch der Vorsteher des kantonalen Jugendamts, Robert Briner, eine Kinderbeobachtungsstation forderte.¹³ Die Möglichkeit «zur Schaffung einer Kinderabteilung» ergab sich schliesslich, als die erwachsenen Patientinnen der Stephansburg durch einen Neubau in eine andere Abteilung des Burghölzli verlegt werden konnten.¹⁴ Konkurrenz erhielt der Plan kurzzeitig, als die Pro Juventute eine neue Beobachtungsstation eröffnen wollte.¹⁵ Der Stiftung gelang es aber nicht, ein

10 Staatsarchiv Zürich (StAZH), S 272.6, Hans Wolfgang Maier, An die Kant. Direktion des Gesundheitswesens, Zürich, 20.10.1927, 8 Seiten, hier S. 1 f.; StAZH, S 272.6, Sitzung der Aufsichtskommission der Irrenheilanstalt Burghölzli am 4.5.[19]16, Traktandum V. Aufnahme von Kindern ins Burghölzli zum Zwecke der Begutachtung; SS 27.21 (Teil 2), Eintrag Nr. 411, I. Das Protokoll wird verlesen und genehmigt, 5.12.1918; SS 27.22 (Teil 1), Eintrag Nr. 484, VIII. Eine Eingabe Dr. Frank über den künftigen Ausbau der Irrenpflege, 27.3.1919.

11 Ebd., S 272.6, Hans Wolfgang Maier, An die Kant. Direktion des Gesundheitswesens, Zürich, 20.10.1927, S. 2; StAZH, Z 99.4903, Aus dem Protokoll des Regierungsrates 1918. Sitzung vom 29. Oktober 1918, 7 Seiten, hier S. 4. Die kantonale Finanzlage hatte sich durch politische Fehlentscheidungen zusätzlich verschärft, vgl. ebd., SS 27.22 (Teil 1), Eintrag Nr. 536, IV. Psychiatr. Klinik, 27.6.1919.

12 Ebd., SS 27.22 (Teil 1), Eintrag Nr. 484, VIII. Eine Eingabe Dr. Frank über den künftigen Ausbau der Irrenpflege, 27.3.1919.

13 Ebd., Eintrag Nr. 536, IV. Psychiatr. Klinik, 27.6.1919.

14 Ebd., SS 27.24 (Teil 1), Eintrag Nr. 25, X. Umbau der Stefansburg [sic] zu einer Kinderabteilung, 13.2.1920. Vgl. auch Zürcher-Simmen, Wege, S. 50–54.

15 SSA, PJ 07.02 019.04, Jahresbericht der Bezirkskommission «Für die Jugend» Zürich. 26. September 1918–20. September 1920, S. 21 f.; ebd., Jahresbericht 1919/20 der Bezirkskommission Pro Juventute Zürich. Vom 21. September 1919 bis 30. Juni 1920, S. 6. Vgl. auch StAZH, SS 27.24 (Teil 1), Eintrag Nr. 76, V. Ausbau der Stephansburg, 29.4.1920: Fälschlicherweise wird hier Erlenbach als Standort der geplanten Beobachtungsstation angegeben.

geeignetes Grundstück zu erwerben, und als schliesslich Albert Furrer, die treibende Kraft hinter dem Projekt, vom Burghölzli angeworben wurde, zer-schlug sich der Plan.

Das Scheitern der interdisziplinären Zusammenarbeit

Die ärztliche Leitung der Stephansburg übertrug Klinikdirektor Eugen Bleuler dem an der Poliklinik tätigen Oberarzt. Damit wurde Hans Wolfgang Maier, der wenige Jahre später Bleulers Nachfolge als Klinikdirektor antrat, für die Stephansburg verantwortlich. Zwar sollte die Stephansburg weiterhin als Abteilung des Burghölzli geführt werden, zugleich jedoch von der Hauptanstalt «vollständig getrennt sein, um nicht den Stempel der Irrenanstalt zu tragen». Ferner sollten neben Maier als ärztlichem Leiter ein «Assistenzarzt» sowie «eine pädagogische Kraft im Hauptamt eingestellt werden, die sowohl den Unterricht übernimmt, wie auch in der psychologischen Untersuchung der Kinder hilft».¹⁶ Furrer hatte sich mit seiner Tätigkeit in der Vorstation als Fachperson einen Namen gemacht. Er galt dadurch als prädestiniert für die Aufgabe und erhielt die Stelle. Auch Robert Briner setzte sich als Leiter des kantonalen Jugendamts mit Nachdruck für die Einstellung einer pädagogischen Leitung ein, sofern wie von ihm gefordert ein «Beobachtungsheim» und nicht eine Klinik «für kranke Kinder» errichtet werde.¹⁷ Schliesslich einigten sich die Mitglieder der Aufsichtskommission, dass die Stephansburg ihren Zweck nur erfülle, «wenn sie unter tüchtige, sachkundige [pädagogische] Leitung gestellt wird, die stete Fühlung mit der ärztlichen Leitung unterhält».¹⁸

Die Kombination aus psychiatrischem und pädagogischem Leiter führte jedoch bald zu erheblichen Konflikten. Bereits kurz nach der 1921 erfolgten Eröffnung der Stephansburg beklagte sich Klinikdirektor Bleuler in der Auf-

16 StAZH, ZZ 99.4903, Schreiben Eugen Bleuler, An die Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich, 26.2.1920, 5 Seiten, hier S. 4. Vgl. auch Zürcher-Simmen, Wege, S. 54.

17 Ebd., S. 57.

18 Ebd., SS 27.25 (Teil 1), Eintrag Nr. 264, Aus dem Protokoll des Regierungsrates 1921, 12.8.1921, 2 Seiten, hier S. 1.

sichtskommission, Furrer sei der Meinung, dass «seine Funktionen in der Stephansburg die gleichen wären, wie seinerzeit in der Projuventute-Stiftung [sic], wo 90 % der Betätigung ins pädagogische und nur 10 % ins ärztliche Gebiet fielen. In der Stephansburg liegt nun aber das Hauptgewicht beim Arzt, nicht beim Pädagogen».¹⁹ Furrer dagegen vertrat die Ansicht, ihm sei die Leitung der Stephansburg in Aussicht gestellt worden, und wollte sich nicht auf die Funktion als Lehrer beschränken.²⁰ Er sah seine Aufgabe «in der allgemeinen pädagogischen Beobachtung und Einwirkung».²¹ Es war ihm ferner zu Beginn erlaubt, psychoanalytische Therapien bei Kindern mit «neurotischen Symptomen» durchzuführen.²² Darüber hinaus beteiligte sich Furrer mit Vorträgen und Publikationen an der mit grossem Engagement vorangetriebenen Vernetzung und Bekanntmachung der Stephansburg und veröffentlichte seine Erfahrungen teils in namhaften Fachzeitschriften.²³ Als er 1926 den Fall einer «Trotzneurose eines fünfzehnjährigen Mädchens» in der *Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik* schilderte, sah Bleuler jedoch eine Grenze überschritten. Der Pädagoge war in seinen Augen zu weit in das Gebiet der Medizin vorgedrungen.²⁴

Die Reorganisation der Beobachtungstation

Aus Unmut über Furrer regte Bleuler Ende 1926 eine neue «Ausgestaltung» der Stephansburg in der Aufsichtskommission an. Bleuler schwebte vor, nach der «Elimination» Furrers einen Arzt vollamtlich und ausschliesslich mit der

19 StAZH, SS 27.25 (Teil 2), Eintrag Nr. 291, II. Gesuch des pädagogischen Leiters der Stephansburg betreffend die Anstellung einer Hilfskraft, 17. 11. 1921.

20 Ebd., S 272.6, Hans Wolfgang Maier, An die Kant. Direktion des Gesundheitswesens, Zürich, 20. 10. 1927, S. 3f. Vgl. auch StAZH, SS 27.28 (Teil 1), Eintrag Nr. 45, Aus dem Protokoll des Regierungsrates 1923, 14. 5. 1923, sowie ebd., Eintrag Nr. 48, den 30. Mai 1923.

21 Maier, Bericht, S. 81.

22 Ebd., S. 81f.

23 Vgl. ebd., S. 83; Jahresbericht des Kinderhauses Stephansburg (JB Stbg) 1922, S. 2; JB Stbg 1923, S. 1; JB Stbg 1925, S. 6; JB Stbg 1926, S. 4.

24 StAZH, SS 27.34 (Teil 1), Eintrag Nr. 26, VII. Ausgestaltung der Stephansburg, 25. 2. 1927.

Leitung der Beobachtungsstation zu betrauen.²⁵ Auch Oberarzt Maier als direkter Vorgesetzter stellte Furrer ein schlechtes Zeugnis aus, räumte aber gleichzeitig Fehler in der ursprünglichen Konzeption ein. Es hätten sich Schwierigkeiten ergeben, weil die Assistenzärzt*innen häufig wechselten und er als Oberarzt nur Zeit für «eine allgemeine Aufsicht, aber nicht eine Mitarbeit in den Details des ärztlichen Arbeitens» habe.²⁶ Maiers Vorschlag zielte darauf ab, den psychiatrischen Zuständigkeitsbereich zu stärken. Anstelle Furrers sollten nur noch junge Lehrpersonen in einem befristeten Verhältnis eingestellt werden.²⁷ Die Kommission stimmte dem Vorhaben zu, den damaligen ärztlichen Leiter der Stephansburg, Arthur Grossmann, mithilfe einer Lohnzulage längerfristig in seiner Funktion zu halten. Das Ziel der Festanstellung war nicht zuletzt, den Kontakt zwischen der Kinderpsychiatrie, der Volksschule und den Behörden zu intensivieren.²⁸

Furrer trat, nachdem ihm die Kündigung nahegelegt worden war, 1928 die Stelle eines Lehrers in der zwei Jahre zuvor gegründeten städtischen Beobachtungsklasse an.²⁹ Kurz darauf verliess auch Grossmann die Stephansburg.³⁰ Wie er in einem Schreiben darlegte, erschwerte sein formeller Status als Assistenzarzt seine Position als ärztlicher Leiter «sowohl gegenüber dem Personal, als auch den Angehörigen gegenüber». Da die Beförderung zum Oberarzt und die in Aussicht gestellte Lohnzulage ausblieben, reichte er auf

25 StAZH, SS 27.32 (Teil 2), Eintrag Nr. 226, VIII. Ausgestaltung der Stephansburg, 5. 10. 1926.

26 Ebd., Z 99.4903, Bericht von Maier an Bleuler z.H. der Aufsichtskommission, 7. 12. 1926, S. 1.

27 Ebd., S. 2f.

28 Ebd., SS 27.35 (Teil 1), Eintrag Nr. 207, Aus dem Protokoll des Regierungsrates 1928, 13. 4. 1928; StAZH, Z 99.4903, Schreiben Prof. Maier an Dr. Briner, 9. 3. 1928, 3 Seiten, hier S. 2.

29 Ebd., SS 27.35 (Teil 1), Eintrag Nr. 201, Aus dem Protokoll des Regierungsrates 1928, 29. 3. 1928.

30 Ebd., SS 27.34 (Teil 2), Eintrag Nr. 143, den 15. November 1927; Z 99.4903, Schreiben Prof. Maier an Dr. Briner, 9. 3. 1928, S. 2.

Ende April 1929 seine Kündigung ein, um in Zürich eine Privatpraxis zu eröffnen.³¹

Als neuen ärztlichen Leiter der Stephansburg schlug die Direktion des Burghölzli überraschend Jakob Lutz vor. Lutz war Ende 1927 direkt nach dem Staatsexamen in die Stephansburg eingetreten und blieb nach der Assistenzzeit als Volontärarzt in der Beobachtungsstation. Als Maier ihn Anfang 1929 als neuen Leiter präsentierte, hatte er seine Dissertation, die er über die «Dauernarkosebehandlung» bei Erwachsenen verfasste, noch nicht abgeschlossen.³² Er brachte also im Gegensatz zu Furrer kaum Erfahrungen in der Begutachtung von Kindern mit. Offenbar fehlten profilierte Kandidat*innen in den eigenen Reihen.³³

Unter Lutz' Leitung setzte sich der eingeschlagene Weg fort. Die Pädagogik wurde zur Hilfswissenschaft zurückgestuft. Die Beobachtungsberichte des Erziehungs- und Lehrpersonals bildeten zwar weiterhin eine wichtige Grundlage für die ärztlichen Gutachten, doch die Untersuchungen, die Diagnosen, die Empfehlung geeigneter Massnahmen und die therapeutische Behandlung vor Ort waren in der Folge ausschliesslich Aufgabe der Psychiatrie. Die Ärzt*innen erteilten selbst erzieherische Ratschläge, nicht nur den Eltern, sondern auch den Behörden und Heimen. Sie übernahmen damit eine Rolle, die bisher den Pädagog*innen zukam, und stärkten ihre Position im Dispositiv der Kinderfürsorge.

31 StAZH, SS 27.34 (Teil 2), Eintrag Nr. 143, den 15. November 1927; SS 27.35 (Teil 2), Eintrag Nr. 321, den 28. Dezember 1928; SS 27.37 (Teil 1), Eintrag Nr. 59, den 17. April 1929; Z 99.4903, Schreiben Arthur Grossmann an die Direktion der Heilanstalt Burghölzli, 18.1.1928.

32 Jakob Lutz, Über die Dauernarkosebehandlung in der Psychiatrie, Zürich 1929.

33 StAZH, SS 27.34 (Teil 2), Eintrag Nr. 149, den 3. Dezember 1927; SS 27.37 (Teil 1), Eintrag Nr. 4, den 16. Januar 1929; Eintrag Nr. 59, den 17. April 1929.

Das ambivalente Verhältnis zwischen Psychiatrie und Pädagogik

Das ambivalente Verhältnis zwischen Psychiatrie und Pädagogik beziehungsweise Heilpädagogik zeigt sich auch auf diskursiver Ebene. Beiden Seiten war klar, dass es ohne die andere nicht geht. Die Referenz der Psychiater*innen auf Heinrich Hanselmann, der 1924 an der Universität Zürich habilitierte und 1931 den ersten Lehrstuhl für Heilpädagogik in Europa erhielt, lässt nicht nur die gute Vernetzung erkennen, sondern auch die Verbundenheit mit einem international renommierten Experten. Am 1923 von Hanselmann mitbegründeten und von ihm geleiteten, transdisziplinär ausgerichteten Heilpädagogischen Seminar dozierten auch Psychiater*innen, darunter der Kinderpsychiater Moritz Tramer und später Jakob Lutz.³⁴ 1938 erschien zudem der Sammelband zur Psychopathologie des Kindesalters, an dem sowohl Hanselmann als auch Lutz mit einem Beitrag beteiligt waren und der in der Zürcher Kinderpsychiatrie lange Zeit als Standardwerk galt.³⁵ Die Kinderpsychiatrie wurde hingegen erst 1970 mit der Gründung eines eigenen Lehrstuhls an der Universität Zürich akademisch verankert. Wie Hans Wolfgang Maier festhielt, war der Kinderpsychiatrie in Zürich zwar «von jeher mehr Beachtung geschenkt worden, wie an manch anderen Orten», sie stellte aber in den 1920er Jahren ein «noch wenig bebautes Feld» dar.³⁶

Die Fachpublikationen verdeutlichen, dass die beiden Disziplinen in einem «Wettbewerb» standen. Sowohl Tramer und Lutz als auch Hanselmann betonten zwar den eminenten Stellenwert der Zusammenarbeit und plädierten wiederholt für gegenseitige Achtung und Wertschätzung. Beide Seiten waren aber zunehmend um eine «scharfe Abgrenzung» der Arbeitsfelder bemüht, wie sie sich ab 1926 auch in der Stephansburg akzentuierte.³⁷ Für die

³⁴ Vgl. SSA, PJ 1.4–036.01; SSA, PJ 1.4–037.05.

³⁵ Sara Galle, Emmanuel Neuhaus, Lena Künzle u. a., Die psychiatrische Begutachtung von Kindern mit «abnormen Reaktionen» in der Zürcher Kinderbeobachtungsstation Brüschtal 1957 bis 1972, in: *Gesnerus* 77/2 (2020), S. 206–243, hier S. 214.

³⁶ Maier, Bericht, S. 75.

³⁷ Vgl. Heinrich Hanselmann, Was ist Heilpädagogik?, Zürich 1932; ders., Über heilpädagogische Behandlung geistesschwacher und psychopathischer Kinder, in: Erich Benjamin, Heinrich Hanselmann, Max Isserlin u. a., *Lehrbuch der Psychopathologie im Kin-*

Psychiater stand das Primat der ärztlichen Tätigkeit, «zumindest als richtungsgebende Vorarbeit» ausser Frage.³⁸ Hanselmann forderte, dass dem Heilpädagogen unter Anleitung und Kontrolle des Spezialarztes immerhin selbstständige Aufgaben zukämen, nicht ohne darauf hinzuweisen, dass der Arzt dem Erziehungsalltag oft fern stünde und in den Anstalten «immer noch zu viel pädagogischer Arztdilettantismus» vorkäme. Er erachtete es als Fehler, dass in der Ausbildung zum «Kinder-Nervenarzt» kein Praktikum als «gewöhnlicher» Erzieher in einer Anstalt» absolviert wurde, wie er offenbar bereits mehrfach angeregt hatte.³⁹ Umgekehrt absolvierten jedes Jahr mehrere Kandidat*innen des Heilpädagogischen Seminars – ebenso Schülerinnen der 1908 gegründeten Sozialen Frauenschule Zürich – ihr Praktikum in der Stephansburg. Dass die Kinderpsychiatrie zur zentralen Schnittstelle im Dispositiv der Kinder- und Jugendfürsorge wurde, zeigt sich auch am rasanten Ausbau der von 1924 bis 1932 zur Stephansburg gehörigen und ihr danach organisatorisch weiterhin angegliederten psychiatrischen Poliklinik für Kinder und Jugendliche. Deren ärztliches Personal untersuchte auch Kinder in Beobachtungsabteilungen der Erziehungsheime, wie beispielweise im von Hanselmann gegründeten Landerziehungsheim Albisbrunn.⁴⁰

desalter für Ärzte und Erzieher, Erlenbach-Zürich 1938, S. 309–375; Heinrich Hanselmann, Grundlinien zu einer Theorie der Sondererziehung (Heilpädagogik). Ein Versuch, Erlenbach-Zürich 1941; Moritz Tramer, Über die Beziehung der Kinderpsychiatrie und Psychohygiene zur Heilpädagogik, in: Festschrift zum 60. Geburtstag von Heinrich Hanselmann, Erlenbach-Zürich 1945, S. 128–137; Jakob Lutz, Durchgangs- und Beobachtungsheime, in: 100 Jahre Schweizerisches Anstaltswesen, Jubiläumsbuch hrsg. vom Verein für Schweizerisches Anstaltswesen anlässlich seines hundertjährigen Bestehens 1844–1944, Zürich 1945, S. 105–115; JB Stbg 1926, S. 4.

38 Tramer, Beziehung, S. 135.

39 Hanselmann, Behandlung, S. 349.

40 Lutz, Beobachtungsheime, S. 115. Hanselmann leitete das Landerziehungsheim Albisbrunn bis 1929.

Die Diagnostik in der Stephansburg

In die Stephansburg aufgenommen wurden Kinder im Alter zwischen drei und 14 Jahren. In den ersten zehn Jahren nach der Eröffnung der Stephansburg 1921 wurden 744 Kinder zur Beobachtung eingewiesen. Zumeist wurden die Einweisungen von Behörden, Fachleuten und seltener von den Eltern selbst veranlasst, mit dem Ziel, Aufschluss über die Persönlichkeit des Kindes sowie Empfehlungen zum weiteren Vorgehen zu erhalten. Anders als zuvor noch im Burghölzli wurden in der Stephansburg kaum mehr Geisteskrankheiten im engeren Sinne wie Schizophrenie diagnostiziert.⁴¹ Die Verantwortlichen wollten nicht den Eindruck erwecken, die Kinder würden mit «Geisteskranken» konfrontiert, und damit insbesondere Eltern von der Einweisung ihrer Kinder abschrecken.⁴² Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich bei der Diagnose «Psychopathie», die zu Beginn noch relativ häufig gestellt wurde. Zunehmend war bloss noch von einer «Praepsychopathie», also einer möglichen Disposition für eine «Psychopathie», die Rede. Auch ausgebildete «Neurosen» waren selten, meist beobachteten die Ärzt*innen Symptome «abnormer» Verhaltensweisen, die sie unter «neurotischen Reaktionen» subsumierten. Diese Diagnose nahm in der Stephansburg stetig zu und sollte ab Mitte des Jahrhunderts zur häufigsten überhaupt werden.⁴³ Überraschend hoch ist die Zahl der diagnostizierten «Oligophrenien». Sogenannt Schwachsinnige sollten eigentlich nicht in der Beobachtungsstation aufgenommen werden, weil sich die Diagnose aus ärztlicher Sicht mittels Intelligenz- und anderen Tests relativ einfach stellen liess.⁴⁴ Intelligenztests wurden in der Stephansburg routinemässig durchgeführt und waren entscheidend für die Prognose, das heisst für die Voraussage des Krankheitsverlaufs und für die Erfolgsaussichten der empfohlenen Massnahmen. Während verminderte Intelligenz in der Regel als anlagebedingt und damit medizinisch nicht behan-

41 Maier, Bericht, S. 76.

42 JB Stbg 1921, S. 25; JB Stbg 1923, S. 1 f.; JB Stbg 1924, S. 3; JB Stbg 1927, S. 4; Maier, Bericht, S. 78 f.; Jakob Lutz, Das kantonale Kinderhaus Stephansburg Zürich 8, Zürich 1929, S. 10.

43 Vgl. Galle u. a., Begutachtung, S. 210.

44 JB Stbg 1924, S. 1; JB Stbg 1927, S. 6.

delbar erachtet wurde, liessen sich «neurotische Reaktionen» gemäss Lehrmeinung meist allein durch einen Milieuwechsel positiv beeinflussen.⁴⁵

Auffallend ist der mit rund fünfzig Prozent hohe Anteil Kinder in der Stephansburg aus sogenannten unvollständigen Familien, das heisst von Kindern, deren Eltern unverheiratet, getrennt, geschieden, verstorben oder verwitwet waren. Darüber hinaus ist bei verheirateten, im selben Haushalt lebenden Eltern in den Akten häufig von «zerrütteten Ehen» und Ehekonflikten die Rede. Die Familienkonstellation war für eine Einweisung des Kindes in die stationäre Psychiatrie entscheidend. Sie war aber auch massgebend für die ärztliche Empfehlung, die neben Erziehungsratschlägen auf die Platzierung der Kinder fokussierte.

Die Zunahme der empfohlenen Anstaltseinweisungen

Obwohl die Psychiater*innen die Entlassung in die Herkunftsfamilie als Ideal betonten,⁴⁶ wurde rund die Hälfte der begutachteten Kinder einer Pflegefamilie anvertraut oder in ein Heim eingewiesen. Rund ein Viertel der Kinder war bereits unmittelbar vor der Begutachtung in der Stephansburg fremdplatziert. Während die Pflegefamilien durch die einweisende Instanz gesucht werden mussten, machten die Ärzt*innen in den Gutachten konkrete Vorschläge, in welchen Heimen die Kinder untergebracht werden sollten. Die von ihnen empfohlenen und veranlassten Einweisungen nahmen parallel zu den Anstaltsgründungen stark zu,⁴⁷ sodass gegen Ende des Untersuchungszeitraums Heimeinweisungen die häufigste ärztlich verordnete Massnahme bildeten.⁴⁸

⁴⁵ Galle u. a., Begutachtung, S. 215, 221–223; Lutz, Kinderhaus, S. 6.

⁴⁶ Vgl. JB Stbg 1924, S. 4.

⁴⁷ Sabine Jenzer, Thomas Meier, Die Zürcher Anstaltslandschaft 1876–2017, in: Beat Gnädinger, Verena Rothenbühler (Hg.), Menschen korrigieren. Fürsorgerrische Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen im Kanton Zürich bis 1981, Zürich 2018, S. 75–145, hier S. 87, 105.

⁴⁸ Trotz erheblicher Schwankungen verdoppelte sich die Zahl der jährlich in Anstalten eingewiesenen Kinder im Verlauf der 1920er Jahre annähernd.

Die meisten Kinder wurden in Heimen für «Schwererziehbare» untergebracht, die in den 1920er Jahren an Bedeutung gewannen.⁴⁹ Darunter waren viele Kinder, denen die Ärzt*innen eine verminderte Intelligenz attestierten. Die Nachfrage nach spezialisierten Heimen, namentlich nach heilpädagogisch geführten Anstalten und Einrichtungen für sogenannt Schwachbegabte, überstieg aber das Angebot permanent. Die zahlreichen Anstaltsgründungen verschärften zudem den Personalmangel in den Heimen, denn die Schulen vermochten nicht genug Erziehungspersonal auszubilden. Es fehlte insbesondere an Fachleuten, wie in den Jahresberichten der Stephansburg wiederholt beklagt wurde.⁵⁰

Rund ein Viertel der Kinder wurde in Anstalten für «arme und sittlich gefährdete» Kinder oder Waisenhäuser eingewiesen. Deren Zweck war es, wie es im Handbuch für soziale Arbeit beispielsweise für das Waisenhaus in Herrliberg beschrieben wird, «mittellose Kinder, insbesondere Waisenkinder [...] zu verpflegen und zu arbeitsamen, bescheidenen und sparsamen Menschen heranzubilden».⁵¹ Selbst in den von «Hauseltern» geführten Heimen waren oft an die zwanzig Kinder untergebracht.⁵² Die vielmals empfohlene, familiäre Geborgenheit vermittelnde Betreuung und Erziehung der Kinder liess sich damit kaum realisieren. Zudem war für die «Hauseltern» noch bis weit ins 20. Jahrhundert keine spezifische Ausbildung erforderlich.⁵³ Für viele Kinder hatten die Heimeinweisungen keine Verbesserung ihrer Lebenssi-

49 Schweiz. Verband für Schwererziehbare (Hg.), Heime für die schwererziehbare und verlassene Jugend in der Schweiz, Zürich 1933.

50 JB Stbg 1921, S. 26; StAZH, SS 27.34 (Teil 1), Eintrag Nr. 26, VII. Ausgestaltung der Stephansburg, 25.2.1927; StAZH, Z 99.4903, Bericht von Maier an Bleuler z.H. der Aufsichtskommission, 7.12.1926, S. 4.

51 Albert Wild, Handbuch der sozialen Arbeit in der Schweiz, Bd. 1/2, Zürich 1933, S. 251.

52 Vgl. ebd.

53 Jenzer, Meier, Anstaltslandschaft, S. 135.

tuation zur Folge,⁵⁴ wie die Erzählungen ehemaliger Patient*innen verdeutlichen.⁵⁵

Funktion der Kinderpsychiatrie im Fürsorgedispositiv

Um die Zweckmässigkeit respektive den Erfolg der eigenen Empfehlungen zu überprüfen, aber auch weil «die psychischen Störungen beim Kinde wissenschaftlich» noch kaum erforscht waren,⁵⁶ hatte Maier Furrer mit umfangreichen Katamnesen betraut, die dieser 1923 und 1924 durchführte. Maier kam wenig überraschend zum Schluss, dass die Entwicklung der Kinder bei Befolgung der von den Ärzt*innen empfohlenen Massnahmen eine deutlich günstigere sei.⁵⁷ In Übereinstimmung mit seiner Deutung galten immer mehr Kinder beim Verlassen der Stephansburg als «geheilt» oder «gebessert», obwohl nach der Rückbindung, spätestens aber nach dem Ausscheiden von Furrer kaum mehr psychoanalytische Therapien durchgeführt wurden, die bereits zuvor eine Ausnahme dargestellt hatten. Die Ärzt*innen waren aufgrund der stetig steigenden Zahl zu begutachtender Kinder hauptsächlich mit der Durchführung der Tests und mit dem Verfassen der Gutachten beschäftigt. Eine Therapiestation wurde erst 1959 eröffnet.⁵⁸

Mit einem gerichtlichen Gutachten war die Stephansburg erstmals 1929 beauftragt worden. Gutachten im Auftrag der Justiz spielten auch in den späteren Jahrzehnten nur eine marginale Rolle, da es aufgrund der beschränkten räumlichen Verhältnisse nicht möglich war, Jugendliche über 14 Jahren aufzunehmen.⁵⁹ Die Stephansburg erfüllte also ihre Funktion nicht primär im

54 Zum Aufwachsen in einer Anstalt in den 1920er Jahren vgl. bspw. Carl Albert Loosli, *Anstaltsleben* (1924), in: Fredi Lerch, Erwin Martin (Hg.), Carl Albert Loosli, *Werkausgabe*, Bd. 1: *Verdingkinder und Jugendrecht, Anstaltsleben*, Zürich 2006.

55 Zu den Erfahrungen von in der Zürcher Beobachtungsstation in den 1960er und 1970er Jahren begutachteten Kindern verfasst die Kulturanthropologin Lena Künzle eine Dissertation an der Universität Basel.

56 Hans Wolfgang Maier, *Psychische Störungen beim Kleinkind*, in: *Schweizerische Zeitschrift für Gesundheitspflege* (1923), S. 283–290, hier S. 289 f.

57 JB Stbg 1923, S. 2–4.

58 Vgl. JB Brüschtal 1959, S. 1.

59 Vgl. JB Stbg 1929, S. 7; JB Stbg 1931, S. 5; Lutz, *Kinderhaus*, S. 11.

jugendstrafrechtlichen Kontext, mit der die Dringlichkeit der Einrichtung in der Aufsichtskommission begründet worden war, sondern in der Fürsorge.

Obwohl die Fürsorge und Erziehung der Kinder im Zentrum standen, entwickelten sich die Gutachten von «Erziehungsgutachten» in der Vorstation zu psychiatrisch-pädagogischen und letztlich zu ausschliesslich von Psychiater*innen verfassten Gutachten in der Stephansburg.⁶⁰ Der Zweck der stationären Begutachtung hatte sich indes nicht verändert. Er bestand «kurz gesagt darin, durch sie eine sichere Grundlage für die Fürsorge-Erziehung zu gewinnen».⁶¹

Während in den ersten Jahren noch über kaum ein Fünftel der eingewiesenen Kinder ein Gutachten angefertigt wurde, war es Mitte der 1920er Jahre bereits ungefähr die Hälfte und gegen Ende des Untersuchungszeitraums schloss fast jeder Beobachtungsaufenthalt mit einem schriftlichen Gutachten ab. Diese Zunahme ist einerseits Ausdruck des Bürokratisierungsprozesses in der Kinder- und Jugendfürsorge, spiegelt andererseits den Bedeutungszuwachs der Beobachtungsstation in der Fürsorge.⁶² Die Gutachten richteten sich hauptsächlich an Behörden und Berufskolleg*innen, die Eltern und andere Erziehungsberechtigte wurden in der Regel nur mündlich informiert und erhielten, wenn überhaupt, einen separaten Bericht.

Um die institutionelle Verbindung mit der Heilpädagogik aufrechtzuerhalten, wurde Heinrich Hanselmann 1931 in die neu geschaffene Aufsichtskommission der Stephansburg berufen. Dass die (Heil-)Pädagogik nicht nur für die in den Jahresberichten ausgewiesenen Erfolge mitverantwortlich, sondern auch massgeblich am Aufbau der Beobachtungsstation beteiligt war, wird im Rückblick kaum erwähnt.⁶³

60 Zu Gutachten der Zürcher Kinderbeobachtungsstation in späteren Jahren vgl. Galle u. a., Begutachtung; Lena Künzle, Daniel Lis, Sara Galle u. a., Legitimierung behördlicher Praxis? Analyse einer stationären kinderpsychiatrischen Begutachtung in Zürich 1944, in: OeZG 31/3 (2020), S. 124–143.

61 Furrer, Stephansburg, S. 115.

62 Vgl. auch JB Stbg 1930, S. 3.

63 Lutz, Kinderhaus; ders., Über die psychiatrische Beobachtung bei Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich, Zürich 1935, S. 1 f.; Maier, Bericht, S. 74–76; Zürrier-Simmen, Wege, S. 71, 107 f.

Die Marginalisierung der (Heil-)Pädagogik war jedoch keineswegs eine allgemeine Entwicklung in der Kinderpsychiatrie. In Österreich wurde mit Ausnahme von Innsbruck die Leitung sämtlicher Kinderbeobachtungsstationen Heilpädagog*innen anvertraut.⁶⁴ Auch in der Kinderbeobachtungsstation der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité in Berlin institutionalisierte sich eine «gleichberechtigte und wechselseitige Zusammenarbeit» zwischen Ärzt*innen, Heilpädagog*innen und Fürsorger*innen «in einem bewusst herbeigeführten Bereich der disziplinären Unschärfe». Während der Weimarer Republik wurde ein «Versorgungskonzept» für die begutachteten Kinder und Jugendlichen entwickelt, das eine Einweisung in geschlossene Einrichtungen möglichst verhindern und stattdessen durch eine heilpädagogische Begleitung zu einem eigenständigen Leben verhelfen sollte.⁶⁵ Dass in Deutschland damals «das Hauptaugenmerk auf die ambulante Behandlung» gelegt wurde, fiel auch Jakob Lutz 1930 auf seiner Studienreise auf.⁶⁶ In der Folge wurden die psychiatrische Poliklinik für Kinder und Jugendliche in Zürich erweitert und ab 1947 ambulante Dienste in den Bezirken eingerichtet, um möglichst viele Kinder begutachten und behandeln zu können.⁶⁷

Die kinderpsychiatrischen Gutachten bildeten eine «sichere Grundlage für die Fürsorge-Erziehung», indem sie psychologische Testergebnisse referierten und wissenschaftlich anerkannte Krankheitsbilder adaptierten. Die

⁶⁴ Ina Friedmann, Die Gutachten der Heilpädagogischen Abteilung der Wiener Universitäts-Kinderklinik – Funktionen, Inhalte und Auswirkungen im 20. Jahrhundert, in: *OeZG* 31/3 (2020), S. 102–123, hier S. 109.

⁶⁵ Wolfgang Rose, Petra Fuchs, Thomas Beddies, Heilen und Erziehen. Die Kinderbeobachtungsstation an der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité, in: Volker Hess, Heinz-Peter Schmiedebach (Hg.), *Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume der urbanen Moderne, Kulturen des Wahnsinns (1870–1930)*, Bd. 1, Wien, Köln, Weimar 2012, S. 111–148, hier S. 140–142. Zur ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton Thurgau siehe den Beitrag von Ursina Klauser in diesem Band.

⁶⁶ StAZH, SS 27.38 (Teil 2), Eintrag Nr. 358, den 3. September 1930. Vgl. auch ebd., Z 99.4904, Bericht über die im Frühjahr 1930 nach Deutschland ausgeführte Studien-Reise, 16. 5. 1930, 11 Seiten.

⁶⁷ Zur weiteren Entwicklung der Zürcher Kinderpsychiatrie und insbesondere der psychiatrischen Kinderbeobachtungsstation verfasst Emmanuel Neuhaus eine Dissertation an der Universität Basel.

hierarchische Arbeitsteilung in der Stephansburg darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die heilpädagogische Behandlung lange Zeit die einzige Alternative zu repressiven Massnahmen darstellte. Die Adaption der Psychoanalyse in Form der Spieltherapie blieb in der Stephansburg marginal. Erst ab den späten 1950er Jahren wurden das stationäre und ambulante Therapieangebot sowie die Elternberatung des Kinderpsychiatrischen Dienstes Zürich ausgebaut. Gleichwohl blieb die Fremdplatzierung in der stationären Kinderpsychiatrie eine häufig empfohlene Massnahme. Sie trug damit trotz öffentlicher Kritik am Anstaltswesen dazu bei, die im Kanton Zürich wichtige Rolle der Heime zu stützen.

Als die Psychoanalyse an die Grenzen des Sozialen kam

Arnold Weber, der IQ-Test, die Verwahrlosung und das Berner Neuhaus (1937–1961)

Urs Hafner

Abstract

Using the example of the child observation ward («Beobachtungsstation») Neuhaus in Bern, the article shows how significant psychoanalysis was in early child psychiatry. Strikingly, Arnold Weber, the first director of the Neuhaus, advocated principles in his lectures at the University of Bern that he hardly observed in clinical activity. By default, the IQ test was administered, although Weber found it to be inconclusive. The discrepancy may have been due to the class boundaries that separated Weber, a cultured citizen, from some of the children he assessed. They came from the precarious lower classes.

Seine Kritik an der «Psychometrie» war dezidiert.¹ Intelligenztests wollten genau messen, was man nur schätzen könne, führte Arnold Weber vor den Student*innen der Medizin, Psychiatrie und Pädagogik aus. Man erhebe die Intelligenz von Kindern statistisch, nach einem Durchschnitt, doch «wie ich es auch drehe, die Durchschnitte geben keinen festen Boden, keine Norm, die exakt genug wäre, dass sich genaue Zahlen bei der Bewertung rechtfertigen». Der Durchschnitt wäre nur dann konstant, so Weber, wenn man eine riesige Zahl von Probanden hätte, aber dann würden die regionalen Unterschiede ihrer Herkunft ins Gewicht fallen und das Ergebnis verfälschen.²

Der Professor trug seine Überlegungen wahrscheinlich in den 1950er Jahren an der Universität Bern in einer seiner Vorlesungen zur *Psychiatrie*

1 Diesen Aufsatz habe ich im Rahmen des Berner Forschungsprojekts «Die ‹gute Familie› im Fokus von Schule, Fürsorge und Sozialpädagogik» verfasst (Nationales Forschungsprogramm «Fürsorge und Zwang – Geschichte, Gegenwart, Zukunft», NFP 76). Für das Gegenlesen danke ich Mirjam Janett und Urs Germann.

2 Sigmund-Freud-Zentrum Bern (SFZB), Archiv Bestand Arnold Weber: Intelligenztests [Vorlesungsmanuskript, o.D.].

des Kindesalters und zum schwererziehbaren und nervösen Kind vor.³ Bei der Intelligenz, erläuterte er weiter, «handelt sich eben um nicht genau Messbares und Vergleichbares [...]. Die Zahlen haben [...] den Wert von Noten, sind [nichts anderes als] in Zahlen ausgedrückte Urteile. Ihre Addition, [ihre] mathematische Behandlung, ist [...] eigentlich Unsinn!» Kommt dazu, wie Weber schliesslich konstatiert, dass der Examinator bei der Beobachtung und Abschätzung des Kindes immer seine Subjektivität und moralischen Qualitäten einbringe, «immer nehmen wir, ob wir wollen oder nicht, eine Stellung zu ihm ein, ist es uns zum Beispiel sympathisch oder nicht». Alle paar Jahre würden immer wieder neue Tests entwickelt, «angeblich nun die endgültig guten», wie Weber schrieb, aber das ändere nichts daran, dass wir «ein Kind nicht beobachten können wie eine Pflanze».⁴

Arnold Weber war einer der ersten Kinderpsychiater der Schweiz – ob schon der Spezialtitel erst 1953 von der Schweizerischen Ärztesgesellschaft zugelassen wurde. Zusammen mit Moritz Tramer war er der Erste, der an der Universität Bern Kinderpsychiatrie lehrte.⁵ Zugleich hatte Weber von 1937 bis 1961 die Leitung des Neuhauses inne, das östlich der Stadt Bern auf dem Areal der Psychiatrischen Universitätsklinik Waldau lag. Die Beobachtungsstationklärte «auffällige» Kinder ab und behandelte sie, bevor sie in Pflegefamilien, Erziehungsheimen und Spitälern platziert wurden oder wieder zu den Eltern zurückkehrten.⁶ Standardmässig führte die Station unter anderem den von Weber so verpönten Intelligenztest durch. Jedes Kind musste einen oder mehrere IQ-Tests absolvieren, deren Resultate in den Krankengeschichten festgehalten wurden. Weber wandte die Tests kaum selbst an, er hatte wohl Wichtigeres zu tun, aber er griff, wenn auch mit Vor-sicht und Vorbehalten, für die Diagnostik und den Entscheid, wie mit dem

3 Universität Bern, Vorlesungen im Wintersemester 1958/59, Medizinische Fakultät, S. 25.

4 SFZB, Weber: Intelligenztests [Vorlesungsmanuskript, o.D.].

5 Urs Boschung, Arnold Weber, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), Version vom 18.09.2012. Online: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/043997/2012-09-18>; Angela Graf-Nold, Moritz Tramer, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), Version vom 01.11.2012. Online: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/014669/2012-11-01/> (2.8.2022).

6 Zur Geschichte des Neuhauses siehe Hafner, Kinder beobachten. Das Neuhaus in Bern und die Anfänge der Kinderpsychiatrie, 1937–1985, Zürich 2022.

Kind weiter zu verfahren sei, auf die Resultate zurück. Im Neuhaus also praktizierte Weber, was er im Vorlesungssaal vor den jungen Erwachsenen verurteilte oder zumindest anzweifelte. Wie ist diese Diskrepanz zu erklären?

Musik, Medizin, Psychiatrie

1894 in Zürich in gutbürgerlichen Verhältnissen zur Welt gekommen – der Vater war Architekt und hoher Militär mit ETH-Abschluss –,⁷ schlug Arnold Weber zunächst die Laufbahn des Pianisten ein und verheiratete sich mit einer Musikerin. Anfang dreissig nahm er das Studium der Medizin auf.⁸ Daneben unterzog er sich bei Emil Oberholzer, damals der prominenteste Freudianer der Schweiz, einer Psychoanalyse und wurde selber zum Analytiker.⁹ 1928 erhielt Weber die Stelle eines Assistenzarztes an der psychiatrischen Klinik Burghölzli, die sich als internationales Zentrum der psychoanalytisch orientierten Psychiatrie etabliert hatte.¹⁰ Eugen Bleuler, der Burghölzli-Leiter und die Überfigur der schweizerischen Psychiatrie schlechthin, war bekanntlich der erste akademische Psychiater überhaupt, der Sigmund Freuds Lehre

7 Ingrid Bigler-Marschall, Robert Weber, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), Version vom 16.11.2012. Online: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/012385/2012-11-16/> (2.8.2022).

8 Walter Jahn, Arnold Weber (1894–1976), in: Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 121 (1977), S. 131–133, hier S. 131.

9 SFZB, Porträttafel; Kaspar Weber, Oberholzer, Emil (1883–1958), in: International Dictionary of Psychoanalysis, Detroit 2005. Online: <http://centrulself.ro/InternationalDictionaryofPsychoanalysis.pdf>. (2.8.2022) – In seinen Vorlesungen der medizinischen Fakultät stellte Weber sein Interesse für die Psychoanalyse nicht in den Vordergrund. Nicht er, sondern zwei Kollegen – der Waldau-Direktor Max Müller, deren Tochter Weber heiratete, und der an verschiedenen Kliniken und privat praktizierende Ernst Blum – trugen zur Psychoanalyse vor. Ende der fünfziger Jahre wurden diese Vorlesungen nicht mehr angeboten; Universität Bern, Vorlesungen im Wintersemester 1944/45 bis 1960.

10 Am Burghölzli hatten unter anderen C. G. Jung, Karl Abraham und Ludwig Binswanger gewirkt, in zweiter Reihe zahlreiche Frauen wie etwa die Polin Sophie Morgens-tern, die in der Überlieferungsgeschichte nahezu vergessen gegangen sind. Elisabeth Rou-dinesco, Michel Plon, Wörterbuch der Psychoanalyse. Namen, Länder, Werke, Begriffe, Wien, New York 2004 (Paris 1997), S. 694.

positiv rezipierte.¹¹ Freud, der Aussenseiter und Jude, der zeitlebens für die Anerkennung seiner «sexualisierten» Lehre und «Weiberwissenschaft» kämpfte, wie die Gegner zu sagen pflegten, war hocheifrig über deren Aufnahme in der Schweiz.¹² In Österreich wie in Deutschland stiess die Psychoanalyse zunächst auf heftige Ablehnung.¹³

1937 übernahm Weber, inzwischen Oberarzt an der Waldau, die Leitung der neuen Beobachtungsstation Neuhaus. Angestossen hatte die Einrichtung Waldau-Direktor Jakob Klaesi, der wie fast alle Schweizer Klinikdirektoren bei Bleuler studiert hatte. Über Erfahrungen in der Arbeit mit «auffälligen» Kindern und Jugendlichen verfügte Weber bereits: Mit dem Pädagogen Hans Hegg hatte er die Berner Erziehungsberatung aufgebaut, die erste ihrer Art in der Schweiz.¹⁴ Weber war auch in deren Büro in der Stadt Bern tätig. 1938 wurde er Privatdozent, 1954 ausserordentlicher Professor für Kinderpsychiatrie an der Universität Bern, 1955 verfasste er für das *Reichardtsche Lehrbuch der Psychiatrie* den Abschnitt «Kinderpsychiatrie».¹⁵ Als er 1961 die Leitung des Neuhauses abgab, galt er als eine Kapazität auf dem immer noch jungen Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Nach der Pensionierung liess er sich im Tessin nieder, wo er, solange es seine Gesundheit noch zulies, Privatpatient*innen empfing.¹⁶

11 Eugen Bleuler, Die psychologische Richtung in der Psychiatrie, in: Verhandlungen der schweizerischen Naturforschenden Gesellschaft 99 (1917), S. 87–105. Zum Burghölzli unter Bleuler siehe Brigitta Bernet, Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbilds um 1900, Zürich 2013.

12 Sigmund Freud, Oskar Pfister, Briefwechsel 1909–1939, hg. von Ernst L. Freud und Heinrich Meng, Frankfurt a. M. 1963.

13 Rainer Herrn, Wie die Traumdeutung durch die Türritze einer geschlossenen Anstalt sickert. Zum Umgang mit der Psychoanalyse an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité, in: Hans-Walter Schmuhl, Volker Roelcke (Hg.), «Heroische Therapien». Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich, 1918–1945, S. 69–99, hier S. 98.

14 Susanne Hegg, Von den Anfängen bis in die 70er-Jahre: Die Bernische Erziehungsberatung, in: *Der Jugendpsychologe* 3/2 (1977), S. 37–113, hier S. 38.

15 Arnold Weber, Kinderpsychiatrie, in: Martin Reichardt, Ernst Grünthal, Gustav E. Störing (Hg.), *Allgemeine und spezielle Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Basel 1955, S. 193–254.

16 Jahn, Arnold Weber, S. 133.

Das Neuhaus war weder die erste noch die einzige Beobachtungsstation der Schweiz.¹⁷ Die erste Einrichtung dieser Art war die Zürcher Stephansburg, die 1921 auf Initiative Bleulers unweit des Burghölzli entstand.¹⁸ Um 1950 verfügte die Schweiz über rund 15 Beobachtungsstationen für auffällige, nicht-normale, schwierige, seelisch kranke, renitente und delinquente Kinder und Jugendliche.¹⁹ Die Stationen ihrerseits waren in ein zunehmend dichtes Netz von poliklinischen Anlauf- und Beratungsstellen eingebunden. Die Schweiz war nicht das einzige Land mit Beobachtungsstationen; auch die Vereinigten Staaten, Deutschland und Österreich kannten solche Einrichtungen.²⁰ In der Schweiz aber dürfte deren Dichte besonders hoch gewesen sein,²¹ und hier waren die ersten Leiter der Beobachtungsstationen der Westschweiz, Zürichs und Berns psychoanalytisch ausgerichtet.

Die Ängste des kleinen Hans

Die Methode des Wiener Nervenarztes Freud ging nicht nur davon aus, dass das Individuum geprägt sei vom Unbewussten, dessen Wirken sich über die Deutung von Träumen entschlüsseln liess, sondern auch, dass die für ein Leben entscheidenden Ereignisse in der Kindheit passierten.²² Neurosen sind

17 Zu einzelnen Einrichtungen in der Schweiz siehe die Beiträge von Emmanuel Neuhaus und Sara Galle, Urs Germann und Taline Garibian in diesem Band.

18 Kurz darauf realisierte das Seraphische Liebeswerk Solothurn in Wangen bei Olten die Station Bethlehem, 1930 folgte in Malévoz im Wallis der Office médico-pédagogique, 1937 das Gotthelf-Haus in Biberist bei Solothurn, dem Tramer vorstand, 1939 das Bercail in Lausanne. Elisabeth Schaffner-Hänny, *Wo Europas Kinderpsychiatrie zur Welt kam. Anfänge und Entwicklungen in der Region Jurasüdfuss (Aargau, Solothurn, Bern, Freiburg, Neuenburg)*, Dietikon 1997.

19 Archiv der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Neuhaus im Stöckli, Waldau, Bern (ANHB), Statistik der psychiatrischen Heilanstalten und der Kinderbeobachtungsstationen, 1961.

20 Etwa Wolfgang Rose, Petra Fuchs, Thomas Beddies, *Diagnose «Psychopathie». Die urbane Moderne und das schwierige Kind*, Berlin 1918–1933, Wien u. a. 2016.

21 Wilhelm Felder, Jakob Lutz (Manuskript), Bern o.D., S. 19.

22 Grundlegend: Henry F. Ellenberger, *Die Entdeckung des Unbewussten*, Bd. 1, Bern u. a. 1973.

die Regel. Wer zu viele und zu schwere hat, der leidet. Mit Kindern gab Freud sich wenig ab, obschon er seine Theorie in ihrem Seelenleben fundierte. Berühmt indes ist seine Analyse der Ängste des fünfjährigen Hans, die diesen daran hinderten, sich auf die Strasse zu begeben. Was die Zeitgenossen kaum beachtet hätten, brachte Freud dazu, sich detailliert mit den Äusserungen und Fantasien des Bubens zu beschäftigen, die – wie konnte es anders sein – um das Sexuelle kreisten. Dabei galt: Der Arzt braucht für seine Arbeit Zeit und Geduld: «Es ist gar nicht unsere Aufgabe, einen Krankheitsfall gleich zu ‹verstehen›, dies kann erst später gelingen, wenn wir uns genug Eindrücke von ihm geholt haben. Vorläufig lassen wir unser Urteil in Schwebe und nehmen alles zu Beobachtende mit gleicher Aufmerksamkeit hin», schrieb Freud.²³

Im Neuhaus legte Arnold Weber seine kleinen Patient*innen nicht auf die Couch, wie Freud dies mit den Erwachsenen tat. Aber er redete mit ihnen, das heisst, er stellte ihnen Fragen, liess sie berichten und hörte ihnen zu. In den Krankengeschichten der vom Psychiater betreuten Kinder finden sich viele ausführliche Gesprächsprotokolle. Das Kind sass wahrscheinlich auf einem Stuhl, Weber an seinem Pult und hinter der Schreibmaschine, mit der er in Klammern seine Fragen und die Antworten der Kinder festhielt.²⁴ Während der Konsultation schrieb er selbst. Oft wollte Weber herausfinden, wie es dem Kind ging, wie es sich fühlte, was vor dem Neuhaus-Aufenthalt geschehen war, etwa ob es geschlagen oder sexuell missbraucht worden war. Zuweilen hörte er nicht auf mit hartnäckigem Nachfragen, ging gar suggestiv

23 Sigmund Freud, Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben, in: ders., Gesammelte Werke 7, Frankfurt a.M. 1999 [1909], S. 241–377, hier S. 259. – Freuds Beschäftigung mit Kindern stiess bei Pädagog*innen und Ärzt*innen gleichermaßen auf Interesse. Patrick Bühler, Der «letzte Zufluchtsort für Stürmler und Drängler»? Psychoanalytische Pädagogik in den Berner Seminarblättern und der Schulreform 1907–1930, in: Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften 36 (2014), S. 51–65. Der mit Freud gut befreundete Zürcher Pfarrer Oskar Pfister prägte den Terminus «Pädalyse». Oskar Pfister, Anwendungen der Psychanalyse in der Pädagogik und Seelsorge, in: Imago. Zeitschrift für Anwendung der Psychoanalyse auf die Geisteswissenschaften 1 (1912), S. 56–82, hier S. 60.

24 Zum Beispiel: Archiv der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Neuhaus, Waldau, Bern (AUNB), R.W.

vor. Das Setting blieb die psychoanalytische «Redekur»: Das Kind sollte dazu gebracht werden, in Anwesenheit des Arztes auszusprechen, was es unbewusst beschäftigte und quälte, und so Heilung zu finden.

Träume und Geschichten finden sich in den Krankengeschichten der vom Neuhaus betreuten Kinder immer wieder, manchmal vom Personal, manchmal von den Jugendlichen notiert. Sie wurden ermuntert, ihre Fantasien zu Papier bringen.²⁵ Mit dem Zeichnen und Malen kamen mit der Psychoanalyse verwandte tiefenpsychologische Diagnoseverfahren zum Einsatz, denen zum Teil therapeutische Wirkung zugeschrieben wurde. Die Ärzt*innen und Psycholog*innen waren überzeugt, dass das Produkt, das ein Mensch anfertigt, ob es nun eine sprachliche Äusserung oder eine Zeichnung sei, auch das enthalte, was diesem nicht bewusst war.²⁶ Nahezu standardmässig schliesslich führte Weber mit den Kindern den sogenannten Rorschach-Formdeutversuch durch.²⁷ Den Klecksbildern galt seine Leidenschaft; er hielt an der Universität eine Vorlesung dazu und rief im Neuhaus einen Rorschachklub ins Leben.²⁸ Entwickelt hatte das Verfahren der junge Psychiater und Psychoanalytiker Hermann Rorschach um 1920; auch er hatte Bleulers Vorlesungen besucht. Wie die Redekur ermächtigte der Rorschachtest die Proband*innen zum Sprechen, Assoziieren und Deuten.

Der wichtigste Begriff in Webers Diagnostik war die Neurose, die er psychoanalytisch fasste. Er unterschied sie von Geisteskrankheit, Geisteschwäche und Psychopathie.²⁹ Wer eine Neurose aufwies, war nicht abnorm,

25 Zum Beispiel: Staatsarchiv Bern (StABE), V Schulheim Ried 46, B.O.

26 Erich Stern, Das Zeichnen als diagnostische und therapeutische Methode in der Kinderpsychiatrie, in: Karl Heymann (Hg.), Kind und Kunst, Basel 1951 (Psychologische Praxis. Schriftenreihe für Erziehung und Jugendpflege 10), S. 110–127, hier S. 110 f.

27 Urs Germann, Vom Klecks zum Psychogramm. Der Rorschach-Formdeutversuch als Aufführungs- und Aufzeichnungsverfahren, in: Monika Ankele, Céline Kaiser, Sophie Ledebur (Hg.), Aufführen – Aufzeichnen – Anordnen. Wissenspraktiken in Psychiatrie und Psychotherapie, Wiesbaden 2019, S. 123–145.

28 ANHB, Elisabeth Bernhard, Neuhausüberblick, um 1984; Universität Bern: Vorlesungen im Wintersemester 1945/46, Medizinische Fakultät, S. 19.

29 Zur Entstehungsgeschichte der Neurose siehe Esther Fischer-Homberger, Charcot und die Ätiologie der Neurosen, in: Gesnerus. Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences 28/1 (1971), S. 35–46.

auch wenn, wie Weber einräumte, Normalität und Anormalität «problematische Begriffe» seien, zwischen denen keine scharfe Grenze liege.³⁰ Damit positionierte er sich nicht nur als psychoanalytischer Psychiater, für den eine Neurose, anders als für nicht-analytische Psychiater*innen, mehr war als nur eine Gewohnheit oder ein Reflex. Er stellte sich zudem in Opposition zu den Kinderärzt*innen. Letztere übersähen die seelischen Verarbeitungsleistungen der Kinder. Neurosen seien beispielsweise Phobien, Nachtangst, Bettnässen, Einkoten, Sprechstörungen, Tics und Stehlen.³¹

Diese Handlungen waren für Weber keine Charakterschwächen und auch keine hereditären Hypothesen, sondern das Symptom eines verdrängten seelischen Konflikts oder Triebkonflikts, dessen Affekt so Ausdruck fand. Zugleich lebe das Kind mit der Symptombildung Lust und Angst, Trotz und Selbstbestrafungswünsche aus. Freudianisch formulierte Weber:

Als Neurose bezeichnen wir eine krankmachende Störung in der Verarbeitung von seelischen Konflikten, wobei es zur Symptombildung kommt. Das Symptom ist dem Kranken unverständlich, stellt eine Scheinlösung des Konfliktes dar und verschafft dem Kranken mehr Leiden als Befriedigung, doch stellt sich oft sekundär ein Gewinn aus der Erkrankung ein, der die Neurose mit unterhalten kann.³²

Der Einsatz des IQ-Tests

Mit der Psychoanalyse vertrat Weber ein so anspruchsvolles wie anstössiges Konzept des Kleinwesens Kind.³³ Dessen Auffälligkeiten sind auf seelisch-sexuelle Konflikte zurückzuführen, die mit der Deutung der Aussagen der kleinen Klient*innen, ihrer Träume, Zeichnungen und Assoziationen zu Tintenlecks zu fassen und gegebenenfalls zu lösen sind. Das auffällige Kind und

³⁰ Arnold Weber, Psychiatrische Durchmusterung der Schulkinder eines kant.-bern. Schulkreises. Aus der Kant. Kinderbeobachtungsstation Neuhaus, Bern, in: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 124 (1952), S. 22–64, hier S. 23.

³¹ Arnold Weber, Über Kinderneurosen. Aus der Kant. Kinderbeobachtungsstation Neuhaus, Bern, in: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 159 (1955), S. 297–306.

³² SFZB, Weber: Psychisch nervöse Schulkinder (1957).

³³ Dominique Ottavi, De Darwin à Piaget. Pour une histoire de la psychologie de l'enfant, Paris 2009.

seine dynamische Psyche müssen genau beobachtet und umsichtig gedeutet werden, nicht vermessen und diszipliniert. Aus psychoanalytischer Sicht konnte es sich beim IQ-Test nur um ein primitives Instrument handeln, das am Problem vorbeizielte – wie Weber in seiner Vorlesung konstatierte.³⁴ Und doch billigte er dessen Anwendung im Neuhaus und in der Erziehungsberatung.

Die zu Beginn des 20. Jahrhunderts von Psycholog*innen, allen voran von Alfred Binet und William Stern entwickelten IQ-Tests dienten primär dazu, jene Kinder zu identifizieren, die aus der Normalschule entfernt und in Spezialklassen unterrichtet werden sollten.³⁵ Es ging darum, sogenannte geistig schwache, abweichende, der Tendenz nach anormale Kinder zu erkennen. Der Test bestimmte mit, ob ein Kind als normal, debil, imbezill oder idiotisch identifiziert wurde. Die Ärzte und Psychologinnen orientierten sich an folgender Klassifikation: Ein IQ über 129 bedeutete sehr hohe Intelligenz, 70 bis 84 Grenzdebilität, 50 bis 69 Debilität (ab den siebziger Jahren zunehmend als leichte intellektuelle Behinderung bezeichnet), 35 bis 49 Imbezillität (mässige intellektuelle Behinderung), unter 20 Idiotie (schwerste intellektuelle Behinderung).³⁶

Aber nicht nur der IQ-Test unterschritt Webers theoretisches Niveau. Auch die im Neuhaus erfolgten Auswertungen der Zeichnungen und des Rorschachtests, die doch eigentlich dem Unbewussten der Kinder hätten zur Artikulation verhelfen müssen, endeten oft in der lapidaren Zuschreibung «Debilität» oder gar «Psychopathie», also der angeblich geerbten Charakterstörung. Zwar vertrat Weber die Auffassung, man dürfe – was in der deutschen Psychiatrie praktiziert wurde, wie er anmerkte – nie von körperlichen Missbildungen auf Psychopathie schliessen und müsse ohnehin mit der Dia-

³⁴ SFZB, Weber: Intelligenztests [Vorlesungsmanuskript, o.D.].

³⁵ Nikolas Rose, *The Psychological Complex. Mental Measurement and Social Administration*, London 1979, S. 41, 51.

³⁶ Helmut Remschmidt, Martin Schmidt, (Hg.), *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge*, Bern u. a. 1977 (*Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Beiheft 2*), S. 77 f.

gnose vorsichtig sein,³⁷ doch in der Praxis des Neuhauses fällte er das Verdikt immer wieder.³⁸

Freuds Vorgabe, einen Krankheitsfall «nicht gleich verstehen zu wollen», sondern sich Zeit zu nehmen, kam Weber im Neuhaus kaum nach, wenn er die aufgrund eines von seinen Mitarbeitern durchgeführten IQ-Tests gefällte Diagnose Debität teilte. Auffallend ist auch, dass sich in den Krankengeschichten der Kinder zwar Traum- und Fantasieprotokolle finden, aber keine Interpretationen, weder von den Ärzt*innen noch den kleinen Patient*innen. In seiner psychiatrischen Praxis handelte Weber entgegen den psychoanalytischen Prämissen. Er sammelte viele Daten, nahm aber kaum differenzierte Deutungen vor, und die kleinen Klient*innen dürften kaum den Raum erhalten haben, sich redend selbst zu deuten.³⁹

Der Graben der Klassendifferenz

Die Erklärung für die Diskrepanz dürfte in der Klassendifferenz liegen. Im Hörsaal referierte der kunstsinnige Bürger Weber vor seinesgleichen, im Neuhaus hatte er es auch mit Kindern der Unterschichten zu tun. Da fand sich kein «körperlich wohlgebildeter, heiterer und liebenswürdiger» Hans – so hatte Freud formuliert –, dessen Vater Professor an der Musikakademie war, bei Anton Bruckner studiert hatte und zum Wiener Freud-Kreis gehörte.⁴⁰ Die meisten Neuhaus-Kinder wurden von den Behörden, der Erziehungsberatung und Ärzt*innen eingewiesen aufgrund von «Verwahrlosung,

³⁷ Arnold Weber, Allgemeines zur Frage der Psychopathie im Kindesalter, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Zeitschrift für analytische Kinderpsychologie, Psychotherapie und Psychagogik in Praxis und Forschung 1 (1952), S. 97–106, hier S. 103, 105.

³⁸ Zum Beispiel: AUNB, K.J.

³⁹ Eine ähnliche Diskrepanz findet sich beim Psychiater Ludwig Binswanger, dessen klinische Praxis sich kaum mit seiner philosophischen Daseinsanalyse deckte; Chantal Marazia spricht von «Schönfärberei»: Philosophical whitewashing. Ludwig Binswanger (1881–1966) and the Sterilisation of Manic-Depressive Patients, in: Medizinhistorisches Journal 46 (2011), S. 134–154.

⁴⁰ Freud, Analyse, S. 372; zu Max Graf: [https://de.wikipedia.org/wiki/Max_Graf_\(Musikhistoriker\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Max_Graf_(Musikhistoriker)) (2.8.2022).

Lügen, Stehlen, Bettnässen, Stottern, Geistesgestörtheit», und sie stammten oft aus «ungünstigen Familienverhältnissen», wie eine Praktikantin des Neuhauses 1951 festhielt.⁴¹

Neben «Neurose» diagnostizierte Weber oft «Verwahrlosung», deutlich häufiger bei Mädchen als bei Knaben.⁴² Der schillernde Begriff war seit dem 19. Jahrhundert in der Fürsorge und Sozialpolitik, in Medizin, Psychologie und im Recht im Umlauf.⁴³ Er fungierte als Bindeglied zwischen Politik und Gesellschaft einerseits sowie der Psychiatrie andererseits. «Verwahrlosung» diente als Wegweiser in das defizitäre Milieu der auffälligen Kinder. Nach Weber äusserte sich Verwahrlosung bei den Knaben in Schulschwänzen, Lügen, Stehlen, Verwilderung und sexueller Haltlosigkeit, wohingegen die Mädchen faul, launisch, lügenhaft und ebenfalls sexuell haltlos seien.⁴⁴ In seiner Vorlesung unterschied Weber äussere von innerer Verwahrlosung. Erstere gehe nicht mit letzterer einher, wie die Komponisten Beethoven und Bruckner belegten. Umgekehrt könne innere Verwahrlosung sich mit gepflegtem Erscheinen decken, wie das Beispiel der Prostituierten zeige.⁴⁵ Während laut Weber die Verwahrlosung der Frau also unsichtbar und daher besonders gefährlich für die Gesellschaft ist,⁴⁶ scheint Verwahrlosung zum männlichen Genie zu gehören – sofern es sich mit klassischer Musik beschäftigt (wie Weber selber).

Die Verwahrlosung war keine psychiatrische Diagnose. Im Prinzip konnte ein verwahrlostes Mädchen neurotisch sein oder nicht, psychopathisch oder nicht, einen hohen oder einen tiefen IQ aufweisen. Im Normalfall galt Verwahrlosung als relativ einfach heilbar, wie Weber in seiner Vorlesung ausführte: mit «guter Erziehung, mit Vertrauen, Liebe und Verständnis». Nur so könne die Verwahrloste «ein gutes Ich-Ideal» errichten – ein Freud'-

41 Thusnelda Stückelberger, Die Weiterentwicklung von Kindern mit unruhigem Temperament nach ihrer Entlassung aus der Kinder-Beobachtungsstation Neuhaus, Bern (Diplomarbeit Soziale Frauenschule Genf), Genf 1951, S. 2f.

42 ANHB, Gesamtzahl der aufgenommenen Neuhaus-Patienten, 1965.

43 Zum Verwahrlosungsbegriff siehe Mirjam Janett, *Verwaltete Familien. Vormundschaft und Fremdplatzierung in der Deutschschweiz, 1945–1980*, Zürich 2022, Kapitel 5.

44 SFZB, Weber: Verwahrlosung [Vorlesungsmanuskript, o.D.].

45 Ebd.

46 Siehe Janett, *Familien*, Kapitel 5.

scher Begriff – und «Selbstbeherrschung und Leistungsbereitschaft» erlangen.⁴⁷

Aber auch hier bestand zwischen der an der Universität geäußerten Theorie und der im Neuhaus geübten Praxis eine auffällige Diskrepanz. 1953 bilanzierte Weber im Fall der zehnjährigen D., sie sei ein «debiles, ängstliches, sexuell erregtes Kind mit Restsymptomen einer früheren schweren, vor allem sexuellen Verwahrlosung im Elternhause».⁴⁸ Fünf Jahre später wird das Mädchen von Weber nochmals untersucht, und wieder kommt er zum Schluss, D. sei ein «hysterischer Charakter, leicht debil, geltungssüchtig, sexuell erregt, ursprünglich triebhaft, verlogen, moralisch defekte Psychopathin, oberflächlich, leichtsinnig, gemütsarm». Weil sie «in hohem Grad gefährdet und für ihre Umgebung gefährlich» sei, gehöre sie «in ein geschlossenes Heim, auf Schritt und Tritt überwacht, vielleicht kann ihrer Entwicklung unter guter erzieherischer Führung doch noch eine gute Wendung gegeben werden, wir halten die Prognose aber für ungünstig».⁴⁹

Sicherlich hatte Weber mit D. einen IQ-Test durchführen lassen. Darum konnte er festhalten, sie sei «debil». Und sicher war D. nicht in bürgerlichen Verhältnissen aufgewachsen: Sonst hätte Weber sich nicht so abschätzig über sie und ihre Eltern geäußert. Dazu kam sein Verdikt: D. musste weggesperrt werden.⁵⁰ In der Theorie äusserte sich Weber kritisch gegenüber Erziehungsheimen, weil er deren Strafpraktiken missbilligte. Er stellte gar eine psychoanalytisch informierte «Psychopathologie von Strafenden» auf, die Strafe nicht zu pädagogischen Zwecken einsetzen, sondern «als Mittel zur Rache und zum Quälen, wenn sie auch gerne die Erziehung als Vorwand angeben». Es gebe Erzieher, notierte Weber, die aus unbewusstem Schuldgefühl und Strafbedürfnis strafen, die sich mit den eigenen überstrengen Eltern identifizierten oder sich vor dem Kind ängstigten, weil sie selber als Kind verbotene böse Gedanken gegenüber den Eltern gehegt hätten. Sie würden aus unbewusstem Sadismus strafen, aus Eifersucht und Hass, weil das Kind ihnen ein

47 SFZB, Weber: Verwahrlosung [Vorlesungsmanuskript, o.D.], S. 10; Weber: Psychisch nervöse Schulkinder (1957), S. 7.

48 StABE, BB 02.10.26, Erziehungsheim Kehrsatz, D.G.

49 Ebd.

50 Leider sind die Fallakten nur unvollständig überliefert.

unbewusster Vorwurf sei.⁵¹ Mit seinen Ausführungen hatte Weber Eltern, sicher aber auch Heimerzieher im Visier.

Komplexe und Gegenübertragung

Diese Reflexionen flossen nicht in die Begutachtung D.s ein. Ihrem Hinweis auf einen sexuellen Übergriff durch den Pflegevater ging Weber nicht nach, vielmehr bezichtigte er – wie das viele Ärzte taten – das Mädchen des sexuellen Übergriffs auf einen jüngeren Knaben. Seine Wortwahl lässt darauf schliessen, dass der Psychiater Abneigung gegenüber dem Kind empfand. In seiner Vorlesung zum IQ dozierte Weber, die objektive Prüfung der Intelligenz eines Kindes sei auch deshalb nicht möglich, weil zwischen Prüfer und Kind «Komplexe» bestünden, weil also zwischen ihnen Regungen und Impulse im Gang sind, die sich dem Bewusstsein und der Kontrolle entziehen: «Immer nehmen wir, ob wir wollen oder nicht, eine Stellung zu ihm [dem Kind] ein, ist es uns zum Beispiel sympathisch oder nicht.»⁵² Weber brachte vor seinen Student*innen die Freud'schen Konzepte der «Übertragung» und «Gegenübertragung» ins Spiel.⁵³ Die Patientin durchlebt auf der Couch nochmals ihre Kindheit und wendet sich an den Psychoanalytiker, als ob er ein Elternteil wäre, als ob sie ihn liebte oder hasste – während dieser vermeiden sollte, sich in die ihm entgegengebrachten Gefühle, die ja nicht ihm gelten, zu verstricken. Auch er fängt an, in seiner Patientin eine Projektion zu sehen, muss sich aber dagegen verwahren.

Was laut Weber für den IQ-Test-Examinator galt, galt nicht weniger für ihn selbst, den Psychoanalytiker; dieser Schluss jedenfalls lässt sich ziehen, wenn man die Konzepte der Psychoanalyse, derer sich Weber bediente, auf ihn anlegt. Hätte Weber seine eigene Theorie reflektiert, hätte er seine Abneigung gegenüber D., die ihm ganz und gar nicht «sympathisch» war, als Gegenübertragung, und zwar als unbewusste Abwehr deuten können. Hätte er sich sonst so despektierlich über sie geäussert und ihre Wegsperrung in die

51 SFZB, Weber: Das Problem der Strafe [o.D.].

52 SFZB, Weber: Intelligenztests [Vorlesungsmanuskript, o.D.].

53 Jean Laplanche, Jean-Bertrand Pontalis, Das Vokabular der Psychoanalyse, Frankfurt a. M. 1982, S. 164, 550.

Wege geleitet? Dies aber schien Weber nicht zu realisieren – weil er die sozialen Grenzen nicht erkannte, die ihn von dem «debilen», «verwahrlosten» und «sexuell erregten» Mädchen trennte? Vielleicht war da noch etwas im Spiel ausser dem Abscheu und den Vorurteilen, nämlich eine verbotene Anziehung, die abgewehrt werden musste?

Für D. dürfte das alles einerlei gewesen sein. Der Psychiater hatte sie aufgegeben, fallengelassen. Seine Diagnose war vernichtend.⁵⁴ Mit dieser war der Arzt seinerseits an einem Nullpunkt angekommen. Seine Reflexionen zählten nichts mehr, und sie funktionierten auch nicht mehr, sonst hätte er zumindest seine «Komplexe», die er in der Vorlesung zum IQ-Test thematisierte, erkennen müssen.

Arnold Weber behandelte nicht alle Kinder wie D. In den Krankengeschichten tritt der Kinderpsychiater auch als warmherziger, anwaltschaftlicher Analytiker auf, der seinen kleinen Patienten zuhört, sie therapeutisch stützt, vor übergriffigen Eltern, lieblosen Pflegeeltern und brutalen Heim-erzieher*innen schützen will.⁵⁵ Aber D. war kein Einzelfall. Sie weist nicht nur auf die Grenzen des Sozialen und der Geschlechter hin, an die Weber in seiner Arbeit stiess, sondern auch auf die Grenzen, die von der Kinderpsychiatrie errichtet wurden, gerade der psychoanalytischen. Zur Kontrastierung: 1959 führte der Freudianer Jacques Lacan in Frankreich in einem Vortrag aus, dass die Kinderpsychoanalyse mit den Begriffen Erziehung, Charakter und guten und schlechten Gewohnheiten nichts am Hut habe – sie interessiere sich für Traumata.⁵⁶

Ob Arnold Webers psychoanalytische Kolleg*innen in den Westschweizer Beobachtungsstationen ähnlich verfahren, wäre zu prüfen; vermutlich ja. Auch das Neuhaus war in erster Linie eine Institution der Triage. Weber differenzierte die Kinder möglichst genau, und in vielen Fällen bestand die Lö-

54 In der Diagnose kommen der Trieb und der Schwachsinn der Patientin zusammen, wie Foucault dies für die frühe Kinderpsychiatrie beschrieben hat, welche die Krankheit durch die Anomalie ersetzt habe: Michel Foucault, *Die Anormalen*. Vorlesungen am Collège de France (1974–1975), Frankfurt a.M. 2007 [Paris 1999], S. 400.

55 Insgesamt habe ich 60 Neuhaus-Dossiers durchgesehen (1937–1990), im Berner Staatsarchiv bin ich auf weitere Neuhaus-Akten gestossen. Siehe Hafner, *Kinder*.

56 Jacques Lacan, *Die Ethik der Psychoanalyse*, Wien, Berlin 2021 [Paris 1986] (Das Seminar, Buch VII), S. 18.

sung in der Einweisung ins Erziehungsheim. Weber erfüllte seine Aufgabe als Psychiater zur Zufriedenheit seiner staatlichen Auftraggeber, kam aber – im Neuhaus – den Ansprüchen seiner Profession als Psychoanalytiker nicht immer nach.

Das Geschlecht der Psyche

Wie die Zürcher Psychiatrie um 1950 das «intersexuelle» Kind entdeckte – und damit die Pädiatrie prägte

Mirjam Janett

Abstract

By the middle of the 20th century, psychiatry discovered its interest in the intersex child, when pediatrics also increasingly advocated early diagnosis and treatment. This article shows how, around 1950, psychiatrists introduced a new gender category into pediatric practice based on studies of children undergoing treatment for intersex at the Childrens' Hospital in Zurich: the gender of the psyche. Both disciplines benefited equally from the collaboration between (child) psychiatry and pediatrics: Through research on «intersexuality», psychiatrists not only gained new knowledge about the psychological effects of sex hormones, but also established child psychiatry as an advisory body for pediatrics as early as the late 1940s. Pediatricians incorporated psychiatric expertise into their decisions about the sex in which the child should be raised.

Was bestimmt, wie und wen wir begehren?¹ Liegt die Antwort darin, was die Medizin im 19. Jahrhundert «Seele» und dann «Psyche» nannte? Sind es die Hormone, die unsere Sexualität bestimmen? Oder liegt der Schlüssel im Zusammenspiel von «Chromosomengeschlecht» und Psyche?² Solche Fragen erörterte in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts die Psychiatrie, die sich nun nicht mehr als Verwahrungsinstanz verstand, sondern mit ihrer Verwissenschaftlichung das Interesse auf Diagnostik und Therapie psychi-

1 Die Forschung ermöglichte der Schweizerische Nationalfonds durch die Finanzierung des Forschungsprojekts #105311_169575. Für den Austausch und die Anregungen bedanke ich mich beim Projektteam. Für das Gegenlesen danke ich Urs Hafner, Urs Germann und Leander Diener. Letzterer führte mich in die Historiografie des zentralen Nervensystems ein.

2 Vgl. Manfred Bleuler, Hans-Rudolf Wiedemann, Chromosomengeschlecht und Psychosexualität, in: Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift Neurologie 195 (1956), S. 14–19.

scher Krankheiten richtete. Zugleich profilierte sie sich mit ihrer Gutachter-tätigkeit für Gerichte, Fürsorge- und Vormundschaftsbehörden.³

Das folgenreiche Konzept der Verstrickung von Sexualität und Hormonen, die das Begehren prägen, war eng verknüpft mit Manfred Bleuler, dem Sohn des bedeutenden Zürcher Psychiaters Eugen Bleuler, und dessen Schüler Walter Züblin. Dieser hatte sich nach dem Medizinstudium bei Bleuler weitergebildet und sich schliesslich auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie spezialisiert, die es als Fachdisziplin noch gar nicht gab. 1954 wurde er Chef-arzt der Klinik Sonnenhof im Kanton St. Gallen, ab 1961 leitete er die Kinderpsychiatrische Klinik in Bern.⁴ Für das Kinderspital Zürich war er zwischen 1952 und 1959 als Gutachter tätig.

1950 publizierten Bleuler und Züblin in der *Wiener Medizinischen Wochenschrift* einen Artikel, in dem sie die fehlenden Kenntnisse zur Wirkung von Sexualhormonen auf die menschliche Psyche monierten.⁵ Dies sei deswegen gravierend, weil die Hormone in der klinischen Praxis oft verschrieben würden. Für die «Theorie der endokrinologischen Psychiatrie» sei weiterführendes Wissen für «die psychiatrische Indikationslogik» notwendig.⁶ Hatten sie im Beitrag erste Vermutungen zur Reziprozität von Endokrinologie und Psychiatrie angestellt, die aus einer klinischen Studie mit 22 Patient*innen hervorging, trieb der Kinderpsychiater Walter Züblin das junge Forschungsfeld durch Studien an intergeschlechtlichen Kindern, deren körperliche Variationen auf die Überproduktion von Androgenen zurückzuführen war, weiter voran. Wie kam es dazu, dass die Zürcher Psychiatrie um die

3 Zur Geschichte der Psychiatrie in der Schweiz siehe: Catherine Fussinger, Urs Germann, Martin Lengwiler u. a. (Hg.), *Psychiatriegeschichte in der Schweiz (1850–2000). Ansätze und Perspektiven*, Zürich 2003 (Traverse 2003/1).

4 Zum Neuhaus unter der Leitung von Walter Züblin siehe Urs Hafner, *Kinder beobachten. Das Neuhaus in Bern und die Anfänge der Kinderpsychiatrie, 1937–1985*, Zürich 2022.

5 Manfred Bleuler, Walter Züblin, Zur Kenntnis der psychischen Wirkung von Sexualhormonen in hohen Dosen, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift* 100/13 (1950), S. 229–233.

6 Ebd., S. 233.

Jahrhundertmitte das «intersexuelle»⁷ Kind zum «Objekt» ihrer Forschung erklärte? Und inwiefern prägte die Disziplin die pädiatrische Behandlung? Um diese Fragen zu beantworten, ziehe ich sowohl medizinische Fachliteratur der involvierten Akteur*innen als auch Krankenakten des Kinderspitals bei. Sie geben Rückschlüsse auf die zeitgenössischen Diskurse sowie die medizinische Praxis.

Die wissenschaftliche Medizin hatte sich bereits im 18. Jahrhundert mit Intergeschlechtlichen beschäftigt, also mit Menschen, deren Geschlechtsmerkmale weder als eindeutig männlich noch weiblich zu identifizieren sind.⁸ Bis Ende des 19. Jahrhunderts interessierte sie sich vor allem für Erwachsene. Dies änderte sich mit der Verwissenschaftlichung der Kinderheilkunde im 20. Jahrhundert. Intergeschlechtliche Kinder sollten nun möglichst früh diagnostiziert und therapiert werden. Das 1874 gegründete Kinderspital Zürich (Kispi) etablierte sich unter der Leitung von Guido Fanconi um 1950 zum führenden Behandlungszentrum für «Intersexualität» in Europa. Sein Mitarbeiter Andrea Prader habilitierte 1957 auf diesem Gebiet, 1962 wurde er Spitaldirektor.⁹ Kinder aus ganz Europa kamen nach Zürich zur diagnostischen Abklärung und zu Therapiezwecken.¹⁰ Das Kispi stützte sich seinerseits seit den 1940er Jahren auf psychiatrische Gutachten für ihre Behandlungsempfehlungen.

Die Geschichtswissenschaft interessierte sich bislang nur am Rand für Intergeschlechtlichkeit. In den 1980er und -90er Jahren entstanden kon-

7 Der Begriff «Intersexualität» ist eine frühere medizinische Sammelkategorie, die zunächst auf Tiere, dann auf Menschen angewandt wurde, die nicht eindeutig in die Kategorie männlich oder weiblich einzuteilen waren. Als Quellenbegriff wird er in Anführungszeichen gesetzt. Heute benutzt die Medizin die Bezeichnung «Disorders of Sexual Development» (DSD), was von Betroffenen kritisiert wird. Sie betonen, dass Intergeschlechtlichkeit keine Störung, sondern eine Varianz sei.

8 Einen guten Überblick gibt Ulrike Klöppel, *XX0XY ungelöst. Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität*, Bielefeld 2010.

9 Andrea Prader, *Intersexualität*, Zürich 1957 (Habilitationsschrift, Sonderdruck).

10 Vgl. Mirjam Janett, Andrea Althaus, Marion Hulverscheidt u. a., *Doctors, Families and the Industry in the Clinic. The Management of «Intersex» Children in Swiss Paediatric Medicine (1945–1970)*, in: *Medical History* 65/3 (2021), S. 286–305.

struktivistisch geprägte Studien, welche die Medikalisierung des «Hermaphroditen» im 18. Jahrhundert nachzeichneten und auf die Konstruiertheit des biologischen Geschlechts hinwiesen. Jüngere Publikationen nahmen die medizinischen Diskurse ab dem ausgehenden 19. Jahrhundert in den Blick und zeigten, wie sich bis Mitte des 20. Jahrhunderts invasive medikamentöse und chirurgische Praktiken durchsetzten, um intergeschlechtliche Kinder entweder «männlich» oder «weiblich» zu machen.¹¹ Den Einfluss der Psychiatrie auf die pädiatrische Behandlung von Intergeschlechtlichkeit thematisierte die Forschung bislang nur punktuell vor dem Hintergrund der sich um 1955 etablierenden Gender-Theorie an der US-amerikanischen Johns Hopkins Klinik.¹² Deren Ärzt*innen postulierten, den intergeschlechtlichen Geschlechtskörper möglichst früh operativ zu vereindeutigen, weil das «psychosoziale» Geschlecht formbar sei. Die Historiografie nimmt an, dass diese Studien die nachfolgenden Behandlungsregimes in Europa massgeblich geprägt hätten. Dieser Artikel zeigt dagegen, dass die Zürcher Kinderpsychiatrie das «intersexuelle» Kind vor den US-amerikanischen Behandlungsempfehlungen zum Untersuchungsgegenstand erklärte. Sie sicherte sich den Expertenstatus bei Geschlechtszuweisungen, indem sie psychische und hormonelle Vorgänge miteinander in Beziehung setzte und mit dem psychischen Geschlecht eine neue Kategorie in die medizinische Praxis einführte.

11 Zur Historiografie siehe: Mirjam Janett, *Dazwischen? Intergeschlechtlichkeit in der historischen Forschung. Überblick und Perspektiven*, Forschungsberichte, infoclio.ch, Bern 2022. Online: <https://doi.org/10.13098/infoclio.ch-fb-0004> (19.3.2022).

12 Klöppel, *XX0XY ungelöst*, S. 303–336; Sandra Eder, *Gender and Cortisone. Clinical Practice and Transatlantic Exchange in the Medical Management of Intersex in the 1950s*, in: *Bulletin of the History of Medicine* 92 (2018), S. 604–633.

Brückenschlag zwischen Soma und Psyche

Die Psychiatrie und die Pädiatrie begannen sich ab den 1930er Jahren für die Endokrinologie zu interessieren.¹³ Neue Methoden der Analyse und Therapie, die dank der pharmazeutischen Industrie ermöglicht wurden, sowie das Aufkommen der sogenannten Biomedizin führten zur Biologisierung der Psychiatrie.¹⁴ Die Endokrinologie etablierte sich zunächst im deutschen Sprachraum. Indem sie die Vorstellung eines von Botenstoffen regulierten Körpers etablierte, erweiterte sie das vormals dominante Modell des «Nervensystems».¹⁵ Dieses galt nun «als elektrisches System der Reizwahrnehmung und Weiterleitung und somit als Bindeglied zwischen dem hormonellen System und der Aussenwelt».¹⁶ Weiterhin sah die Physiologie das hormonelle und nervliche System als getrennte Einheiten an.¹⁷ Das Zusammenspiel von endokrinen Vorgängen und psychischen «Erkrankungen» musste erst nachgewiesen werden. 1954 tat dies Bleuler in seinem Standardwerk zur endokrinologischen Psychiatrie mit dem «endokrinen Psychosyndrom»: Dieses umfasse diverse psychische Symptome, die im Zusammenhang mit hormonellen Störungen auftreten; charakteristisch seien Antriebslosigkeit und Stimmungsveränderungen.¹⁸

13 Vgl. Heiko Stoff, Endokrine Psychosomatik oder der Versuch, Hormon- und Psychotherapie zu verbinden, in: Alexa Geisthövel, Bettina Hitzer (Hg.), Auf der Suche nach einer anderen Medizin. Psychosomatik im 20. Jahrhundert, Berlin 2019, S. 89–101.

14 Anne Harrington, *Mind Fixers. Psychiatry's Troubled Search for the Biology of Mental Illness*, New York 2019.

15 Vgl. z.B. Chandak Sengoopta, *The Most Secret Quintessence of Life. Sex, Glands, Hormones, 1850–1950*, Chicago 2006; Philipp Sarasin, *Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765–1914*, Frankfurt a.M. 2001; Margaret Rowbottom, *Charles Susskind, Electricity and Medicine. History of their Interaction*, San Francisco 1984. – Zum Spannungsverhältnis zwischen elektrophysiologischen und hormonellen Körpern siehe Leander Diener, *Vegetative Bodies. Physiology, Medicine, and the Dethronement of the Cortex* (unpublizierte Dissertation, Universität Zürich), 2021.

16 Xenia Steinbach, Sabine Maasen, Oxytocin. Vom Geburts- zum Sozialhormon. Zur hormonellen Regierbarkeit von Soziabilität aka Gesellschaft, in: N.T.M 26 (2018), S. 1–30, hier S. 10.

17 Vgl. ebd.

18 Vgl. Manfred Bleuler, *Endokrinologische Psychiatrie*, Stuttgart 1954, S. 33–43.

Den Brückenschlag zwischen Physiologie und Psychologie tätigte Bleuler mit dem Verweis auf das Konzept des Psychosyndroms. Indem er die «Wesensgleichheit von endokrinem und hirnlokalem Psychosyndrom» verkündete. Er ging davon aus, dass nicht nur eine (Funktions-)Störung des Gehirns, sondern auch des Endokriniums zu einer organischen psychischen Störung führen könne. Mit der These, dass «die funktionelle Einheit zwischen Teilen des Endokriniums und des Zentralnervensystems auch zu einer strukturellen Abhängigkeit führt»,¹⁹ verfolgte er eine strukturfunktionalistische Erklärung für Körperprozesse, wie sie der US-amerikanische Physiologe Walter Bradford Cannon vertrat. Cannon hatte betont, dass «strukturelle Besonderheiten [...] mit entsprechend funktionalen Besonderheiten» einhergingen.²⁰ 1957 unterstrich Bleuler die Bedeutung des Zusammenhangs zwischen dem Endokrinium²¹ und dem zentralen Nervensystem für die psychiatrische Wissenschaft.²² Bleulers Referenz auf das «Zentralnervensystem», wie er es nannte, weist darauf hin, dass noch Ende der 1950er Jahre die Verbindung von Endokrinologie und Psychiatrie offenbar der Legitimation bedurfte. Die beiden Bereiche konnten nicht ohne Weiteres zusammengebracht werden.

Bleuler nahm an, dass Psychosyndrome bei Hirnschädigungen «unter sich ähnlich», also dass sie unspezifisch und nicht abhängig davon seien, «durch welche Krankheitsprozesse sie entstanden und wie sie lokalisiert» sei-

¹⁹ Ebd., S. 51.

²⁰ Walter Bradford Cannon, *Der Weg*, S. 119, zitiert nach Jakob Tanner, «Weisheit des Körpers» und soziale Homöostase. Physiologie und das Konzept der Selbstregulation, in: Philipp Sarasin, Jakob Tanner (Hg.), *Physiologie und industrielle Gesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert*, Frankfurt a. M. 1998, S. 129–169, hier S. 156.

²¹ Das Endokrinium bezeichnet die Gesamtheit der Organe und Gewebe im Körper, die Hormone produzieren.

²² Manfred Bleuler, *Endokrinologie und Psychiatrie*, in: *Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde und deren Grenzgebiete* 14/1 (1957), S. 16–27, hier S. 17. Vgl. Bleuler, *Endokrinologische Psychiatrie*, S. 33–43. Bemerkenswert ist der Einfluss, der dem Endokrinium und dem vegetativen Nervensystem in diesem Zusammenhang zukam. Offenbar wurde die Psyche u. a. von körperlichen Mechanismen mitbestimmt. Vgl. Diener, *Vegetative Bodies*.

en.²³ Dafür schlug er den Begriff des «hirnlokalen Psychosyndroms»²⁴ vor. 1954 unterstrich er in seinem Lehrbuch die These «der Ähnlichkeiten der psychischen Folgen von verschiedenen lokalisierten chronischen Hirnherden». Deshalb stehe er «seit zehn Jahren in einer kleinen Fehde» mit weiten Teilen der Psychiatrie.²⁵ Wie die Medizin war auch die Psychiatrie bis dato von einer «spezifischen Symptomatologie jeder einzelnen endokrinen Erkrankung» ausgegangen.²⁶ Das heisst: Symptome ermöglichen als Krankheitszeichen Rückschlüsse auf den Charakter und die Ursache der Krankheit, und die Diagnose lokalisiert den Krankheitsherd. Unspezifische Symptome, wie sie Bleuler beschrieben hatte, können verschiedene Krankheiten umfassen und sind im Körper nicht ortbar. Sie erfuhren in der Medizin in der Nachkriegszeit eine Konjunktur, wie das beispielsweise am aufkommenden Konzept des Stresses sichtbar wird.²⁷ Die Vorstellung der unspezifischen Symptomatologie führte schliesslich zu Forschungen zur sexuellen Differenzierung von Intergeschlechtlichen durch die Psychiatrie.

Das endokrine Psychosyndrom bei «Intersexuellen»

Walter Züblin war es, der den Zusammenhang von endokrinem Psychosyndrom, Sexualentwicklung und Intergeschlechtlichkeit herstellte. 1953 publizierte er drei Studien, in denen er das Wechselspiel von Psyche und hormo-

23 Vgl. H. Lauter, Psychosyndrom, in: Christian Müller (Hg.), Lexikon der Psychiatrie. Gesammelte Abhandlungen der gebräuchlichsten psychopathologischen Begriffe, Berlin, Heidelberg, New York 1973, S. 417–418, hier S. 417.

24 Manfred Bleuler, Untersuchungen aus dem Grenzgebiet zwischen Psychopathologie und Endokrinologie, in: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 180 (1948), S. 271–528, hier S. 507.

25 Bleuler, Endokrinologische Psychiatrie, S. 49.

26 Ebd., S. 18.

27 Zum Aufkommen des Stresses vgl. Lea Haller, Sabine Höhler, Heiko Stoff, Stress – Konjunkturen eines Konzepts, in: Zeithistorische Forschungen 11 (2014), S. 359–381; Patrick Kury, Der überforderte Mensch. Eine Wissensgeschichte vom Stress zum Burnout, Frankfurt a. M. 2012.

nalen «Erkrankungen» analysierte.²⁸ Mit dem «Adrenogenitalen Syndrom (AGS) mit Nebennierenhyperplasie» und der «Pseudopubertas Praecox», die er als «AGS mit erhöhter Produktion androgener NNR-Hormone [Nebennierenrinde-Hormone, Anm. der Verf.]» beschrieb, griff er gleich zwei Syndrome auf, welche die zeitgenössische Pädiatrie zur «Intersexualität» zählte.²⁹ Die dritte Studie handelte vom Klinefelter-Syndrom, das zwar bereits 1942 vom US-amerikanischen Endokrinologen Harry F. Klinefelter beschrieben worden war, das Prader aber erst 1959 zur Kategorie «Intersexualität» subsumierte.³⁰

Züblins Erkenntnisinteresse lag in der Überprüfung seiner Frage, ob hormonale «Erkrankungen» sich auf die Psyche – und umgekehrt – auswirkten. Im Fokus stand insbesondere, inwiefern die Sexualität von Kindern, deren «Intersexualität» auf die übermässige Produktion bestimmter Hormone zurückging, davon beeinflusst war. Für alle drei Studien stellte ihm der Direktor des Kinderspitals, Guido Fanconi, Patient*innen zur Verfügung, die bei Andrea Prader in Behandlung waren. Für die Studie zum Klinefelter-Syndrom wies ihm die Zürcher Universitätsklinik zusätzlich erwachsene Patient*innen zu. Das Kinderspital und die Psychiatrische Universitätsklinik begannen zusammenzuarbeiten. Züblin untersuchte die Kinder, stützte sich

28 Walter Züblin, Zur Psychiatrie einiger Fälle von Pseudopubertas Praecox, in: Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie 71/1 (1953), S. 384–387; ders., Zur Psychiatrie des adrenogenitalen Syndroms bei kongenitaler Nebennierenrinden-Hyperplasie, in: Helvetica Paediatrica Acta 8 (1953), S. 117–135; ders., Zur Psychologie des Klinefelter-Syndroms, in: Acta Endocrinologica 14 (1953), S. 137–144.

29 Pathophysiologisch wird das AGS auf eine Störung der Hormonproduktion der Nebennierenrinde (NNR) zurückgeführt. Die NNR produziert zu viele Androgene, was bei Menschen mit zwei X-Chromosomen, die als biologisch weiblich gelten, zu einer Vermännlichung der äusseren Genitale führt. So ist unter anderem die Klitoris penisartig vergrössert. Bei beiden Kerngeschlechtern tritt eine verfrühte Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale ein. Das AGS verdrängte nach 1950 die ältere Diagnosekategorie «Pseudohermaphroditismus», bei der die Keimdrüsen ausschlaggebend für die Klassifizierung waren.

30 Mit der Möglichkeit zur Chromosomenbestimmung in den 1950er Jahren entdeckte die Medizin, dass bei Kindern mit Klinefelter das «chromosomale Geschlecht» vom phänotypischen Geschlecht abwich, weswegen das Syndrom fortan unter die Kategorie «Intersexualität» fiel. Vgl. Janett u. a., Doctors, Families and the Industry, S. 296.

zudem auf die Krankenakten des Spitals und auf die klinischen Beobachtungen Praders.

Züblin zog in den Studien analoge Schlüsse: Das sexuelle Empfinden von Kindern mit AGS unterscheide sich von dem «normaler Kinder». Ihre Sexualität reife unabhängig vom «Krankheitskonzept» im Gegensatz zum äusseren Erscheinungsbild nicht verfrüht; sie bleibe «schwach» und «infantil». Deswegen ordnete er die «Drüsenstörung[en]» wie das AGS dem «endokrinen Psychosyndrom» nach Bleuler zu.³¹ Dieser wiederum stützte sich in seinem Standardwerk auf Züblins Forschungen, um die Bedeutung von «emotionell-endokrinen Zusammenhängen» zu unterstreichen.³² Erst das in Beziehung setzen der Sexualität respektive ihres Empfindens mit endokrinen Vorgängen ermöglichte neue Kenntnisse über das Geschlechtsempfinden von intergeschlechtlichen Kindern, die entsprechende Behandlungen wie die chirurgische Geschlechtsveränderung nach sich zogen. Bleuler ging es jedoch nicht in erster Linie um die therapeutische Operationalisierbarkeit von Züblins Befunden. Vielmehr bestätigten sie ihn in seiner fundamentalen Kritik an der Medizin, die zunehmend «analytisch» das Leben in «Einzelteile» zergliedert und «Struktur und Funktion» getrennt habe.³³

Bleuler plädierte für eine «Synthese», für das Studium des «Zusammenspiel[s] im Organismus».³⁴ Züblins These der schwachen Psychosexualität bei bestimmten Formen von Intergeschlechtlichkeit nutzte er als Exemplifikation: Er forderte «d[ie] wissenschaftliche Würdigung des Einzelschicksal[s]», «das so lange ein Stiefkind unserer Wissenschaft» gewesen sei.³⁵ In gewisser Weise brachte er damit die Patient*innen zurück in die Medizin, die durch neue Technologien, wie sie im Labor entstanden, immer mehr in den Hintergrund gerückt waren, wie Nicolas Jewson gezeigt hat.³⁶

31 Züblin, Klinefelter, S. 142. Vgl. ders., Pseudopubertas Praecox, S. 387; ders., Adrenogenitales Syndrom, S. 132.

32 Vgl. Bleuler, Endokrinologische Psychiatrie, S. 175.

33 Ebd., S. 27.

34 Ebd.

35 Ebd.

36 Nicholas C. Jewson, The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology, 1770–1870, in: *Sociology* 10 (1976), S. 225–244.

Die Bleulersche Konzeption von Körper und Organismus dürfte der Kinderpsychiatrie in der Pädiatrie vermehrt zu Akzeptanz verholfen haben, war die frühere Kinderheilkunde doch holistisch und interdisziplinär ausgerichtet gewesen. 1965 wurde am Kinderspital unter der Leitung von Alfons Weber eine eigene kinderpsychiatrische Abteilung eröffnet. Sie war mit einer Vollzeitstelle ausgestattet, die sich ein Kinderpsychiater und eine Kinderpsychologin teilten.³⁷ Für die psychiatrische Begutachtung arbeitete das Kisp auch mit der PUK (Kinder- und Jugendpsychiatrie) zusammen. 1974 meinte Weber anlässlich des 100-Jahre-Jubiläums der Kinderklinik, dass «Pädiatrie ohne Psychiatrie heute nicht mehr denkbar» sei.³⁸

Wider das US-amerikanische Behandlungsparadigma

Zur gleichen Zeit befasste sich die Medizin in Nordamerika mit der Psychosexualität intergeschlechtlicher Kinder. Die Vorstellung der «sozialen Prägung der Psychosexualität» mündete 1955 in die Gender-Theory, die in den 1970er-Jahren vom Feminismus aufgegriffen werden sollte, der damit auf die «Konstruktion» der Kategorie Geschlecht hinwies.³⁹ 1951 holte der Endokrinologe Lawson Wilkins den Psychologen John Money an die Johns Hopkins Klinik nach Baltimore.⁴⁰ Zusammen mit dem Ehepaar John und Joan Hampsons führte Money dort klinische Studien an Kindern mit dem Adrenogenitalen Syndrom durch, um Aufschluss über deren sexuelles Empfinden zu erhalten. Daraus resultierten 1955 die «Hopkins-Protokolle», in denen mit dem «optimum gender of rearing model» die psychosoziale Geschlechtskategorie in die Medizin eingeführt wurde.⁴¹

Money und die Hampsons postulierten, dass die Geschlechterrolle, also die Art und Weise, mit welchem Geschlecht die Kinder sich identifizierten,

37 Alfons Weber, Kinderpsychiatrie, in: Kinderspital Zürich (Hg.), 100 Jahre Kinderspital Zürich 1874–1974, Zürich 1974, S. 105.

38 Ebd.

39 Vgl. Klöppel, XX0XY ungelöst, S. 13.

40 Vgl. Eder, Gender and Cortisone, S. 616.

41 Anne Fausto-Sterling, *Sexing the Body. Gender Politics and the Construction of Sexuality*, New York 2000.

unabhängig vom biologischen Geschlecht anerzogen werden könne. Voraussetzung dafür sei die frühe Geschlechtszuordnung. Im Falle «intersexueller» Kinder empfahlen sie die (chirurgische) Anpassung des Genitals an das zugewiesene biologische Geschlecht vor dem 18. Lebensmonat. Weil es entscheidend sei, dass das Kind nicht über die Zuweisung informiert werde, damit dieses nicht bezüglich seines Geschlechts und die damit zusammenhängende Geschlechtsidentität verunsichert werde, rieten sie von Operationen nach dem dreissigsten Lebensmonat ab.⁴² Die US-amerikanische Historikerin Alison Redick bezeichnet die «Protokolle» als Zäsur in der Behandlung intergeschlechtlicher Kinder. Sie hätten mit der Kategorie «Gender» die epistemologischen Bedingungen des Geschlechts (englisch «sex») revolutioniert und zu standardisierten Geschlechtsoperationen bei Kleinkindern geführt.⁴³

Ulrike Klöppel untersuchte die Rezeption der «Protokolle» im deutschsprachigen Raum. Die Medizin habe der Gender-Theorie zunächst Ignoranz und Kritik entgegengebracht, bis diese sich in den 1960er Jahren doch noch durchgesetzt habe.⁴⁴ Viele Mediziner*innen hätten jedoch Züblins Einschätzung der psychosexuellen Indifferenz übernommen⁴⁵ und damit die «These der Abhängigkeit der psycho-sexuellen Entwicklung vom Milieu» nicht aufgenommen beziehungsweise ausgehebelt. Züblins Absicht lag jedoch nicht darin, die «Protokolle» infrage zu stellen, da er seine Ergebnisse bereits 1953 publizierte, also zwei Jahre vor deren Erscheinen.

Auch die Zusammenarbeit des Kinderspitals Zürich mit der Psychiatrie setzte früher ein als die Kooperation von Wilkins mit der Psychologie. Bereits 1946 forderte die Chirurgie für die Geschlechtszuweisung eines intergeschlechtlichen Kindes ein psychiatrisches Gutachten an.⁴⁶ Zudem führte das Kinderspital lange vor den «Protokollen» Klitorisamputationen an Kindern

42 John Money, Joan Hampson, John Hampson, Hermaphroditism. Recommendations Concerning Assignment of Sex, Change of Sex, and Psychologic Management, in: *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* 97/4 (1955), S. 284–300, hier S. 289.

43 Vgl. Alison Redick, *American History XY. The Medical Treatment of Intersex, 1916–1955* (unpublizierte Dissertation, New York University), 2004, S. 8.

44 Klöppel, *XX0XY ungelöst*, S. 476.

45 Ebd., S. 488, Fussnote 12.

46 Staatsarchiv Zürich (StAZH), Z 810.3518, Krankenakte.

durch; zwischen 1945 und 1955 erfolgten mindestens acht Operationen bei den Diagnosen «AGS, Hermaphroditismus und Pseudohermaphroditismus».47 Bei der Hälfte der Eingriffe forderte Prader im Vorfeld eine psychiatrische Begutachtung an.48 Ziel des invasiven Eingriffs war es, das Genital der als Mädchen aufgewachsenen Patient*innen anatomisch an deren Erziehungsgeschlecht anzugleichen.

In Nordamerika war es also die Psychologie, die das «intersexuelle» Kind der heteronormativen Geschlechterordnung anpassen wollte, in der Schweiz dagegen die Psychiatrie. Money betrieb Grundlagenforschung zur psychosozialen Entwicklung von Kindern und ihrer Geschlechtlichkeit, Züblin zur endokrinologischen Psychiatrie.49 Ging Money von der sozialen Prägung der Psychosexualität aus, postulierte Züblin die psychosexuelle Indifferenz intergeschlechtlicher Kinder. Trotz gegensätzlicher Vorstellungen zur Psychosexualität zogen Money und Züblin analoge Schlüsse, die zu ähnlichen therapeutischen Ergebnissen führten: zu chirurgischen Geschlechtsveränderungen.50

Das bedeutet, dass die medizinische Praxis des Kinderspitals die Vorstellung des sozialen Einflusses auf die Psychosexualität nicht brauchte für die invasiven Eingriffe am Kinderkörper. Die Gender-Theorie bildete hier nicht die epistemische Voraussetzung für die Genitaloperationen. Damit ist das Paradigma zu revidieren, wonach die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts einsetzenden Genitaloperationen auf Money und seine Theorie zum

47 StAZH, Z 810.3487; 810.3518, 810.3496; 810.3519; 810.3516; 810.3484; 810.3486; 810.3515, Krankenakten. Die Kinder waren zwischen einem und acht Jahren alt. Eine Patientin, die sich als Erwachsene weiter von Prader behandeln liess, verlangte als 26-Jährige die Klitorisamputation. Die Intersex-Chirurgie am Kinderspital Zürich beleuchten Mirjam Janett, Rita Gobet, Andrea Althaus u. a., *Ambiguous Bodies and Medicine. Intersex Surgery at the Children's Hospital in Zurich, 1945–1970*, in: *European Journal for the History of Medicine and Health* (under review).

48 StAZH, Z 810.3518; 810.3496; 810.3486; 810.3516, Krankenakten.

49 Vgl. Klöppel, *XX0XY* ungelöst, S. 492.

50 Vgl. Eder, *Gender and Cortisone*, S. 625–628.

psychosozialen Geschlecht zurückführen seien.⁵¹ Prader stützte sich auf seine eigenen (psychiatrischen) Experten, welche die Psychosexualität diametral anders einschätzten als Money.⁵² Theoretisch hätte Prader sogar die Möglichkeit gehabt, von Operationen abzusehen, denn Bleuler sprach sich aufgrund von Züblins Befund, dass die Kinder über eine schwache Psychosexualität verfügten, für eine konservative, nicht-invasive Behandlung aus. Moneys Theorem dagegen hätte Prader diese Möglichkeit nicht geboten.

Offenbar verlangte die Medizin der Jahrhundertmitte danach, intergeschlechtliche Kinder nicht mehr «nur» wie zuvor zu diagnostizieren und Begleiterscheinungen zu behandeln wie den lebensbedrohlichen Salzverlust des AGS, sondern ihren Geschlechtskörper entweder «männlich» oder «weiblich» zu machen.⁵³ Die Sexualität wurde zum wichtigen Faktor für die Therapie von Intergeschlechtlichkeit – und in der Schweiz die Psychiatrie damit zum wichtigen Partner für die Pädiatrie.

Das Geschlechtsempfinden im Fokus der Pädiatrie

Die Kinderpsychiatrie fasste in Zürich dank Züblins These der sexuellen Indifferenz in Diagnostik und Therapie von Intergeschlechtlichkeit schnell und umfassend Fuss. Hatte sich das Kinderspital zuvor auf die Frage der Geschlechtsbestimmung bei fraglichem anatomischen Geschlecht konzentriert, öffnete es sich um die Jahrhundertmitte der Therapie von Intergeschlechtlichkeit, indem es einerseits neue Wirkstoffe und verfeinerte chirurgische Verfahren einsetzte und andererseits die Erkenntnisse der endokrinologischen Psychiatrie rezipierte.⁵⁴

Züblins Befunde stützte Prader nämlich in seiner Therapie des AGS. 1950 begegnete Prader am sechsten pädiatrischen Weltkongress, der

51 Eine Ausnahme ist Sandra Eder, Gender and Cortisone. Dennoch spricht auch sie davon, dass Prader die Hopkins-Protokolle adaptiert und auf den Zürcher Kontext übertragen hätte. Vgl. ebd., S. 633.

52 Vgl. ebd., S. 628.

53 Kinder mit Adrenogenitalen Syndrom leiden oft kurz nach der Geburt an einem massiven Salzverlust, der unbehandelt zum Tod führen kann.

54 Zur pädiatrischen Behandlung vgl. Janett u. a., Doctors, Families and the Industry.

von Fanconi organisiert in Zürich stattfand, Lawson Wilkins. Dieser berichtete ihm von seinen Erfolgen mit der Kortisontherapie bei intergeschlechtlichen Kindern. Bereits 1951 verschrieb Prader versuchsweise den neuen Wirkstoff für Kinder mit AGS.⁵⁵ Mit seiner klinischen Forschung entdeckte er, dass die Einnahme von Kortison die Virilisierung, also die Vermännlichung, zurückdrängte.⁵⁶ Züblins These der schwachen Psychosexualität bestätigte ihn darin, dass die Kortisontherapie berechtigt sei. 1953 schrieb er: «Wäre die Psyche der Mädchen [mit fraglichem Geschlecht, Anm. der Verf.] vorwiegend männlich, so könnte man sich fragen, ob diese Mädchen unbehandelt oder gar als Knabe erzogen glücklicher wären. Unsere Patienten sind psychisch jedoch zweifellos nicht maskulinisiert und leiden ganz beträchtlich an ihrem Zustand.»⁵⁷ Prader berief sich zum einen auf eine neue Geschlechtskategorie, indem er davon ausging, dass es neben einem biologischen Geschlecht auch ein psychisches gebe. Zum andern betonte er den Leidensdruck der Kinder.

Züblins These, die er eigenwillig interpretierte, diente ihm als Rechtfertigung, die Kinder nicht unbehandelt zu lassen. Die Virilisierung der Kinder müsse verhindert werden, weil die Psyche eindeutig nicht männlich sei. Die Kinder sähen zwar männlich aus, fühlten aber nicht männlich. Aufgrund dieser seelischen Belastung seien therapeutische Eingriffe notwendig. Weil die Kinder angeblich über eine schwache Psychosexualität verfügten, wirke sich die Behandlung nicht nachteilig auf ihr Sexualempfinden aus.

Diese Entwicklung war von der Psychiatrie nicht beabsichtigt. Bleuler etwa blieb gegenüber der psychiatrischen Indikation für endokrine Behandlungen skeptisch. 1954 schrieb er, dass bei einem «Zwiesgeschlechtliche[n]», wie er Menschen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung bezeichnete, «neben der Tendenz nach Normalisierung» auch der Wunsch vorhanden sein könne, «ein Mensch zu sein, wie *er* eben ist [hervorgehoben im Origin-

55 StAZH, Z 810.3498, Krankenakten.

56 Allerdings war eine Dauertherapie notwendig, weil die Virilisierungserscheinungen nach der Kortisonbehandlung erneut auftraten. Vgl. Andrea Prader, Die Cortisondauerbehandlung des kongenitalen adrenogenitalen Syndroms, in: *Helvetica Paediatrica Acta* 8 (1953), S. 386–423. Die Dauertherapie machte Kinder mit AGS zu chronisch «Kranken». Vgl. Janett u. a., *Doctors, Families and the Industry*.

57 Prader, *Cortisondauerbehandlung*, S. 412.

nal, Anm. der Verf.] und nicht wie andere sind». «Der Pseudohermaphrodit» müsse «innerlich [...] nicht so eingestellt» sein, «dass er entweder Mann oder Frau sein möchte». Es sei davon abzuraten, «ihm plötzlich künstlich ein Kennzeichen des einen oder anderen Geschlechts» anzuhängen, «mit dem er nichts anfangen» könne.⁵⁸

Bleuler mahnte deswegen zur Vorsicht, «mit Mittel[n] der endokrinen Therapie [...] dem Kranken das Gefühl zu geben, er sei etwas normaler».⁵⁹ Aufgrund des Befunds des endokrinen Psychosyndroms riet er zur Zurückhaltung, intergeschlechtliche Kinder mit Hormonen zu therapieren. Damit hinterfragte er explizit das von Prader nach dem Aufkommen der Kortisontherapie forcierte Behandlungsregime. Die Kinder seien nicht unhinterfragt der Norm anzupassen, so Bleuler, vielmehr solle bei gewissen die Varianz akzeptiert werden. Allerdings löste er sich mit seiner Vorstellung von Normalität und Abweichung nicht von der Pathologisierung der Kinder.

Die explizite Infragestellung der Geschlechterdichotomie ist für jene Zeit dennoch nicht selbstverständlich. Dass die Pädiatrie Bleulers Überlegungen und seine Befürwortung einer konservativen Behandlungspraxis nicht aufgriff oder wenigstens reflektierte, sondern im Gegenteil die unbedingte Zweigeschlechtlichkeit anstrebte, verdeutlicht die Kontingenz der Medizin. Diese ist nicht nur empirische Wissenschaft, die aus Fakten und Tatsachen des Labors resultiert und Krankheiten entdeckt und beschreibt.⁶⁰ Syndrome wie auch Krankheiten sind immer auch Reaktionen auf gesellschaftliche Bedürfnisse, die von der Medizin aufgegriffen werden. So übersetzt sie soziale Probleme in Wissenschaft.

Schluss

Die Pädiatrie setzte um die Jahrhundertmitte ihr therapeutisches Arsenal ein, um Kinder äusserlich entweder eindeutig männlich oder weiblich zu machen. Zugleich führte die Psychiatrie eine neue Kategorie für die Ge-

58 Bleuler, Endokrinologische Psychiatrie, S. 109.

59 Ebd.

60 Vgl. Ludmilla Jordanova, The Social Construction of Medical Knowledge, in: Social History of Medicine 8/3 (1995), S. 361–381.

schlechtsbestimmung ein: das Geschlecht der Psyche. Demnach besitzt ein Kind nicht nur biologische Geschlechtsmerkmale, sondern es verfügt auch über ein Seelenleben, das unabhängig von der Sexualität entweder männlich oder weiblich verfasst ist. Das Kind fühlt sein Geschlecht, auch wenn es kaum ein Sexualempfinden hat. Züblins These der schwachen Psychosexualität war für die Pädiatrie anschlussfähig. Diese legitimierte geschlechtsverändernde Operationen, weil davon ausgegangen wurde, dass die Sexualität der Kinder durch Genitaloperationen keinen Schaden nähme, weil diese ohnehin nur schwach ausgeprägt sei.

Vom interdisziplinären Brückenschlag profitierten beide Disziplinen: Die Psychiatrie erlangte durch ihre Forschungen zu Intergeschlechtlichkeit neues Wissen über die psychische Wirkung von Sexualhormonen. Zudem etablierte sich die Kinderpsychiatrie als Beratungsinstanz für die Pädiatrie. Dieser wiederum diente die psychiatrische Expertise als Entscheidungshilfe für die Frage, in welchem Geschlecht das Kind grosszuziehen sei. Zudem nutzte sie die psychiatrischen Erkenntnisse für ihre Forschungen zum Kortison, von dessen Nützlichkeit Prader überzeugt war. Der Zusammenhang von Hormonen, Sexualität und Geschlecht führte die Pädiatrie nicht dazu, die physiologisch gedachte Zweigeschlechtlichkeit anzuzweifeln, sondern zu bestätigen.

Von der Systemanalyse zum Familiennarrativ

Die Anfänge der Kleinkindpsychiatrie in Lausanne

Felix E. Rietmann

Abstract

This article explores how the infant became a psychiatric patient, focusing on the work of psychologist Elisabeth Fivaz-Depeursinge in Lausanne in the 1980s and 1990s. Fivaz actively participated in an international network of infant mental health practitioners, considerably contributing to the nascent field of parent-infant psychotherapy. This field partly relied on a redefinition of psychopathology: developmental problems were not simply attributed to the infant or the parent but to caregiver-infant interactions. I argue that this reconceptualization of psychopathology hinged on a combination of narrative and performative practices: Fivaz's central clinical instrument, the Lausanne Play Situation, structured interactions of the «system family» in such a way that these interactions became readable as a narrative of family relationships. The essay situates the «psychiatrization» of the infant at the intersection of clinical techniques of narration and transnational intellectual history.

Die Kleinkindpsychiatrie ist ein junges Fachgebiet, das sich in den 1970er und 1980er Jahren an der Schnittstelle von Entwicklungspsychologie, Kinderpsychiatrie und Kinderheilkunde formiert hat.¹ Zwar wurden wesentliche Weichenstellungen für die Subspezialisierung in den USA gesetzt, doch spielten internationale Entwicklungen von Beginn an eine wichtige Rolle.² So

1 Ich bedanke mich bei Till Breyer (Ruhr-Universität Bochum), Carola Ossmer (Leuphana Universität Lüneburg) und Urs Germann (Universität Bern) für Anmerkungen zu einer früheren Version dieses Artikels.

2 Zwar wurden frühkindliche Entwicklungsprobleme bereits seit dem frühen 20. Jahrhundert vereinzelt in pädiatrischen und psychiatrischen Ambulanzen und Kliniken behandelt, doch fehlten bis zur zweiten Jahrhunderthälfte wesentliche medizinische und soziale Voraussetzungen zur Etablierung eines eigenen Fachbereiches. Zu den Voraussetzungen gehörten unter anderem die drastische Abnahme der Säuglingssterblichkeit mit dem Aufkommen der Antibiotika, die Entwicklung des Wohlfahrtsstaates und Veränderungen in den Familienstrukturen in der Nachkriegszeit, die langsame Etablierung der Kinderpsychiatrie als eigene medizinische Disziplin und, wie in diesem Artikel erläutert,

wird in Fachkreisen häufig der erste Kongress der *World Association for Infant Psychiatry* von 1980 als Geburtsstunde des Faches angesehen, da er der multidisziplinären und dispersen Beschäftigung mit der Psychopathologie im Kleinkindalter einen einheitlichen organisatorischen Rahmen verlieh.³ In den ersten Stunden der Kleinkindpsychiatrie spielten auch frankophone Vertreter*innen eine nicht unbedeutende Rolle, inklusive einer kleinen Westschweizer Delegation. Dazu gehörten der Genfer Kinderpsychiater Bertrand Cramer, die Lausanner Psychologinnen Barbro Cornut-Zimmer und Elisabeth Fivaz sowie die französischen Psychiater und Psychiaterinnen Léon Kreisler, Michel Soulé, Myriam David und Serge Lebovici.⁴

Zur Professionalisierung und Etablierung der Kleinkindpsychiatrie haben, so argumentiert dieser Artikel, zwei eng zusammenhängende konzeptionelle und klinische Entwicklungen wesentlich beigetragen: Die Deutung frühkindlicher Entwicklungsprobleme als Beziehungsstörungen und die Schaffung klinischer Instrumente, die es erlaubten, diese Beziehungsstörungen zu diagnostizieren und zu behandeln. Im Folgenden untersuche ich diese Entwicklungen anhand der Arbeit der Forschungsgruppe von Elisabeth Fivaz am Krankenhaus Cery in Lausanne. Fivaz' Gruppe zeichnet sich zum einen

die Entwicklung von theoretischen und therapeutischen Instrumenten, um Störungen im Kleinkindalter zu konzeptualisieren, zu klassifizieren und zu behandeln.

3 Von Kleinkindpsychiatrie und *infant mental health* wird erstmals im Laufe der 1970er Jahre gesprochen. In diese Zeit fallen auch die ersten Gründungen von Fachjournalen, wie beispielsweise *Infant Behavior and Development* (1978) und *Infant Mental Health* (1980), und von nationalen professionellen Organisationen wie dem *National Center for Infant Programs* in den USA. Bis heute gibt es jedoch keine formelle Zertifizierung in Kleinkindpsychiatrie oder *Infant Mental Health*. Zur Geschichte der Kleinkindpsychiatrie vgl. Felix E. Rietmann, *Seeing the Infant. Audiovisual Technologies and the Mind Sciences of the Child*, PhD-Thesis, Princeton University, Princeton 2018. Für einen Überblick aus intraprofessioneller Perspektive Joy D. Osofsky, *Infant Mental Health*, in: John C. Norcross, Gary R. Vandenbos, Donald K. Freedheim (Hg.), *APA Handbook of Clinical Psychology. Roots and Branches*, Washington DC 2016, S. 43–58.

4 Einen guten Überblick über die Zusammensetzung der WAIP geben die Verzeichnisse der Beitragenden zu den zwei umfangreichen Tagungsbänden der ersten zwei Weltkongresse: Justin D. Call, Eleanor Galenson, Robert L. Tyson (Hg.), *Frontiers of Infant Psychiatry*, Bd. 1–2, New York 1983.

durch eine für das Fachgebiet charakteristische internationale Verflechtung aus. So war Fivaz aktives Mitglied der *World Association for Infant Psychiatry* (ab 1992: *World Association for Infant Mental Health*) und arbeitete eng mit dem führenden US-Schweizer Kleinkindpsychiater Daniel Stern und dem renommierten französischen Kinderpsychiater und Psychoanalytiker Serge Lebovici zusammen. Zum anderen erlaubt ihre Arbeit, Licht auf jene konzeptionellen und klinischen Umschwünge zu werfen, die konstituierend dafür waren, dass der Säugling ein psychiatrischer Patient werden konnte. Fivaz war nämlich auf dem jungen Gebiet der Kleinkind-Eltern Psychotherapie tätig, das in den 1980er und -90er Jahren zu einem wesentlichen Segment des schnell wachsenden und sich ausbreitenden Gebiets von *infant mental health* aufstieg.⁵

Dabei soll das Augenmerk der Genese des zentralen klinischen Instruments von Fivaz' Gruppe gelten: der Lausanne Triadic Play Situation (LTP). Die LTP war (und ist) das Herzstück von Fivaz' Arbeit und hat beträchtliche internationale Bekanntheit und Verbreitung gefunden. Eine Untersuchung ihrer Entwicklung erlaubt es, das enge Zusammenspiel von Konzeptualisierung und klinischer Herangehensweise in den 1980er und -90er Jahren zu verfolgen. Wie ein bedeutender Teil der Instrumente der Kleinkindpsychiatrie beruhte auch die Spielsituation auf der Video-Aufzeichnung von familiären Interaktionen und deren anschließenden Analyse. Zudem diente sie sowohl wissenschaftlichen als auch diagnostischen und therapeutischen Zielen. In diesem Beitrag werde ich argumentieren, dass die psychopathologische Erschliessung des Kleinkindes auf einer Kombination von performativen und narrativen Praktiken beruhte: Die LTP strukturierte Interaktionen des «Systems» Familie auf eine Art und Weise, die diese Interaktionen als eine Erzählung von (pathologischen) Familienbeziehungen lesbar machte. Insofern verortet der Artikel die bisher kaum untersuchte Psychiatrisierung des Kleinkindes an der Schnittstelle von medialen Praktiken und transnationaler Wis-

⁵ Daniel N. Stern, *The Motherhood Constellation. A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*, New York 1995, S. 1. Wenn nicht anders vermerkt, sind alle Übersetzungen von mir.

sensgeschichte.⁶ Er kombiniert medizinhistorische, erzähltheoretische und filmwissenschaftliche Blickwinkel.

Der Artikel ist in drei Abschnitte unterteilt. Im ersten Abschnitt skizziere ich anhand der Biografie von Elisabeth Fivaz die Entwicklung von psychiatrischen Zugangsweisen zum Kleinkind seit der Nachkriegszeit. Hier liegt der Schwerpunkt auf einer relativen Verschiebung von psychoanalytischen zu systemischen Therapien in den 1970er Jahren. Es folgt im zweiten Abschnitt eine Erläuterung der familien- und systemanalytischen Ansätze in Lausanne in den 1980er Jahren. Dabei werde ich performative und klassifikatorische Aspekte hervorheben. Im dritten Abschnitt wende ich mich der LTP in den 1990er Jahren zu und analysiere die narrative Struktur der Situation, auch vor dem Hintergrund des Rückgriffs auf Erzähltheorie in den zeitgenössischen Kognitionswissenschaften. Der Artikel endet mit einem kurzen Blick auf das Nachleben der Spielsituation und auf ihre Rolle in der Positionierung des Kleinkindes als psychiatrischen Patienten.

Elisabeth Fivaz und die transnationale Geschichte der Kleinkindpsychiatrie

Die Biografie von Fivaz ist in vielerlei Hinsicht beispielhaft für die Entwicklung der Kleinkindpsychiatrie seit der Nachkriegszeit. Elisabeth Depeursinge wurde 1931 in eine freikirchliche Familie in Lausanne geboren. Nach einem Studium der Sozialarbeit in Lausanne war sie zunächst als Sozialassistentin am psychiatrischen Krankenhaus Cery und, nach ihrer Hochzeit mit dem Physiker Nicolas Fivaz, an der kinderpsychiatrischen Abteilung in Genf tätig. Dort nahm sie ein Zweitstudium der Psychologie auf und absolvierte entwicklungspsychologische Kurse bei Jean Piaget.⁷ Piagets Theorien wurden in den 1960er und -70er Jahren international rezipiert und spielten eine bedeu-

⁶ Psychiatrisierung ist hier wertneutral gemeint und bezeichnet im Rahmen dieses Artikels die professionelle Erschliessung des Kleinkindes für psychiatrische und psychotherapeutische Interventionen.

⁷ Interview mit Elisabeth Fivaz-Depeursinge, 25.6.2020. Archiviert bei der *World Association for Infant Mental Health*.

tende Rolle in der Entwicklung der Kleinkindpsychiatrie und -psychologie.⁸ So pflegte beispielsweise der führende Harvard-Kognitionspsychologe Jerome Bruner nicht nur enge Verbindungen zu Piaget, sondern trug auch, wie wir unten sehen werden, zu vielen der experimentellen Methoden und konzeptionellen Ansätze bei, die später in der Kleinkindpsychiatrie zur Anwendung kommen sollten.⁹ Für Fivaz war das Studium bei Piaget auch von beruflichem Nutzen, erlaubte es ihr doch in den späten 1960er Jahren, während eines längeren Auslandsaufenthaltes in den USA, eine Stelle als klinische Assistenzprofessorin an der Medical School in Charlottesville zu erhalten.

Die intensive klinische und wissenschaftliche Arbeit mit Kleinkindern begann für Fivaz jedoch erst mit ihrer Rückkehr in die Schweiz in den frühen 1970er Jahren. Zu dieser Zeit nahm Fivaz einerseits eine Stelle als klinische Psychologin in der Kinderpsychiatrie in Lausanne an. Andererseits untersuchte sie ihre klinischen Fälle in einer psychologischen Doktorarbeit an der Universität Genf. Dabei ist der institutionelle und intellektuelle Kontext von Fivaz' Arbeit von Bedeutung. Die Lausanner Kinderpsychiatrie stand damals unter der Leitung von Professor René Henny, der, wie viele Psychiater*innen in der Westschweiz, psychoanalytisch ausgebildet war.¹⁰ Fivaz gehörte jedoch zum Team der Psychiaterin Odette Masson, das familientherapeutisch bzw. systemisch ausgerichtet war.¹¹ Zudem war sie für die Familienkonsultationen in der Klinik Cery zuständig, die unter der Leitung von Luc Kaufmann stan-

⁸ Allgemein über die Bedeutung von Piaget für die Entwicklungspsychologie Harry Beilin, Jean Piaget's Enduring Contribution to Developmental Psychology, in: Ross D. Parke (Hg.), *A Century of Developmental Psychology*, Washington DC 1994, S. 257–290; Dennis Thompson, John D. Hogan, Philip M. Clark, *Developmental Psychology in Historical Perspective*, Chichester 2012, S. 200–203.

⁹ Rietmann, *Seeing the Infant*; Jamie N. Cohen-Cole, *The Open Mind. Cold War Politics and the Sciences of Human Nature*, Chicago 2014.

¹⁰ Zu Henny: Carole Müller Nix, François Ansermet, *Hommage au Prof René Henny*, in: *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy* 171/2 (2020), w03094; Bertil Galland, René Henny, *Films plans fixes*, 1991, www.plansfixes.ch/films/rene-henny (1.12.2020). Zur Entwicklung der Kinderpsychiatrie in Lausanne: Taline Garibian, *75 ans de pédopsychiatrie à Lausanne. Du Bercaïl au Centre psychothérapeutique*, Lausanne 2015, S. 64–76.

¹¹ Zu Masson: Archives vaudoises (AV), Dossier ATS, Masson (Odette).

den. Kaufmann spielte wiederum eine führende Rolle in der Etablierung der damals noch recht jungen Familientherapie in der Schweiz.¹²

Fivaz wurde während ihrer psychotherapeutischen Ausbildung vom Psychoanalytiker Henny und der Familientherapeutin Masson gemeinsam betreut. Zwar schlossen sich die verschiedenen therapeutischen Ansätze nicht gänzlich aus, es bestanden jedoch bestimmte Reibungsflächen. Wichtig für unser Interesse ist vor allem die Tatsache, dass der Aufstieg systemischer (und familientherapeutischer) Ansätze mit einem wesentlichen, wenn auch nur graduellen und langsamen Umschwung im medizinischen und psychologischen Denken über das Kleinkind verbunden war: Die Aufmerksamkeit verschob sich, grob gesagt, von Pathologien der Ich-Entwicklung zu den interaktiven Dynamiken zwischen Mutter und Kind.¹³ Stellvertretend sei hier auf die Arbeit des US-Psychiaters Daniel Stern verwiesen, der auch für Fivaz Bedeutung erlangen sollte. Stern, der psychoanalytisch geschult war, gehörte zu den «Pionier*innen» der Kleinkindpsychiatrie in den frühen 1970er Jahren. Damals konzentrierte sich ein wesentlicher Teil der psychiatrischen Kleinkindforschung auf den Einfluss der Umwelt und insbesondere der Mutter auf das Kleinkind – ein Tatbestand der unter dem Namen des *mother-blaming* in die geschichtswissenschaftliche Literatur eingegangen ist.¹⁴ Die Fokussierung auf den pathologischen Einfluss der Mutter wurde in den 1960er Jahren in der Kleinkindforschung zunehmend infrage gestellt, unter anderem mit Rückgriff auf systemische und kybernetische Ansätze. In den Blick rückte dabei die videografische Beobachtung von kleinen, diskreten, non-verbalen Interaktionen zwischen Mutter und Kind. Diese sollte zeigen, wie Stern in einem grundlegenden Artikel 1971 postulierte, dass «mütterliches Verhalten, das kontrollierend oder überstimulierend wirkt, nicht einfach durch die Mutter gelenkt wird», sondern «ein wechselseitiges interaktives Ereignis ist – ein Ereignis, in dem spezifische frühkindliche und mütterliche

12 Zu Kaufmann: AV, Dossier ATS, Kaufmann (Luc). Interview mit Elisabeth Fivaz-Depeursinge.

13 Rietmann, *Seeing the Infant*, S. 65–104.

14 Zu *mother-blaming*: Molly Ladd-Taylor, Lauri Umansky (Hg.), *«Bad» Mothers. The Politics of Blame in Twentieth-century America*, New York 1998; Rebecca Jo Plant, *Mom. The Transformation of Motherhood in Modern America*, Chicago 2010; Rietmann, *Seeing the Infant*, S. 65–104.

Verhaltensweisen gemeinsam sich wiederholende Sequenzen produzieren».¹⁵ Ziel der psychiatrischen Forschung sollte es sein, diese interaktiven Sequenzen aufzuzeichnen, zu analysieren und diagnostisch und therapeutisch zugänglich zu machen.

Systemanalysen

Fivaz' Forschung der späten 1970er und -80er Jahre widmete sich dementsprechend auch primär der Frage nach strukturellen und dynamischen Mustern in Familien- und Mutter-Kind-Interaktionen. Ihre Ausrichtung war dabei von Anfang an klinisch. Ihre Probandinnen waren Mütter mit schweren psychiatrischen Erkrankungen, die mit ihren Säuglingen in der Klinik Cery hospitalisiert waren. Dem systemanalytischen Paradigma folgend, konzentrierten sich Fivaz und ihre Kolleg*innen am neugegründeten Zentrum für Familienforschung auf die Entwicklung videogestützter mikroanalytischer Kodierungsmethoden, die helfen sollten, den klinischen und wissenschaftlichen Blick auf Pathologien im «Dialog» zwischen Säugling und Erwachsenen zu schulen.¹⁶ 1992 publizierten Fivaz und der Psychologe Yves de Roten beispielsweise einen *Leitfaden zur Evaluation vom Dialog zwischen Erwachsenen und Säugling*, der mikroanalytische Erkenntnisse zur dyadischen Struktur und Dynamik in eine «Anleitung zur Echtzeitbeobachtung» übersetzte und den Bedürfnissen der «klinischen Arbeit» angepasst war.¹⁷

Die vorgeschlagene Untersuchung beruhte auf der filmischen Aufzeichnung von (vor-)strukturierten dyadischen Interaktionen zwischen den Fami-

15 Daniel N. Stern, A Micro-Analysis of Mother-Infant Interaction. Behavior Regulating Social Contact Between a Mother and Her 3 1/2-Month-Old Twins, in: *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 10/3 (1971), S. 501–517, hier S. 513.

16 Elisabeth Fivaz, Joelle Guillemin, Les microprocessus dans le dialogue précoce. Stratégies de l'autonomie, in: *La Psychiatrie de l'Enfant* 30/1 (1987), S. 105–165. Siehe auch: Elisabeth Fivaz-Depeursinge, *Alliances et mésalliances dans le dialogue entre adulte et bébé*, Paris 1987.

17 Yves de Roten, Elisabeth Fivaz-Depeursinge, Un guide pour l'évaluation du dialogue adulte-nourrisson (GEDAN), in: *La Psychiatrie de l'Enfant* 35/1 (1992), S. 157–195, hier S. 158.

lienmitgliedern. Dabei sollte die Familie einem örtlichen und zeitlichem Skript folgen: Erst wurde das eine und anschliessend das andere Elternteil gebeten, das Baby auf den Schooss zu nehmen und «mit ihm zu machen, was sie gewöhnlich mit ihm machen (Lachen, Vokalisieren, etc.)». Nach eigenem Ermessen sollte das Elternteil das Kind dann dem anderen reichen.¹⁸ Zur Auswertung sollte die Videoaufnahme zwei- bis viermal angeschaut werden. Dabei galt es sowohl den Gesamteindruck der dyadischen Interaktionen als auch ihre Organisation und Struktur zu erfassen.¹⁹ Zu diesem Zweck beinhaltete der Leitfaden verschiedene Textfelder für globale Eindrücke, wie beispielsweise räumliche Harmonie und zeitliche Synchronie, und für spezifische Parameter, wie beispielsweise Haltung (gemessen an der Orientation des Beckens), Position (erfasst anhand der räumlichen Orientierung des Oberkörpers) und Blickwechsel und Mimik. Ferner wurden die Untersuchenden aufgefordert, die episodische Struktur der Interaktion zu beurteilen, das heisst zu beurteilen, ob die Interaktion in mehrere Episoden unterteilt werden konnte, ob es ein zentrales «Thema» gab und wer die Verantwortung für die Übergänge zwischen den Episoden hatte. Zusammengefasst sollten die Beobachtungen es erlauben, die Interaktion in mikroanalytische Grundtypen von «einvernehmlichen», «konfliktreichen» und «paradoxen» Modi zu unterteilen.²⁰ Die Untersuchung umfasste also einen performativen Aspekt – das Folgen eines losen Skripts – und eine klassifikatorische Komponente – das Überführen der Vorstellung in interaktive Typen.

Diese Aspekte (Performanz und Typisierung) erlangten weitere Bedeutung in dem Paradigma, durch das Fivaz zu internationalem Ruhm kommen sollte, der Lausanne Triadic Play Situation. Ihre Arbeit an der Spielsituation begann ebenfalls in den 1980er Jahren und entsprach zum einen der vermehrten Hinwendung der Kleinkindpsychiatrie zum Vater, zum anderen folgte sie der Fragestellung, wie man von einer Analyse dyadischer Interaktionen zu einer klinischen Einschätzung von triadischen Familiendynamiken

¹⁸ Ebd., S. 163.

¹⁹ Ebd., S. 172.

²⁰ Ebd., S. 171–179.

(Mutter-Vater-Kind) gelangen könnte.²¹ Fivaz arbeitete dabei eng mit der Psychiaterin Antoinette Corboz-Warnery zusammen, die ihre Doktorarbeit dem Thema der Vater-Säugling-Interaktion gewidmet hatte.²² Die Hinwendung zum Vater war nicht zuletzt Veränderungen in der Familienstruktur und der Rolle der Frau in den 1970er und -80er Jahren, der Zunahme von Familien, in denen beide Elternteile arbeiteten, sowie einer grösseren Anteilnahme der Väter an der Kindererziehung geschuldet.²³ Diese Entwicklungen korrespondierten mit systemtheoretischen und familientherapeutischen Ansätzen, die sich bemühten, psychische Probleme auf einer zwischenmenschlichen, familiären Ebene zu lokalisieren. Die grundlegende Frage der Lausanner Spielsituation war hier, wie das Kleinkind als Teil des «primären Dreiecks» konzeptualisiert, evaluiert und therapiert werden konnte.²⁴

Beziehungsnarrative

Die LTP zeichnete sich dabei durch eine weitere Instrumentalisierung von performativen und narrativen Praktiken aus. Das Skript, auf dem die dialogische Evaluierung der 1980er Jahre beruhte, wurde formalisiert und ausgeweitet. Die Familie ging zur Konsultation in einen speziell ausgestatteten Raum im Krankenhaus, platzierte dort das Baby in einem Kleinkindsitz und sollte nun in vier aufeinanderfolgenden Sequenzen miteinander spielen: Spiel zu

21 Zum Vater: z.B. Michael E. Lamb, *Fathers. Forgotten Contributors to Child Development*, in: *Human Development* 18/4 (1975), S. 245–266; Michael W. Yogman, *Games Fathers and Mothers Play with Their Infants*, in: *Infant Mental Health Journal* 2/4 (1981), S. 241–248; Graeme Russell, Marija Radojevic, *The Changing Role of Fathers? Current Understandings and Future Directions for Research and Practice*, in: *Infant Mental Health Journal* 13/4 (1992), S. 296–311.

22 Antoinette Corboz-Warnery, *Crises familiales au post-partum. Le père dans la perspective systémique*, Lausanne 1985.

23 Judith Walzer Leavitt, *Make Room for Daddy. The Journey from Waiting Room to Birthing Room*, Chapel Hill 2009. Für einen kurzen Überblick zur Entwicklung in der Schweiz: Jakob Tanner, *Geschichte der Schweiz im 20. Jahrhundert*, München 2015, S. 389–395.

24 Elisabeth Fivaz-Depeursinge, Antoinette Corboz-Warnery, *The Primary Triangle. A Developmental View of Mothers, Fathers and Children*, New York 1999, S. xix–xxi.

zweit mit einem Elternteil, Spiel zu zweit mit dem anderen Elternteil, Spiel zu dritt und, schlussendlich, passives Zuschauen des Kindes, während die Eltern miteinander redeten. Die ganze Sequenz wurde mit zwei Videokameras aufgenommen und durch das Team durch einen Einwegspiegel beobachtet. Die Familie musste, wie Fivaz und Corboz in ihrem Buch zum LTP schrieben, «ein Drehbuch auf einer ‹Bühne› vorführen».²⁵

Diese Inszenierung von Familieninteraktionen entsprach den wissenschaftlichen und klinischen Zielen der Spielsituation. Die Familie sollte dazu gebracht werden zu interagieren, damit «Fehlkoordinationen», «Reparaturen» und Spannungen in den Interaktionen sichtbar beziehungsweise lesbar würden.²⁶ Die Spielsituation sollte den Beobachtenden ermöglichen, «zuzuhören wie die Familie gemeinsam ihre Geschichte erzählt», ob «die Handlung sich klar abzeichnet oder verschwommen ist», ob sie «kontinuierlich ist oder Brüche und Blockierungen erfährt» und ob ihre «Höhepunkte akkurat hervorgebracht werden, mit den Graduierungen, die die Geschichte fesselnder machen, oder ob sie abrupt sind».²⁷

Die Entlehnung einer erzähltheoretischen Sprache hatte nicht nur eine metaphorische und heuristische Funktion. Vielmehr drückte sie Auffassungen über die Funktionsweise des menschlichen und kindlichen Geistes aus, die sich zeitgleich in den Kognitionswissenschaften entwickelten und einen wesentlichen Einfluss auf die Arbeit von Fivaz und Corboz hatten. So forderte Jerome Bruner in den späten 1980er und frühen 1990er Jahren in mehreren einflussreichen Publikationen eine Untersuchung der «Natur und kulturellen Prägung von Sinnggebung und ihrer zentralen Stellung in menschlicher Handlung».²⁸ Bruner selbst verortete die Genese der menschlichen Interpretationsfähigkeit im kulturellen Erlernen von narrativen Strukturen: Junge Kinder lernten schon früh ihr Interesse auf «menschliche Tat und ihre Resultate» zu konzentrieren, «ihre Erzählungen zeitlich und kausal» zu organisieren und «Stimme oder Perspektive» mittels affektiven Ausdrücken hinzu-

²⁵ Ebd., S. xvi; zum Ablauf: S. xiv–xvi.

²⁶ Ebd., S. 82.

²⁷ Ebd., S. 8.

²⁸ Jerome S. Bruner, *Acts of Meaning*, Cambridge 1990, S. xii; ders., *Child's Talk. Learning to Use Language*, Oxford 1983; ders., *Actual Minds, Possible Worlds*, Cambridge 1986.

zufügen.²⁹ Bereits zu Beginn des Spracherwerbs (im Alter von 18 Monaten) bemühten sich Kinder, laut Bruner, «die Handlung richtig zu erzählen: wer machte was mit wem, wo, war es ein wirkliches und beständiges oder ein unberechenbares Ereignis, und was halte ich davon».³⁰ Für Bruner waren Erzählungen sowohl eine ontogenetische als auch eine kulturelle Leistung des menschlichen Geistes.

Bruners Theorien wurden direkt von Daniel Stern aufgenommen, der seit Mitte der 1980er Jahre an der Universität von Genf lehrte und die Entwicklung der Lausanner Spielsituation beratend begleitete. Stern ging es dabei darum, einerseits die Funktion narrativer Strukturen bei Kleinkindern vor dem Erwerb der Sprache zu konzeptualisieren; andererseits diese Strukturen als einen Ansatzpunkt für therapeutische Interventionen zu nutzen. Stern argumentierte in den frühen 1990er Jahren, dass Babys bereits im Alter von drei Monaten einen «narrativen Denkmodus» aufwiesen:³¹ Ihnen sei es möglich, «selbst von fremd zu differenzieren», ihr «eigenes Handeln zu erkennen», «primitive Formen der Kausalität» zu verstehen, instrumentales (zielgerichtetes) Verhalten auszuführen und den Kontext (wann und wo) von Verhalten zu bemerken.³² Wichtig für die Spielsituation ist in diesem Zusammenhang, dass Stern, wie oben bereits erwähnt, diesen narrativen Denkmodus in einer Welt von «sehr kleinen, gewöhnlichen, alltäglichen, repetitiven, non-verbalen Ereignissen» verortete – einer Welt von «Mikro-Ereignissen», die in «Bruchteilen einer Sekunde» stattfanden und eine spezielle «Lesart» erforderten.³³

Die LTP stellte eine solche Lesart dar, machte sie doch die von Stern postulierte «proto-narrative Hülle» des Kleinkindes sichtbar und erfassbar.³⁴ Dabei wurde – methodisch und konzeptionell – eine direkte Entsprechung zwischen der Dramaturgie der Spielsituation und dem postulierten narrativen Denkmodus des Kleinkindes hergestellt. Solche Entsprechungen treten in den klinischen Fallbeschreibungen von Fivaz und Corboz deutlich hervor. So

29 Bruner, *Acts of Meaning*, S. 78–79.

30 Ebd., S. 92.

31 Stern, *The Motherhood Constellation*, S. 91.

32 Ebd., S. 93.

33 Ebd., S. 61–64.

34 Zu protonarrativer Hülle ebd., S. 84–86.

illustrieren Fivaz und Corboz beispielsweise mit der Spielsituation der dreimonatigen Tania wie die «Handlungslinie» einer Familiengeschichte aussieht, die sich um «die Entwicklung von Konflikt» dreht:

Die Handlung beginnt mit einer intensiven, aber abrupten Episode von Begrüssen und Vokalisieren; genauso schnell lässt sie nach, wenn Tania nach unten schaut und ihre Faust einfängt, um an ihr zu lutschen. Daraufhin wechselt die Mutter zu einem ausgeprägt klagenden Tonfall. Tania schaut zur Seite auf ihren Vater, der direkt mit einem stillen aber breiten Lächeln antwortet. Mutter beschwert sich: «Du schaust deinen Papa an ... Mama interessiert dich nicht [trauriger Ton].» Vater lacht los, begrüsst Tania lächelnd und ruft aus: «Schau deine Mama an!» Jedoch unternimmt er keine Handlung, um seine Forderung durchzusetzen, wie zum Beispiel ein Umlenken des Blickes des Kindes auf seine Mutter. Tania starrt ihn weiter an. Mutter wendet sich zu Vater: «Vielleicht wäre es besser, wenn sie dich nicht sehen würde.» Vater protestiert, schaut mit einem wütenden und verachtungsvollen Ausdruck auf und verharrt anschliessend in einem gespannten, erstarrten Lächeln. Vierzig Sekunden reichen, um den Konflikt herzustellen.³⁵

Auf einer erzählerischen Ebene stellen Fivaz und Corboz eine «Handlung» her, die geschlossen und beinahe teleologisch ist. Schon die qualifizierenden Adjektive der initialen Begrüssung – «intensiv aber abrupt» – bereiten den gespannten Ablauf vor. Die Erzählung setzt sich dann mit Ereignissen fort, die mithilfe von Adverbien und Adjektiven kausal verbunden und emotional motiviert werden: Tania schaut weg, «daraufhin» wechselt Mutter in einen «klagenden Ton». Die emotional aufgeladene Situation wird weiter betont mit Klammern «[trauriger Ton]». Der Konflikt entwickelt sich mit vergleichenden Gegenüberstellungen von antagonistischen Handlungen von Mutter und Vater: «Mutter beschwert sich» – «Vater lacht los» – «Mutter wendet sich» – «Vater protestiert» – um beinahe in einem Stillbild zu enden – «ein

35 Fivaz, Corboz, *Primary Triangle*, S. 47. Die Darstellung von Fivaz und Corboz konzentriert sich auf die Beziehungsnarrative und sie liefert nur sehr wenig Information zum Hintergrund der Familien. Die Fälle im *Primary Triangle* beinhalteten «nicht klinische» und «klinische Familien», bei letzteren war ein Elternteil, «meistens die Mutter», aufgrund «postpartum Zusammenbruchs» hospitalisiert, ebd., S. xxxiii. Tanias Familie gehörte wahrscheinlich zu den klinischen Fällen. Ferner litt sie unter «Schlaf- und Essproblemen», die jedoch nicht weiter erläutert werden, ebd., S. 46.

gespanntes, erstarrtes Lächeln». Immerhin konnte das Bild durch das therapeutische Team während der Betrachtung der Videoaufnahme tatsächlich angehalten werden. Dies ist bezeichnend für die Abhängigkeit des Familiennarratives von den Beobachtenden als Erzählende: Die Umwandlung der audiovisuellen Bilder in eine klinische Erzählung stellt sich als ein Prozess heraus, in dem hervorgerufene Handlungen und wahrgenommenen Ereignisse auf der Ebene der narrativen Darstellung mit Bedeutung versehen werden.

Das Kleinkind tritt dabei als Akteur in Erscheinung. Das Baby konnte «aktiv daran mitarbeiten Fehlkoordinationen zu reparieren» oder, wie im Fall von Tania, zum tragischen Verlauf des Familiennarratives beitragen: So betonten Fivaz und Corboz, dass «in dem Moment, wenn sie zum Spiel zu dritt kommen, es eindeutig Tania ist, die die Verantwortung trägt».³⁶ Sie wendet «eine Strategie an, um ihre Eltern zu vereinigen», die darin besteht an dem Gurt des Stuhls «zu lutschen oder zu weinen. Ihre Eltern schauen sie hilflos an», scheinen manchmal «zu Sinn zu kommen [...], machen es jedoch schlimmer».³⁷ Tanias Rückzug und Verzweiflung fungieren in der Erzählung von Fivaz und Corboz als signifikante Elemente in der Handlung und erhöhen die Konflikte und Spannungen. Tanias Position findet eine Entsprechung in der filmischen Darstellung: In der Mitte des Bildrahmens situiert, figuriert sie als Vermittlerin zwischen ihren Eltern. An der Schnittstelle von Performanz und narrativer Interpretation wird Tania zu einer Handelnden in einer Familientragödie.³⁸

Diesseits und jenseits der Lausanner Spielsituation

In den 2000er und 2010er Jahren verbreitete sich die LTP international und wird heutzutage unter anderem in den USA, der Türkei, Italien und Frankreich angewendet. Besonders beliebt ist dabei, laut Fivaz, auch eine neue Va-

³⁶ Ebd., S. 49.

³⁷ Ebd., S. 49 f.

³⁸ Für eine detaillierte narratologische Analyse wissenschaftlicher und therapeutischer Praktiken in der Kleinkindpsychiatrie: Felix E. Rietmann, *Of Still Faces and Micro-Plots. Audiovisual Narration in Infant Mental Health*, in: *Narratologia* (im Erscheinen).

riante: The Prenatal Lausanne Trilogue Play.³⁹ In einem gewissen Sinne treibt die pränatale Version die dramatische Inszenierung der Spielsituation auf die Spitze: Statt mit einem lebendigen Kleinkind, interagieren die zukünftigen Eltern mit einer Stoffpuppe vor der Kamera. Die triadischen Familiengeschichten beinhalten nun ein «imaginäres Baby».⁴⁰ Dass gerade diese theatralische Variante so grosse Verbreitung erfährt, ist bemerkenswert, zeigt es doch, wie tiefe Wurzeln performative und narrative Techniken der psychotherapeutischen Inszenierung von Eltern-Kind-Beziehungen geschlagen haben.

Es zeigt ebenfalls, wie sehr Psychopathologie im Kleinkindalter auf einer interaktiven Ebene verortet wird. Ebenso wie ihr/e postnatale/r Vorgänger*in, dient die vorgeburtliche Situation dazu, zu beurteilen, wie gut die Eltern mit dem Baby interagieren, wie sie es halten, schaukeln, streicheln und küssen, und ob sie den Körper des Babys erkunden und sich um sein Wohlbefinden bemühen.⁴¹ Die Fähigkeiten der zukünftigen Eltern, sich gemeinsam auf die Bedürfnisse des (Puppen-)Babys einzulassen, werden dabei als direkter prognostischer Indikator für die Entwicklung von triangulären interaktiven Fähigkeiten im Kleinkind gelesen; die Fähigkeit zur gemeinsamen imaginären Kindererziehung als Indikator für seine spätere psychische Gesundheit.⁴² Gleichzeitig eröffnet diese Erschliessung einen therapeutischen

39 James P. McHale, Nicolas Favez, Elisabeth Fivaz-Depeursinge, The Lausanne Trilogue Play Paradigm. Breaking Discoveries in Family Process and Therapy, in: *Journal of Child and Family Studies* 27/10 (2018), S. 3063–3072; Elisabeth Fivaz-Depeursinge, France Frascarolo, Antoinette Corboz-Warnery, Observational Tool. The Prenatal Lausanne Trilogue Play, in: Sam Tyano, Miri Keren, Helen Herrmann u. a. (Hg.), *Parenthood and Mental Health. A Bridge between Infant and Adult Psychiatry*, Chichester 2010, S. 121–128; Claudio Carneiro, Antoinette Corboz-Warnery, Elisabeth Fivaz-Depeursinge, The Prenatal Lausanne Trilogue Play. A New Observational Assessment Tool of the Prenatal Co-Parenting Alliance, in: *Infant Mental Health Journal* 27/2 (2006), S. 207–228; Interview mit Elisabeth Fivaz-Depeursinge.

40 Carneiro, Corboz-Warnery, Fivaz-Depeursinge, *The Prenatal Lausanne Trilogue Play*, S. 510.

41 Fivaz-Depeursinge, Frascarolo, Corboz-Warnery, *Observational Tool*, S. 124.

42 Ebd., S. 125; James McHale, Elisabeth Fivaz-Depeursinge, Susan Dickstein u. a., *New Evidence for the Social Embeddedness of Infants' Early Triangular Capacities*, in: *Family Process* 47/4 (2008), S. 445–463.

Raum: Entwicklungsprobleme werden auf der Ebene von familiären Allianzen, Interaktionen und Geschichten behandelbar. Insofern steht das Prenatal Lausanne Trilogue Play am Ende einer Entwicklung, die mit der videografischen Aufzeichnung von familiären Interaktionen in den 1970er Jahren begann: Das Kleinkind ist auf der Basis performativer und narrativer Praktiken zum/r Patienten*in geworden.

Sprechstunde

Ambulante Kinderpsychiatrie im Thurgau um 1920

Ursina Klausner

Abstract

Up to the early 20th century, psychiatric practice was focused on adults and mainly relied on the hospitalization of patients in asylums. Under these circumstances, children rarely came to the attention of psychiatrists. The article argues that the development and establishment of child psychiatry is closely intertwined with the development of outpatient psychiatry. In polyclinics and other outpatient services, psychiatrists faced new problems and new patients – among them many children. The article exemplifies this process for the mental hospital in Münsterlingen (Thurgau).

Im Frühling 1938 traf in der Thurgauer Irrenheilanstalt Münsterlingen ein Schreiben aus dem Nachbarkanton Schaffhausen ein. Die kantonale Sanitätsdirektion wandte sich damit an die Vorsteher der staatlichen psychiatrischen Anstalten der Schweiz und bat um Auskunft: Sie befasse sich gegenwärtig mit der Frage, ob der Schaffhauser Anstalt «eine psychiatrische Poliklinik angegliedert werden könnte», und ersuche deshalb darum, sie «über die Verhältnisse bezüglich einer psychiatrischen Poliklinik in Ihrem Wirkungskreis kurz zu orientieren».¹ Hermann Wille, seit 1912 als Direktor der Irrenheilanstalt Münsterlingen tätig, antwortete wenige Tage später, schickte den Fragebogen aus Schaffhausen ausgefüllt zurück und ergänzte in einem separaten Schreiben: «Ein Institut, das offiziell ‹Poliklinik› genannt wird, haben wir nicht [...] Aber etwas, das ihm gleichkommt, hat sich doch im Laufe der Jahre entwickelt.»²

Münsterlingen war kein Ort für eine Poliklinik. Der Kanton Thurgau hatte hier, am Ufer des Bodensees, 1840 seine Krankenanstalt eröffnet, bestehend aus einer «Krankenabteilung» und einer «Irrenabteilung», aus denen bis zum Ende des 19. Jahrhunderts das Kantonsspital und die Irrenheilanstalt

1 Staatsarchiv des Kantons Thurgau (StATG), 9'10, 6.3/0, Anfrage der Sanitätsdirektion des Kantons Schaffhausen betr. Poliklinik, 30. 4. 1938.

2 Ebd., 9'10, 6.3/1, Stellungnahme von Direktor Wille zur Anfrage der Sanitätsdirektion Schaffhausen, 7. 5. 1938.

als separate Einheiten hervorgingen.³ Die Anstalt war zu abgelegen, als dass die Einrichtung einer Poliklinik hier in Betracht gekommen wäre – doch hatte sich in der Praxis etwas entwickelt, das einer solchen gleichkam: Er und sein Oberarzt, schrieb Wille, führten regelmässig ambulante Untersuchungen durch; so etwa bei Patient*innen, die über das Kantonsspital oder von Behörden geschickt würden, aber auch bei «Leute[n], die von sich aus [...] zur Untersuchung kommen». Diese ambulante Tätigkeit sei ihnen trotz der zusätzlichen Belastung «recht lieb geworden», denn sie bekämen «so doch manche krankhaften Störungen zu sehen», die sie bei stationären Patient*innen nicht antreffen würden.⁴

Ohne einen festen institutionellen Rahmen und ohne offizielle Gründung hatte sich in Münsterlingen im frühen 20. Jahrhundert also eine ambulante Praxis entwickelt. Willes Auskunft macht deutlich, dass über sie auch neue Patient*innen ins Blickfeld der Psychiater*innen gelangten, und zu diesen gehörte von Anfang an auch eine Gruppe, mit der sich Psychiater*innen in ihrem Arbeitsalltag sowie die Psychiatrie als Disziplin bis dahin nur selten befasst hatten: Kinder.

Mit der ambulanten Psychiatrie – das möchte ich in diesem Beitrag zeigen – entwickelte sich in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts ein Raum, in dem Psychiater*innen auf Kinder und Kinder auf Psychiater*innen trafen. Dieser Raum ist historisch noch kaum erforscht. Die Psychiatriegeschichte hat sich bis anhin primär mit geschlossenen Anstalten beschäftigt; die ambulante Psychiatrie wird in historischen Untersuchungen selten in den Fokus gerückt.⁵ Auch die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie

3 Vgl. Hermann Wille, Hundert Jahre Heil- und Pflegeanstalt Münsterlingen. 1840–1940, in: Thurgauische Beiträge zur vaterländischen Geschichte 80 (1944), S. 59, 112–127; Roland Kuhn, Geschichte und Entwicklung der Psychiatrischen Klinik. Von der Gründung 1839 bis 1980, in: Jürg Ammann, Karl Studer (Hg.), 150 Jahre Münsterlingen. Das Thurgauische Kantonsspital und die Psychiatrische Klinik 1840–1990, Münsterlingen 1990, S. 99–100.

4 StATG, 9'10, 6.3/1, Stellungnahme von Direktor Wille zur Anfrage der Sanitätsdirektion Schaffhausen, 7.5.1938.

5 In einem Beitrag von 2016 bezeichnen Volker Hess und Chantal Marazia die Poliklinik als «ein Stiefkind der historischen Forschung – in der Geschichtsschreibung der Psychiatrie wie der klinischen Medizin». Daran hat sich wenig geändert. Vgl. Volker Hess,

konzentriert sich, zumindest im deutschsprachigen Raum, häufig auf geschlossene, stationäre Einrichtungen; dabei geraten vor allem die im Verlauf des frühen 20. Jahrhunderts an verschiedenen Orten gegründeten Kinderbeobachtungsstationen in den Blick.⁶ Betrachtet man die Kinderpsychiatrie und die ambulante Psychiatrie aber im Verbund und löst sich, wie Wille in seiner Auskunft, von offiziellen Bezeichnungen, eröffnen sich neue Perspektiven auf diese Felder und ihre Entstehungsgeschichte. Ein solcher Blick zeigt, dass Kinder nicht erst dann und nur dort zu psychiatrischen Patient*innen wurden, wo eigene, von der Erwachsenenpsychiatrie losgelöste Institutionen geschaffen wurden und offiziell von «Kinderpsychiatrie» die Rede war. Er macht deutlich, dass ambulante Psychiatrie und Kinderpsychiatrie im frühen 20. Jahrhundert in enger Verschränkung entstanden und sich in ihrer Entwicklung und Ausdifferenzierung beförderten. Ambulante Angebote brachten Kinder in die Psychiatrie und liessen Psychiater*innen auf eine Gruppe von Patient*innen treffen, die in den geschlossenen Anstalten des 19. Jahrhunderts nicht oder kaum vertreten war. Zugleich trugen Kinder, die in Münsterlingen früh einen beträchtlichen Teil der ambulanten Patient*innen ausmachten, dort auch dazu bei, dass sich die ambulante Psychiatrie bereits in den ersten Jahrzehnten als ein neues Feld psychiatrischer Praxis etablieren

Chantal Marazia, *Inside/Outside. Die Nervenpolikliniken in Berlin und Straßburg, ca. 1880–1930*, in: Heinz-Peter Schmiedebach (Hg.), *Entgrenzungen des Wahnsinns. Psychopathie und Psychopathologisierungen um 1900*, Berlin, Boston 2016 (Schriften des Historischen Kollegs. Kolloquien 93), S. 161.

⁶ Vgl. etwa Wolfgang Rose, Petra Fuchs, Thomas Beddies, *Diagnose «Psychopathie». Die urbane Moderne und das schwierige Kind, Berlin 1918–1933*, Wien, Köln, Weimar 2016; Elisabeth Dietrich-Daum, *Über die Grenze in die Psychiatrie. Südtiroler Kinder und Jugendliche auf der Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl in Innsbruck 1954–1987*, Innsbruck 2018 (Veröffentlichungen des Südtiroler Landesarchivs 44); Sara Galle, Emmanuel Neuhaus, Lena Künzle u. a., *Die psychiatrische Begutachtung von Kindern mit «abnormen Reaktionen» in der Zürcher Kinderbeobachtungsstation Brüschalde 1957 bis 1972*, in: *Gesnerus* 77/2 (2020), S. 206–243. Die englischsprachige Forschung hat dagegen gezielt auch die ambulanten Child Guidance Kliniken in den Blick genommen. Vgl. dazu wegweisend Kathleen W. Jones, *Taming the Troublesome Child. American Families, Child Guidance, and the Limits of Psychiatric Authority*, Cambridge MA, London 2002.

konnte. Im Folgenden werde ich dies anhand von zwei Fallbeispielen aufzeigen und dabei verdeutlichen, dass sich diese Entwicklung nicht einfach als eine von der Psychiatrie ausgehende Ausweitung erklären lässt.

Rat suchen

Otto Haags Mutter wusste nicht mehr weiter. So griff sie am 2. Oktober 1925 zu Papier und Feder und schrieb an «Herrn Doctor Willi» in Münsterlingen:

Sehr geehrter Herr Doctor!

Erlaube mir, Sie höflichst anzufragen um einen Rat. Mein 15jähriger Sohn, sonst ein braver, williger Junge hat die traurige Krankheit zu stehlen u. zu lügen. Alles ermahnen nützt nichts, u. hat man mich an Ihre geehrte Adresse gewiesen. Dürfte ich Sie bitten, mir Ihre geschätzte Meinung mitzuteilen, u. ob u. wann ich mit dem Knaben eine Konsultation bei Ihnen haben dürfte.⁷

Sie schloss Ihren Brief «[m]it vorzüglicher Hochachtung», unterschrieb – und fuhr mit ihrem Sohn Ende Oktober zur Konsultation in die Irrenheilanstalt, nachdem Wille ihr mitgeteilt hatte, er sei «selbstverständlich gerne bereit Ihren Knaben» zu untersuchen.⁸ Dort berichtete sie von den Schwierigkeiten mit Otto, dem zweitjüngsten ihrer fünf Kinder: Dass er von jeher «etwas anders» gewesen sei als seine Geschwister, willig und folgsam zwar, aber «verdrückt», schon bevor er in die Schule gekommen sei. Er sei ein mittelmässiger Schüler, der wohl mehr hätte leisten können; er sei gut mit anderen ausgekommen, habe sich nie zurückgezogen, aber immer alles geleugnet und andere beschuldigt, wenn er im Fehler gewesen sei. Nun habe er, nachdem er zu Hause bereits öfters etwas entwendet habe, Geld gestohlen: Einmal im Sommer in einer Badeanstalt und kürzlich dem Bäcker, bei dem er aushelfe, neun Franken aus dessen Kittel. Immer schlimmer geworden sei es in den letzten Jahren, so die Mutter. Früher habe «man sich vertröstet, dass es mit der Zeit bessern würde», doch im Frühling schliesse er die Schule ab,

⁷ StATG, 9'10, 6.2/37, Schreiben von Frau Haag an H. Wille, 2. 10. 1925. Es handelt sich um ein Pseudonym.

⁸ Ebd., 9'10, 1.2.0/34, H. Wille an Frau Haag, 20. 10. 1925.

sollte in eine Lehre, was jedoch «unter solchen Umständen kaum möglich sei». Nach der Mutter sollte auch Otto zu Wort kommen. Dieser jedoch äusserte sich nicht: «Beim Befragen des Knaben», so heisst es in der Krankengeschichte, «erhält man keine Antwort, er weint nur leise vor sich hin.»⁹

Knapp eineinhalb Jahre später, im März 1927, noch einmal fast dieselbe Geschichte: Eine Mutter schreibt nach Münsterlingen an den geehrten «Herr Doktor», entschuldigt sich, «wenn ich Sie mit einem Schreiben belästige», doch sie möchte höflich fragen, «was ein Untersuch der Nerven kosten würde von einem Knaben von 11 Jahren». Ihr Sohn bereite ihr schweren Kummer, er lüge ziemlich viel und stehle von Zeit zu Zeit. Sie hätten es «mit Schläge[n], Güte, Gebet und vielen Zureden probiert», er habe immer Besserung verspochen, eine Weile sei es gut gegangen, danach aber wieder «das alte Lied» gewesen. Sie wisse wirklich nicht, was sie tun und denken solle und wäre deshalb für den «gütigen Rat» des Doktors «sehr dankbar» – «Sie begreifen mich vielleicht», fügte sie hinzu.¹⁰ Wille teilte der Mutter mit, wann er sie erwarte und dass er für die Untersuchung nichts berechnen werde.¹¹ Und so kam auch sie mit ihrem Sohn nach Münsterlingen, erzählte, dass dieser früher immer folgsam gewesen sei, als Kleinkind ein Ohrenleiden gehabt habe, sonst bis zur Schulzeit jedoch nichts Besonderes zu beobachten gewesen sei. Erst in der Schule habe er angefangen zu lügen, dann auch Geld und andere Sachen zu entwenden, und etwa vier Mal habe er auswärts übernachtet: einmal in einem Eisenbahnwagen, einmal in einer Kiste, dann im Heu. «Warum gingst du nicht nach Hause?», fragte der Psychiater darauf den Jungen, und dieser antwortete: «Ich hatte Angst.» Später wandte sich der Psychiater noch einmal an ihn: «Warum machst du solche Sachen?», wollte er wissen, doch diesmal schwieg der junge Patient: «Der Knabe», so wurde in der Krankengeschichte festgehalten, «schaut zerknirscht vor sich hin und gibt keine Antwort auf die Frage; weint dann.» Er könne zwei bis drei Wochen «ganz recht tun», heisst es weiter – vermutlich wieder eine Auskunft der Mutter –, «dann komme aber wieder ein Rückfall». Im Anschluss hielt Wille – oder vielleicht auch eine Assistenzärztin, die Notizen machte – fest:

⁹ Ebd., 9'10, 6.2/37, Krankengeschichte, Bl. 1r.

¹⁰ Ebd., 9'10, 6.2/49, Schreiben der Mutter, 16.3.1927.

¹¹ Ebd., 9'10, 1.2.0/36, H. Wille an Mutter, 17.3.1927.

«Wenn ich mit ihm darüber rede, weint er jeweils und sagt, er wisse, dass dies nicht recht sei, was er tue.»¹²

Zwei Jungen, fünfzehn und elf Jahre alt, eigentlich «brav», «folgsam» und «willig», beginnen zu lügen und zu stehlen. Zwei Mütter wenden sich Rat suchend an den Psychiater und bringen ihre Söhne Mitte der 1920er Jahre zur Untersuchung in die kantonale Irrenheilanstalt: Das ist bemerkenswert. Die beiden Beispiele zeigen, wie in der psychiatrischen Praxis zu Beginn des 20. Jahrhunderts ein Wandel einsetzt und der psychiatrische Raum sich in verschiedener Hinsicht öffnet und ausweitet. Es tauchen Fragen und Probleme auf, die zuvor nicht psychiatrisch gefasst und verhandelt wurden. Patient*innen werden nicht mehr nur in geschlossenen Anstalten untergebracht, sondern auch ambulant untersucht. Kinder, die zuvor nur in seltenen Fällen mit der Psychiatrie – und das hiess auch: mit geschlossenen Anstalten – in Berührung gekommen waren, werden nun zu einer neuen, eigenen Patient*innengruppe.

Ausweitung: Kinder, Anomalien, ambulante Praxis

Michel Foucault hat die psychiatrische Auseinandersetzung mit dem Kind und mit Kindheit als eine Verallgemeinerung und Ausweitung der Psychiatrie, des psychiatrischen Wissens und der psychiatrischen Macht beschrieben.¹³ Diese Verallgemeinerung, so Foucault, gehe nicht vom Erwachsenen oder von der Krankheit, sondern vom Kind und von der Anomalie aus: Das Prinzip der Ausweitung der Psychiatrie finde man beim Kind.¹⁴

Was Foucault hier als einen allgemeinen, im 19. Jahrhundert einsetzenden Prozess beschreibt, vollzieht sich nicht allein im psychiatrischen Denken, im psychiatrischen Wissen. Es ist eine Entwicklung, die auch an die psychia-

12 Ebd., 9'10, 6.2/49, Krankengeschichte, Bl. 1r/v. Da es sich bei der Krankengeschichte in diesem Fall um eine spätere Abschrift der Untersuchungsnotizen handelt, lässt sich nicht direkt klären, wer die Untersuchung protokollierte.

13 Vgl. Michel Foucault, *Die Macht der Psychiatrie*. Vorlesung am Collège de France 1973–1974, Frankfurt a.M. 2005; ders., *Die Anormalen*. Vorlesungen am Collège de France 1974–1975, Frankfurt a.M. 2003.

14 Vgl. ders., *Die Macht*, S. 291, 322.

trische Praxis gebunden ist und dort konkret fassbar wird. Die beiden Fallbeispiele stehen dafür in doppelter Hinsicht: Sie handeln von Kindern, nicht von Erwachsenen, und sie handeln von Anomalien, nicht von Krankheiten. Beide Jungen kommen zum Psychiater, weil ihre Mütter Rat suchen, weil ihr Verhalten Probleme bereitet und Rätsel aufgibt, aber nicht, weil der Verdacht besteht, dass sie an einer Geisteskrankheit leiden. Solange die Psychiatrie nur die «Medizin der Geisteskrankheit»¹⁵ und nicht auch der Anomalien war, solange Psychiater*innen sich mit Geisteskrankheiten im engeren Sinne – also mit schweren psychischen Erkrankungen und Störungen – befassten, gelangten Kinder nur vereinzelt in den psychiatrischen Raum. Unter hundert Fällen, schrieb der Psychiater Hermann Emminghaus noch am Ende des 19. Jahrhunderts in seiner Abhandlung zu psychischen Störungen des Kindesalters, bekomme der Irrenarzt «kaum einen zu sehen, der ein kindliches Individuum betrifft». Deshalb, so Emminghaus weiter, sei der Irrenarzt faktisch ein Spezialist in Hinblick auf die Eigenschaften und Krankheiten des Erwachsenen.¹⁶

Wie aber kam es dazu, dass sich dies änderte? Wie kam es, dass sich die Psychiatrie als Disziplin und die Psychiater*innen in der alltäglichen Praxis mit Kindern und Anomalien zu beschäftigen begannen und sich nicht länger nur mit Erwachsenen und Geisteskrankheiten befassten? Wie war diese von Foucault als Ausweitung und Verallgemeinerung beschriebene Entwicklung möglich?

Es gibt keine kurze, einfache Antwort auf diese Fragen – auch bei Foucault nicht. Wenn ich argumentiere, dass die ambulante Praxis für die psychiatrische Beschäftigung mit dem Kind und mit Kindern wichtig und zentral war, tue ich dies also nicht mit dem Anspruch, all diese Fragen beantworten und einen komplexen, vielschichtigen Prozess einfach erklären zu können. Es geht vielmehr darum, einen Bereich – oder mit Foucault: einen Ort, eine Form – sichtbar zu machen, wo sich diese Ausweitung konkret zeigt und vollzieht. In der ambulanten Praxis hatte der Psychiater im Verhältnis weit

15 Ders., Die Anormalen, S. 300.

16 Hermann Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters, Tübingen 1887, S. 2. Emminghaus' Publikation gehört zu den ersten systematischen Abhandlungen zur Psychopathologie des Kindesalters.

öfter ein kindliches Individuum vor sich als in der geschlossenen Anstalt. Hier traten Geisteskrankheiten in den Hintergrund und Anomalien in den Vordergrund – Veränderungen, Abweichungen und Auffälligkeiten im Verhalten oder Charakter, die man abklären wollte, die aber keinen Anlass für eine Unterbringung geboten hätten.

Kinder als psychiatrische Patient*innen

Dass Kinder im Verhältnis zu Erwachsenen nur selten in geschlossenen psychiatrischen Anstalten untergebracht wurden, zeigt sich auch in Münsterlingen. Unter den stationären Krankenakten, über die sich bis ins frühe 20. Jahrhundert am ehesten ein Überblick über die Aufnahmezahlen gewinnen lässt, finden sich nur wenige von minderjährigen Patient*innen: Zählt man die Aufnahmen über diese Akten aus, kommt man auf einen Anteil von weniger als vier Prozent: In knapp vier von hundert Fällen kam in Münsterlingen folglich eine Patientin oder ein Patient zur Aufnahme, die oder der noch nicht erwachsen – also unter zwanzig Jahren alt – war.¹⁷ Noch viel seltener allerdings betraf ein solcher Fall auch tatsächlich ein «kindliches Individuum» im engeren Sinne: Die meisten der minderjährigen Patient*innen waren bei der Aufnahme in die Anstalt 18 oder 19 Jahre alt; nur ein sehr kleiner Teil war 16 Jahre oder jünger.¹⁸

Ein anderes Bild ergibt sich beim Blick auf die Krankenakten der ambulanten Sprechstunde: In dieser Serie sind minderjährige Patient*innen im Verhältnis viel häufiger anzutreffen. Bis 1930 – also bereits in den ersten Jahren, in denen ambulante Untersuchungen durchgeführt wurden – betrifft jede vierte Akte eine/n Minderjährige*n. Noch dazu zählen viele von ihnen

¹⁷ Das Volljährigkeits- bzw. Mündigkeitsalter wurde mit dem ZGB von 1907 beim vollendeten 20. Lebensjahr festgesetzt und schweizweit vereinheitlicht. Meine Auswertung orientiert sich an dieser Altersgrenze.

¹⁸ Die Angaben beruhen auf einer Auszählung der Aufnahmen anhand der im Archivkatalog des STATG verzeichneten stationären Krankenakten im Zeitraum von 1878 bis 1920 (Stand: Mai 2021). Insgesamt kam es in diesen Jahren zu knapp 6000 Aufnahmen; in etwas über 200 Fällen waren die Aufgenommenen minderjährig. Von diesen wiederum war etwa die Hälfte bei der Aufnahme 18 oder 19 Jahre alt.

auch im engeren Sinne als Kinder: Von den minderjährigen Patient*innen, die bis 1930 ambulant untersucht wurden, waren über drei Viertel noch keine 16 Jahre alt.¹⁹

Im Unterschied zur geschlossenen Anstalt wurden Kinder im ambulanten Raum also rasch und früh zu einer wichtigen und ins Gewicht fallenden Patient*innengruppe. Das zeigt nicht nur das Beispiel von Münsterlingen, sondern auch ein Blick nach Zürich, wo es ab 1910 regelmässig ambulante Sprechstunden gab – auch hier zunächst in der Anstalt, am Burghölzli, bevor 1913 im Stadtzentrum eine Poliklinik mit eigenen Räumlichkeiten eröffnet werden konnte.²⁰ Schon im Rechenschaftsbericht der Anstalt für 1911 findet sich erstmals ein Abschnitt zur «Psychiatrischen Poliklinik»: Mehr als ein Viertel der Patient*innen seien Kinder, heisst es dort, die teils von Eltern oder Hausärzten, teils von Fürsorgebehörden überwiesen worden seien.²¹ Was sich in Münsterlingen ab Mitte der 1910er Jahre in kleinerem Rahmen und noch länger ohne eine offizielle Poliklinik entwickelte, war demnach nicht singulär: Über ambulante Räume und Angebote gelangten Kinder auch andernorts in die Psychiatrie – und mit ihnen Fragen, Zustände und Schwierigkeiten, mit denen sich Psychiater*innen bis dahin nicht oder kaum befasst hatten.²² Sie wurden nun zunehmend auch bei schulischen oder erzieherischen Problemen, familiären Konflikten oder strafrechtlichen Delikten beigezogen – und konnten sich so in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts auch das Kind als psychiatrischen Patienten (neu) erschliessen.

¹⁹ Die Angaben beruhen auf einer Auszählung der im Archivkatalog des StATG verzeichneten ambulanten Krankenakten bis 1930; 23 von insgesamt 89 Akten betreffen Minderjährige (Stand: Mai 2021). Ich danke Kim de Solda vom StATG für ihre Hilfe bei der Auswertung.

²⁰ Vgl. Marietta Meier, Brigitta Bernet, Roswitha Dubach u. a., Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, S. 75. Von 1910 an wurden die Sprechstunden im Burghölzli ganzjährig angeboten, in früheren Jahren jeweils während drei Monaten im Sommer. Vgl. Rechenschaftsbericht über die Zürcherische Kantonale Irrenheilanstalt Burghölzli für das Jahr 1911, S. 15.

²¹ Ebd.

²² So etwa im englischsprachigen Raum über die Child Guidance Kliniken. Vgl. dazu insbesondere Jones, Taming.

Ein neuer Zweig

Von der psychiatrischen Praxis aus gesehen liesse sich also sagen, dass die Kinderpsychiatrie, die in der Schweiz ab den 1910er Jahren als ein Spezialgebiet schrittweise Form anzunehmen begann, sich wesentlich aus der ambulanten Psychiatrie heraus entwickelte: In der ambulanten Praxis wurden Psychiater*innen häufiger mit Kindern konfrontiert; sie beschäftigten sich dort schon mit Kindern, bevor für diese separate, spezialisierte Einrichtungen wie die später in der Schweiz verbreiteten Kinderbeobachtungsstationen eröffnet wurden – die erste im Jahr 1921 in Zürich.²³ Gleichzeitig vermitteln einige Quellen den Eindruck, dass auch die Präsenz von und die Auseinandersetzung mit Kindern im ambulanten Raum dazu beitrug, dass sich die ambulante Psychiatrie als ein neuer Zweig psychiatrischer Praxis ebenfalls bereits im frühen 20. Jahrhundert etablieren konnte.

In Münsterlingen, wo sich – wie Willes Auskunft von 1938 zeigt – die ambulante Praxis von Mitte der 1910er Jahre an zunächst neben dem stationären Anstaltsbetrieb und wenig planvoll entwickelte, wird dies etwa in Anfragen und Antworten sichtbar, die in den 1920er Jahren die Anstalt erreichten oder verliessen. Der Brief, den Otto Haags Mutter im Oktober 1925 an Anstaltsdirektor Wille schrieb, zeigt dies besonders gut: Die Frau erkundigte sich gezielt nach einer «Konsultation», also einer ambulanten Untersuchung, und nicht etwa nach der Möglichkeit einer zeitweiligen Unterbringung in der Anstalt. Auch die Mutter des Jungen, der im März 1927 zur psychiatrischen Abklärung kam, hatte nach einem «Untersuch der Nerven» gefragt – genauso wie ein Vater, der sich im August 1925 an Wille wandte und darum bat, mit seiner Tochter zu einem «Untersuch» nach Münsterlingen kommen zu können.²⁴ Gerade Eltern, die den Rat von Psychiater*innen suchten, fragten also nicht, ob ihr Kind in die Anstalt aufgenommen werden könne – ein Schritt, den sie wohl nicht gemacht hätten. Vielmehr erkundigten sie sich, ob sie mit ihrem Kind zu einer Konsultation kommen könnten.

²³ Vgl. Rechenschaftsbericht über die Zürcherische kantonale Heilanstalt Burghölzli für das Jahr 1921, S. 25.

²⁴ StATG, 9'10, 6.2/34, Vater an H. Wille, 7.8.1925. Auch in einem anderen, früheren Fall fragt ein Vater an, ob er mit seinem 13-jährigen Sohn «zu einem Untersuch kommen könnte». Ebd., 9'10, 6.2/7a, Vater an H. Wille, 14.5.1920.

Auffallend ist das nicht nur deshalb, weil der Weg in die Psychiatrie zu dieser Zeit weiterhin meist über eine stationäre Aufnahme führte, sondern weil eine solche in anderen Fällen noch im Raum stand und nachgefragt wurde. Als die Armenpflege eines Thurgauer Ortes im Mai 1923 um eine Untersuchung bei einem zehnjährigen, bei Pflegeeltern untergebrachten Jungen bat, «um die geeignete Wegleitung zur Erziehung des Knaben [...] zu erhalten», wünschte sie, diesen «circa 14 Tage in der Irrenheilanstalt zur Beobachtung unterbringen zu dürfen».²⁵ Der Bitte wurde entsprochen; Wille teilte mit, dass man den Jungen aufnehmen wolle, vielleicht reiche «eine kurze Beobachtung».²⁶ Die Notizen zur Untersuchung und ein Bericht Willes von Ende Mai 1923 zeigen dann allerdings, dass der Junge nicht in die Anstalt aufgenommen, sondern ambulant untersucht wurde. Man werde, schrieb Wille zwar in seinem Bericht an die Armenpflege, «das Kind einmal zur genauer[e]n Beobachtung für einige Tage in die Anstalt nehmen», doch sei dies momentan wegen der starken Belegung nicht möglich.²⁷ Soweit aus den Akten ersichtlich ist, kam es jedoch auch in der Folge nie dazu. Ebenso wurde ein neunjähriges Mädchen 1924 ambulant untersucht statt in der Anstalt untergebracht: Die Armenpflege – eine andere als im vorher erwähnten Fall – hatte zwar ebenfalls angefragt, ob das Kind zur Beobachtung aufgenommen werden könne.²⁸ Aus der Anstalt kam aber ohne weitere Erläuterung die Antwort, man sei gerne bereit, das Mädchen «ambulant auf [seinem] Geisteszustand zu untersuchen».²⁹

Nachdem in Münsterlingen 1918 erstmals drei Minderjährige ohne stationären Aufenthalt begutachtet worden waren,³⁰ setzten sich ambulante Abklärungen in den folgenden Jahren mehr und mehr durch. Scheint eine solche bei dem Jungen, der 1923 für eine Unterbringung angemeldet wurde, noch primär Ausweichmöglichkeit und Überbrückung bis zum gewünschten Beobachtungsaufenthalt gewesen zu sein, verwies die Anstalt einen ähnlichen Fall schon 1924 ins Ambulatorium. Gleichzeitig wandten sich in den 1920er

25 Ebd., 9'10, 6.2/16, Armenpflege an H. Wille, 7.5.1923.

26 Ebd., 9'10, 1.2.0/31, H. Wille an Armenpflege, 7.5.1923.

27 Ebd., 9'10, 1.2.0/32, H. Wille an Armenpflege, 28.5.1923.

28 Ebd., 9'10, 6.2/28, Armenpflege an Irrenheilanstalt Münsterlingen, 19.10.1924.

29 Ebd., 9'10, 1.2.0/33, Irrenheilanstalt Münsterlingen an Armenpflege, 22.10.1924.

30 Vgl. ebd., 9'10, 6.2/4a; 9'10, 6.2/5a; 9'10, 6.2/6a.

Jahren neben Behörden vermehrt auch Eltern an Psychiater*innen – und baten im Unterschied zu Ersteren um eine Konsultation oder eine Untersuchung. Als ein neuer Zweig psychiatrischer Praxis konnte sich die ambulante Psychiatrie also nicht nur und primär durch die Bemühungen von Psychiater*innen etablieren, sondern auch dadurch Fuss fassen, dass Akteur*innen von aussen Anliegen, Fragen und Probleme gezielt in diesen Raum trugen.

Beweggründe

Auch Wille hatte in seiner Auskunft von 1938 betont, dass es Leute gäbe, die *von sich aus* in die Sprechstunde kämen und nicht etwa von Institutionen oder Behörden überwiesen würden. Doch was bewegte Eltern dazu, mit ihren Kindern bei einem Psychiater Rat zu suchen und so auch eine Anlaufstelle zu wählen, die im frühen 20. Jahrhundert als solche noch nicht gängig und etabliert war? Zumindest einige Hinweise finden sich in den Schreiben der beiden Mütter, die sich Mitte der 1920er Jahre an Wille wandten. Otto Haags Mutter etwa erwähnte, dass sie an seine «geehrte Adresse gewiesen» worden sei – von wem bleibt allerdings offen. Wie sich in anderen Fällen zeigt, waren es oft Hausärzte, Lehrer oder Pfarrer, die zwischen Psychiatrie und Aussenwelt vermittelten; denkbar ist das auch in diesem Fall. Es gab also Berufsgruppen, die Ratsuchende an Psychiater*innen weiterverwiesen, über einen Bezug oder Kontakte in die Psychiatrie verfügten und so gleichsam als Türöffner wirkten.

Bemerkenswert am Schreiben von Otto Haags Mutter ist aber auch, dass sie das Lügen und Stehlen ihres Sohnes als «Krankheit» bezeichnete und damit selbst in einen medizinisch-psychiatrischen Zusammenhang einordnete. Wenn Lügen und Stehlen eine Krankheit oder ein Ausdruck davon waren, dann machte es Sinn, sich an einen Psychiater zu wenden. Kinder wie Otto Haag wurden somit nicht nur und erst von Psychiater*innen, sondern mitunter auch und zuerst von Angehörigen zu Patient*innen gemacht. Deutlich wird hier zudem, wie sich um die Wende zum 20. Jahrhundert die Grenzen dessen verschoben, was als Krankheit begriffen und gedeutet werden konnte.

Gerade delinquentes Verhalten wurde dabei verstärkt als (möglicher) Ausdruck einer krankhaften Abweichung aufgefasst.³¹

Otto Haags Mutter suchte bei Psychiater Wille insofern nicht nur Rat, sondern vor allem auch Bestätigung. In ihrer Studie zur Child Guidance – gewissermassen einer amerikanischen Form ambulanter Kinderpsychiatrie – hat die Historikerin Kathleen Jones darauf hingewiesen, dass Child Guidance Kliniken auch Orte waren, wo Familien und Eltern Bestätigung für Probleme fanden: Die Kliniken boten Deutungen – respektive eben Diagnosen –, mit denen Delinquenz anders erklärt werden konnte – und das bedeutet hier zunächst: Anders als mit erzieherischem Versagen, mit Unfähigkeit und Autoritätsverlust der Eltern.³²

Psychiater*innen zu Rate zu ziehen, wenn Kinder Diebstähle begingen, nicht die Wahrheit erzählten oder andere Schwierigkeiten bereiteten, konnte gerade für Eltern als Erziehungsberechtigte also auch entlastend und bekräftigend wirken. «Sie begreifen mich vielleicht», hatte die Mutter, die 1927 um eine Konsultation mit ihrem Sohn bat, geschrieben: Neben Rat suchte auch sie Verständnis. So gesehen war die ambulante Kinderpsychiatrie von Anfang an auch Elternpsychiatrie. Ambulante Sprechstunden boten eine niederschwellige und verhältnismässig unverbindliche Möglichkeit, Probleme nach aussen zu tragen – gerade weil der ambulante Raum im Unterschied zum stationären die Möglichkeit bot, Probleme zu *besprechen*, ohne bereits Massnahmen zu ergreifen.

Die Feststellung des niederländischen Historikers Harry Oosterhuis, dass die Entwicklung der ambulanten Psychiatrie viel eher durch «professional and organisational concerns» als durch eine äussere Nachfrage zu erklären sei,³³ muss mit Blick auf die Münsterlinger Praxis folglich infrage gestellt

31 Vgl. dazu Urs Germann, *Psychiatrie und Strafrecht. Entstehung, Praxis und Ausdifferenzierung der forensischen Psychiatrie in der deutschsprachigen Schweiz 1850–1950*, Zürich 2004, S. 29.

32 Vgl. Jones, *Taming*, S. 123. Jones spricht von einer «modified diagnosis of delinquency that restricted authoritarian parental control», verwendet also explizit den Begriff der Diagnose.

33 Vgl. Harry Oosterhuis, *Insanity and Other Discomforts. A Century of Outpatient Psychiatry and Mental Health Care in the Netherlands 1900–2000*, in: Marijke Gijswijt-Hofstra, Harry Oosterhuis, Joost Vijlelaar u.a. (Hg.), *Psychiatric Cultures Compared*.

und relativiert werden. Ebenso wenig kann die psychiatrische Beschäftigung mit dem Kind allein als Ausdruck von Professionalisierungsbestrebungen und Bemühungen um eine Erweiterung des psychiatrischen Einflussbereichs verstanden werden. Der Prozess dieser Ausweitung ist vielschichtiger und verschränkter: Er ist nicht in erster Linie ein von der Psychiatrie ausgehendes, expansives Projekt,³⁴ sondern durch das Zusammenspiel zahlreicher Akteur*innen geprägt.

Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century. Comparisons and Approaches, Amsterdam 2005, S. 73–102, hier S. 93.

³⁴ Vgl. zur Kritik an einem solchen Erklärungsansatz in Bezug auf die forensische Psychiatrie Germann, Psychiatrie und Strafjustiz, S. 33.

De la question pénale à la question sociale

Les mutations de la pédopsychiatrie vaudoise (1930–1970)

Taline Garibian

Abstract

In 1938, the first child psychiatric clinic of the canton was opened in Lausanne. This institutional innovation echoed the development of child psychiatry as a field of research and action distinct from pediatrics and psychiatry. It preceded by a few years the creation of an Office médico-pédagogique within the Department of Justice and Police of the canton. These two entities show that a form of medicalization is taking place in the field of childhood and more particularly juvenile delinquency.

However, the aim of this article is to demonstrate that this medicalization does not come without ambiguity and that its scope must be put into perspective. This chapter therefore details the institutional mechanism that has prevailed for such an organization, and the reasons for this unfinished encounter between medicine and juvenile criminal justice. Finally, it explains the changes that took place in the field of child welfare from the mid-1950s onwards and the psycho-social orientation that child psychiatry took in the context of the Trente Glorieuses and the expansion of the welfare state.

L'enfance «difficile», «anormale», «malheureuse», etc., les qualificatifs utilisés pour caractériser les problèmes des enfants et des jeunes au cours du XX^e siècle ne manquent pas.¹ Ils témoignent des processus de formalisation que connaissent les champs de l'éducation, du travail social et de la pédopsychiatrie, et rendent compte de la diversité des regards posés sur une même thématique au cours d'un siècle. Plus que la situation des enfants, ces termes révèlent les préoccupations des autorités et l'angle sous lequel elles abordent la question. À Lausanne, comme ailleurs en Europe occidentale, c'est au tournant du XX^e siècle que s'intensifie l'action de l'État dans le domaine de l'aide à l'enfance, jusque-là largement laissée aux bons soins d'œuvres philanthropiques.²

1 Ce chapitre est issu d'une recherche menée entre 2012 et 2013 et qui a fait l'objet d'une publication en 2015; Taline Garibian, 75 ans de pédopsychiatrie à Lausanne. Du Bercaïl au Centre psychothérapeutique, Lausanne 2015.

2 Jacques Donzelot, *La police des familles*, Paris 2005 [1977], p. 80.

Ce chapitre vise à rendre compte des dynamiques institutionnelles à l'œuvre dans ces mutations. Plus qu'une histoire sociale attentive aux acteur-trice-s et à leur trajectoire individuelle, qu'ils soient professionnel-le-s ou patient-e-s, l'approche retenue ici s'intéresse à la structuration institutionnelle du champ, aux logiques étatiques dont elle relève, et au cadre discursif qui la sous-tend. L'exemple vaudois permet de discuter un certain nombre de dynamiques historiques, locales ou non. La création du Bercaïl, en 1938, puis celle de l'Office médico-pédagogique vaudois (OMPV), en 1942, rendent compte de l'intensification de la présence de l'État dans le champ de l'enfance. Elles témoignent aussi de l'emprise grandissante de la médecine sur les institutions et les procédures judiciaires. Pour autant, le texte qui suit entend nuancer ce qui s'apparente à un processus de médicalisation de la délinquance juvénile. Si, dans les années 1940, les sphères médicales et pénales semblent unir leurs efforts en matière de prise en charge infantile, une analyse des pratiques montre que la rencontre entre les deux approches demeure inachevée. Ensuite, ce chapitre montre comment à partir du milieu des années 1950, alors que le paradigme psycho-social s'impose, la pédopsychiatrie se popularise et se normalise, au prix d'une distanciation des institutions judiciaires.

De la formation d'un champ d'expertise à l'ouverture de l'institution

Fondé en 1938, le Bercaïl fait figure d'institution pionnière en Suisse romande. Sa création fait suite à deux évolutions conjointes qui ont profondément façonné le champ de l'aide à l'enfance. La première est la volonté des autorités cantonales d'étendre leur compétence dans ce domaine. Il s'agit alors moins d'intensifier l'action de l'État que d'investir un terrain relevant jusque-là de la sphère privée dans laquelle les autorités étaient réticentes à s'immiscer. Cette intention se traduit en actes dès 1888, lorsque l'administration cantonale crée un service consacré à «l'enfance malheureuse et abandonnée». Ce nouveau service met un terme à la compétence des communes dans ce domaine, et marque ainsi la volonté de l'État d'avoir autorité sur les

questions sociales relatives à l'enfance.³ La loi stipule en effet: «cette institution prend soin des enfants vaudois malheureux et abandonnés; elle a l'obligation de les faire nourrir, entretenir et élever jusqu'à l'âge de 16 ans».⁴ Cette centralisation doit favoriser une gestion plus cohérente des cas qui lui sont soumis, essentiellement des enfants abandonnés ou retirés de leur foyer en raison de maltraitance. Le nouveau texte permet également de soustraire un enfant à l'autorité de ses parents si ceux-ci sont jugés inaptes à assumer l'éducation de leur progéniture. Si les autorités cantonales souhaitent bien encadrer ce champ de l'action sociale, il est à noter que leur travail se borne à la supervision des cas. Sur le terrain, ce sont essentiellement des œuvres philanthropiques qui prennent en charge les enfants sans foyer, tandis que les communes sont mises à contribution financièrement pour l'entretien de leurs ressortissant-e-s.

La seconde évolution est liée au développement conjoint des sciences de l'éducation, de la pédopsychiatrie et de la psychologie, et de leur influence croissante sur l'organisation de l'aide à l'enfance. Dès 1895, le canton introduit des mesures visant à encadrer la scolarisation des enfants dont les capacités semblent trop faibles pour suivre le programme des classes ordinaires.⁵ Certains médecins scolaires, à l'image d'Adolphe Combe (1859–1943), soulignent l'importance de l'éducation pour prévenir la «nervosité» chez les enfants.⁶ À l'évidence, la volonté de l'État de régenter le secteur de l'aide à l'enfance fournit aux sciences du psychisme alors naissantes des opportunités d'institutionnalisation. En retour, ces disciplines façonnent les dispositifs étatiques et imprègnent les discours politiques relatifs à l'enfance. Leurs approches rompent avec une vision déterministe des troubles de l'apprentissage et favorisent le développement d'une prise en charge spécifique. Ainsi, en 1911, «le projet de loi substitue au terme <enfants anormaux>»,

3 Exposé des motifs et projet de loi sur l'assistance des pauvres et l'éducation des enfants malheureux et abandonnés, Annexes des Séances du Grand Conseil, 1888, p. 27.

4 *Idem.*

5 Martine Ruchat, *Inventer les arriérés pour créer l'intelligence. L'arriéré scolaire et la classe spéciale: histoire d'un concept et d'une innovation psychopédagogique*, 1874–1914, Berne 2003, p. 61.

6 Adolphe Combe, *La nervosité de l'enfant. Quatre conférences par le Dr. A. Combe*, Lausanne et Paris 1903, p. 156.

qui éveille l'idée d'une tare ou d'une infirmité permanente, celui «d'enfants arriérés», qui indique simplement un retard ou un arrêt de développement intellectuel ou moral de l'enfant et qui n'enlève pas à sa famille l'espoir de le voir, à la suite d'une éducation spéciale, reprendre sa place dans une classe ordinaire».7 Comme l'explique l'historienne Annick Ohayon, c'est dans le champ de l'aide à l'enfance que la psychiatrie, la psychologie et la psychanalyse trouveront leurs «applications majeures».8 En Suisse, la psychiatrie infantile se structure à partir des années 1930. En 1934 paraît le premier numéro du *Journal de psychiatrie infantile*, qui émane de la commission de psychiatrie infantile de la Société suisse de psychiatrie (SSP). La commission entend standardiser les diagnostics et les pratiques tout en faisant un réel travail de promotion de la pédopsychiatrie auprès des autorités, comme Georges Heuyer et d'autres l'ont fait en France.9 Cette commission réunit notamment Lucien Bovet, Moritz Tramer et André Repond. Les deux derniers sont à l'origine de la création de structures psychiatriques dédiées aux enfants respectivement dans les cantons de Soleure et du Valais, tandis que Lucien Bovet est un des artisans de la création du Bercaïl. Mais l'autonomisation de la pédopsychiatrie semble loin d'être une évidence comme en témoigne Tramer dans le *Journal de psychiatrie infantile* en 1937:

Nous plaïdons en faveur de la reconnaissance de la psychiatrie infantile comme discipline médicale indépendante. Que l'enseignement de cette discipline et les recherches scientifiques dans ce domaine se déroulent dans des cliniques spéciales ou dans des services spéciaux des cliniques infantiles générales, cela n'est à nos yeux, que d'une importance secondaire.10

De fait, c'est bien à l'Hospice de l'enfance que l'idée d'ouvrir une structure dédiée aux enfants souffrant de troubles psychiatriques germe depuis la fin

7 Loi sur l'enseignement des enfants arriérés, Exposé des motifs, Bulletin du Grand Conseil, année 1922, t. 2, p. 416.

8 Annick Ohayon, *Psychologie et psychanalyse en France. L'impossible rencontre (1919–1969)*, Paris 2006, p. 173.

9 Jean-Christophe Coffin, *La psychiatrie de l'enfant en France, une affaire de l'État?*, in: *Revue d'histoire de l'enfance «irrégulière»* 18 (2016), p. 82.

10 Moritz Tramer, *Le premier congrès international de psychiatrie infantile*, in: *Journal de psychiatrie infantile* 4 (1937), p. 34

des années 1920. Dans son rapport sur l'année 1934, le comité d'administration de l'Hospice explique: «Nos médecins et notre personnel médical ont constaté de longue date que les enfants remis à nos soins ne sont pas toujours atteints de la maladie pour laquelle ils nous sont confiés, mais bien de troubles psychiques difficiles à diagnostiquer.»¹¹ C'est donc au sein d'un établissement pédiatrique généraliste qu'est inaugurée, en février 1938, une unité psychiatrique. Lucien Bovet, alors sous-directeur de l'hôpital psychiatrique de Cery, en est le médecin consultant.

La délinquance : un formidable terrain d'application pour une discipline naissante

Si plusieurs problématiques différentes favorisent l'influence des psychiatres sur les politiques sociales dévolues à l'enfance, c'est bien la thématique de la délinquance qui va, à Lausanne, largement façonner les mesures prises dans le domaine de la santé mentale infantile. Cette évolution fait suite à l'adoption par le canton d'un nouveau code pénal, en 1931. Celui-ci prévoit que les mineur-e-s bénéficient d'un traitement différencié, une idée présente dès le début des travaux de la commission chargée de réviser le code.¹² Le canton de Vaud ne fait alors pas exception puisque de nombreuses législations similaires sont adoptées dans la première moitié du XX^e siècle.¹³ L'exposé des motifs du texte vaudois précise: «Les peines ordinaires prévues pour les adultes ne sont pas applicables aux enfants et aux adolescents, puisqu'il s'agit non pas de répression proprement dite, mais d'éducation ou de correction.»¹⁴ De plus, le législateur vaudois prévoit que le juge d'instruc-

11 Rapport du Comité d'administration de l'Hospice de l'enfance sur l'exercice, 1934, p. 3.

12 Numa Graa, L'instauration d'une juridiction spécialisée pour les mineurs délinquants dans le Canton de Vaud au XX^e siècle, in: Revue d'histoire de l'enfance «irrégulière» 17 (1915), p. 68.

13 Jean-Jacques Yvarel, Naissance et mutation de la justice des mineurs. Présentation du dossier, in: Revue d'histoire de l'enfance «irrégulière» 17 (2015), pp. 15–20.

14 Exposé des motifs au projet de code pénal vaudois. Annexes au Bulletin du Grand Conseil, année 1930, t. 2, p. 51.

tion mène une enquête complémentaire qui comprenne, si cela est jugé nécessaire, un examen médical ou psychiatrique.¹⁵ L'intégration des savoirs psy aux procédures judiciaires passe donc par une évolution législative. En outre, cette approche correspond à celle recommandée par les œuvres d'aides à l'enfance ainsi que par la magistrature.¹⁶ Le secrétariat nouvellement créé a pour charge de récolter des informations sur les mineur-e-s inquiété-e-s par la justice, et peut, s'il le juge nécessaire, recourir à une expertise médicale ou psychiatrique.¹⁷ Cette innovation institutionnelle, qui scelle les liens entre la justice pénale et la psychiatrie, est la suite logique des évolutions évoquées plus haut.

Ainsi, lorsqu'un Office médico-pédagogique (OMPV) est ouvert dans le canton de Vaud, c'est sans surprise au Département de justice et police qu'il est rattaché, et son directeur n'est autre que Lucien Bovet, qui cumule cette fonction avec son poste au Bercaïl. La création d'un office médico-pédagogique est la conséquence directe de l'adoption d'un nouveau code pénal fédéral qui entérine au niveau fédéral cette fois, le principe d'une justice pénale pour mineur-e-s. Le nouveau texte consacre le principe de la primauté de l'éducation sur la peine.¹⁸

La commission de psychiatrie infantile de la SSP évoquée plus haut a joué un rôle non négligeable pour donner à la pédopsychiatrie une place de choix dans le dispositif judiciaire. Ainsi, dès 1940, elle «décide en principe qu'il y aurait lieu d'entreprendre une démarche auprès de la Conférence des chefs des départements cantonaux de justice et police, afin que celle-ci tienne compte des exigences de la psychiatrie infantile dans l'élaboration des lois

15 Numa Graa, *L'instauration*, p. 72.

16 Joëlle Droux, Anne-Françoise Praz, *Placés, déplacés, protégés? L'histoire du placement d'enfants en Suisse, XIX^e-XX^e siècle*, Neuchâtel 2021, p. 58.

17 Article 3 du projet de loi organisant un Secrétariat pour la protection des mineurs, *Bulletin du Grand Conseil*, séance du 21 mai 1934, p. 889.

18 Urs Germann, *Amender avec humanité plutôt que condamner avec rigueur. Les organisations d'utilité publique et l'évolution de la pratique du droit pénal des mineurs au XIX^e siècle et au début du XX^e siècle*, in: Beatrice Schumacher (dir.), *Un devoir librement consenti. L'idée et l'action philanthropiques en Suisse de 1800 à nos jours*, Zürich 2010, p. 232.

d'application du Code pénal fédéral». ¹⁹ La volonté de ne pas laisser ce terrain leur échapper au profit d'autres professionnel-le-s est clairement formulée lors d'une rencontre dans la commission de psychiatrie infantile à laquelle participent notamment Repond et Henri Bersot. Ce dernier recommande que des contrôles psychiatriques «plus systématiques et plus complets» soient effectués dans les institutions pour «enfants de caractère difficile». ²⁰ Les psychiatres sont convaincus que l'organisation du réseau d'assistance est peu favorable à une telle initiative. Il demeure, nous l'avons dit, largement basé sur des institutions charitables privées qui, selon les mots de Repond «travaillent avec d'anciennes méthodes» et à qui «il est difficile de faire admettre un contrôle». ²¹ Toujours est-il que de l'avis du psychiatre, la nouvelle législation pénale représente «une occasion unique de pénétrer dans la thérapeutique de la délinquance infantile». ²²

Lucien Bovet ne défend pas autre chose lorsqu'il affirme qu'avec la nouvelle organisation pénale, le Bercaïl contribuera «à prévenir et à guérir la délinquance infantile». ²³ Auteur d'un rapport remarqué intitulé *Le point de vue du psychiatre dans l'application des mesures prévues par le droit pénal des mineurs*, ²⁴ il semble qu'il ait personnellement œuvré au niveau cantonal pour que sa discipline soit intégrée au nouveau dispositif. Dès 1939, il s'entretient avec le Conseiller d'État Antoine Vodoz, en charge du Département de justice et police à propos «de la réorganisation de la lutte contre la délinquance infantile». ²⁵ Pour autant, le rapprochement de la pédopsychiatrie et de la justice n'est pas une évidence au niveau institutionnel, et donne lieu à certaines tensions chez les hauts fonctionnaires du canton. ²⁶

19 Procès-verbal de la Commission de Psychiatrie Infantile de la SSP, séance du 11 février 1940, in: *Journal de psychiatrie infantile* 6 (1939), p. 191.

20 Rapport, in: *Journal de psychiatrie infantile* 6 (1941), p. 156.

21 *Idem.*

22 *Ibid.*, p. 157.

23 Lucien Bovet, Le Bercaïl, in: Rapport de l'Hospice de l'Enfance, 1941, p. 10.

24 Lucien Bovet, Le point de vue du psychiatre dans l'application des mesures prévues par le droit pénal des mineurs, in: *Journal de psychiatrie Infantile* 11 (1944).

25 Archives Cantonales Vaudoises (ACV), KVII b 33/1, Lettre de Lucien Bovet au Conseiller d'État Antoine Vodoz datée du 15 avril 1939.

26 Garibian, 75 ans de pédopsychiatrie, p. 27.

Une médicalisation loin d'être absolue ; ou le difficile positionnement de la pédopsychiatrie

L'expertise médicale, et plus particulièrement l'expertise psychiatrique, s'impose donc comme l'un des outils des institutions étatiques, notamment répressives. Les pédopsychiatres entendent non seulement fournir de nouveaux outils de prévention, de détection et d'évaluation de la délinquance, mais aussi réviser la terminologie en vigueur qui révèle le poids des jugements moraux dans ce domaine. Les qualificatifs de « pervers » ou « moralement abandonnée » qui figurent dans la législation ne correspondent pas au vocabulaire utilisé par les pédopsychiatres, ce qui leur semble problématique.²⁷ Pour autant, il importe de nuancer ce qui s'apparente à un processus de médicalisation de la délinquance, et, plus largement, du secteur de l'enfance. Si les médecins, et plus particulièrement les psychiatres évoqués plus haut, s'évertuent bien à faire de leur discipline un outil de prévention et de gestion de la délinquance, et que l'expertise psychiatrique prend de plus en plus d'importance dans les procédures pénales et administratives, force est de constater que dans la pratique, cette « médicalisation » est toute relative. D'abord, parce que les psychiatres insistent sur la dimension éducative – plus que thérapeutique – de leur travail. Ensuite, parce que leurs rapports sont loin d'être facilement utilisables par les autorités administratives et judiciaires.

En fait, le positionnement des pédopsychiatres trahit davantage des stratégies professionnelles visant à institutionnaliser leur discipline, qu'une approche scientifique rigide. Dans les années 1930, une certaine confusion est observable autour des attributions de la médecine et sa pertinence face aux troubles psychiques. Ainsi, avant même l'ouverture du Bercaïl, le conseil d'administration de l'Hôpital de l'enfance fait remarquer que beaucoup d'enfants pris en charge pour des troubles somatiques souffrent en fait de problèmes psychiques et « demand[ent] un traitement prolongé tenant plutôt de l'éducation que de la médecine proprement dite »²⁸ – en clair, ce qui ne

27 Procès-verbal de la séance de la commission de psychiatrie infantile de la SSP du 30 mai 1946, in: *Journal de psychiatrie infantile* 13 (1946–1947), pp. 60–61.

28 Rapport du Comité d'administration de l'Hospice de l'enfance sur l'exercice 1934, p. 3.

relève pas du somatique quitte le pré-carré de la médecine. C'est sans doute en réaction à ce genre de raisonnements, et pour ne pas voir les enfants souffrant de troubles psychiatriques leur échapper au profit du secteur éducatif que les psychiatries ont tant insisté sur le bien-fondé de leurs approches, notamment auprès des autorités.

Pourtant, de leur propre aveu, leur spécialité est encore balbutiante et la prise en charge est souvent faite de tâtonnements. Les troubles des enfants sont d'ailleurs rarement interprétés uniquement sous l'angle médical et les résultats obtenus par le Bercaïl, sont selon Bovet «fort encourageant» non seulement sur le plan «psycho-pédagogique» mais également sur le plan «social». ²⁹ Selon René Henny, qui reprend la direction de l'OMPV en 1957 avant d'occuper la première chaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'université de Lausanne, dans l'après-guerre, l'approche anatomo-clinique des troubles mentaux perd du terrain. ³⁰ Au Bercaïl, comme à l'OMPV, le courant dominant est celui de la psychanalyse. Pour autant, la cohabitation entre différentes approches professionnelles n'ait pas toujours été exempte de tensions au Bercaïl, et il semble que «les vues des éducatrices avaient de la peine à s'harmoniser avec celle du savant [Bovet]». ³¹

Par ailleurs, les rapports produits par l'OMPV sont loin de répondre aux attentes des autorités judiciaires. C'est ce dont témoigne une lettre datée du 1^{er} mars 1951, adressée au chef du service de la protection pénale. La missive est non signée, mais émane très probablement de l'Office cantonal des mineurs (OCM) qui fait savoir tout le mal qu'il pense du travail fourni par les experts de l'OMPV. D'abord, les psychiatres rechigneraient souvent à préconiser un traitement dans un établissement spécial, et ce d'autant plus qu'ils en «discut[ent] le bien-fondé» au grand dam de l'OCM qui doit faire appliquer les décisions de justice, y compris des placements en institution donc. ³² Les rapports produits seraient également de peu d'utilité aux fonc-

²⁹ Lucien Bovet, *Le Bercaïl*, in: *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1941, p. 10.

³⁰ Jean Mayerat, Willy Rohrbach, *René Henny*, Document video VHS, Yverdon-les-Bains, Plans Fixes, 1991.

³¹ Lucien Bovet, *Le Bercaïl*, in: *Rapport de l'Hospice de l'enfance*, 1951, p. 14.

³² ACV S 218/22, Lettre de la direction de l'OCM au directeur du service de la protection pénale du 1^{er} mars 1951, p. 2.

tionnaires de l'office qui goûtent peu les approches analytiques. Sans faire l'économie d'une certaine condescendance, la lettre précise :

Le 90% de nos mineurs souffre de complexes: abandon, infériorité, agressivité, affectivité qui n'a pu se fixer, etc., etc. Cela ressort tellement visiblement des circonstances établies [...] que nous commençons par le savoir, à l'OCM, même sans diplôme de l'Institut des sciences de l'éducation de Genève ou Paris. Dès lors, pour être franc, peu nous chaut, ou plutôt peu nous sert, en définitive, d'avoir un rapport de 2 à 3 pages qui, d'abord, colle des étiquettes scientifiques savantes sur des traits caractériels assez évidents et somme toute assez simples, puis conclut ensuite magistralement, sans préconiser un véritable traitement.³³

À ces options thérapeutiques et scientifiques contestées, s'ajoutent également des obstacles institutionnels qui entravent parfois la collaboration entre les autorités judiciaires et les institutions pédopsychiatriques du canton. Ainsi, selon Bovet, certains enfants adressés au Bercaïl par l'OCM n'ont pu être accueillis ou ont dû patienter plusieurs semaines, faute de place.³⁴ Il faut bien dire que si la délinquance a servi de marchepied à l'institutionnalisation de la pédopsychiatrie, celle-ci tente rapidement de se défaire de cette étiquette qui effraie probablement bon nombre de parents et d'institutions. Dans une note sur la mission de l'OMPV Bovet insiste sur les consultations ambulatoires à destination du grand public. Une orientation qui figurait d'ailleurs également parmi les nombreux reproches détaillés dans la lettre de l'OCM évoquée plus haut. Dans cette même note, le pédopsychiatre n'hésite pas à se distancier explicitement de la sphère pénale en rappelant que l'OMPV est une institution «strictement médicale, dépourvue de tout arrière-goût policier».³⁵ Quoiqu'en dise Bovet, les institutions pédopsychiatriques n'ont pas totalement rompu avec une vision moralisatrice de la délinquance. Elles demeurent donc particulièrement normatives, même s'il s'avère que, pour diverses raisons à la fois institutionnelles et scientifiques, la rencontre entre la justice des mineur·e·s et la psychiatrie infantile demeure inachevée.

33 *Ibid.*, p. 4

34 Lucien Bovet, Le Bercaïl, in : Rapport de l'Hospice de l'enfance, 1942, p. 9.

35 ACV S 41 D/167, note rédigée par Lucien Bovet et intitulée l'Office médico-pédagogique vaudois, s.d., le document date probablement de 1949.

Un tournant social et une popularité grandissante

Au cours des années cinquante, le dispositif d'aide à l'enfance se reconfigure, notamment sous l'effet de nouveaux savoirs et pratiques liés au développement des sciences de l'éducation et de la sociologie. De fait, au milieu des années 1950, le rattachement de l'OMPV au Département de justice et police n'est plus du tout bien perçu, et les problèmes évoqués plus haut deviennent insurmontables. C'est aussi que le vocabulaire pénal passe mal auprès du public et contribue à stigmatiser les enfants amenés à être pris en charge par l'OCM. «Les termes de <justice et police> sonnent souvent mal aux oreilles du grand public: certains mineurs qualifiés de difficiles, d'inadaptés ou de caractériels et suivis par [le Département de justice et police] risquent de pâtir leur vie durant [...] d'une étiquette à laquelle on donne malheureusement volontiers un caractère péjoratif.»³⁶ Enfin, le champ de l'aide à l'enfance s'est complexifié et de nouvelles professions, telles que les assistant-e-s sociaux-ales ou les éducateur-riche-s, contribuent au développement d'une approche psycho-éducative. Il est donc décidé de créer un nouveau Service de l'enfance rattaché cette fois au Département de l'Intérieur. La direction du service, qui ouvre ses portes en 1957, est confiée à Jacques Bergier, lui-même pédopsychiatre.

Cette évolution n'est pas qu'une réorganisation institutionnelle; elle traduit les reconfigurations que connaît le champ de l'aide à l'enfance et s'accompagne d'une intensification et une professionnalisation du réseau socio-médical dévolu à l'enfance. De nouveaux métiers voient le jour et les normes d'encadrement ont évolué, créant une forte demande. Les éducateur-riche-s, notamment, manquent cruellement au canton selon les nouveaux standards d'encadrement. Une motion sur l'enfance inadaptée est l'occasion pour le député Charles Guisan de rappeler que les spécialistes estiment qu'il faut un éducateur pour huit à dix enfants, soit, 150 pour l'ensemble du canton qui compte environ mille enfants placés. Or, selon le député, il n'y en a que soixante.³⁷ Pourtant, la profession se structure rapidement, puisque

³⁶ La Création du Service de l'enfance, in: Gazette de Lausanne, 15 Juin 1955.

³⁷ Motion Kuttel et consorts concernant l'enfance inadaptée, Rapport de commission, Bulletin du Grand Conseil, séance du 14 mai 1957, p. 272.

l'Association romande des éducateurs de jeunes inadaptés (AREJI) voit le jour en 1957. Cette évolution accompagne le développement des approches sociologiques et leur intégration progressive aux structures étatiques, allant jusqu'à la création d'un bureau de recherche sociologique au sein du Service de l'enfance en 1965.

En fait, le secteur de l'aide à l'enfance a connu une extension notable de son champ d'action à partir du milieu des années 1960. Cette évolution fait écho au développement de l'État social et fait suite à la démocratisation du secteur qui n'est plus réservé à une population aux prises avec de lourdes difficultés socio-économiques. L'image d'institution pour enfants anormaux qui a longtemps terni la réputation de l'OMPV s'est passablement estompée et l'institution est de plus en plus sollicitée par les parents eux-mêmes. Souvent issus des classes moyennes, ceux-ci sont soucieux du développement et de l'éducation de leurs enfants.³⁸

C'est à cette évolution que répond la volonté d'ouvrir sur le site de l'hôpital de l'enfance un établissement de jour. Formulé dès 1957, ce projet doit permettre de s'adapter aux nouvelles formes de prise en charge, qui incluent plus souvent une collaboration avec les familles. Celles-ci ne sont plus perçues comme la source principale des troubles dont souffrent leurs enfants, mais comme de potentielles partenaires. Ouvert en 1970, le nouvel hôpital de jour est emblématique de l'évolution que connaît la pédopsychiatrie. Celle-ci s'éloigne définitivement de ses premières inclinations vers la délinquance et les familles – souvent populaires – jugées dysfonctionnelles pour une patientèle plus aisée. Ce tournant ne doit toutefois pas occulter le fait que de nombreux patient-e-s de ces institutions ne bénéficient pas systématiquement d'une prise en charge adaptée. En 1961, on compte par exemple onze admissions de mineurs à Cery, un établissement psychiatrique pour adultes, alors qu'ils sont seulement six à intégrer le Bercaill la même année.³⁹ Cet état de fait ne semble pas constituer une exception. En 1967, il est convenu qu'une entorse au principe de la sectorisation soit faite « et qu'il

³⁸ ACV, S 52/103, lettre de René Henny au chef du Département de l'intérieur, 21 juin 1961.

³⁹ Rapport du Service de l'enfance, in: Rapport du Département de l'intérieur, 1961, p. 28.

sera demandé à l'Hôpital de Cery d'hospitaliser «à bien plaisir» le maximum possible de ces malades», des adolescents donc, et ce en dépit des réticences exprimées par le directeur de cette institution, Christian Müller.⁴⁰

Conclusion

En une vingtaine d'années à peine, la pédopsychiatrie s'est non seulement intégrée au dispositif étatique dévolu aux enfants et aux adolescent-e-s, mais elle a également largement contribué à le façonner. Les pédopsychiatres ont saisi l'opportunité que représentait l'instauration d'une juridiction pénale spéciale pour les mineur-e-s au début des années 1940 pour devenir un interlocuteur incontournable. La création du Bercaïl d'abord, puis celle de l'OMPV au sein du Département de justice et police rendent compte des options prises par les autorités en matière de délinquance et de psychiatrie. Toutefois, on aurait tort de conclure trop rapidement à un simple processus de médicalisation de la délinquance, tant la collaboration entre juristes et pédopsychiatres s'est avérée laborieuse. Les premier-ères jugent durement les expertises jargonantes produites par les second-e-s, tandis que les second-e-s mesurent progressivement le préjudice que cause à la réputation de leur discipline le fait d'être associés aux institutions policières et judiciaires. De fait, les options prises à partir des années 1950 mettent un terme à cette collaboration. Non seulement les approches psycho-éducatives s'étoffent, à la faveur de l'apparition de nouvelles professions (éducateur-ric-e-s, assistant-e-s sociaux-ales, etc.), mais l'image du secteur se modifie, en même temps que la patientèle se diversifie. L'institutionnalisation de la pédopsychiatrie s'est donc faite selon une trajectoire non linéaire, qui atteste de l'imbrication des stratégies professionnelles, des logiques institutionnelles et des orientations médicales.

⁴⁰ ACV S 41 D 20, Procès-verbal de la séance de la Commission permanente chargée de la coordination de l'équipement psychiatrique hospitalier et extra-hospitalier du Canton, Lausanne, 2 juillet 1968.

Von der «kleinen Psychiatrie» zur regionalisierten Versorgung

Die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton Aargau 1940–1990

Urs Germann

Abstract

This chapter explores the development of child psychiatry in the Swiss Canton of Aargau. It covers the period between the 1930s, when the first polyclinics for adult and minor patients opened, and the 1980s, when a newly established Service for child and youth psychiatry found its definite structure. It is argued that the development of child psychiatry in the Canton of Aargau (as in other regions of Switzerland) was strongly shaped by the expansion of the welfare state. Welfare schemes such as child protection, juvenile courts or disability insurance not only entailed a rising demand for psychiatric expertise, but led, in the long run, also to a considerable rise of awareness and public expenditures in the field of mental health.

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit der Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton Aargau.¹ Im Fokus steht die Entwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsangebote von der Zwischenkriegszeit bis in die späten 1980er Jahre. Als roter Faden dient die Frage, inwieweit der Ausbau des Wohlfahrtsstaats als Treiber der institutionellen Ausdifferenzierung anzusehen ist.² Die Darstellung fokussiert dabei auf den Wandel der strukturellen und politischen Rahmenbedingungen und weniger auf die Entwicklung von Krankheitsbildern und Therapiekonzepten oder auf einzelne Exponent*innen des Fachs. Die Aargauer Kinder- und Jugendpsychiatrie ist hierfür insofern ein interessantes Fallbeispiel, als sie lange im Schatten der

1 Der Beitrag geht auf eine Pilotstudie zu Medikamentenversuchen an der Psychiatrischen Klinik Königsfelden zurück, die ich 2020 im Auftrag des Kantons Aargau durchgeführt habe. Ich danke allen Mitarbeitenden der Psychiatrischen Dienste Aargau und des Staatsarchivs des Kantons Aargau, die mich bei den Recherchen unterstützt haben.

2 Ich gehe hier von einem umfassenden Verständnis von Wohlfahrtstaatlichkeit aus; diese umfasst nicht nur Sozialversicherungen und Sozialhilfe, sondern z. B. auch die Gesundheitsversorgung oder das Bildungswesen.

Zürcher und Basler Universitätspsychiatrie stand. Die kantonale Klinik in Königsfelden dominierte die psychiatrische Versorgung im Kanton bis in die Nachkriegszeit stark. Ab den 1960er Jahren machte dann die Nähe zu den universitären Zentren die eigenen Versorgungslücken immer stärker spürbar. Eine wachsende Zahl von Eltern wich damals mit ihren Kindern auf kinder- und jugendpsychiatrische Angebote in den Nachbarkantonen aus. In diesem Kontext kam es schliesslich zu einem nachholenden Aufbau neuer Strukturen. Die Geschichte der Aargauer Kinder- und Jugendpsychiatrie weist aber auch Züge auf, die mit der Entwicklung in anderen Kantonen vergleichbar ist. Dazu gehören etwa die frühe Fokussierung auf ambulante Angebote oder die verstärkte therapeutische Orientierung ab den 1970er Jahren.³

Die Anfänge: Beratungsstellen

Die Aargauer Kinder- und Jugendpsychiatrie geht auf die Einrichtung ambulanter Beratungsangebote für Erwachsene in den 1930er Jahren zurück. Die Psychiatrische Klinik Königsfelden bildete damals das Rückgrat der Versorgung. Die 1872 eröffnete und bald chronisch überfüllte Einrichtung verfügte bis in die 1980er Jahre konstant über 800 Betten. Sie nahm bei Bedarf auch Kinder und Jugendliche auf, deren genaue Zahl allerdings nicht bekannt ist. 1933 entstand auf dem Klinikareal in Königsfelden die erste Beratungsstelle für ambulante Konsultationen. 1937 erfolgte die Verlegung ins Zentrum von Brugg, im gleichen Jahr kam eine Beratungsstelle in Aarau und 1952 eine weitere Stelle in Baden hinzu. Die sogenannte «kleine Psychiatrie» wurde von Oberärzten der Klinik versehen und stand der Bevölkerung unentgeltlich zur Verfügung.⁴ Der Kanton Aargau folgte dabei einem breiten Trend der Zwischenkriegspsychiatrie. In Zürich war die erste psychiatrische Poliklinik der Schweiz 1913 eröffnet worden, ähnliche Einrichtungen folgten zum Beispiel in Basel (1933) oder Bern (1934).

³ Zur Aargauer Kinderpsychiatrie siehe Elisabeth Schaffner-Hänny, *Wo Europas Kinderpsychiatrie zur Welt kam. Anfänge und Entwicklungen in der Region Jurasüdfuss*, Zürich 1997, S. 130–187.

⁴ Jahresbericht der Psychiatrischen Klinik Königsfelden (1958), S. 17; (1961), S. 11; (1969), S. 8.

Die neu eröffneten Polikliniken waren als niederschwellige Angebote konzipiert, die die Kliniken entlasten sollten. Zugleich erweiterten sie den Zugriff auf Gesellschaftskreise und Problemlagen, die bisher kaum im Blick der Psychiatrie gestanden hatten. Die neuen Angebote hatten zudem eine prophylaktische Stossrichtung. Beginnende Geisteskrankheiten müsse man «eher draussen als drinnen» erfassen, man habe dann die Möglichkeit, «statt mit vielem materiellen und seelischen Aufwand zu heilen – vorzubeugen», hiess es 1954 in der Hauszeitung der Klinik Königsfelden.⁵ Ambulante Anlaufstellen entsprachen aber auch einer wachsenden Nachfrage breiter Bevölkerungsschichten nach psychiatrisch-medizinischen Konsultationen. Hinzu kam der steigende Bedarf der Justiz- und Vormundschaftsbehörden an Kurzgutachten. Die Frequentierung der Beratungsstellen nahm laufend zu: 1940 wurden 134 Patient*innen beraten, 1955 nahmen bereits 474 und 1970 1256 Personen die Konsultationen in Anspruch. 1973 wurde die Beratungstätigkeit schliesslich in der Psychiatrischen Ambulanz in Königsfelden zusammengefasst.⁶

Zu den Nutzer*innen der Beratungsstellen gehörte eine wachsende Zahl von Eltern sowie Kinderschutz- und Jugendstrafbehörden. Kinder unter 16 Jahren machten in der Nachkriegszeit rund die Hälfte der Patient*innen aus. Rund zwei Drittel der betroffenen Kinder waren Knaben. De facto handelte es sich somit um das erste kinder- und jugendpsychiatrische Angebot im Kanton. Auch dies war keine Besonderheit; auch in Zürich oder Basel entwickelte sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Erwachsenenpolikliniken heraus.⁷ Erziehungsprobleme, Schulversagen und Bettnässen standen bei den

5 Hans Günther Bressler, Entwicklung und Tätigkeit unserer Beratungsstellen, in: Herbstgruss aus Königsfelden 29 (1954), S. 14–20, hier S. 14.

6 Ebd., S. 16; Jahresbericht der Psychiatrischen Klinik Königsfelden (1955); (1970); (1973).

7 Lena Künzle u. a., Legitimierung behördlicher Praxis? Analyse einer stationären kinderpsychiatrischen Begutachtung in Zürich 1944, in: Österreichische Zeitschrift für Geschichte 31 (2020), S. 124–143; Frank Köhnlein, «Dieses neue Tätigkeitsgebiet entspricht einem dringenden Bedürfnis und wird bald weiter ausgebaut werden müssen.» Beitrag zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik Basel, Basel 2010, <https://unigeschichte.unibas.ch/fakultaeten-und-faecher/medizinische-fakultaet/juengste-entwicklungen-der-medizinischen-fakultaet/kinder-und-jugendpsychiatrie> (7.8.2021); Susanne Zürrer-

Konsultationen im Vordergrund. Oft gestellte Diagnosen wie «Erziehungsschwierigkeiten» oder «Milieuschäden» blieben unspezifisch oder lehnten sich an pädagogische Kategorisierungen an. An Psychosen erkrankte Kinder waren dagegen eher selten. Die Ärzt*innen gaben Eltern und Behörden Ratschläge und Empfehlungen oder überwiesen Kinder zu weiteren Abklärungen. Hinzu kamen Begutachtungen für die Jugendanwaltschaft und später für die Invalidenversicherung (IV).⁸ Ebenfalls zu den Aufgaben der Beratungsstellen gehörte die konsiliarische Betreuung der Erziehungsanstalt Aarburg.⁹

Die Kinderstation Rufenach

Parallel zum Ausbau der Beratungsstellen diskutierten Aargauer Ärzt*innen, Jugendanwält*innen und Lehrpersonen über den Bau einer Station, wo verhaltensauffällige Kinder über längere Zeit beobachtet werden konnten. Einige Deutschschweizer Kantone kannten bereits solche Einrichtungen oder waren daran, solche zu schaffen. Dazu gehörten Zürich (Stephansburg, 1921), Bern (Neuhaus, 1937) oder Solothurn (Wangen, 1929, und Biberist, 1937).¹⁰ 1932 griff die Klinikleitung von Königsfelden das Thema zum ersten Mal auf; verschiedene Eingaben und Projekte für einen Neubau auf dem Klinikareal folgten.¹¹ 1945 erwarb der Kanton schliesslich das privat getragene und kaum mehr genutzte Armenhaus in Rufenach und liess es zu einer Beobach-

Simmen, Wege zu einer Kinderpsychiatrie in Zürich 1994. Zum internationalen Umfeld Elisabeth Dietrich-Daum, Michaela Raiser, Dirk Rupnow (Hg.), *Psychiatrisierte Kindheiten. Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak, 1954–1987*, Innsbruck 2020; Wolfgang Rose, Petra Fuchs, Thomas Beddies, *Diagnose «Psychopathie». Die urbane Moderne und das schwierige Kind. Berlin 1918–1933, Wien 2016*; John Stewart, *Child Guidance in Britain, 1918–1955. The Dangerous Age of Childhood*, London 2013.

⁸ Bressler, *Entwicklung*, S. 17f.; *Jahresbericht der Psychiatrischen Klinik Königsfelden (1955)*, S. 18; (1960), S. 15.

⁹ Kevin Heiniger, *Krisen, Kritik und Sexualnot. Die «Nacherziehung» männlicher Jugendlicher in der Anstalt Aarburg (1893–1981)*, Zürich 2016, S. 233.

¹⁰ Vgl. Schaffner-Hänny, *Europas Kinderpsychiatrie*.

¹¹ Staatsarchiv des Kantons Aargau (StAAG), Zwa 2003.0036 (2003–00061), 741, *Projekt einer Kinderbeobachtungsstation*, 31. 12. 1940.

tungstation herrichten. Im Sommer 1947 nahm die Kinderstation den Betrieb auf.

Begründet wurde der Bedarf mit der starken Frequentierung der Beratungsstellen, die immer mehr Kinder zu stationären Folgeabklärungen überwiesen. Hinzu kam das Argument der Prophylaxe. Die Klinikdirektoren Arthur Kielholz (Amtszeit: 1922–1944) und Peter Mohr (1944–1970) waren beide Anhänger der Psychohygiene, die in der Zwischenkriegszeit in der Schweiz auf grosse Resonanz stiess. Zur Förderung der psychischen Gesundheit gehörte für sie ebenfalls die Früherfassung und Behandlung gefährdeter und «schwererziehbarer» Kinder.¹² Auch die Botschaft des Regierungsrats von 1945 nannte die Prävention an erster Stelle. Es habe sich nämlich gezeigt, «dass die Verfehlungen und Verbrechen von Kindern und Jugendlichen [...] Reaktionen auf ungünstige Familien- und Umweltverhältnisse darstellten und viel leichter zu verstehen und behandeln sind als Verfehlungen von Erwachsenen, die wiederum in vielen Fällen aus scheinbar harmlosen, kindlichen Entgleisungen [...] sich entwickeln, bis sie schliesslich zum fast unkorrigierbaren Gewohnheitsverbrechertum werden».¹³ Weiter befördert wurde der Gefährdungsdiskurs durch das neue schweizerische Jugendstrafrecht von 1942, das den Erziehungs- und Fürsorgezweck ins Zentrum stellte. Indem es vorsah, dass Behörden vor einem Entscheid eine stationäre Beobachtung anordnen konnten, institutionalisierte es die Zusammenarbeit zwischen Justiz und (Kinder-)Psychiatrie. Die Aargauer Jugendanwaltschaft beanspruchte denn auch von Beginn an einen Teil der Beobachtungsplätze für sich. 1958 wurde die Kinderstation auch rechtlich in der Strafprozessordnung verankert.¹⁴

12 Nora Zimmermann, «Vorbeugen ist besser als Heilen». Das psychiatrische Krankheits- und Therapieverständnis des Arztes und Psychiaters und ehemaligen Leiters der Klinik Königsfelden Arthur Kielholz (1879–1962), Lizentiatsarbeit, Zürich 2008.

13 StAAG, R 05.49.11. 2. Teil, Botschaft des Regierungsrats betr. Errichtung einer psychiatrischen Kinderbeobachtungsstation in Rüfenach, 21.9.1945, S. 1.

14 Ebd., S. 3; Gesetz über das Strafverfahren, 11.11.1958, Art. 20, Aargauische Gesetzessammlung (1955–1959), S. 631. Zur Entwicklung des Präventionsgedankens im Jugendstrafrecht: Urs Germann, Kampf dem Verbrechen. Kriminalpolitik und Strafrechtsreform in der Schweiz, 1870–1950, Zürich 2015, S. 154–161.

Aufgabe der Kinderstation war es, Kinder psychiatrisch und heilpädagogisch zu untersuchen, die Ursachen von «charakterlichen oder psychischen Entwicklungsstörungen» abzuklären und den einweisenden Stellen Massnahmen vorzuschlagen. Hinzu kam die Aufgabe, die Forschung und die Ausbildung von Erziehungspersonen zu fördern.¹⁵ Das Konzept bewegte sich an der Schnittstelle von Psychiatrie und Heilpädagogik und beruhte auf einer geschlechtsspezifischen Hierarchie und Aufgabenverteilung. Die Leitung und ärztliche Betreuung übernahm der Direktor von Königsfelden, die operative Führung oblag einem Heimeltern-Paar, das von Erzieherinnen und einer Lehrerin unterstützt wurde. Die Station war zunächst für 18 Knaben und Mädchen im Alter von vier bis 15 Jahren ausgelegt. Später wurde die Zahl der Plätze auf zwanzig erhöht und es wurden zwei Gruppen und zwei Schulklassen geführt. Gemäss einer Zusammenstellung von 1965 waren von den bis dahin aufgenommenen 900 Kindern 15 Prozent durch die Jugendanwaltschaft, 35 Prozent durch Vormundschaftsbehörden und fünfzig Prozent durch die eigenen Eltern eingewiesen worden.¹⁶ Die Kostgelder wurden von den Versorgern, der IV oder den Eltern bezahlt. Das Defizit übernahm der Kanton. Ab 1968 erhielt die Kinderstation zusätzlich Beiträge des Bundesamts für Justiz (BJ).

Die Station hatte vor allem eine Triagefunktion. Am Ende der Beobachtungszeit stand ein Entscheid für oder gegen eine Fremdplatzierung. Die Gründung der IV 1960 führte zu einer Erweiterung der Aufgaben. Vermehrt kamen nun Kinder zur Abklärung, bei denen ein Wechsel in eine Sonderschule zur Diskussion stand. Eine fachärztliche Begutachtung und die Etikettierung des Kindes mit einer Diagnose waren Voraussetzungen dafür, dass die IV für die Kosten der Sonderschulung aufkam. Therapeutische Belange spielten in Rüfenach dagegen eine untergeordnete Rolle; der Aufenthalt dauerte denn auch kaum je länger als drei Monate. Die eingewiesenen Kinder sollten bei alltäglichen Verrichtungen, beim Spiel und im Unterricht, also gleichsam in einem «natürlichen» Umfeld, beobachtet werden. Der ärztliche Leiter führte zudem Intelligenz- und Persönlichkeitstests durch oder liess die Kinder im

¹⁵ StAAG, ZwA 2003.0036 (2003–00061), 740/17306, Reglement über die kantonale Kinderstation Rüfenach, 15. 2. 1946.

¹⁶ Ebd., 740/7622, Schlussbericht an die Aufsichtskommission, 20. 8. 1966.

EEG-Labor der Klinik Königsfelden untersuchen. Die Ergebnisse wurden in Beobachtungsheften, Erziehungs- und Arztberichten festgehalten. Mit der Zeit wurden auch vermehrt Fallbesprechungen durchgeführt. Das Beobachtungskonzept fokussierte bis in die 1960er Jahre hinein stark auf die Bereitschaft und Fähigkeit der Kinder, sich an eine neue Umgebung anzupassen und sich in der Gruppe einzuordnen. Das Verhalten im Heim sollte zeigen, ob die Ursache der Auffälligkeit eher im Herkunftsmilieu oder in individuellen «Charakterabwegigkeiten» lag. Je nach Befund empfahl der Austrittsbericht einen «Milieuwechsel», das heisst eine Fremdplatzierung in einem Erziehungs- oder Sonderschulheim, oder besondere Erziehungsmassnahmen im Elternhaus oder in der Schule.¹⁷

Gründung des Kinderpsychiatrischen Dienstes

Der Betrieb in Rüfenach veränderte sich in den ersten Nachkriegsjahrzehnten kaum. Mitte der 1960er Jahren genügte die Station den Anforderungen der Aufsichtsbehörden und der Versorger jedoch zunehmend nicht mehr. Letztere wichen vermehrt auf Angebote in den umliegenden Kantonen aus. Im Kanton Zürich gab es zum Beispiel bereits seit 1947 einen ambulanten Kinderpsychiatrischen Dienst mit Zweigstellen im Kantonsgebiet. Rüfenach habe in der Nachkriegszeit den Anschluss an die Entwicklung verloren, meinte rückblickend der damalige Hausvorsteher.¹⁸ Ausführlicher benannte 1971 eine Eingabe des Verbands der Aargauer Sozialarbeiter*innen die Mängel: bauliche Unzulänglichkeiten, das Fehlen eines/r Kinderpsychiaters*in und qualifizierter Erziehungspersonen, ein Mangel an psychologischen Abklärungen und therapeutischen Bemühungen und zu geringe Unterrichtszei-

¹⁷ Jakob Bläuer, Peter Mohr, Die kantonale Kinderbeobachtungsstation Rüfenach, o.O. [1947], S. 12, 15. Die hier beschriebene Abklärungspraxis wird durch die Durchsicht einer Stichprobe von 50 Krankenakten im Archiv der Psychiatrischen Dienste Aargau bestätigt.

¹⁸ StAAG, ZwA 2003.0036 (2003-00061), 740/13740, Bericht des Kantonsarztes, 9.2. 1972. Zu Zürich: Zürrer-Simmen, Wege, S. 83 f.

ten. Aufgrund der prekären Raumverhältnisse musste zudem seit einiger Zeit auf die Aufnahme von Mädchen verzichtet werden.¹⁹

Angesichts der rückläufigen Nachfrage unternahmen die Verantwortlichen mehrere Anläufe, um die desolate Situation zu verbessern. 1966 arbeitete die Aufsichtskommission von Königsfelden ein Projekt für die Reorganisation und Erweiterung der Station aus, das von der Regierung jedoch aus Kostengründen sistiert wurde.²⁰ 1970 scheiterte das revidierte Schulgesetz in einer Volksabstimmung, wodurch sich die Realisierung des darin vorgesehenen psychiatrisch-psychologischen Diensts verzögerte, in den die Kinderstation hätte integriert werden sollen. Im Grossen Rat wurde in der Folge die Trennung der Kinderstation von der Klinik in Königsfelden gefordert.²¹ Die Regierung reagierte, indem sie den Stellenetat aufstockte und in der Spitalkonzeption von 1972 den Aufbau eines Kinderpsychiatrischen Diensts (KPD) ankündigte. Die geplante Organisation beruhte auf Vorschlägen des Zürcher Kinderpsychiaters Stefan Herzka und sollte in der ersten Ausbauphase einen ambulanten Dienst sowie eine an das Kinderspital angegliederte Bettenstation umfassen.²² Auch die Kinderstation sollte in den Dienst integriert werden. Hinzu kamen der Konsiliardienst in Heimen sowie die Zusammenarbeit mit einem später zu schaffenden schulpseudologischen Dienst.²³

Der Nachholbedarf war tatsächlich gross. Anfangs der 1970er Jahre gab es im Kanton keine frei praktizierenden Kinderpsychiater*innen. Unter diesen Umständen schien es den Behörden sinnvoller, einen neuen Dienst zu schaffen, als mit geringer Erfolgsaussicht einen Spezialisten für ein Teilpensum an der Kinderstation zu suchen.²⁴ Auch die Betreuung von Kindern durch die Er-

19 StAAG, ZwA 2003.0036 (2003–00061), 740/14141, Eingabe der Aargauer Sektion des Verbands der Sozialarbeiter, 19. 6. 1971.

20 Ebd., 740/7622, Schlussbericht an die Aufsichtskommission, 20. 8. 1966.

21 Ebd., 740/14274, Bericht des Regierungsrats auf die Kleine Anfrage Linz, 3. 6. 1970.

22 Ebd., 740/13740, Schreiben Stefan Herzkas, 15. 9. und 26. 11. 1970.

23 Ebd., Bericht des Kantonsarztes, 9. 2. 1972; ebd., Bericht der Gesundheitsdirektion, 7. 6. 1972.

24 Ebd., Bericht des Kantonsarztes, 9. 2. 1972. 1973 liess sich in Baden ein privat praktizierender Kinderpsychiater nieder. 1975 eröffnete die Stiftung für verhaltensgestörte Kin-

wachsenenpsychiatrie erschien nicht mehr zeitgemäss. In den Zeiten geburtenstarker Jahrgänge wurden Kinder und Jugendliche tatsächlich stärker als zuvor als eigenständige Altersgruppe wahrgenommen, die von den Schattenseiten der Wohlstandsgesellschaft besonders betroffen war. Zu den Gruppen, die neu ins Visier der Kinderpsychiatrie gerieten, gehörten etwa Scheidungskinder und Kinder aus Migrantenfamilien. Gleichzeitig wurden Verhaltensauffälligkeiten und Schulschwierigkeiten vermehrt psychologisiert. Dementsprechend stieg der Bedarf nach spezialisierten Unterstützungsangeboten.²⁵ Präventionsüberlegungen spielten ebenfalls weiterhin eine wichtige Rolle. Es habe sich gezeigt, dass viele Krankheiten von Erwachsenen auf frühkindliche Entwicklungsstörungen zurückzuführen seien, hiess es 1972 in der Aargauer Spitalkonzeption.²⁶ Auch später wurde wiederholt auf die Bedeutung verwiesen, welche die IV und das BJ der Früherfassung von verhaltensauffälligen Kindern beimassen. Es gelte, «Frühinvalidität durch Depressionen, Drogensucht, Alkoholismus, schwere Leistungs- und Verhaltensstörungen sowie Kriminalität durch Früherfassung und Behandlung zu verhindern oder einzudämmen» und «hohe soziale Kosten und viel menschliches Leid» zu vermeiden.²⁷

Neu war auch die Bereitschaft des Kantons, zusätzliche Mittel für die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen bereitzustellen. Schätzungen gingen von jährlichen Betriebskosten zwischen 587'000 Franken für die erste Ausbaustufe und 1'773'000 Franken nach dem Endausbau des KPD aus. Hinzu kamen Investitionskosten von 3'740'000 Franken.²⁸ Die Ausgabebereitschaft ist vor dem Hintergrund eines rasanten Anstiegs des Gesundheitsbudgets des Kantons zu sehen. Dieses nahm zwischen 1960 und 1970 von 17,5 auf über 71 Millionen Franken zu, was real fast einer Verdop-

der in Ennetbaden eine privat getragene Therapiestation. 1980 folgte eine ähnliche Einrichtung in Koblenz.

²⁵ Vgl. Mirjam Janett, *Verwaltete Familien. Vormundschaft und Fremdplatzierung in der Deutschschweiz 1945–1970*, Zürich 2022.

²⁶ Die Spitalkonzeption für den Kanton Aargau, Aarau 1972, S. 149.

²⁷ Jahresbericht der Kinderbeobachtungsstation Rüfenach, 1977, S. 3 f.; vgl. auch Jahresbericht des KJPD (1980), S. 4 f.

²⁸ StAAG, Zwa 2003.0036 (2003–00061), 740/13740 Bericht der Gesundheitsdirektion, 7. 6. 1972.

pelung entspricht.²⁹ Vom Nachholbedarf und dem gestiegenen Gewicht der psychischen Gesundheit für das Gesundheitswesen zeugen auch die Modernisierung der Klinik in Königsfelden ab 1964 sowie die Unterstützung der privaten Suchtklinik Hasel mit kantonalen Betriebs- und Baubeiträgen.³⁰ Bei der Planung des KPD ebenfalls eine Rolle gespielt haben dürfte indes die Erwartung, dass ein Teil der Kosten durch die IV rückvergütet würde.³¹

Der KPD nahm seinen Betrieb Anfang 1974 auf. Er war administrativ dem Kantonsspital angegliedert. Gundel Grolimund-Kostron, Pädiaterin mit Erfahrungen in der Kinderpsychiatrie, übernahm interimistisch die Leitung. Im April 1976 wurde die Chefarztstelle mit Peter Bachmann besetzt, einem an der Universitätsklinik Zürich ausgebildeten Kinderpsychiater (Amtszeit 1976–1986). Der Personalbestand stieg innert Jahresfrist von drei auf dreizehn Mitarbeitende. Dazu gehörten vier Ärztinnen und Ärzte, vier Psychologinnen, zwei Sozialarbeiterinnen, ein Ergotherapeut und zwei Sekretärinnen. Kernstück bildete das Ambulatorium in Aarau. Von dort aus wurde auch der Konsiliardienst an der Kinderklinik versehen, wo Jugendliche etwa nach Suizidversuchen oder mit schweren Essstörungen stationär behandelt wurden. Dadurch sollten Einweisungen nach Königsfelden so weit als möglich vermieden werden. Im November 1974 übernahm Grolimund-Kostron auch die ärztliche Betreuung der Kinderstation Rüfenach. Ein Jahr später wurde diese definitiv in den KPD integriert und dessen Aufsichtskommission unterstellt. 1977 erfolgte der Wechsel der langjährigen Heimeltern.³²

Ausbau und Krise

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst des Kantons Aargau (KJPD), wie der Dienst ab 1977 hiess, erlebte nach der Gründung einen raschen Ausbau. Ab 1976 betreute der KJPD die Erziehungsberatungsstellen von Wohlen

²⁹ Historische Statistik der Schweiz HSSO, Tabelle U.23, in: <https://hso.ch> (24.5.2021).

³⁰ Kampf gegen die Sucht. 100 Jahre Von Effinger-Stiftung, Lenzburg 2011, S. 51.

³¹ StAAG, Zwa 2003.0036 (2003–00061), 740/13740, Bericht des Kantonsarztes, 9.2.1972.

³² Jahresberichte des Kinderpsychiatrischen Dienstes Aargau (1974); (1975); (1976).

und der Bezirke Baden, Brugg und Zurzach. 1977 erfolgte die Eröffnung eines Ambulatoriums in Baden (1983 nach Wettingen verlegt), zusätzliche Ambulatorien in Wohlen (1981) und Rheinfelden (1990) schlossen weitere geografische Versorgungslücken. Hinzu kamen in den 1980er Jahren vermehrte Konsiliardienste bei schulpyschologischen Diensten sowie Schul- und Erziehungsheimen (z.B. Olsberg, Schürmatt). 1985 wies der KJPD schliesslich einen Personalbestand von 19 Stellen aus. Die Zahl der Neuuntersuchungen stieg zunächst von 344 (1975) auf 650 (1980), um im Folgejahrzehnt infolge des Geburtenrückgangs und des Ausbaus der schulpyschologischen Dienste wieder abzunehmen. Rund zwei Drittel der Angemeldeten waren männlichen Geschlechts; weibliche Jugendliche wurden hingegen vergleichsweise häufiger in der Krisenstation der Kinderklinik behandelt, etwa wegen Essstörungen oder nach Suizidversuchen.³³

Wie ähnliche Dienste in anderen Kantonen setzte der KJPD stark auf dezentrale und ambulante Strukturen. Wie eine Zwischenbilanz von 1979 festhielt, galt es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einen «rationalisierten Grossbetrieb» zu vermeiden. Die Dezentralisierung war demnach eine wichtige Voraussetzung für eine wohnortnahe Versorgung.³⁴ In den 1980er Jahren wurde der ursprüngliche Plan, auch eine stationäre Klinik einzurichten aufgegeben. Kapazitäts- und Kostenüberlegungen waren dabei letztlich ausschlaggebend. Ob auch die Kontroverse um ein ähnliches Projekt in Zürich, das 1982 an der Urne abgelehnt wurde, eine Rolle spielte, ist schwer zu sagen. Der Verzicht auf ein stationäres Angebot hatte zur Folge, dass bei Bedarf auf ausserkantonale Einrichtungen ausgewichen werden musste und einzelne Jugendliche weiterhin nach Königsfelden eingewiesen wurden – auch wenn die Klinik dafür nicht eingerichtet war.³⁵ Auch der weitere Ausbau der Kinderstation wurde auf die lange Bank geschoben. 1979 erfolgte eine bauliche

³³ Alle Angaben aus: Jahresberichte KJPD Aargau (1977–1990).

³⁴ StAAG, ZwA 2003.0036 (2003–00061), 36/19839, Bericht über die Weiterentwicklung des KJPD bis 1985, 15.12.1979.

³⁵ Ebd., ZwA 2003.0018 (2003–00017), Ordner 27, Protokolle der Aufsichtskommission, 10.1.1980, 7.7.1988; Noëlla Gérard, «konzentriert, etikettiert, abgestempelt»? Zur Debatte um den Bau einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik im Zürich der 1980er Jahre, unpublizierte Masterarbeit, Zürich 2017.

Renovation, sodass auch wieder Mädchen aufgenommen werden konnten.³⁶ Die ebenfalls vorgesehene Verdoppelung der Kapazität von 14 auf 28 Plätze erübrigte sich jedoch in der Folge aufgrund der rückläufigen Anmeldungen. Dies war, so der Heimleiter 1984, vor allem auf den rezessionsbedingten «Rückgang von Fremdarbeitern», aber auch auf die allgemeine «Zurückhaltung der Versorger mit Fremdplatzierungen und das erweiterte Angebot anderer Institutionen» zurückzuführen.³⁷ Obwohl seit 1986 geplant, erfolgte eine grundlegende Neuausrichtung von Rüfenach erst 1999.

Mit der Gründung des KJPD verstärkte sich die therapeutische Ausrichtung. Weder in den Beratungsstellen noch in der Kinderstation Rüfenach war viel Raum für Therapien vorgesehen gewesen. Unter der Leitung von Grolimund-Kostron und Bachmann setzte sich ein pragmatisches Therapieverständnis durch, das auf einer Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapien beruhte. Immer wichtiger wurde auch der Einbezug der Eltern und anderer Bezugspersonen. Die Dezentralisierung der Angebote förderte die Entstehung eines partizipativeren Beziehungsverständnisses. «Es nützt nichts, ein Kind nur aus seinem Milieu herauszunehmen und es isoliert abzuklären und zu behandeln», hiess es 1977. Der Einbezug der Eltern war für die Psychiater*innen – nach eigenen Aussagen – mit «viel Unruhe und Arbeit» verbunden, erlaubte aber auch einen verbesserten Einblick in die betroffenen Familien. Das Bemühen, das Vertrauen der Eltern zu gewinnen, war zum Teil auch eine Konsequenz der öffentlichen Kritik, die sich in den Anfangsjahren des KJPD an mehrere Aargauer Erziehungsheime – insbesondere Olsberg und Klingnau – gerichtet hatte.³⁸

Die zunehmende Therapeutisierung wirkte sich auch auf den Betrieb in Rüfenach aus. Die Einrichtung entwickelte sich nach 1974 zu einer kombinierten Beobachtungs- und Therapiestation, die zum Teil auch das Fehlen stationärer Angebote kompensierte. 1987 erfolgte der Namenswechsel in «Heilpädagogisch-psychiatrisches Abklärungs- und Therapieheim».³⁹ Sicht-

³⁶ Jahresbericht Kinderstation Rüfenach (1979).

³⁷ StAAG, ZWA 2003.0018 (2003–00017), Ordner 27, Beilage zum Protokoll der Aufsichtskommission, 30.11.1984.

³⁸ Jahresbericht Kinderstation Rüfenach (1977), S. 4, ebenso (1978), S. 4 f.

³⁹ StAAG, ZWA 2003.0018 (2003–00017), Ordner 27, Protokoll Aufsichtskommission, 17.3.1987.

bar wurde die Veränderung in der vermehrten – und später öffentlich kritisierten – Abgabe von Medikamenten wie Ritalin an Kinder, die zur Beobachtung eingewiesen wurden, und der markanten Verlängerung der Aufenthaltsdauer. Die neu vorgesehenen Therapieaufenthalte führten dazu, dass die durchschnittliche Dauer zwischen 1972 und 1990 von gut drei auf knapp dreizehn Monate stieg.⁴⁰ Die schleichende Neuausrichtung wurde zunächst vonseiten der Jugendanwaltschaft kritisiert, die um ihre angestammten Beobachtungsplätze fürchtete.⁴¹ In den 1980er Jahren machten Einweisungen durch Straf- und Vormundschaftsbehörden allerdings nur noch einen Bruchteil der Anmeldungen aus. Die Zuweisungen erfolgten nun meist durch die Eltern, wobei diese oft durch Kinderärzt*innen oder Schulbehörden zum Handeln veranlasst (oder auch gedrängt) wurden.⁴²

Bereits 1982 warfen psychiatriekritische Kreise Bachmann vor, ein veraltetes naturwissenschaftliches Psychatruerverständnis zu vertreten.⁴³ Unter der Leitung von Gian A. Fueter (Amtszeit 1986–1996) schlitterte der KJPD dann in eine grössere Krise, die hier indes nur kurz gestreift werden soll. Fueter setzte stark auf familientherapeutische und systemische Ansätze, was innerhalb des Teams Widerstände und Vorwürfe der Einseitigkeit hervorrief. Es kam zu einer Reihe von Kündigungen, die Aufsichtsbehörden schalteten sich ein. Gegenstand der Auseinandersetzungen waren neben unterschiedlichen therapeutischen Auffassungen das Führungsverständnis des Chefarztes und persönliche Differenzen. Der Konflikt wurde 1990 durch Medienberichte über illegale Videoaufnahmen von Therapiesitzungen zusätzlich angeheizt. Die eingeleiteten Abklärungen ergaben, dass – entgegen ausdrücklicher Weisungen – in einigen Fällen die Zustimmung der gefilmten Patient*innen tatsächlich erst nachträglich eingeholt worden war. Die Krise wurde mit einem

40 Jahresbericht Kinderstation Rüfenach (1990); StAAG, ZWA 2003.0018 (2003–00017), Ordner 27, Protokoll der Sub-Kommission, 7.2.1980. Zur Kritik an der Abgabe von Ritalin Aargauer Kurier, 11.11.1990.

41 StAAG, ZWA 2003.0036 (2003–00061), 740/17306, Schreiben Jugendanwaltschaft, 28.12.1976.

42 Jahresbericht Kinderstation Rüfenach (1980) u. (1985).

43 Bürgerblatt, Juli 1982; Jahresbericht KJPD Aargau (1981).

Untersuchungsbericht der Gesundheitsdirektion sowie Empfehlungen für eine Organisations- und Personalentwicklung beigelegt.⁴⁴

Fazit

Wohlfahrtsstaatliche Programme wie der Kinderschutz, das Jugendstrafrecht oder die IV waren wichtige Treiber der Entwicklung der Aargauer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie verstärkten die Nachfrage nach psychiatrischen Abklärungen, Triage- und Therapieeinrichtungen und gaben bestehenden Gefährdungs- und Präventionsdiskursen einen institutionellen Rahmen. Die Errichtung der Kinderstation Rüfenach (1947) wurde vor allem mit dem Bedarf der Jugendanwaltschaft nach Gutachten begründet. Mit der Gründung der IV (1960) nahm die Nachfrage nach Abklärungen des Sonderschulbedarfs zu. Die IV trug auch deshalb zur institutionellen Ausdifferenzierung bei, weil sie die fachliche Spezialisierung und die Investitionsbereitschaft des Kantons mit Bundesbeiträgen förderte. Auffallend ist dabei die Kontinuität von präventionsbezogenen Begründungen. Der kriminalpolitische Alarmismus der Zwischenkriegszeit, der massive Eingriffe in Familien legitimiert hatte, machte in den 1960er Jahren zwar einer nüchterneren Betrachtung Platz. Dass die Früherkennung psychischer Störungen bei Minderjährigen dazu beitrage, individuelle und soziale Folgeschäden zu verhindern, blieb im Kontext der Eingliederungspolitik der IV aber weiterhin handlungsleitend. Der Konsens kam auch in der Bereitschaft der Aargauer Behörden zum Ausdruck, zu Beginn der 1970er Jahre massiv in die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu investieren. Demgegenüber bedeuteten die beiden nachfolgenden Jahrzehnte, zumindest was die Ressourcen- und Kostenentwicklung anbelangte, den Übergang von einem quantitativen Ausbau zu einem eher qualitativen Wachstum.

Gleichzeitig gibt es verschiedene Anzeichen, dass die wohlfahrtsstaatliche Dynamik teilweise auch von einer Nachfrage aus der Gesellschaft mitge-

⁴⁴ StAAG, ZWA 2003.0018 (2003–00017), Ordner 27, Beantwortung der Interpellationen Gschwend-Hauser, Wieser und Meier betr. den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst vom 16. Januar 1990, 1.3.1990; Protokoll des Aargauischen Grossen Rats (1989–1993), 3.4.1990, S. 924–933.

tragen wurde. So lässt sich die zunehmende Nutzung der Beratungsstellen durch ratsuchende Eltern ab den 1930er Jahren kaum allein mit obrigkeitlichen Disziplinierungsversuchen erklären. Viele Abklärungen in Rufenach erfolgten, zumindest vordergründig, im Einvernehmen mit den Eltern. Ab den 1960er Jahren förderte die vermehrte Psychologisierung von Verhaltensauffälligkeiten in Schule und Familie den Bedarf an kinderpsychiatrischer Expertise. Die wachsende Sorge der aufstiegs- und bildungsaffinen Mittelschichten um den schulischen und sozialen Erfolg ihrer Kinder dürfte dabei eine wichtige Rolle gespielt haben. Die Aargauer Psychiatrie nahm die veränderten Bedürfnisse insofern auf, als sie mit ambulanten und niederschweligen Angeboten die Nähe von betroffenen Familien suchte. Ab Mitte der 1970er Jahre wurde das Einbeziehen des familiären Umfelds schliesslich zu einer wichtigen Behandlungsmaxime. Behördliche Eingriffe und Fremdplatzierungen verschwanden dadurch zwar nicht; ihr Gewicht ging aber zurück. Im Gegenzug hatte das systemische Therapieverständnis zur Folge, dass die Familie vermehrt als Ganzes in den Blick kinder- und jugendpsychiatrischer Interventionen geriet.

La psychiatisation de la protection des mineur·e·s dans le Canton du Tessin

Tensions et conséquences (1949 – 1981)

Marco Nardone

Abstract

After the Second World War, psychiatric knowledge and expertise progressively assumed a leading role in the field of child protection in the Canton of Ticino. The article discusses this process by analyzing the issues of implementing new ambulatory and residential institutions of mental hygiene and psychological-pedagogical observation targeting childhood between 1949 and 1981. The story of a targeted individual illustrates how the psychiatrization of educational concerns justified minors' internment at the Cantonal Neuropsychiatric Hospital.

Anna C. est née en 1955 près de Lugano, neuvième d'une famille italienne de dix enfants.¹ Comme six autres frères et sœurs, elle est enlevée à la garde de ses parents. Le père est accusé d'être un homme violent et alcoolique. Il se suicide pendant son internement administratif à «La Valletta» de Mendrisio, lorsqu'Anna C. n'a que quatre ans. La mère est accusée d'être une femme inaffektive et psychopathique qui ne s'occupe pas de ses trop nombreux enfants. Dès son plus jeune âge, Anna C. est placée dans différents instituts tessinois dédiés à l'assistance d'enfants. Aux yeux des responsables de son éducation, elle est indisciplinée et a des difficultés comportementales. Pour cela, elle est d'abord suivie par le Servizio cantonale di igiene mentale (SIM – Service cantonal d'hygiène mentale). Considérée comme un enfant «difficile», les psychiatres décident ensuite de la soumettre à une observation plus encadrée, ce qui mène à son placement au Centro d'osservazione medico-psico-pedagogico (COMPP – Centre d'observation médico-psycho-pédagogique). Alors qu'elle est encore mineure, l'épuisement des mesures éducatives tentées par les responsables institutionnel·le·s conduit, enfin, à deux interne-

¹ Anna C. est un pseudonyme. Elle a donné l'accord pour l'utilisation de ses données personnelles.

ments à l’Ospedale neuropsichiatrico cantonale (ONC – Hôpital neuropsychiatrique cantonal).²

Dans le cadre de cet article, l’histoire d’Anna C. offre l’occasion d’aborder la question de la psychiatisation du domaine de la protection de l’enfance dans le Canton du Tessin, des enjeux institutionnels aux implications biographiques. Comme d’autres pays occidentaux dès le début du XX^e siècle, ce domaine est concerné par un processus de «scientification» et médicalisation qui, en Suisse, va de pair avec un processus de professionnalisation, bureaucratisation et rationalisation promu par les nouvelles possibilités d’intervention offertes par le Code civil de 1907 et par le Code pénal de 1937.³ Dans ce contexte la psychiatrie joue un rôle déterminant en ce qui concerne les placements extrafamiliaux de mineur-e-s à des fins d’assistance.⁴

Cette page de l’histoire tessinoise n’a pas encore fait l’objet de recherches scientifiques approfondies. En voulant contribuer à combler partiellement cette lacune, par l’analyse des trois institutions mentionnées – le SIM, le COMPP et l’ONC –, la présente étude de cas⁵ traite des liens entre les domaines de la psychiatrie et la protection des mineur-e-s dans le Canton du Tessin entre 1949 et 1981. Le but est de répondre aux questions suivantes: quels sont les enjeux du processus de professionnalisation, spécialisation et scientification du domaine de la protection des mineur-e-s dans le Canton du Tessin, caractérisé par l’institution du SIM et du COMPP? Comment comprendre l’internement de mineur-e-s à l’ONC malgré ces nouvelles offres

2 L’internement de mineur-e-s à l’ONC de Mendrisio entre 1945 et 1981 est l’objet de ma thèse de doctorat en cours auprès de l’Institut de recherches sociologiques de l’Université de Genève, dans le cadre du projet de recherche «Placement de mineur-e-s dans les régions frontalières: Valais et Tessin» du PNR 76 «Assistance et coercition».

3 Martin Lengwiler, Anne-Françoise Praz, *Kinder- und Jugendfürsorge in der Schweiz. Entstehung, Implementierung und Entwicklung (1900–1980)*, in: Gisela Hauss, Thomas Gabriel, Martin Lengwiler (éds), *Fremdplatziert. Heimerziehung in der Schweiz, 1940–1990*, Zürich 2018, p. 39.

4 Joëlle Droux, avec la collaboration de Martine Ruchat, *Enfances en difficultés. De l’enfance abandonnée à l’action éducative (Genève, 1892–2012)*, Genève 2012, pp. 37–39.

5 Charles Ragin, Howard Becker (éd.), *What is a case? Exploring the foundations of social inquiry*, Cambridge 1992.

de prise en charge? Les enjeux considérés relèvent de l'organisation et du fonctionnement des institutions étudiées (lois, lieux, personnel, collaborations, public cible, activités). Une attention particulière est apportée aux aspects jugés problématiques par les responsables. Les sources utilisées sont les bases légales, débats parlementaires, rapports annuels des Départements gouvernementaux, ainsi que des entretiens avec une ancienne directrice et un ancien directeur du COMPP. Le premier chapitre aborde le SIM, le deuxième le COMPP et le troisième l'ONC. Le parcours biographique d'Anna C. a été reconstruit grâce à un entretien de trois heures conduit en avril 2021 et à son dossier personnel de l'ONC contenant aussi des pièces de son dossier du COMPP.

Le Service d'hygiène mentale (SIM)

En constatant une augmentation des troubles nerveux et mentaux dans la population, à la fin des années '40 le gouvernement tessinois estime que les progrès généraux dans la prise en charge psychiatrique obtenus entre les murs de l'ONC doivent être complétés par l'institution d'un service ambulatoire capable d'offrir «une action prophylactique efficace».⁶ Cela se traduit par une attention accrue à l'égard des enfants, fondée sur les «découvertes de la psychologie moderne» qui montrent «l'énorme influence des facteurs environnementaux et éducatifs sur la manifestation et l'évolution des troubles nerveux dans l'enfance».⁷ Ouvertement inspiré par d'autres cantons, en particulier le Valais, le SIM est dirigé par un médecin spécialiste en psychiatrie, initialement secondé «par une ou plusieurs assistantes psychologiques et par une assistante sociale».⁸ Jusqu'en 1968 la direction est attribuée d'office au vice-directeur de l'ONC, ce qui crée un lien étroit entre les deux institutions. Le premier directeur (1949–1952) est Elio Gobbi et le deuxième

⁶ Messaggio n. 90 del Consiglio di Stato al Gran Consiglio concernente la istituzione di un Servizio cantonale di igiene mentale (del 27 aprile 1948), p. 360. Les citations de tous les textes en italien sont traduites par mes soins.

⁷ *Idem.*

⁸ Art. 3, Decreto legislativo concernente l'istituzione di un Servizio cantonale di igiene mentale (del 24 febbraio 1949).

(1952–1968) Giuseppe Bosia. Gobbi, précédemment collaborateur d'André Repond à Malévoz pendant cinq ans, affirme que le cas tessinois diffère des autres, car «celui-ci est un service de l'État et il est solidement ancré dans une loi appelée Hygiène Mentale, la seule à ma connaissance, qui en détermine les tâches et en règle le fonctionnement».⁹

Une tâche prescrite par le décret d'institution du SIM du 24 février 1949 est de «prévenir dans les jeunes à partir de l'âge préscolaire, la constitution de troubles nerveux, d'anomalies du caractère ou du comportement et soigner ces formes là où elles existent déjà».¹⁰ La prévention passe par la constitution d'un réseau de signalements élargi,¹¹ basé sur la collaboration avec d'autres acteur-trice-s du domaine de l'enfance, tels que Pro Infirmis, les maîtres, les médecins, infirmier-ère-s et délégué-e-s scolaires, les instituts (ré-) éducatifs et les autorités civiles et pénales. Pour ces dernières, le SIM est chargé d'établir les expertises prévues par le Code pénal de 1937.¹² Dans la visée d'un ancrage territorial tentaculaire, le siège du SIM est à Lugano, avec des bureaux à Bellinzona dès 1950, à Mendrisio auprès de l'ONC dès 1961 et à Locarno dès 1963. En 1969 le Service se scinde en une section dédiée aux adultes et une section focalisée sur l'enfance, la Sezione medico-psicologica (SMP – Section médico-psychologique).

Les motifs de signalement indiqués dans les rapports annuels (1949–1981) peuvent être résumés ainsi: présumé retard intellectuel et difficultés scolaires, anomalies caractérielles et du comportement, logopathies et neuropathies diverses, formes épileptiques, états dépressifs, vols. Dès la fin des années '60 on observe une extension et une précision des diagnostics, qui incluent toxicomanie, inadaptation sociale, troubles affectifs, névroses, psychoses, troubles somatiques, sensoriels et du langage. Dans le cas d'Anna C. par exemple, le signalement est fait par les responsables de l'institut «Casa San Felice» de Rovio, où, à six ans, elle débute sa scolarisation. Les motifs invoqués sont l'indiscipline et les difficultés comportementales. L'avis des

9 Elio Gobbi, *L'Equipe Médico-pedagogica*, in: *Criança Portuguesa* 14 (1954–1955), pp. 190–191.

10 Art. 1, let. a, Decreto SIM.

11 Lengwiler, Praz, *Kinder- und Jugendfürsorge*, p. 39.

12 Art. 1, let. d, Decreto SIM.

psychiatres du SIM est demandé dans le but d'orienter les mesures à prendre. En général, les mesures mentionnées dans les rapports annuels (1949–1981) sont: examens intellectuels et psychologiques, expertises, enquêtes sociales, conseils éducatifs, orientations professionnelles, psychothérapies, soins et contrôle d'enfants épileptiques (pendant les premières années), surveillance, soins médicaux divers (calmants, etc.).

Pour que les signalements aient lieu, dès le début les responsables visent à gagner la confiance de la société en général et des familles en particulier. D'un côté, ces dernières sont vues comme des potentiels obstacles au travail du Service. De l'autre côté, elles sont identifiées comme la source primordiale des troubles des enfants, causés par des manquements éducatifs et aussi par des biais héréditaires. Pour convaincre les familles et les autres acteur-trice-s impliqué-e-s, le SIM s'engage activement en ce qu'il appelle la «propagande» et la «diffusion de notions d'hygiène mentale».¹³ Cela est fait par la prise de contacts directs avec les acteur-trice-s surmentionné-e-s, ainsi que par le biais de la presse, la radio, la projection de films, l'édition de brochures et l'organisation de formations et conférences.¹⁴ Quant aux enquêtes sociales et familiales, une collaboration étroite s'instaure avec le Servizio Sociale Cantonale (SSC – Service Social Cantonal) créé en 1962.¹⁵

L'augmentation du nombre d'enfants pris-e-s en charge par le SIM témoigne du succès de la «propagande»: en 1950 le SIM s'occupe de 209 enfants, 403 en 1952, 603 en 1958, 801 en 1966, 1155 en 1967 et le maximum absolu est atteint en 1971 avec 1548 enfants, dont 984 garçons et 582 filles.¹⁶ En même temps, le Service est victime de son propre succès dans la mesure où la demande devient plus importante que l'offre, constamment limité par un manque de personnel dénoncé dès la première année. En 1958, par exemple, le service social du SIM est obligé de «décliner [...] les demandes

¹³ Art. 1, let. b, Decreto SIM.

¹⁴ Archivio di Stato del Cantone Ticino (ASTi), Rendiconto del Dipartimento di Igiene (RDI), Servizio cantonale di Igiene Mentale (SIM), 1949; 1950; 1956.

¹⁵ ASTi, Rendiconto del Dipartimento delle Opere Sociali (RDOS), SIM, 1962. Cf. Elio Gobbi, Una legge d'igiene mentale, in: Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie 77/1 (1956), pp. 24–29.

¹⁶ ASTi, RDI, SIM, 1950–1958; RDOS, SIM-SMP, 1959–1981.

de prestations pour une cinquantaine de cas». ¹⁷ Le SIM souffre aussi d'une pénurie de psychiatres, peu nombreux dans le canton, et développe une dépendance vis-à-vis de la rare disponibilité des médecins engagés à l'ONC. Pour la formation des assistantes psychologiques et psychothérapeutiques, le SIM collabore encore une fois avec le canton du Valais. La première assistante psychologique complète sa formation à Malévoz à la fin des années '40, tandis qu'à partir de 1961 ont lieu des séminaires mensuels de psychothérapie infantile adressés au personnel du SIM et du COMPP, animés par le docteur Norbert Béno, directeur de Malévoz, jusqu'à sa mort en 1964 et ensuite par le docteur zurichois Jakob Lutz.

Malgré ses défauts, le SIM est très actif et conquiert rapidement un rôle déterminant dans le domaine de la protection de l'enfance. De cette manière est réalisée une autre tâche prescrite par le décret de 1949, qui est celle de «collaborer avec les maisons de rééducation et, sur requête des autorités civiles et pénales, donner son avis sur l'admission ou le départ d'internés». ¹⁸ Elio Gobbi déclare en effet que pour certains instituts, notamment ceux pour «enfants difficiles» tels que l'institut de rééducation pour filles «San Gerolamo Emiliani» de Faido et l'institut de rééducation pour garçons «San Pietro Canisio» de Riva San Vitale, l'admission est soumise au préavis exclusif du SIM, tandis que la durée du placement dépend des contrôles effectués périodiquement. ¹⁹ Au-delà des placements dans des instituts rééducatifs, le décret envisage l'établissement d'un institut sous la directe responsabilité du SIM: le COMPP.

Le Centre d'observation médico-psycho-pédagogique (COMPP)

Il faut environ dix ans pour concrétiser l'institut prévu par le décret de 1949, selon lequel le SIM «disposera pour les cas les plus difficiles et complexes d'une petite section d'observation». ²⁰ Cette dernière prend la forme d'un

¹⁷ ASTi, RDI, SIM, 1958, p. 33.

¹⁸ Art. 1, let. d, Décret SIM.

¹⁹ Gobbi, Una legge, p. 28.

²⁰ Art. 4 Décret SIM.

institut de placement sollicité lorsque le travail ambulatoire du SIM est considéré inefficace. Les tâches principales du COMPP sont l'observation à des fins de diagnostic et pronostic et la thérapie qui, normalement, résultent en un placement ultérieur ou en un retour en famille. On insiste sur la nécessité d'un «travail éducatif» effectué par une «*équipe* de personnes spécialisées en éducation de garçons difficiles. À côté des éducateurs spécialisés, une psychologue et une assistante sociale feront partie de l'*équipe* permanente».²¹ Toutefois, comme pour le SIM, la disponibilité de personnel formé est problématique. Le COMPP se voit obligé de recruter du personnel italien – parfois dépourvu de formation –, ce qui cause des résistances politiques.²² Le Tessin ne dispose pas d'offres formatives pour éducateur·trice·s jusqu'au moment de la création du Centre de formation pour opérateurs sociaux en 1980.²³ En 1965 trois éducateur·trice·s du COMPP suivent une «formation en cours d'emploi»²⁴ réalisée en collaboration avec l'École d'études sociales et pédagogiques de Lausanne (1964–1966 et 1969–1972).²⁵

Le COMPP débute ses activités en 1959 dans les locaux d'un institut déjà en fonction, l'Hospice pour enfants graciles de Sorengo, disposant de cinq à dix places pour «enfants difficiles en âge scolaire».²⁶ Dès le début, cette solution est considérée comme provisoire et inadaptée à cause du manque

21 Messaggio n. 920 del 13 settembre 1960, Concessione di un credito straordinario di Fr. 60.000,- per il funzionamento di un centro di osservazione per il servizio di igiene mentale a Brusata di Novazzano, Seduta III del Gran Consiglio, 21.12.1960, p. 147. Italique dans l'original.

22 Cfr. Débat parlementaire relatif au Messaggio 26 giugno 1962 n. 1070 «Stanziamiento di un credito di 650.000.- per l'acquisto di un immobile a Stabio da adibire quale sede del Centro di osservazione medico-psico-pedagogico», intervention du parlementaire Bottani, 1962, p. 948.

23 Lorenza Hofman, Manuela Maffongelli, Fabrizio Panzera [et al.] (éds), *L'infanzia preziosa. Le politiche familiari nel Ticino dal Novecento a domani*, Bellinzona 2011, p. 82.

24 ASTi, RDOS, 1964–1965.

25 Véronique Czáká, Joëlle Droux, *Die berufliche Tätigkeit im Heim. Kontexte, Ausbildungsstätten und die Entstehung einer eigenständigen Berufsgruppe in der Westschweiz (1950–1980)*, in: Hauss, Gabriel, Lengwiler, Fremdplatziert, pp. 167–168.

26 ASTi, RDOS, SIM, 1959, p. 78.

d'espace et de la promiscuité entre des enfants ayant des besoins très différents.²⁷ La difficulté à recevoir plus d'enfants découle du fait qu'«aucun emplacement satisfaisant n'a été trouvé pour différents enfants après la période d'observation».²⁸ L'année suivante le Centre déménage au Castello de Brusata à Novazzano, près de Mendrisio. La proximité avec l'ONC est jugée «importante pour des éventuels examens et consultations spécialisés».²⁹ Cependant, le manque de places persiste et représente un obstacle à «la subdivision des enfants en groupe», ce qui rend «l'action éducative [...] plus lente et difficile à accomplir».³⁰ La situation évolue à nouveau en 1963 par le déménagement vers la commune de Stabio. Le nouvel endroit offre 14 places, encore considérées insuffisantes. Pour cela, la même année le COMPP ouvre une section de rééducation auprès de l'institut «Ala Materna» de Rovio. Les places à disposition sont limitées à vingt pour préserver le climat familial. Elles sont réservées aux enfants qui «ne peuvent pas être placés dans les instituts tessinois normaux», ni retourner en famille.³¹ Il s'agit à la fois d'une tentative de surmonter le problème des démissions et de libérer des places pour les enfants dans la section d'observation. Le COMPP est en fait constamment sollicité: «la maison a toujours été comble, les listes d'attente toujours longues».³²

Si elle permet d'améliorer la situation et de prendre en charge de nouveaux besoins thérapeutiques, la spécialisation de l'institut de Rovio est exclusive dans la mesure où elle restreint le public cible:

L'action psychopédagogique met en premier plan l'exigence d'une homogénéité et exclut donc la possibilité de faire affluer à la section de rééducation les éléments trop troublés qui perturberaient le bon déroulement du groupe, les enfants de moins de 8 ans, non assimilables pour des caractéristiques d'âge au reste du groupe (l'âge

27 Messaggio n. 920, p. 101.

28 *Idem.*

29 *Ibid.*, p. 147

30 Messaggio n. 1070, p. 961.

31 ASTi, RDOS, COMPP, 1963, p. 84.

32 *Ibid.*, p. 82.

moyen est de 11 ans). Il convient de noter aussi que le siège de Rovio n'est pas adapté pour un groupe mixte, les filles sont donc exclues.³³

En ce qui concerne l'activité d'observation, il est utile de prendre l'exemple d'Anna C. Le diagnostic formulé en 1965 sur la base de son «hérédité» familiale, ses résultats scolaires, son comportement général et ses relations interpersonnelles, est le suivant: «traits de caractère prépsychotiques réactifs à situation traumatique en sujet déjà précédemment peu structuré (institutionnalisation précoce)».³⁴ Quant au pronostic, on affirme que, bien qu'il vaille la peine de tenter une «action psychothérapeutique» pour laquelle les espoirs sont pourtant faibles, il faut privilégier «une action psycho-pédagogique bien orientée et continuée au moins jusqu'à la fin de la scolarité de la fille».³⁵ Où faire ce travail? Les places dans la section d'observation sont considérées précieuses et un placement de longue durée au COMPP est déconseillé même au niveau thérapeutique, car il créerait un attachement affectif incompatible avec le but de placement ultérieur.³⁶ L'autre possibilité, la section de rééducation de Rovio, est impraticable pour les filles. De plus, Anna C. est considérée un de ces «éléments trop troublés qui perturberaient le bon déroulement du groupe». Selon Anna C., cela représente la raison pour laquelle elle ne participe pas aux séances de psychothérapie: «ils me voulaient pas, ça je me souviens bien. [...] Je voulais aller, mais elle [la directrice du COMPP] me disait que je me comporte mal, qu'elle me voulait pas».³⁷

Le COMPP déploie un autre moyen pour faire face au problème des démissions. Dans ce cas aussi, l'histoire d'Anna C. est exemplaire puisqu'elle fait partie des enfants concerné-e-s par ce qui est défini comme le «placement familial thérapeutique». Il s'agit d'un placement chez une famille de la région (Mendrisiotto), couplé à un suivi régulier de la part du Centre. Longtemps envisagée, la mesure est mise en place dès 1967. À l'avis du COMPP, ses

33 ASTi, RDOS, COMPP, 1964, p. 75.

34 Archive de la Clinique psychiatrique cantonale (ACPC), Rapport de fin observation du COMPP, sans date, dossier Anna C., sans signature.

35 *Idem.*

36 ASTi, RDOS, COMPP, 1963, p. 83.

37 Entretien avec Anna C., 2.4.2021.

effets sont très positifs, mais le nombre de familles prêtes à accueillir ces «enfants difficiles» est restreint (dix placements familiaux thérapeutiques en 1968 par exemple).³⁸ Placée chez une famille paysanne de 1967 à 1971 (de douze à 16 ans), l'expérience d'Anna C. n'est pas du tout positive car elle subit des violences sexuelles répétées. L'éducateur du COMPP ne croit pas aux faits dénoncés par la jeune femme: «c'est ta fantaisie», il me disait». ³⁹ Suite à son énième fuite, le directeur du COMPP lui fait confiance et met un terme au placement familial.

Dans le but de trouver une solution pour Anna C. – décrite comme une fille qui s'oppose à toute forme d'autorité – l'éducateur, un psychiatre de la SMP et le Tuteur officiel (charge instituée en 1955 pour les cas de tutelle particulièrement «difficiles») tentent un essai particulier: âgée de 17 ans, Anna C. est placée seule en appartement, en autonomie. Alors qu'elle est accusée de ne pas travailler de manière régulière et de s'entretenir jusqu'à tard le soir avec des garçons, le résultat de l'essai est jugé négatif par l'éducateur. Il estime qu'Anna C. a besoin «d'une plus étroite surveillance».⁴⁰ Cela se traduit par la volonté de la placer dans un institut, mais le Tessin ne dispose pas d'un endroit offrant ce type de surveillance (la maison de rééducation de Faido ferme en 1968). En même temps, l'absence d'autres instituts tessinois spécialisés pousse le COMPP à effectuer des placements en dehors du canton, notamment en Suisse romande et en Suisse alémanique. Ce choix est fait aussi dans le cas d'Anna C. Placée à l'institut de Sonnenberg à Walzenhausen (AR), elle s'enfuit quelques heures après son arrivée. Dans une grande partie des cas, les placements extra-cantonaux sont voués à l'échec car ils se heurtent aux barrières linguistiques et rendent le travail thérapeutique irréalisable. Ainsi, le COMPP opère aussi des placements à l'étranger, notamment en Italie.⁴¹ Le placement d'enfants suisses à l'étranger représente probablement une particularité tessinoise.⁴² La lecture des rap-

38 ASTi, RDOS, COMPP, 1968, p. 95.

39 Entretien avec Anna C.

40 ACPC, Lettre du Tuteur officiel, adressée à la SMP, 2.11.1972, dossier Anna C.

41 Cfr. ASTi, RDOS, COMPP, 1961, p. 148; 1963, p. 83.

42 Marco Nardone, *Le misure coercitive a scopo assistenziale e i collocamenti extrafamiliari nei confronti delle famiglie italiane (1945–1981)*, in: Silvio Mignano, Toni Ricciar-

ports annuels donne l'impression qu'il s'agit d'une mesure exceptionnelle que les autorités voudraient éviter, sans pour autant en spécifier les motifs. La suite de l'histoire d'Anna C. montre que l'épuisement des mesures éducatives conduit les autorités à recourir à une autre voie, celle de l'internement à l'ONC.

L'Hôpital neuropsychiatrique cantonal (ONC)

Fondé par l'État en 1898, l'ONC a été construit dans un parc de Mendrisio selon le modèle pavillonnaire, avec des sections divisées par sexe pour les «tranquilles», les «semi-tranquilles», les «agité-e-s» et les «pensionnaires». ⁴³ Des espaces aux activités et jusqu'au personnel, l'hôpital psychiatrique est conçu pour l'internement des adultes. Et pourtant, les registres d'admission l'indiquent clairement: entre 1945 et 1981, on ne compte pas moins de 1216 internements de mineur-e-s à l'ONC. ⁴⁴

Les rapports départementaux démontrent que le SIM fait partie des acteur-trice-s qui sollicitent l'internement de mineur-e-s à l'ONC: par exemple, quatre «enfants et adolescents» sont interné-e-s à Mendrisio pour «observation et soin» en 1953. ⁴⁵ En ce qui concerne le COMPP, une ancienne directrice et un ancien directeur (psychologues et psychanalystes) estiment que l'ONC est un lieu complètement inadapté pour des mineur-e-s. Des dossiers personnels démontrent toutefois que des mineur-e-s interné-e-s à l'ONC proviennent du COMPP. Cela s'explique par le fait que le pouvoir de décider l'internement à Mendrisio appartient exclusivement au psychiatre

di (éds), *Più svizzeri, sempre italiani. Mezzo secolo dopo l'«iniziativa Schwarzenbach»*, Rome 2022, pp. 79–96.

⁴³ Bruno Manzoni, *L'ospedale psichiatrico cantonale di Casvegno in Mendrisio (Canton Ticino)*, Zurich 1934, pp. 18–20.

⁴⁴ 1216 est le nombre d'admissions de mineur-e-s et pas le nombre de mineur-e-s admis-e-s. Cela signifie que si un-e mineur-e a été admis-e plusieurs fois, il-elle a été comptabilisé-e plusieurs fois. ACPC, *Registres d'entrées, années 1945–1981*, sans signature. Pour l'internement de mineur-e-s à l'ONC, voir aussi la contribution de Tomas Bascio, Jessica Bollag et Tamara Deluigi dans ce volume.

⁴⁵ ASTi, RDI, SIM, 1953, p. 24.

directeur du SIM/SMP, qui, jusqu'en 1968, est le vice-directeur de l'ONC. En fait, le COMPP ne dispose pas de spécialistes, comme l'indique un parlementaire en 1962: «aujourd'hui il n'y a pas dans le Canton Tessin un spécialiste de psychiatrie infantile: cela est le motif pour lequel on a dû faire appel aux psychiatres que nous avons à disposition auprès de l'Institut neuropsychiatrique».⁴⁶

Quant aux motifs d'internement d'Anna C., son dossier personnel révèle qu'un soir elle est hospitalisée suite à un accident routier. L'hôpital prend contact avec le docteur Bosia, vice-directeur de l'ONC, et un psychiatre de la SMP, qui décident de la transférer: le 27 novembre 1973, à l'âge de 18 ans, Anna C. est enfin internée à l'ONC. L'accident est interprété comme l'énième preuve du fait qu'Anna C. ne sait «nullement vivre «seule» comme elle avait requis».⁴⁷ Des lettres d'une année plus tôt montrent qu'en réalité l'éducateur et le psychiatre de la SMP avaient déjà communiqué à Bosia la nécessité de prendre «en considération la possibilité d'un internement psychiatrique pour une observation à but diagnostic-pronostic-thérapeutique».⁴⁸ En prenant en compte le parcours biographique d'Anna C. antérieur à l'internement à Mendrisio, il peut être constaté que l'ONC représente la solution finale qui conclut une série de tentatives échouées (aux yeux des autorités) de placements institutionnels et familiaux, de prises en charge thérapeutiques et même d'autonomisation.

Pendant toute la période du premier internement, qui dure jusqu'au 28 février 1974, Anna C. reste dans le pavillon appelé «Edera» (déjà des «semi-agitées»), destiné aux «cas aigus qui requièrent des environnements protégés».⁴⁹ Contrairement à d'autres hôpitaux psychiatriques suisses, l'ONC – aujourd'hui encore – ne dispose pas de secteurs réservés aux

46 Débat Messaggio n. 1070, p. 950.

47 Lettre d'un éducateur du COMPP, adressée à un psychiatre de la SMP, 10.10.1972, ACPC, dossier Anna C.

48 Lettre d'un psychiatre de la SMP, adressée à Giuseppe Bosia, 21.5.1973, ACPC, dossier Anna C.

49 Collegio Medico, Dall'assistenza manicomiale alla psichiatria sociale, in: Marco Borghi, Emilio Gerosa (éds), L'ospedale neuropsichiatrico cantonale di Mendrisio 1898–1978. Passato, presente e prospettive dell'assistenza socio-psichiatrica nel Cantone Ticino, Dipartimento Opere Sociali, 1978, p. 43.

mineur·e·s. Cette promiscuité est connue même au niveau politique, comme le démontrent deux interpellations parlementaires (1959 et 1963) et deux motions (1959 et 1972), qui demandent la création d'un pavillon destiné aux mineur·e·s afin de les séparer des adultes.⁵⁰ Si l'intervention de 1959 ne reçoit aucune réponse, en 1963 on estime que le manque de places disponibles (et de personnel) pour adultes est plus urgent, mais qu'en même temps une solution est étudiée pour les mineur·e·s, notamment en coopération avec et sous l'impulsion du Magistrat des mineurs. Les documents consultés ne révèlent pas ce qui en suivra. La réponse à l'intervention de 1972 indique qu'environ une année et demie plus tôt est entré en fonction un petit secteur pour les mineur·e·s «irré récupérables» atteint·e·s de graves formes d'oligophrénie, ce qui ne résout pas le problème soulevé.

Pour conclure, il est important d'aborder les conséquences de l'environnement inadapté de l'ONC dont souffre Anna C. Suite à une tentative échouée de réinsertion professionnelle à l'extérieur de l'ONC, elle est internée une deuxième fois en tant que mineure du 20 mars au 4 novembre 1974. Elle ne reçoit aucune éducation, ni formation. Elle est soumise à un traitement médicamenteux, voire sédatif, et participe à des activités socio-ergo-thérapeutiques. Elle se rebelle en faisant plusieurs fuites et proteste contre l'internement en cassant la vitre d'une porte. La lecture pathologisante de ce comportement par les psychiatres amène au transfert, pourtant de nature punitive, à la «Ca' Rossa» (déjà pavillon pour les «agitées»), grand secteur fermé pour femmes défini par un ancien infirmier comme «l'enfer» de l'ONC et le «dernier résidu de l'asile psychiatrique à l'ancienne».⁵¹ Elle y reste trois semaines. Anna C. me confie qu'au lieu d'être soumise à une thérapie visant la réhabilitation, «ils t'attachaient au lit, ils te remplissaient de piqûres».⁵² Bien qu'à l'avis du sociologue Emilio Gerosa l'ONC traverse dans les années '70 une période d'«ouverture» et d'abandon du «caractère

50 ASTi, Processi verbali del Gran Consiglio, Interpellanza S. Jolli (transformée en motion la même année), Sessione ordinaria primaverile 1959; Interpellanza D. Wyler, Sessione ordinaria primaverile 1963; Mozione R. Gerardini, Sessione ordinaria autunnale 1972.

51 Entretien avec un ancien infirmier de l'ONC, Mendrisio, 1.4.2021.

52 Entretien avec Anna C.

ségrégatif»⁵³ de l'institution psychiatrique, l'existence et le mode de fonctionnement de la «Ca' Rossa» représentent un «noyau dur», marqué par l'exclusion, la coercition massive et la répression, qui résiste à ces changements.

Conclusions

L'étude du SIM, du COMPP et de l'ONC met en évidence une série d'éléments qu'il vaut la peine de résumer. Tout d'abord, la médicalisation promue par la psychiatrie (de l'enfance) reçoit un nouvel élan dès les années '50, engendre un élargissement du domaine d'intervention et intensifie la pathologisation des déviations sociales infantiles en contribuant en même temps à baisser le seuil de la tolérance sociale à l'égard de ces déviations.⁵⁴ L'intervention de la psychiatrie dans le domaine de la protection de l'enfance tessinoise peut être vue, comme le fait Joëlle Droux pour Genève, comme un processus qui reconduit «sous un habillage <psy> des convictions déjà bien ancrées dans le paysage protectionnel: à savoir que l'enfant difficile est avant tout victime de son environnement familial et social, des erreurs éducatives que celui-ci a générées, ou des hérésies affectives dont il s'est rendu coupable».⁵⁵ Ce processus est marqué par la création de services ambulatoires, instituts spécialisés, l'apparition de psychologues et psychanalystes, le concours d'assistant-e-s sociaux-ales et éducateur-trice-s, la mise en place d'importants réseaux de collaboration aux niveaux intra-cantonal, inter-cantonal et international, et la consécration de la psychiatrie comme la science de référence pour les «enfants difficiles», hiérarchiquement supérieure à la psychologie et à la pédagogie. En même temps, ce processus engendre des mesures et solutions perpétuellement provisoires et il se heurte à des obstacles constants, notamment le manque de personnel en général ainsi que

53 Emilio Gerosa, *Evoluzione storica dell'ospedale neuropsichiatrico cantonale*, in: Borghi, Gerosa, *L'ospedale*, p. 461.

54 *Ibid.*, pp. 455–457. Michaela Ralser, *Psychiatrisierte Kindheit – Expansive Kulturen der Krankheit. Machtvolle Allianzen zwischen Psychiatrie und Fürsorgeerziehung*, in: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* 25/1+2 (2014), pp. 128–155.

55 Droux, *Enfances*, p. 38.

de personnel formé, le manque d'instituts spécialisés, le manque de places dans les instituts existants, la difficulté du placement dans une famille d'accueil ou dans une région linguistique différente, l'obligation de recourir à des placements à l'étranger, l'exclusion des filles et des adolescent-e-s.

L'histoire d'Anna C. nous montre l'autre face de la médaille de la psychiatrisation de la protection des mineur-e-s, celle réservée aux exclu-e-s des nouvelles possibilités de prise en charge spécialisée. Une face caractérisée par un retour aux mesures plus coercitives et liberticides – exactement les mesures desquelles la spécialisation, soutenue par la Loi tessinoise sur la protection de la maternité, de l'enfance, de la jeunesse et de l'adolescence de 1963, était censée se distancier. L'histoire d'Anna C. nous montre enfin les conséquences nuisibles que ces situations peuvent engendrer dans la vie des personnes placées et internées.

Former des élites médico-pédagogiques

Le cours de perfectionnement des Semaines internationales d'étude pour l'enfance victime de la guerre, Lausanne 1946–1949

Samuel BouSSION, Camille Jaccard

Abstract

The *Semaines internationales d'étude pour l'enfance victime de la guerre* (SEPEG), founded in 1944 in Switzerland, contributed to the redefinition of medical and social assistance for children victims of the war in Europe. A two-week-long «advanced course» held for European doctors, psychologists and social workers and taught by Swiss instructors specialized in child psychiatry or child psychology, was set up by their medical-psychological section from 1946 to 1949 in Lausanne. Its aim was to reinforce the technical training of the participants, to encourage contacts between the different specialties and to develop a spirit of international understanding.

Based on archives, this article clarifies the objectives of these courses, paying particular attention to the networks of professionals who participated in them, while evaluating what they produced. It details the «interdisciplinary» dimension and the content of what these specialists call «medical-pedagogical teams».

Comment redéfinir l'assistance médico-pédagogique et sociale auprès de l'enfance victime de la guerre en Europe? Les *Semaines internationales d'étude pour l'enfance victime de la guerre* (SEPEG), fondées fin 1944 en Suisse et rassemblant des acteur·trice·s internationaux·ales de la médecine, de la psychopédagogie, de la protection de l'enfance, s'attèlent à ce problème. Jusqu'à leur dissolution en 1951, elles ont contribué à la circulation de savoirs pluridisciplinaires et de pratiques professionnelles par des conférences internationales aux objectifs humanitaires, scientifiques, voire politiques, également par des formations internationales de pédagogues, psychologues, médecins et travailleurs·ses sociaux·ales, à la fois en Suisse et dans les pays touchés par la guerre. Par le biais de leur section médicale et médico-psychologique, les SEPEG mettent en place à partir de 1946 un «cours de perfectionnement pour équipes médico-pédagogiques» à Lausanne, sous la présidence du psychiatre Lucien Bovet. Qu'est-ce que ce cours pensé comme un moyen de renforcer la formation technique des participant·e·s et d'encou-

ragers les contacts entre les différents spécialistes de l'enfance – médecins, psychologues et travailleurs·ses sociaux·ales –, tout en développant un esprit de compréhension internationale, a produit dans le champ de la psychiatrie infantile?

À partir d'archives de différents fonds de membres des SEPEG de Suisse et de l'étranger, nous précisons les objectifs de ce cours qui réunit, chaque année jusqu'en 1949, pendant deux semaines, une quarantaine de professionnel·le·s de l'enfance venus de plusieurs pays européens, pour participer à ces journées de travail organisées autour de sessions magistrales, discussions et visites d'institutions médico-sociales et éducatives de Romandie. Notre objectif est aussi d'identifier les réseaux de professionnel·le·s qui y participent. Cela nécessite d'être attentif à la dimension «interdisciplinaire» du cours, en évaluant la teneur de ce que ces spécialistes nomment «équipes médico-pédagogiques», à savoir sa composition et sur quels savoirs et pratiques elle s'articule. Car le vivier d'enseignant·e·s pour partie issu de la psychiatrie infantile, pour le reste composé de professeurs de l'Institut des Sciences de l'éducation, comprend à la fois des spécialistes de grande renommée, mais également des assistantes sociales et psychanalystes, moins connues. Quant aux élèves, ils sont sélectionnés selon leur formation technique, leur qualification professionnelle et leur activité auprès de l'enfance victime de la guerre. Aguerri, mais en quête de spécialisation, ils constituent ainsi une élite professionnelle en construction.

Si l'histoire des SEPEG commence à être mieux connue, sur le plan général de son action dans la construction de droits de l'enfant¹ comme de ses pratiques expertes,² y compris sur le plan de la formation ou du perfectionnement de professionnel·le·s sur le plan européen,³ ce cours de

1 Samuel Bousson, «Pour la paix du monde: sauvons les enfants!» Les Semaines internationales d'étude pour l'enfance victime de la guerre (Sepeg) 1945–1951, in: Yves Denechère, David Niget (éds), *Droits des enfants au XXe siècle*, Rennes 2015, pp. 63–72.

2 Samuel Bousson, *Escritos médico-psicopedagógicos sobre a criança: os projetos de caderneta individual no século XX*, dossier «(Psico)pedagogização e medicalização: a disseminação dos saberes expertos no domínio da infância», in: *Política & Sociedade* 19/46 (2020), pp. 13–38.

3 Samuel Bousson, Mathias Gardet, Martine Ruchat, *L'internationale des républiques d'enfants 1945–1954*, Paris 2020.

Lausanne mérite davantage d'attention au regard de son rôle dans les circulations de praticien-ne-s et la place qu'y occupent différentes spécialités au sein de l'«équipe médico-pédagogique». Ces dernières sont alors elles-mêmes en recherche d'une identité professionnelle et en quête de reconnaissance, cela concerne particulièrement les professionnel-le-s non-médecins, pour la plupart des femmes, dont le rôle au sein de la psychiatrie infantile est généralement peu étudié dans l'historiographie.⁴

L'équipe médico-pédagogique au cœur des SEPEG

Il s'agit avec les SEPEG de construire une œuvre qui ne serait plus dédiée aux seuls secours matériels, mais à la reconstruction physique et surtout psychique et culturelle de la jeunesse. Dès leur mise en œuvre, elles revendiquent l'action conjointe de différentes spécialités, ce dont témoigne la composition du noyau fondateur, constitué d'acteur-trice-s de la psychiatrie, de la psychologie et de la pédagogie de Suisse. On y retrouve Oscar Forel, directeur de la clinique psychiatrique des Rives de Prangins, dans le canton de Vaud et Moritz Tramer, directeur du centre d'observation de Biberist dans le canton de Soleure. À leurs côtés, le directeur du séminaire de pédagogie curative à l'université de Zurich, Heinrich Hanselmann,⁵ une de ses anciennes étudiantes, la Bâloise Thérèse Wagner-Simon, ainsi qu'Hans Biäsch, fondateur du séminaire de psychologie appliquée de Zurich. S'ils viennent d'horizons différents, ils se connaissent de réseaux antérieurs, entre autres la Société internationale de pédagogie de l'enfance déficiente et la *Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée* (Schweizerische Zeitschrift für Psychologie und Anwendungen). Dans les discussions inaugurales, l'enfant est pensé comme un tout, l'aide qui doit lui être apportée doit donc être globale et pluridisciplinaire. D'après le manifeste fondateur, la

4 Catherine Fussinger, Du rôle des femmes et des hommes dans le développement de la pédopsychiatrie en Suisse romande (1930–1950), in: Jacqueline Carroy, Nicole Edelman, Annick Ohayon (éds), *Les femmes dans les sciences de l'homme, XIX^e–XX^e siècles: inspiratrices, collaboratrices ou créatrices?*, Paris 2005, pp. 107–123.

5 Sur Hanselmann, voir l'article d'Emmanuel Neuhaus et de Sara Galle dans cette publication.

situation aurait changé du fait de la guerre; tous les enfants, à des degrés divers, auraient été victimes, c'est pourquoi «pédagogues, psychologues, médecins, etc. auront à affronter des tâches nouvelles: assistance aux orphelins, apatrides, émigrés, désaxés, névrosés, etc., désintoxication des empreintes morales de la guerre, migration, réintégration familiale et sociale, orientation professionnelle, diagnostics psychologiques». ⁶ Dans un premier temps, les équipes prennent donc un accent humanitaire et technique. Pour ces spécialistes, l'urgence est de pouvoir appliquer des méthodes adaptées au traitement de millions d'enfants qui ont subi des dommages physiques et psychiques, aussi la «formation d'équipes pour tâches spéciales» est placée en tête des buts des SEPEG:

Ces équipes seront, en principe, composées de ressortissants des pays éprouvés par la guerre, car ceux-ci connaissent le mieux les conditions régionales et sauront les former. Nous leur offrirons de leur adjoindre des techniciens suisses. C'est ainsi que nous remédierons à la carence constamment invoquée de personnel auxiliaire qualifié. ⁷

L'année 1945 est consacrée à la structuration de l'organisation par le ralliement d'élites suisses et étrangères du champ de l'enfance. Tous convergent vers Zurich en septembre pour une conférence internationale. Organisés en sections de travail, les travaux aboutissent à une explicitation sous forme de vœux et thèses qui réaffirment, entre autres, la nécessité d'une formation des spécialistes et d'un examen médico-pédagogique des enfants. Dans ce cadre, les professionnel-le-s sont appelé-e-s à être les moteurs de la reconstruction et à combiner leurs savoirs et pratiques. Une des thèses principales est à ce titre dédiée à la définition de l'équipe médico-pédagogique et à sa composition:

Toute assistance éducative à l'enfance victime de la guerre devra être précédée de l'étude de l'enfant, de sa personne physique, intellectuelle et morale. Ce diagnostic doit, si possible, être l'œuvre d'équipes médico-psycho-pédagogiques, constituées en principe d'un médecin spécialisé en psychiatrie infantile (pédopsychiatre), assisté de

⁶ Archives cantonales vaudoises (ACV), fonds Oscar Forel (PP 1035/62), manifeste des Sepeg, novembre 1944.

⁷ *Ibid.*

psycho-pédagogues et d'une ou plusieurs assistantes sociales. Les pays épargnés par la guerre sont invités à mettre de pareilles équipes à la disposition des régions dévastées.⁸

Tirant le bilan de la conférence, le comité d'initiative s'attache à la formation de ces équipes sur la base d'un «cours de perfectionnement» dont la responsabilité est confiée à Bovet, président de la section médicale et médico-pédagogique des SEPEG. Sa pratique comme son expérience dans l'enseignement de la psychopathologie aux non-médecins ont certainement compté dans cette nomination. Il n'a pas quarante ans lorsqu'est ouvert le cours, mais il occupe déjà une position reconnue dans le domaine de la psychiatrie infantile. Parallèlement à son activité de sous-directeur de l'hôpital psychiatrique de Cery, il contribue à fonder en 1938 à Lausanne un petit centre hospitalier de pédopsychiatrie, le Bercaïl⁹ et en 1942, l'Office médico-pédagogique vaudois (OMPV) fonctionnant comme policlinique de psychiatrie infantile dont il assure la direction. La même année, il est nommé privat-docent à la Faculté de médecine de Lausanne.¹⁰ Sa leçon inaugurale en 1942 porte sur l'angoisse et insiste sur le rôle de la psychiatrie infantile et de la pédagogie pour traiter les traumatismes psychiques avant que ceux-ci ne «déforment» les sujets.¹¹ Son enseignement est remarqué par l'École des sciences sociales, qui estime qu'il pourrait être utile à ses étudiant-e-s de sciences pédagogiques, alors privés de formation médico-pédagogique.¹² En 1946, il y est chargé de cours¹³ et son enseignement en psychopathologie de

8 ACV, fonds Ernest Bovet, (PP 1035/62), Pro Juventute Mundi, 1945.

9 Taline Garibian, 75 ans de pédopsychiatrie à Lausanne: du Bercaïl au Centre psychothérapeutique, Lausanne 2015. Voir également son article dans le présent numéro.

10 Archives de l'Université de Lausanne (UNIRIS), PV de la Faculté de médecine, séance du 25 février 1942.

11 Lucien Bovet, De l'angoisse, in: *Revue médicale de la Suisse romande* 63/1 (1943), pp. 10–27.

12 UNIRIS, PV de l'École des sciences sociales, séance du 25 novembre 1943. Marco Cicchini, Valérie Lussi Borer, Lausanne: un champ disciplinaire entre développement autonome et pressions locales (1880–1951), in: Rita Hofstetter, Bernard Schneuwly (éds), *Emergence des sciences de l'éducation en Suisse à la croisée de traditions académiques contrastées*, Bern 2007, pp. 135–159.

13 UNIRIS, PV de la Commission Universitaire, séance du 27 février 1946.

l'enfant et de l'adolescent est intégré au programme de la filière pédagogique. Se muant en représentant de l'action médico-pédagogique suisse, qui apparaît comme un autre moyen pour la Suisse de payer sa dette à l'égard de l'Europe, Bovet obtient le financement du cours des SEPEG par le Don suisse. L'enjeu est aussi de revendiquer une expertise helvétique en tirant parti des entreprises médicales, hygiéniques et d'assistance sociale à l'enfance initiées dans les années 1920–1930. Un état des lieux de 1946 expose la situation en Romandie:¹⁴ les assistant-e-s du service médico-pédagogique valaisan (SMPV) fondé en 1930 ont sillonné le canton pour examiner et traiter de plus en plus d'enfants selon des méthodes psychothérapeutiques comme la psychanalyse infantile. Le Service médico-pédagogique des écoles de Genève ouvert en 1930 aurait continué d'afficher de bons résultats dans le soutien aux enfants qui «éprouvent des difficultés à s'adapter aux conditions ordinaires».¹⁵ Quant à la consultation médico-pédagogique de l'Institut des sciences de l'éducation à Genève, elle se consacre à la formation des étudiant-e-s et aux recherches, contribuant à enrichir les procédés d'examens psychologiques, l'analyse clinique de divers tests et l'étude psychologique de symptômes variés.¹⁶ Enfin les cantons de Neuchâtel et de Vaud se sont dotés chacun d'un service médico-pédagogique au début des années 1940 pour répandre «une bonne hygiène mentale de l'enfance»,¹⁷ diagnostiquer et traiter les «désordres neuro-psychiatriques»¹⁸ des enfants. Ce tableau contrasterait avec la situation en Europe où «la guerre a enrayé, hélas, ce grand effort de protection de l'enfance» et où «les privations de toutes sortes [ont] débilité [la] santé physique et nerveuse» des enfants.¹⁹

14 Norbert Béno, Henri Bersot, Lucien Bovet (éds), *Les enfants nerveux. Leur dépistage et leur traitement par les services médico-pédagogiques*, Neuchâtel, Paris 1946.

15 *Ibid.*, p. 31.

16 *Ibid.*, p. 36. Le diplôme de psychologie appliquée aux consultations d'enfants créé en 1937 y est très prisé, Rita Hofstetter, Marc Ratcliff, Bernard Schneuwly, *Cent ans de vie: 1912–2012: la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation héritière de l'Institut Rousseau et de l'ère piagétienne*, Genève 2012, p. 231.

17 Béno, Bersot, Bovet (éds), *Les enfants nerveux*, p. 23.

18 *Ibid.*, p. 27.

19 *Ibid.*, p. 7.

Le cours de Lausanne ou former au travail d'équipe

Dès le départ, les SEPEG ne souhaitent pas envoyer des équipes de spécialistes suisses hors du pays, notamment en raison de l'insuffisance de personnel, mais plutôt former des groupes pour l'étranger, encadrés par des professionnels œuvrant en Suisse. Dans cet esprit, le cours s'adresse à des professionnel-le-s déjà formés et destinés à être mis en situation dès leur retour. Les sessions sont organisées en cours théoriques d'approfondissement et des exercices pratiques sont envisagés, notamment dans des centres d'accueil pour enfants étrangers, ainsi que des visites d'institutions emblématiques. Mais ici, au contraire d'autres formations internationales, pas de stage, car justifie Bovet:

La pratique de la psychiatrie infantile, et en particulier des mesures sociales, prophylactiques et thérapeutiques qui en découlent, nécessite de la part de ceux qui s'y livrent une connaissance approfondie des conditions locales et un sens aigu des réactions psychologiques par lesquelles les parents et les enfants sur lesquels on veut agir répondent à leurs interventions.²⁰

Le premier cours s'ouvre le 16 septembre 1946, dans les locaux de l'Université de Lausanne. Triés selon leur formation technique, leur qualification professionnelle, leur activité auprès de l'enfance victime de la guerre et leurs compétences linguistiques en français, les participant-e-s sont près de quarante. Plus d'un quart viennent de France, les Hollandais et les Belges sont également bien représentés. On compte également des Anglais-es, Italien-ne-s, Grec-que-s et Luxembourgeois-es, mais aussi des Allemand-e-s et des Autrichien-ne-s. Dans cet aréopage bigarré, on repère Minna Specht, nouvelle directrice de l'Odenwaldschule en Allemagne, un éducateur autrichien des Faucons rouges, Anton Tesarek, une pédiatre luxembourgeoise Armande Putz-Kinn, une *psychiatric social worker* anglaise, Sibyl Clement-Brown, etc.

Les organisateur-trice-s prévoyaient un nombre égal de médecins, de psychologues et d'assistant-e-s sociaux-ales, mais en pratique on dénombre seulement sept médecins et trois psychologues clairement identifiés. Cela met en évidence le fait que le champ médico-pédagogique est dominé numérique-

20 ACV, Fonds SUPEA, (SB 264 D 2/1), Projet de lettre au Don suisse, 1946.

ment par un personnel non-médecin, mais aussi que ces professions «paramédicales» peinent encore à affirmer leur spécificité. En fait, l'intitulé «assistante» semble recouvrir des activités multiples qui englobent parfois des pratiques de type psychologique dans un contexte où le statut de psychologue n'est pas formellement reconnu. En outre, si le cours n'est pas prioritairement destiné aux enseignant-e-s, des pédagogues et des éducateur-ric-e-s y prennent part. Enfin, cette forte proportion de non-médecins est à mettre en relation avec le fait que près des trois quarts des inscrits sont des femmes. Les archives manquent en revanche pour retracer le parcours de ces travailleuses sociales qui n'ont peut-être pas conservé leur nom de jeune fille par la suite. Lors du second cours, en septembre 1947, la répartition s'approche davantage des quotas prévus. Les médecins constituent environ un tiers des participant-e-s, parmi lesquels René Diatkine, Hans Asperger ou Julian de Ajuriaguerra. On repère également des psychologues, des pédagogues, des travailleurs-ses sociaux-ales. Les liens avec certaines institutions, comme l'Odenwaldschule ou le Centre Claude Bernard de Paris, se renforcent par la présence répétée au cours d'au moins un de leur représentant-e.

Le programme est agencé selon différentes approches: définition de l'équipe médico-pédagogique, méthodes d'exploration intellectuelle, d'exploration affective, d'orientation professionnelle, clinique médico-pédagogique, psychopathologie spéciale de l'enfance victime de la guerre, notions de médecine somatique infantile, pédagogie de l'enfance déficiente, problèmes de l'internat et du placement familial, utilisation des loisirs, éléments de technique de formation du personnel auxiliaire, notions juridiques et médico-légales. Ces sujets sont complétés par des discussions dirigées sur la jeunesse ainsi que des conférences publiques et des excursions dans des institutions considérées comme modèles. En 1946, la première est prévue à la clinique de Malévoz, dont dépend le SMPV dirigé par André Repond, qui tire sa renommée de la place accordée à la psychothérapie d'inspiration freudienne et son influence sur les autres services médico-pédagogiques de Suisse romande.²¹

21 Béno, Bersot, Bovet (éds), *Les enfants nerveux*, p. 15. Catherine Fussinger, *Une psychiatrie «novatrice» et «progressiste» dans un canton périphérique et conservateur: un*

Les autres ont lieu à Genève, au Cours international de moniteurs de homes d'enfants ainsi qu'à l'Institut des Sciences de l'éducation, celui-ci trouvant à l'occasion de la visite de cette élite médico-pédagogique une vitrine pour ses recherches alors qu'il est en difficulté financière.²² Le corps enseignant est bien fourni en membres de l'Institut puisqu'André Rey et Marguerite Loosli-Usteri y interviennent respectivement sur les méthodes d'exploration intellectuelle et affective, tandis que le volet pédagogique est représenté par Pedro Rossellò et Alice Descoedres, cette dernière évoquant la pédagogie des enfants dits «arriérés». Plus généralement, le programme reflète une volonté de faire dialoguer ancienne et nouvelle génération, particulièrement du côté des médecins, puisque Bovet, qui assure l'essentiel de l'enseignement en clinique médico-pédagogique, s'est entouré de ses aînés Forel et Repond, mais confie quelques heures à Norbert Béno, médecin-adjoint à Malévoz qui reprendra la direction du SMPV.

De nombreux cours sont également confiés à des psychologues, des juristes et des assistantes sociales, ce qui semble correspondre finalement à la façon dont on collabore à l'OMPV et qui renvoie à une conception alors extensive de la psychiatrie infantile, comme l'explique rétrospectivement l'ancien médecin-adjoint: «La psychiatrie infantile était [...] un carrefour de disciplines où se côtoyaient un peu de médecine et de psychiatrie, mais beaucoup de psychologie, de psychanalyse, de pédagogie, de service social, et même des éléments de sociologie et de droit.»²³ Profitant des expériences faites au SMPV, l'approche psychanalytique est encouragée à l'OMPV, ce qui au niveau de l'examen se traduit dans l'usage de tests projectifs et dans la thérapie par la psychanalyse d'enfants.²⁴ Cette dimension se retrouve dans le programme du cours, comme en témoigne l'enseignement assuré par trois psychologues: Marguerite Loosli-Usteri, Madeleine Rambert et Germaine Guex. Diplômées de l'Institut J.-J. Rousseau, elles ont joué un rôle fonamen-

réal paradoxe?, in: Claudia Honegger, Brigitte Liebig, Regina Wecker (éds), *Wissen-Gender-Professionalisierung. Historisch-soziologische Studien*, Zurich 2003, pp. 169–186.

22 Hofstetter, Ratcliff, Schneuwly, *Cent ans de vie*, ch. 4.

23 Jacques Bergier, *Traces de mémoire. Pédopsychiatrie et protection de l'enfance dans le canton de Vaud au XXe siècle*, Lausanne 2003, p. 29.

24 Garibian, *75 ans de pédopsychiatrie*, p. 28–37.

tal dans la prise en charge des enfants difficiles depuis les années 1930.²⁵ Guex, qui a conçu le projet du SMPV prenant en compte les problèmes intellectuels, mais aussi affectifs des enfants, a installé son cabinet à Lausanne où elle pratique des psychanalyses didactiques.²⁶ Loosli-Usteri a étudié les relations entre psychanalyse et théories du Rorschach, dont elle est une spécialiste, ainsi que les conséquences de la guerre sur l'enfance.

Enfin, Rambert contribue à la formation psychanalytique du personnel de l'OMPV et a développé une méthode d'exploration au moyen d'un jeu de marionnettes.²⁷ Les cours suivants conservent une place importante au corpus analytique. En 1948, Edith Herzog, assistante-psychologue à l'OMPV, formée à Vienne avant de commencer à pratiquer l'analyse d'enfant, assure un enseignement sur «Exploration de l'affectivité et psychothérapie infantile» tandis que le terme d'«introduction à la psychologie psychanalytique» est annoncé pour la première fois. Cet effort est à mettre en rapport avec le souhait de Bovet de renforcer cette approche dans son activité. Le psychanalyste et pédagogue autrichien August Aichhorn est l'invité des SEPEG en septembre 1947 à Zurich, mais il est aussi au printemps 1948 l'hôte de Bovet à Lausanne dans le cadre d'un cours de perfectionnement psychothérapique organisé par l'OMPV, dans lequel des conférences ont été données également par Anna Freud et Kate Friedländer.²⁸

Dans l'ensemble, le retour des participant-e-s sur ces sessions, à partir de questionnaires du premier cours, confirme que certains exposés et échanges ont été profitables²⁹ parce qu'ils ont notamment permis d'obtenir des informations «de première main» sur la situation de la jeunesse en Europe et sortir de «l'isolement intellectuel» des années de guerre.³⁰ Pour autant, les

25 Damien Praz, *Le Groupe romand en faveur de l'éducation des enfants difficiles. Étude des dix premières années d'un mouvement associatif (1926–1936)*, mémoire, Université de Genève 2016, p. 108.

26 Fussinger, *Une psychiatrie «novatrice»*, 2005.

27 *Ibid.*

28 ACV, fonds SUPEA, (SB 264 D 2/1), Programme du cours de perfectionnement psychothérapique 1948.

29 ACV, fonds SUPEA, (SB 264 D 2/1), questionnaires.

30 Wellcome Library, fonds Robina Addis, (PP/ADD/E/1/1: Box 8), projet d'article de S. Clement-Brown.

mêmes documents mettent en évidence le caractère parfois trop académique de la formation, ce qui provoque l'introduction les années suivantes de sessions *in situ*, à l'OMPV et à Malévoz. De même, ils pointent la difficulté de s'appuyer sur un langage commun, car selon les pays et les professions d'origine, les catégories d'enfants sont différentes, à l'heure où les nosographies tentent d'être fixées, tandis que certains termes ne semblent pas revêtir les mêmes significations et applications pour tous les participant-e-s, par exemple les « consultations médico-pédagogiques-psychiatriques » comme le souligne l'assistante sociale française Raymonde Gain.³¹ Enfin, alors que l'accent est mis sur la coordination des approches, quelques participant-e-s réclament au contraire que soient organisées des séances par groupe et par spécialité. La pluridisciplinarité doit encore convaincre, car elle ne relève alors pas de l'évidence.

Un creuset des circulations médico-pédagogiques européennes ?

Évaluer l'impact du cours sur les circulations dans le champ médico-pédagogique européen peut s'avérer complexe dans la mesure où les professionnel-le-s qui s'y rendent sont déjà confirmés et n'y viennent donc pas les mains vides. De même, les SEPEG sont le vecteur de circulations importantes en dehors de ces cours. D'abord parce qu'elles instituent hors de Suisse de courtes sessions à destination de médecins, travailleurs-ses sociaux-ales ou enseignant-e-s : Milan et Grenoble en 1946 ; Rimini, Florence, Rome et Oberhambach-Heppenheim en 1947 ; Rimini, Buchenau et Varsovie en 1948 ; Naples en 1949 ; Cagliari en 1950 ; Cosenza en 1951. Ensuite, les grandes conférences internationales des SEPEG, à Zurich en 1945 et 1947, à Bâle en 1949, sont elles-mêmes des temps et espaces de circulation, structurant des réseaux d'acteur-ric-e-s et produisant des savoirs, par exemple sur les méthodes d'investigation médico-psychologiques ou les prises en charge de l'enfant.³² Leur impact est d'autant plus important qu'elles revêtent des

31 ACV, fonds SUPEA, (SB 264 D 2/1), questionnaires.

32 René Dellaert, Les travaux de la section médico-psychologique des SEPEG, in : Le Service social, n° 3, mai-juin 1946, pp. 66–72.

enjeux politiques, accentués par l'obligation d'«être un spécialiste reconnu dans l'une des sections; avoir acquis une expérience pratique dans les régions éprouvées par la guerre; être agréé par le ministère de l'Éducation ou de la Santé de son pays».³³ Vitrine du savoir-faire médico-pédagogique suisse, les événements des SEPEG sont également l'occasion d'influer en retour sur les politiques nationales, de peser sur les gouvernements alors que la prise en charge de l'enfance est à l'ordre du jour, avec parfois un certain succès. Certaines thèses des SEPEG trouvent ainsi des débouchés, des expert-e-s utilisant cet échelon pour plaider des revendications professionnelles. En France par exemple, la chaire de neuropsychiatrie infantile créée en 1948 à la Faculté de médecine de Paris et confiée à Georges Heuyer fait ainsi écho aux appels à la création de chaires universitaires de psychiatrie infantile dans tous les pays énoncés lors des conférences internationales de Zurich en 1945 et 1947.³⁴

L'un des objets les plus discutés est la prise en charge globale de l'enfant, depuis le dépistage jusqu'au traitement. Elle relève au fond des premiers pas de l'hygiène mentale de l'entre-deux-guerres et s'inspire des Child Guidance cliniques des pays anglo-saxons, modèle également observé par les étrangers en Suisse romande.³⁵ L'étude de l'enfant est le point de départ de l'assistance médico-psycho-pédagogique et l'observation scientifique devient une étape indispensable de la connaissance de l'enfant. Celle-ci peut être menée sous la forme de services libres, de consultations, ou en internat, dans des centres «d'observation» pour les enfants les plus difficiles, et doit mener à élaborer le diagnostic et le traitement les plus appropriés. Elle fait donc appel à une équipe constituée d'un noyau de professionnel-le-s: psychiatre, psychologue, assistant-e social-e et pédagogue. Dans le sillage des SEPEG et des subsides du Don suisse, des centres médico-pédagogiques voient le jour en Italie,³⁶ à Milan en 1946 ou encore à Florence, fondé en 1949 par le psychiatre

33 ACV, fonds Oscar Forel, (PP 1035/56), circulaires 1945–1946.

34 Les Semaines internationales d'études pour l'enfance victime de la guerre (Sepeg), in: Sauvegarde de l'enfance, n°19–20 (1948), p. 89.

35 Maurice Debesse, L'exemple des consultations psycho-pédagogiques suisses, in: *Enfance* 1/4 (1948), pp. 367–370.

36 Matteo Fiorani, Giovanni Bollea (1913–2011). Per una storia della neuropsychiatria infantile in Italia, in: *Medicina & Storia*, 21–22 (2011), pp. 251–276.

Giovanni Giordano, qui participe au cours de Lausanne la même année. La dette des centres médico-pédagogiques français à l'égard de la Suisse et des SEPEG est également revendiquée.³⁷ Plus encore que l'approche s'appuyant sur la psychologie et la psychanalyse pour faciliter l'adaptation familiale et scolaire de l'enfant au Centre psychopédagogique Claude Bernard à Paris, c'est peut-être l'Institut Claparède, Centre médico-psychologique de réadaptation sociale, familiale et scolaire, qui illustre le mieux l'influence des SEPEG et de son cours de perfectionnement. D'abord, parce que cette nouvelle institution ouverte en 1949 a bénéficié d'une aide du Don suisse, mais également par l'originalité de son orientation, à la fois détachée de l'Éducation nationale et nettement marquée par la psychanalyse.³⁸ Sans doute aussi que l'Institut Claparède résulte du parcours de son directeur, Henri Sauguet, psychiatre et ancien chef de clinique auprès de Georges Heuyer, collaborateur régulier des SEPEG, participant du cours de perfectionnement de Lausanne en 1946 avant de devenir agent de liaison pour la France.

Le cours de Lausanne a également initié un mouvement de formation pour les professionnel-le-s de Suisse romande. René Henny, directeur de l'OMPV à partir de 1957, évoque le rôle de Bovet pour faire venir des expert-e-s de psychiatrie infantile. Dans son souvenir,³⁹ les cours de perfectionnement des SEPEG sont associés aux interventions d'Anna Freud et d'Aichhorn en 1948, à la venue de Diatkine, d'abord à Malévoz, puis comme professeur à l'Université de Genève de 1960 à 1995. Le personnel romand entreprend également des voyages d'études, en particulier à Paris, où le milieu psychanalytique est très actif. Plus spécifiquement, lorsque Bovet demande à Françoise Müller (-Henny), alors assistante à Malévoz, de reprendre le poste de première psychologue à l'OMPV, cette dernière

³⁷ Jacques Arveillier, Les centres psychopédagogiques et la psychiatrie de l'enfant dans l'après-guerre, in: Michel Mathieu, Pierre Privat, Serge Boimar (éds), *L'enfant et sa famille. Entre psychanalyse et pédagogie*, Ramonville-Saint-Agne 1997, pp. 11–35.

³⁸ Dominique Arnoux, *L'institut Édouard-Claparède*, in: *Le Coq-héron* 201/2 (2010), pp. 86–91 et Simone Decobert, *Histoire de l'Institut Édouard Claparède*, in: *Sauvegarde de l'enfance* 3 (1989), pp. 161–166.

³⁹ Lucette Nobs, Nicolas de Coulon, *Psychanalyse et institutions psychiatriques en Suisse romande: Une histoire*. Interview de Françoise et René Henny, in: *Tribune psychanalytique* 3 (2001), p. 199.

exprime sa volonté de passer une année à Paris pour continuer à se former. Bovet lui-même apprend beaucoup de ses voyages, aux États-Unis et en Suède notamment,⁴⁰ dans le cadre d'un mandat de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).⁴¹ Cette mission atteste de la reconnaissance internationale de son expertise. Son décès en 1951 devait ralentir l'institutionnalisation de la psychiatrie infantile en Romandie. À l'École des sciences sociales de Lausanne, des discussions étaient engagées au sujet de la création d'une chaire de psychopathologie de l'enfance, mais celle-ci ne verra le jour en Faculté de médecine qu'en 1979 avec la nomination de Henny à l'ordinariat, après plusieurs remises en question, parce que «ce serait une erreur d'enseigner aux pédagogues la psychopathologie»,⁴² alors même que «les débuts très hétérodoxes de l'analyse»⁴³ semblent révolus et que le débat sur l'analyse profane bat son plein en Suisse.

Le cours de perfectionnement des SEPEG apparaît donc comme une tentative précoce et singulière de formation internationale d'équipes médico-pédagogiques. Au sortir de la guerre, la Suisse centralise les discussions relatives aux applications des connaissances médico-pédagogiques et à la professionnalisation dans ce champ. Si l'expérience se clôt en 1949, ces quatre sessions ont vu passer près de cent-cinquante professionnel-le-s à Lausanne, contribuant à une mise en commun de savoirs et de pratiques et mettant dès lors en circulation en Europe la possibilité du travail en équipe, pluridisciplinaire, au sein des institutions de l'enfance. Si la possibilité de transformer ce cours en institution permanente en l'intégrant dans le cadre de la Fédération mondiale pour la santé mentale⁴⁴ est évoquée, la fin des SEPEG en 1951 y met un terme.

40 Assemblée générale d'Echichens, in: *Éducateur et bulletin corporatif* 86/25 (1950), pp. 440–442.

41 Lucien Bovet, *Les aspects psychiatriques de la délinquance juvénile*, Genève 1951 (Organisation mondiale de la Santé. Série de monographies 1).

42 UNIRIS, PV de la Faculté de médecine, séance du 20 mai 1955.

43 Nobs, de Coulon, *Psychanalyse et institutions psychiatriques en Suisse romande*, p. 196.

44 Archives Robert Préaut, motion présentée à l'Executive Board de la WFMH par Oscar Forel, 1949.

Cependant, ces cours n'ont visiblement pas permis de déterminer ni la structure de cette équipe médico-pédagogique, ni la place de chacun des professionnel·le·s en son sein et ce modèle semble du même coup encore en cours d'élaboration.⁴⁵ Le pragmatisme paraît dominer dans ces années d'après-guerre et il s'y construit surtout une culture de l'expérience dans laquelle le travail de groupe est mis en valeur.⁴⁶ Mais cette transversalité est également fragile; si au départ les psychologues ressortaient comme les personnes les plus qualifiées pour mener la psychothérapie dans le domaine médico-pédagogique, le corps médical organise des formations pour reprendre la main en ce domaine.⁴⁷ Quand, dans les années 1950, d'autres organisations internationales, telle l'OMS, prennent le relais du questionnement sur la formation des équipes médico-pédagogiques, si elles réaffirment l'importance d'une approche pluridisciplinaire, l'autorité du médecin est néanmoins soulignée, car c'est à lui que doit revenir le rôle de chef d'équipe et qui peut superviser les cures pratiquées par des psychothérapeutes non-médecins.⁴⁸

45 Lucien Bovet, *L'équipe médico-pédagogique*, in: Centre international de l'enfance, *Psychiatrie sociale de l'enfant*, Paris, Londres 1950, pp. 411–414.

46 Jean-Christophe Coffin, *La construction d'une identité professionnelle: l'exemple de la psychiatrie de l'enfant dans la France des années 1950*, in: *Revue d'histoire de l'enfance «irrégulière»* 12 (2010), pp. 65–83.

47 Catherine Fussinger, *Psychiatres et psychanalystes dans les années 1950. Tentations, tentatives et compromis: le cas suisse*, Caen 2008.

48 Donald Buckle, Serge Lebovici, *Les centres de guidance infantile*, Genève 1958, pp. 30–31.

Mendrisio, andata e ritorno

Fürsorgerische und psychiatrische Kategorisierungen fremdplatzierter Jugendlicher im Tessin der 1970er Jahre

Tomas Bascio, Jessica Bollag, Tamara Deluigi

Abstract

Practices and processes that led to admissions and discharge of children and adolescents to psychiatric institutions during the 1970s in the canton of Ticino are focused in this article. On the basis of archival material of the Cantonal Neuropsychiatric Hospital in Mendrisio the used categorizations within these processes and different stages and characteristics of admission- and discharge-practices are reconstructed. A special spotlight is set on the question of intersections between psychiatric and official care argumentations and categories, since the two chosen psychiatric files originate from children with placement background.

Dieser Beitrag richtet den Blick auf institutionelle und administrative Prozesse, die in den 1970er Jahren zu Einweisungen von fremdplatzierten Jugendlichen in psychiatrische Einrichtungen führten. Unter Prozessen verstehen wir eine «Matrix aus Institutionen und Praktiken», d. h. sowohl chronologische Abläufe als auch Interaktionen zwischen Akteur*innen, Verfahren der Diagnostizierung oder Kategorisierung.¹ Wie gestalteten sich die Abläufe in der Psychiatrie und inwiefern wurden sie durch diese Prozesse beeinflusst bzw. waren sie ein Teil davon?² Das Interesse richtet sich auf zwei Platzierungen von Minderjährigen in das Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale (ONC) in Mendrisio, die wir als paradigmatisch für die Verschränkung von Psychiatrie und Fürsorgepraxis sehen. Paradigmatisch sind sie, weil die beiden Fälle einerseits beispielhaft auf weitere ähnliche Fälle verweisen, andererseits werden dadurch historische Debatten und gesellschaftliche Entwicklungen verdichtet und erzählbar gemacht. Die Fallinterpretation kann helfen, innerhalb eines bestimmten Forschungskontextes normative (Forschungs-) Forderungen zu

1 Ian Hacking, Was heißt «soziale Konstruktion»? Zur Konjunktur einer Kampfvokabel in den Wissenschaften. Frankfurt a.M. 2002, S. 163.

2 Siehe auch den Beitrag von Marco Nardone in diesem Band.

formulieren.³ Die 1970er Jahre, die in der Literatur verschiedentlich als Jahrzehnt des «Psychobooms» apostrophiert werden, eignen sich als Untersuchungszeitraum deshalb besonders gut.⁴

Auf die Verbindung zwischen Psychiatrie und Fremdplatzierung haben verschiedene Studien aufmerksam gemacht.⁵ Allerdings untersuchten sie den Einfluss der Psychiatrie auf die Fremdplatzierung aus der Sicht der Behörden. Hier wird anhand der Fallgeschichten erarbeitet, was Fremdplatzierung für die psychiatrische Praxis bedeutete. Das Quellenkorpus dieses Artikels besteht aus Psychiatrieakten des ONC, die im Kellerarchiv des OSC (damals ONC) aufbewahrt werden. Der Bestand umfasst Tausende Dossiers von Patient*innen, unabhängig von der Dauer und Anzahl der Klinikaufenthalte.⁶ Das ONC war in den 1970er Jahren auf die Behandlung Erwachsener spezialisiert. Unsere Recherche zeigt jedoch, dass wiederholt 14 oder 15 Jahre alte

3 Ruben Hackler, Katherina Kinzel, Paradigmatische Fälle in den Geistes- und Sozialwissenschaften. Eine historische Einleitung, in: dies., Paradigmatische Fälle: Konstruktion, Narration und Verallgemeinerung von Fall-Wissen in den Geistes- und Sozialwissenschaften, Basel 2016 (Itinera 40), S. 5–26, hier S. 22.

4 Maik Tändler, Das therapeutische Jahrzehnt. Der Psychoboom in den siebziger Jahren, Göttingen 2016.

5 Etwa Sara Galle, Kindswegnahmen. Das «Hilfswerk für die Kinder der Landstrasse» der Stiftung Pro Juventute im Kontext der schweizerischen Jugendfürsorge, Zürich 2016; Gisela Hauss, Thomas Gabriel, Martin Lengwiler (Hg.), Fremdplatziert. Heimerziehung in der Schweiz 1940–1990, Zürich 2018; Mirjam Janett, Verwaltete Familien. Vormundschaft und Fremdplatzierung in der Schweiz, 1945–1980, Zürich 2022.

6 Die Erhebungen fanden im Rahmen des NFP-Projekts *Die «gute Familie» im Fokus von Schule, Fürsorge und Sozialpädagogik* statt. Die Dossiers sind angeblich seit der Institutionsgründung aufbewahrt worden und enthalten die als archivierungswürdig erachteten Dokumente. Die Patient*innenakten beinhalten Anamnesebögen, welche die Krankengeschichten beschreiben und die Diagnosen darlegen. Zudem finden sich Medikations- und Therapietabellen, Berichte aus anderen medizinischen Institutionen, Briefe von einweisenden Instanzen, Eltern, Fürsorgebehörden oder Patient*innen. Die beiden hier untersuchten Dossiers können je einem Fall zugeordnet werden und sind nicht nach gängigen Archivierungsstandards katalogisiert. Sämtliche Zitationen und Verweise sind einem der beiden Dossiers zu entnehmen und werden deshalb nicht spezifischer benannt. Zur Funktion psychiatrischer Krankenakten vgl. Galle, Kindswegnahmen, S. 562–569.

Jugendliche eingewiesen wurden. Im Verhältnis zu den volljährigen Klient*innen waren das zwar wenige, aber es ist davon auszugehen, dass in den 1970er Jahren einige Hundert aktenkundig sind.⁷ Neben ihrem Alter weisen die zwei ausgewählten Jugendlichen weitere Gemeinsamkeiten auf: Sie stehen unter fürsorgerischer Obhut und befinden sich ungefähr zur selben Zeit (1970 und 1974) erstmals in Mendrisio.

Zuerst werden die beiden eingewiesenen Jugendlichen «Martino» und «Carla» als Fälle des ONC aus den 1970er Jahren erläutert.⁸ Anschliessend werden die Fälle mithilfe eines induktiv erarbeiteten Analyserasters miteinander verglichen, wobei vier Kategorien die Analyse leiten: Wie verläuft der Weg von einer nichtpsychiatrischen, fürsorgerischen zu einer psychiatrischen Institution? Wie und weshalb werden die Jugendlichen aus der Klinik entlassen? Was kann zu den klinikinternen Prozessen gesagt werden? Wie kann die Interaktion beziehungsweise Interdependenz zwischen den fürsorgerischen und psychiatrischen Institutionen beschrieben werden? In einem Ausblick werden einige Disziplinierungs- und Kategorisierungsaspekte gebündelt, die paradigmatischen Fälle nochmals reflektiert und noch zu vertiefende Punkte angesprochen.

7 Ein Stichprobenvergleich zeigt, dass 1950 fünf von insgesamt elf eingewiesenen Minderjährigen 18 Jahre alt waren (zur damaligen Zeit also unter 21), 1970 waren im ersten Halbjahr 19 von 27 eingewiesenen Minderjährigen zwischen 14 und 18 Jahre alt. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass es in den 1970er Jahren pro Jahr jeweils einige Dutzend Jugendliche waren. Zudem wurden Dossiers von Kindern im Vorschulalter gefunden. Zur Geschichte der Institution vgl. den Beitrag von Marco Nardone in diesem Band.

8 Ein in den Akten ruhender «Fall» werde erst durch die wissenschaftliche «Fallvergegenwärtigung» sichtbar gemacht. Vgl. Sibylle Brändli, Die Auflösung des Falls, in: dies., Barbara Lüthi, Gregor Spuhler (Hg.), Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts, Frankfurt a. M. 2009, S. 254–277, hier S. 274 f.

Zwei Fälle: «Martino» und «Carla»

An einem Novembertag Mitte 1970 wird der 15-jährige Martino⁹ mit der Croce Verde, einer Nothilfeorganisation mit Ambulanzservice, in das ONC eingewiesen. Laut dem Schreiben des Spitals La Carità in Locarno habe er sich in einem «stato delirante» beim Notfall gemeldet. Es sei unklar, ob er Drogen konsumiert habe. Das Spital habe sich bei der Polizei Ascona über den Jugendlichen informiert. Auch sie halte eine Klinikeinweisung für angebracht. Eine Psychiaterin des ONC hält im Anamnesebericht fest, dass der Patient «nessuno elemento» preisgeben könne, weil ihm kurz zuvor das Beruhigungsmittel Librium verabreicht worden sei. Im halbschlafenden Zustand wiederhole Martino nur zwei Worte: «ferri e droga». Der einweisende Arzt habe ihr mitgeteilt, dass sich der Junge in einem verwirrten und halluzinierenden Zustand befunden habe. Er sei nicht einmal in der Lage gewesen, Angaben zu seiner Person zu machen, zudem dementierte er, Drogen eingenommen zu haben. Der Patient wird in die Abteilung «Mottino» verlegt.

Neun Tage nach Klinikeintritt hält ein Psychiater in der Anamnese fest: Die Klinik habe mit den im Kanton Bern wohnenden Eltern Kontakt aufgenommen, aber bis anhin «nessuno si è fatto vivo». Martino habe in diversen Heimen gelebt, u. a. im Institut Lilly Volkart in Ascona, weshalb die Heimleiterin kontaktiert worden sei, um Genaueres über den Jungen zu erfahren. Diese habe just zu jenem Zeitpunkt Auskunft geben wollen, als der Psychiater ausser Haus gewesen sei. Deshalb wurden bei der Anamnese nur die Angaben des Patienten berücksichtigt.

Der Vater des Patienten lebe noch und sei gesund. Die Mutter sei sizilianischer Herkunft. Der Jugendliche beschreibe sie als eine dem Alkohol zugewandte Psychopathin, die die Einkünfte ihres Mannes unkontrolliert ausgeben. Der Patient habe bis zur Scheidung der Eltern bei ihnen gewohnt, er war etwa zwei oder drei Jahre alt. Danach begann eine «lunga storia di istituzionalizzazione», die bis heute andauere. Das erste «collegio», in dem Martino untergebracht wurde, sei die Casa Bianca in Locarno gewesen. Mitte der 1960er Jahre sei er dann ins Kinderheim Grünau nach Zürich verlegt worden, im selben Jahr wurde er im Kinderspital Zürich hospitalisiert. Dort sei-

9 Die hier verwendeten Namen sind Pseudonyme.

en ihm Medikamente verabreicht worden, die ihn in den Wahnsinn getrieben hätten. Klinische Tests, einschliesslich eines EEG, sollen durchgeführt worden sein. Daraufhin sei er ins Kinderheim Hüslhof bei Rafz platziert worden, wo er sich sehr schlecht behandelt gefühlt habe. Danach habe er einige Zeit im Tessin bei seiner Familie verbracht. Insgesamt habe er fünf Geschwister. Er meint, dass er in diesen Jahren Krisen hatte, bei denen er «saltava in aria» und dann ohnmächtig wurde. Ab dem siebten Lebensjahr habe Martino im Lilly-Volkart-Institut gelebt. Dort habe er die Volksschule bis zur fünften Klasse besucht und vor Kurzem habe er eine Malerlehre begonnen.

Am Tag der Klinikeinweisung in Mendrisio habe er eine Verabredung mit einem Mädchen gehabt. Sie sei nicht aufgekreuzt, was den Patienten in einen nervösen Zustand gebracht habe. Kurz darauf sei ein Arbeiter aus seinem Lehrbetrieb erschienen, der ihn wegen des Mädchens verspottet und dazu veranlasst habe, Alkohol zu trinken. Vom zweiten Bier an habe sich Martino an nichts mehr erinnert, bis er am Abend in Mendrisio wieder zu Bewusstsein kam.

Der Psychiater kommt aufgrund der Anamnese zum Schluss, dass Martino an Epilepsie leide. Das EEG sei verändert und weise irritierende Elemente auf. Die Episode, weswegen Martino eingeliefert wurde, zeige alle Merkmale einer pathologischen Trunkenheit. Die Akten der verschiedenen Institute, in denen er in stationärer Behandlung war, seien einzufordern, um die Anamnese abzuschliessen. Zudem legt der Arzt eine Therapie mit dem Antiepileptikum Tegretol fest. Aus neurologischer Sicht gäbe es keinen Befund. Der Patient sei ein in der Erscheinung und in der Person ein durchschnittlich ordentlicher und sauberer Junge. Es zeigte sich «qualche nota un pò eccentrica» bei der Kleidung, die aber für einen Jugendlichen seines Alters verständlich sei. Die allgemeine Haltung sei eindeutig kollaborativ, fast zu naiv. Martino habe Schwierigkeiten, sich auszudrücken. Dies sei auf eine unvollständige Beherrschung der Sprache und eine «relativa povertà intellettiva» zurückzuführen. Er habe Mühe, abstrakte Terminologien zu verwenden, seine Erklärungen seien manchmal banal. Er beharre auf Themen wie die in der Kindheit erlittenen Misshandlungen oder die Schwierigkeiten mit den Eltern. Die Affektivität weise eine gewisse Kargheit in der gezeigten Ausdrucksweise auf, trotzdem lebe der Patient die zwischenmenschlichen Beziehungen, zum Beispiel mit den Mitpatient*innen und dem Personal auf korrekte Art

und Weise. Der Psychiater hält abschliessend fest, dass der Junge «evidente debile» sei.

Zehn Tage nach Martinos Klinikeintritt fährt der Psychiater mit seinem Bericht fort: Im Grossen und Ganzen scheinere der Jugendliche, auch aufgrund seiner intellektuellen Einschränkung, ein diskretes Krankheitsbewusstsein zu haben. Er fühle sich besser und sei von «certi stati di nervosismo» geheilt. Die Klinik prognostiziere eine baldmöglichste Entlassung, sobald der Fall dem zuständigen «servizio esterno» gemeldet würde. Die Heimleitung in Ascona soll mit dem Arbeitgeber des Patienten eine angemessene Arbeitsumgebung, ohne Frustrationspotential, einrichten. Die Therapie sieht täglich drei Tabletten des Antiepileptikums Depakin vor. 27 Tage nach Klinikeintritt wird Martino ins Heim in Ascona gebracht. Auf seine Entlassung folgen Mitte der 1990er und anfangs 2000er Jahre zwei Selbsteinweisungen nach Mendrisio.

Die 14-jährige Carla wird im Januar 1970 ins ONC eingeliefert. Dies geschah aufgrund ihres unruhigen Verhaltens und ihrer Intoleranz gegenüber der Umgebung, die sie im Istituto Von Mentlen¹⁰ gezeigt habe. Dort habe sie sich ungerecht behandelt gefühlt und auf die Etikettierung der Heimkolleginnen als «matta» mit Gewalt reagiert. Die Direktorin, eine Ordensschwester, zog das ONC für eine psychiatrische Abklärung bei. Der behandelnde Arzt diagnostiziert schliesslich «Turbe del carattere». Neben der Direktorin als erste Einweisungsinstanz ist eine «assistente sociale» der Jugendanwaltschaft Seeland/Biel in ihrer Rolle als Fürsorgeverantwortliche anwesend. Von der Klinik erhoffte sich Letztere einen Gesundheitsbericht und mögliche «mesures éducatives».

Bei der Einweisung übergibt die Heimdirektorin zwei zuvor eingeholte ärztliche Diagnosen. Auf der ersten bittet der Arzt und Direktor der Sezione medico psicologica (SMP)¹¹ um sofortige Aufnahme von Carla, sie werde bereits psychotherapeutisch begleitet und zeige einen gravierenden vorpsycho-

¹⁰ Kinder- und Jugendheim in Bellinzona.

¹¹ Das kantonale Servizio di igiene mentale (SIM) wurde 1969 in zwei Abteilungen aufgeteilt: in eine für Erwachsene (Sezione Psico-Sociali, SPS) und in eine für Minderjährige (Sezione Medico-psicologici per i minorenni, SMP). Vgl. Milan Monasevic, *L'intervento psichiatrico nel Ticino. Appunti e riflessioni per una cronaca 1894-1994*, Lugano 1993, S. 63-65.

tischen Verlauf mit wesentlichen Verhaltens- und Charakterstörungen. Der zweite Arzt vermerkt psychomotorische Erregungszustände und gravierende charakterliche Störungen, weshalb eine Einweisung notwendig sei. Der aufnehmende Arzt im ONC stützt sich insbesondere auf Aussagen «dalla paziente», wie es bei der Anamnese heisst. Die zusätzlichen Kurzdiagnosen der externen Ärzte werden darin nur am Rande erwähnt. Im Beschrieb ihrer Vorgeschichte durch Institutionen und Pflegefamilien wird sie als «figlia illegittima» der vierzigjährigen Mutter bezeichnet. Bereits als Einjährige sei Carla ins Kleinkinderheim Culla di Minusio, danach zu einer Freundin der Mutter geschickt worden. Dazwischen habe sie wieder zu Hause gelebt und sei ab der dritten Klasse nach Bellinzona ins Von Mentlen gebracht worden, weil die Mutter «stanca di tenerla a casa» gewesen sei. Als starke Schülerin besuchte sie das Gymnasium Sant'Anna in Lugano; wegen beginnenden Problemen allerdings nur kurz. Carla habe Mühe mit dem Schulambiente und der dort geltenden Disziplin gehabt. Deswegen sei sie vom Gymnasium verwiesen worden und habe danach das Collegio femminile Rosmini in Domodossola in Italien besucht.

Verschiedene Episoden werden als Traumata bezeichnet – etwa die Zurückweisungen der Mutter und als «trauma più grave» die Tatsache, dass ihr Vater nicht ihr leiblicher Vater sei. Sie erzählt, wie sie erneut von der Schule verwiesen und zu den Eltern zurückgeschickt wurde, wo sie sich als Fremde gefühlt habe. Nach einem Jahr in Biel sei es zu einem Streit mit der Mutter gekommen. Sie sei erstmals von zu Hause geflüchtet und als «vagabonda» umhergeirrt, wie es in der Akte heisst, bis sie ins Foyer Beau-Site in Loveresse gebracht wurde.¹² Nach weiteren Ausbrüchen musste sie für sechs Wochen nach Appenzell «in una casa di rieducazione», nach der vierten Flucht habe die Polizei Carla aus Paris zu den Eltern zurückgebracht. Ab diesem Moment sei die Vormundschaftsbehörde eingeschaltet worden. Diese habe Carla ab Ende 1969 wieder ins Institut Von Mentlen platziert und bereits nach wenigen Monaten ins ONC zur Abklärung gebracht.

Nach über drei Wochen verlässt Carla erstmals das ONC und kehrt ins Heim zurück. Der behandelnde Arzt informiert den Direktor der Klinik, dass die Patientin unter einem markanten Verlassenheitsgefühl und einem beson-

12 Mädhchenerziehungs- und Erholungsheim der bernjurassischen Psychiatrie Bellelay.

deren Wunsch nach Nähe leide. Bei der Therapie sei der Fokus auf die Fluchtversuche gelegt worden. Ihre Motive werden psychologisch, aber auch mit Umwelteinflüssen und ihren charakterlichen Grundzügen gedeutet. Carlas Konflikte in Bezug auf ihr Umfeld werde in engem Zusammenhang zur «bereits bekannten psychoaffektiven Familiensituation» gesehen. Grundsätzlich habe sich die Patientin korrekt verhalten und das EEG habe keine Auffälligkeiten gezeigt, so dass keine Diagnose im pathologischen Sinne ausgesprochen werden könne. Empfohlen werde eine intensive Psychotherapie.

Zwei Wochen später wird Carla von der Croce Verde ins ONC begleitet, eingewiesen vom Von Mentlen, nachdem sie sich mit einer Zimmerkollegin geprügelt hatte. Die Diagnose lautet erneut «Turbe del carattere». Statt interne Disziplinarmaßnahmen vorzunehmen, schickte die Direktorin die Patientin mit einem ärztlichen Gutachten zur Klinik. Darin steht, dass in den Augen Carlas mehr Traurigkeit, Resignation und Bedauern als widerborstiges Verhalten zu sehen sei. Sie wird in den darauffolgenden Wochen mit Valium und anderen Benzodiazepinen behandelt und später in die *Sonnegg* bei Belp transferiert. Eine Rückkehr ins Von Mentlen sei «exclu», wie die Bieler Jugendanwaltschaft Carla brieflich wissen lässt. Einige Wochen später wird Carla zum dritten Mal in die Klinik in Mendrisio eingewiesen, nachdem sie in Italien erneut von der Polizei aufgegriffen wurde. Die Diagnose lautet ähnlich wie zuvor: «Caratteropatia». Als Therapie steht ohne weitere Erklärung: «Terapia: Valium».

Nach dreimonatigem Aufenthalt wird sie provisorisch entlassen, um bei einer Tessiner Familie zu leben und zu arbeiten. Im gleichen Jahr kommt es zur vierten Einweisung, diesmal auf Geheiss der Bieler Staatsanwaltschaft. Im Anamnesebericht steht, sie sei unverschämt, «negativista», antworte nur widerwillig und fordere, sie wolle rauchen, beteuerte, sie habe keine Drogen genommen und nichts getan. Bei der Pflegefamilie sei sie nur eine Woche gewesen, habe nicht wie vereinbart gearbeitet, sei geflüchtet und schliesslich wieder von der Polizei aufgeschnappt worden. In der Klinik bleibt sie drei Monate. Danach kommt sie zu einer Pflegefamilie, um die Schule abzuschliessen. Sieben Jahre später wird Carla von den Carceri pretoriali di Bellinzona erneut ins ONC eingewiesen. Im fünften und letzten Einweisungsbericht wird im ärztlichen Gutachten von psychomotorischem Erregtheitszustand und intolerantem Verhalten berichtet. Diagnose: «Turbe del carattere». Carla habe in der Gefängniszelle Gegenstände zerstört. Die aggressiven Episoden und die

Aufgeregtheit seien in der Persönlichkeit der Patientin angelegt. Im Anamnesebericht ist von einer sehr ruhigen Frau die Rede, mit keinerlei psychopathologischen Anzeichen. Carla verlässt die Anstalt «abusivamente», bei der ersten Gelegenheit sei sie geflüchtet. Einige Tage später wird sie verhaftet und im Gefängnis La Stampa bei Lugano interniert. In einem ärztlichen Brief an die Staatsanwaltschaft, dem letzten Dokument des Dossiers, steht, sie sei mit Absicht, aber in einem «stato psichico nella norma» geflüchtet.¹³

Analyse der psychiatrischen Prozesse und Kategorisierungen

Die eingangs gestellte Frage nach psychiatrischen Prozessen und deren Ausprägungen soll im Folgenden anhand der beiden Fallgeschichten durch vier Analysekatgorien dargestellt werden:

Erstens: Der Weg zur Klinik über nicht-psychiatrische Institutionen als vorpsychiatrische Prozesse. Am Anfang von Klinikeinweisungen werden die Jugendlichen oft von der Croce Verde nach Mendrisio gefahren. Diese fungiert als Transportmittel zwischen den Einweisungsinstanzen (Spitalnotfallstation, Heim, Polizei u. a.) und des ONC. Bereits vor der Einlieferung erstellen Ärzte Diagnosen, die von der Klinik aufgenommen werden. Die Einweisungsmotive scheinen unterschiedlich zu sein: Bei Carla sind es disziplinäre Probleme im Heim und gewünschte «erzieherische Massnahmen» nach etlichen Fluchtversuchen und Umplatzierungen. Bei Martino ist es die Selbstvorstellung in der Notfallstation, die zur Überweisung ins ONC führt. Weshalb die Jugendlichen in die Klinik gebracht werden, die ja eigentlich auf Erwachsene spezialisiert ist, erschliesst sich aus den Quellen nicht.

¹³ Dies erinnert an Tessiner Gefängnisgeschichten im fürsorgerischen Kontext: Carlo Balestra, «Ho sofferto molto per queste cose e nell'incertezza che mi hanno tenuto ma adesso ho rimesso il cuore in pace perché almeno il 14 luglio avrò finito il mio tempo», in: Thomas Huonker, Lorraine Odier, Anne-Françoise Praz u. a. (Hg.), «... So wird man ins Loch geworfen». Quellen zur Geschichte der administrativen Versorgung (Veröffentlichungen der Unabhängigen Expertenkommission [UEK] Administrative Versorgungen 9), Zürich 2021, S. 90–101.

Die fürsorgerischen Massnahmen sind für die Fallvergegenwärtigung wichtig, da die Jugendlichen vielfältige, teilweise unstete und oft mit negativen Erlebnissen verbundene Erfahrungen mit der Fremdplatzierung in Versorgungsinstitutionen bereits ab dem Kleinkindalter erlebt haben. Zudem scheint die Rekapitulation der «lunga storia di istituzionalizzazione» von den aufnehmenden Psychiater*innen für die Anamnese zentral zu sein, da sie diesen im Anamnesebogen viel Platz einräumen. Insbesondere bei Einordnungen von psychiatrischen Tests, Gesprächen oder Diagnosen wird immer wieder Bezug zu den vormaligen Institutionsaufenthalten hergestellt.¹⁴ Die Wirkmacht der (fürsorgerischen) Vorgeschichte und der fürsorgerischen Kategorisierungen und Stigmatisierungen manifestiert sich in den Dossiers wiederholt. Diese Institutionen-Biografie setzt sich mit der Einweisung ins ONC fort und wiederholt sich in beiden Fällen bis ins Erwachsenenalter.

Womit der Blick auf eine zweite Analysekatgorie gelenkt wird: Wie und weshalb werden die Patient*innen aus der Klinik entlassen und welche Prozesse führen aus der Klinik hinaus? Das gemeinsame und wohl auch ausschlaggebende Merkmal beider Fälle ist der Umstand, dass eine institutionelle Anschlusslösung für die Jugendlichen vor Austritt aus dem ONC existiert. Bei Martino ist es die Casa Bianca, bei Carla beim ersten Mal das Von Mentlen, beim zweiten Mal die Sonnegg, beim dritten und vierten Mal eine Pflegefamilie. Eine klare, mehr neurologische denn psychiatrische Diagnose (Epilepsie) bei Martino inklusive entsprechender Medikalisierung führt dazu, dass er entlassen werden kann. Bei Carla werden zwar psychiatrische Diagnosen erstellt («Turbe del carattere» und «Caratteropatia»), diese werden aber in den Anamneseformulierungen vermutlich aufgrund ihrer Vagheit kaum erläutert. Die Diagnosen entsprechen einer sozialen Kategorisierung: Bei den weiteren Einweisungen von Carla werden ausführliche, aber nicht unbedingt psychiatrische Überlegungen über adäquate Massnahmen zu den Verhaltensabweichungen gemacht, um den ärztlichen Berichten eine gewisse Glaubhaftigkeit zu verleihen. Dass es bei Martino zu keinen weiteren Massnahmen und Einweisungen ins ONC gekommen ist, könnte auch an seinem angepassten, höflichen und unscheinbaren Verhalten gelegen haben.

14 Vgl. Fussnote 5.

Was zur dritten Analyseeinheit führt: den sich innerhalb der Klinik abspielenden Prozessen. Der ausführliche Anamnesebogen scheint das zentrale Dokument der Patient*innendossiers darzustellen. Er lässt sich immer als vorderstes Dokument pro Einweisung finden. Bei Martino wird die Anamnese nach über einer Woche Klinikaufenthalt festgehalten, während sie bei Carla am Ankunftstag erstellt wird. In den illustrierten Fällen werden die Anamnesen von den aufnehmenden Psychiater*innen durchgeführt. Hier fällt auf, dass insbesondere der Prozess des Verfassens des Anamnesebogens den Ärzt*innen die Möglichkeit eröffnet, nicht nur psychiatrische Urteile über die eingewiesenen Patient*innen zu fällen, sondern darüber hinaus auch moralische Kategorien zu bedienen. Einige hervorgehobene moralische Aspekte lassen an deren psychiatrischer Relevanz für ein zu diagnostizierendes Krankheitsbild zweifeln. Beispiele dafür sind etwa Bezeichnungen wie «figlia illegittima» oder «qualche nota un pò eccentrica» bei der Kleidung. Sowohl Martino wie Carla ergreifen prominent das Wort, ihre Aussagen finden aber nur indirekt durch die Schreibmaschine des Psychiaters oder der Psychiaterin Eingang in die Anamnese. Der Arzt bzw. die Ärztin formuliert in beiden Fällen in ähnlicher Weise eine Art Haftungsablehnung, weil in beiden Fällen betont wird, dass die gesammelten Anamnesedaten von den Patient*innen stammten. Diese Praxis verweist auf eine Hierarchie der Glaubwürdigkeit in den Akten.¹⁵ Da bei beiden Jugendlichen kurz nach Klinikeintritt baldmöglichst Akten aus Heimen, Spitälern und anderen Kliniken eingeholt werden sollen, folgt der Prozess der Anamnese einer paradoxen Logik: Den Aussagen der Jugendlichen wird zwar viel Aufmerksamkeit geschenkt, den Niederschriften anderer Beteiligter aber eine höhere Glaubwürdigkeit beschieden, *obwohl* in der psychiatrischen Anamnesepraxis der Aussagegehalt der Jugendlichen betont wird.

Parallel zu den Narrationen in den Anamnesebogen sind in beiden Dossiers auch numerische und stichwortartige *Tabellen* der «terapia» enthalten, die wichtige Informationen in Kurzform liefern: Verabreichte Medikamente, durchgeführte Verfahren und Therapiesettings oder klinikinterne Verschiebungen der Aufenthaltsorte. Die Tabellen suggerieren eine naturwissen-

15 Howard Saul Becker, *Whose side are we on?*, in: Didier Fassin, Samuel Lézé (Hg.), *Anthropology*, London 2014, S. 305–312.

schaftlich präzise Aussage über den jeweiligen Fall. Auffällig ist bei beiden Minderjährigen, dass sie ab Klinikeintritt regelmässig mit sedativen Medikamenten therapiert werden, ungeachtet der verschiedenen Diagnosen oder Einweisungsgründe. Zudem scheint das EEG das Diagnoseinstrument der Stunde zu sein, wird es doch bei beiden Jugendlichen häufig angewandt, bei Carla aufgrund der diagnostizierten Charakterstörung, bei Martino wegen möglicher Epilepsie. Die von externen Ärzt*innen eingeholten bzw. mitgelieferten Kurzdiagnosen passen zu den Präzision suggerierenden Auflistungen. Hier spricht die Psychiatrie im Selbstverständnis einer medizinischen, seriösen Wissenschaft, die haltbare Urteile zu fällen weiss. Die Verschränkungen zwischen externen Akteur*innen und dem ONC werden auch hier verdeutlicht.

Damit rückt als vierte und letzte Analysekatgorie in Bezug auf die Prozesse die Interaktion zwischen Fürsorge und Psychiatrie ins Zentrum. Die Fürsorgegeschichte der Jugendlichen schlägt sich in der psychiatrischen Begutachtung bzw. in der Anamnese und der klinischen Dokumentation nieder. Die Familiensituationen mit gängigen fürsorgerischen Kategorisierungen (z.B. illegitimes Kind), mit Fokus auf Beschreibungen der Mütter, sowie mehrfache Platzierungsgeschichten und damit verbundene Schwierigkeiten werden aus den Dokumenten der Vormundschaft und Fürsorgeeinrichtungen von den Ärzt*innen übernommen und auch in diesem Sinn verwendet. Die Psychiatrie übernimmt und bestätigt somit die bereits gesellschaftlich auferlegte Anomalität und Stigmatisierung.¹⁶

16 Zwischenresultate des NFP 76-Projekts *Die ‹gute Familie› im Fokus von Schule, Fürsorge und Sozialpädagogik* zeigen, dass Zuschreibungen und Kategorien, die sich auf Mütter richten, stärker gewichtet und negativer bewertet werden als entsprechende Beschreibungen von Vätern. Vgl. den Beitrag von Caroline Bühler und Mira Ducommun in diesem Band. Vgl. auch Marietta Meier, Brigitta Bernet, Roswitha Dubach, Urs Germann (Hg.), *Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970*, Zürich 2007; Tamara Deluigi, *Die Schule und ihre Problemkinder, (A)Normalität im 19. und 20. Jahrhundert, eine historisch-systematische Analyse*, Bad Heilbrunn 2021.

Ausblick

Wie wir mit den paradigmatischen Fällen gezeigt haben, führen verschiedene Wege und Begründungen in die Klinik. Es entsteht ein Bild gesellschaftlicher Disziplinierung in Zusammenhang mit Stigmata und Unerwünschtheit, vor allem durch den Miteinbezug der fürsorgerischen Vorgeschichten und der damit unerwünschten Verhaltensweisen. Das Quellenkorpus macht deutlich, dass die psychiatrischen Diagnosen und Erklärungen für weiterführende Massnahmen nicht nur mit psychologischen und medizinischen Fachbegriffen erläutert werden, sondern gesellschaftliche, sittliche und moralische Urteile und Kategorisierungen enthalten, die offenkundig fester Bestandteil psychiatrischer Prozesse sind. So wird bei Carla mehrmals darauf hingewiesen, dass keine Krankheit im pathologischen Sinne vorliege, *trotzdem* wird sie fünfmal in sieben Jahren psychiatrisch abgeklärt. Bei Martino wird eine neurologische Krankheit (Epilepsie) und eine «Debilität» diagnostiziert (von der Universitäts-Kinderklinik Zürich wird er allerdings einige Jahre zuvor als «intelligenter Knabe» eingeschätzt). Im Speziellen fliessen fürsorgerische Urteile in die klinischen Begutachtungen und Diagnosen mit ein. Dabei werden Kategorien aus anderen Institutionen übernommen und als «Stütze» für die klinische Diagnose benutzt.¹⁷ Inwiefern sich Diagnose und Anschlussmöglichkeiten gegenseitig beeinflussen, müsste Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

Die Kategorisierungen der früheren Diagnosen und der Familien- und Heimgeschichten werden so aufgenommen und weitergegeben. Im Prozess der Klinikeinweisung und des -aufenthalts zeichnet sich somit eine lineare Kette von Kategorisierungen ab, die in die psychiatrische Diagnostik einfließen. Wie wir bei beiden Fällen gesehen haben, waren die Diagnosen volatil und wechselhaft. Dennoch fallen sie ein medizinisches und damit Objektivität suggerierendes Urteil über ein Krankheitsbild. Dieses enthält einen fahlen Beigeschmack, weil die jungen Menschen bereits durch ihr auffälliges und nichtkonformes Verhalten durch andere Institutionen vorverurteilt wurden.

17 Zu Interdependenzen von Psychiatrie und Fürsorge: Mirjam Janett, Die behördliche «Sorge» um das Kind. Psychiatrische Konzepte und fürsorgerische Massnahmen in Basel-Stadt [1945–1972], in: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 17 (2018), S. 257–265, hier S. 263.

Die teilweise medizinischen Vordiagnosen reproduzieren indes die heimeigenen Einschätzungen, die zur psychiatrischen Abklärung der Jugendlichen führte. Die Kliniken wiederum werden darin bestärkt, dass die psychiatrische Expertise notwendig ist.

Unserer These, wonach psychiatrische Kliniken auch im Tessin gesellschaftliche Disziplinierungs- und Problemlösefunktionen übernehmen und ausüben, wäre weiter nachzugehen. Laut unseren Erhebungen führte die Klinikentlassung oft zu einer Neueinweisung ins ONC.¹⁸ Welche Rolle das ONC als Erwachseneninstitution in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einnahm, bleibt unklar. Es wäre zu prüfen, ob Jugendliche mit «Erwachsenenproblemen» wie Alkohol- und Drogenkonsum eher nach Mendrisio eingeliefert wurden als solche ohne diese Probleme. Dank der Analyse der Psychiatriekarten erhalten wir wertvolle Hinweise auf Einweisungs- und Entlassungsprozesse, psychiatrische Untersuchung, Behandlungen und Kategorisierungen von Jugendlichen, die aufgrund attestierter Auffälligkeiten mit der Psychiatrie in Kontakt kamen. Zudem verdeutlichen sie die weit verzweigten Beziehungen zwischen etlichen Akteur*innen. Die Einzelfälle eröffnen eine Sicht auf die Psychiatrie, die mehr Einblicke in Rahmenbedingungen, Praktiken, Werte und Normen der Institutionen und der Gesellschaft gewähren, als dass sie Aufschluss über die Seelenzustände der Jugendlichen geben.

¹⁸ Dies widerspricht der Idee der ambulanten Poliklinik mit möglichst kurzer Aufenthaltsdauer, die im Tessin bereits ab den 1950er Jahren verbreitet war (Monasevic, *L'intervento*, S. 63–65). Dass Betroffene eine Art Institutionsschleife erleben, erinnert an die Theorie der *school-to-prison pipelines*, vgl. Joel Mittleman, A Downward Spiral? Childhood Suspension and the Path to Juvenile Arrest, in: *Sociology of Education* 91/3 (2018), S. 183–204.

Das Scheitern der Mütter

Zur Reproduktion von psychiatrisch-psychologischen Konzepten in Fremdplatzierungsprozessen im Kanton Bern, 1960–1980

Caroline Bühler, Mira Ducommun

Abstract

In the canton of Bern in the 1960s and 1970s, guardianship authorities and schools often turn to the educational counselling service (ECS), the child and adolescent psychiatric service (CAPS) or the Neuhaus children observation center when they notice deviant behavior in children and adolescents. In the assessments carried out by these institutions, the mother often becomes the focus of attention. In this contribution, we reconstruct the different lines of argumentation of the ECS, CAPS, and the Neuhaus in child placement processes: they assess the mothers' parenting, describe how work-related absences affect the children and adolescents under investigation, or describe mothers who do not cooperate as incompetent. From this perspective, being a mother becomes investigable, assessable and mobilizable – and thus *a priori* discreditable. Social and psychiatric diagnoses confirm each other and ultimately produce the «neglected» child that is to be placed in a home or a foster family.

In den 1960er und 1970er Jahren lässt sich im Kanton Bern, wie in anderen Teilen der Schweiz, eine Zunahme von medizinisch-psychiatrischen Begründungen für behördliche Fremdplatzierungsmassnahmen feststellen. In bisherigen Forschungen zur Fremdplatzierung in der Schweiz fällt besonders die Verstrickung der zuständigen Vormundschafts- und Fürsorgebehörden mit

psychiatrischen Expert*innen auf.¹ Dieser Beitrag² richtet den Blick auf die spezielle Konstellation, die in Bern durch die enge Verbindung der Erziehungsberatung (EB) mit medizinischen und psychiatrischen Einrichtungen wirksam wurde.³ Wir untersuchen diese psychologische und psychiatrische Praxis anhand der Analyse von Fallakten aus verschiedenen Berner Archiven.

Ein besonderer Fokus liegt auf der Bewertung von Familien in der Beratungs- und Begutachtungstätigkeit der EB sowie der Beurteilung der Mutter aus psychiatrischer Sicht. Auf die Tendenz zu geschlechterspezifischen Begründungen in Fremdplatzierungsprozessen weisen historische Forschungen seit Längerem hin.⁴ Die idealisierende Überhöhung der Familie mit ihrer Emphase der Mutter-Kind-Beziehung als dem Zentrum des familiären Zu-

1 Mirjam Janett, Die behördliche «Sorge» um das Kind. Psychiatrische Konzepte und fürsorgliche Maßnahmen in Basel-Stadt (1945–1972), in: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin, Bd. 17: Schwerpunkt: Medikalisierte Kindheiten. Die neue Sorge um das Kind vom ausgehenden 19. bis ins späte 20. Jahrhundert, hg. von Elisabeth Dietrich-Daum, Michaela Ralser, Elisabeth Lobenwein, Leipzig 2018, S. 257–265, hier S. 265; Mirjam Janett, *Verwaltete Familien. Vormundschaft und Fremdplatzierung in der Deutschschweiz, 1945–1980*, Zürich 2022, Kapitel 6; Urs Philipp Germann, *Zur Nacherziehung versorgt. Die administrative Versorgung von Jugendlichen im Kanton Bern 1942–1973*, in: *Berner Zeitschrift für Geschichte* 80/1 (2018), S. 7–43, hier S. 30; Sara Galle, *Kindswegnahmen. Das «Hilfswerk für die Kinder der Landstrasse» der Stiftung Pro Juventute im Kontext der schweizerischen Jugendfürsorge*, Zürich 2016.

2 Dieser Aufsatz wurde im Rahmen des Forschungsprojekts *Die «gute Familie» im Fokus von Schule, Fürsorge und Sozialpädagogik* verfasst (Nationales Forschungsprogramm *Fürsorge und Zwang. Geschichte, Gegenwart, Zukunft*, NFP 76).

3 Zur Geschichte der Erziehungsberatung im Kanton Bern vgl. Thomas Aebi, Katharina von Steiger (Hg.), *Mit weitem Blick. Die Geschichte der Bernischen Erziehungsberatung in Vision und Wirklichkeit*, Bern 2016.

4 Vgl. Susanne Businger, Nadja Ramsauer, «Genügend goldene Freiheit gehabt.» Heimplatzierungen von Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich, 1950–1990, Zürich 2019, Kapitel 2 und 3; Sara Galle, *Kindswegnahmen*; Susanne Businger, Nadja Ramsauer, Mirjam Janett, «Gefährdete Mädchen» und «verhaltensauffällige Buben». Behördliche Fremdplatzierungspraxis in den Kantonen Appenzell Innerrhoden, Basel-Stadt und Zürich, in: Gisela Hauss, Thomas Gabriel, Martin Lengwiler (Hg.), *Fremdplatziert. Heim-erziehung in der Schweiz, 1940–1990*, Zürich 2018, S. 77–100, insbesondere S. 88–90.

sammenhalts lässt sich in der Schweiz seit dem 19. Jahrhundert feststellen.⁵ Im ersten Zivilgesetzbuch der Schweiz wurde das bürgerliche Familienideal, und damit die unterschiedlichen Rollen der beiden Geschlechter, rechtlich untermauert.⁶ Die mit diesem Ideal einhergehende Stilisierung der liebevoll nährenden, schützenden und aufopferungsvollen Mutter hatte einschneidende Konsequenzen für die gesellschaftliche Haltung gegenüber Müttererwerbstätigkeit. Sie prägte die schweizerische Sozial- und Familienpolitik bis in die 1970er Jahre.⁷ Auch die Psychiatrie baute in der Nachkriegszeit verstärkt auf Mütterlichkeitskonzepten, namentlich aus dem angelsächsischen Raum.⁸ Am Beispiel von Fremdplatzierungsprozessen legen wir dar, wie die Problematisierung der Mütterlichkeit im von uns untersuchten Zeitraum via psychiatrisch-psychologische Abklärungen bei der Beurteilung von Familien als «schlechtes» oder «schädliches Milieu» ins Gewicht fiel.⁹

5 Heidi Witzig, Elisabeth Joris (Hg.), Frauengeschichte(n). Dokumente aus zwei Jahrhunderten zur Situation der Frauen in der Schweiz, Zürich 2001.

6 David Gugerli, Das bürgerliche Familienbild im sozialen Wandel, in: Thomas Fleiner-Gerster, Pierre Gilliland, Kurt Lüscher (Hg.), Familien in der Schweiz, Freiburg i.Ü. 1991, S. 59–74; vgl. Diana Baumgarten, Jenny Burri, Andrea Maihofer, Die Entstehung der Vorstellungen von Familie in der (deutschsprachigen) Schweiz. Analysebericht zu Händen der Metropolitankonferenz Zürich, Basel 2017. Online: https://genderstudies.phil.hist.unibas.ch/fileadmin/user_upload/genderstudies/Dokumente/Forschung/Artikel/Analysebericht_Familie_Teilprojekt_A1_Website.pdf, hier S. 37.

7 Elisabeth Joris, 1970er-Jahre, in: Denise Schmid (Hg.), Jeder Frau ihre Stimme. 50 Jahre Schweizer Frauengeschichte 1971–2021, Zürich 2020, S. 21–80. Vgl. Gaby Sutter, Berufstätige Mütter. Subtiler Wandel der Geschlechterordnung in der Schweiz (1945–1970), Zürich 2005.

8 Zum Konzept der *good enough mother* aus den 1950er Jahren (Donald Winnicott, auch Bowlby und Spitz) vgl. Gaby Sutter, Berufstätige Mütter, S. 75. Yvonne Schütze, Die gute Mutter. Zur Geschichte des normativen Musters «Mutterliebe», Bielefeld 1991 [1986].

9 Urs Hafner, Kinder beobachten. Das Neuhaus in Bern und die Anfänge der Kinderpsychiatrie, 1937–1985, Zürich 2022, S. 48–50.

Interaktionen von Erziehungsberatung, Psychiatrie und Fürsorge

Die Berner EB galt in der Fachwelt von Beginn an als Erfolgsmodell, dem innovative Strahlkraft zugesprochen wurde.¹⁰ Hier arbeiteten pädagogisch und schulpsychologisch geschulte Erziehungsberater*innen eng mit Kinder- und Jugendpsychiater*innen zusammen.¹¹ Die Beziehungen zur Medizin und zur Psychiatrie bestanden seit der Einrichtung als «Beratungsstelle für Erziehungsfragen» 1920. Der Gründer und erste Leiter der EB, Walter Hegg, holte Ende der 1940er Jahre den Kinderpsychiater Arnold Weber von der Kinderbeobachtungsstation Neuhaus an seine Seite.¹² Nach dem Leitungswechsel 1958 arbeitete Heggs Nachfolger, Kurt Siegfried, mit Walter Züblin zusammen. Ab 1961 leitete Züblin den an derselben Adresse wie die EB untergebrachten kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst. Er hatte zudem die Leitung des Neuhaus inne.¹³

In den 1960er Jahren konnte sich die Erziehungsberatung definitiv etablieren. Zusammen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde sie als eigenes, vom Erziehungsberater und von einem Chefarzt der Psychiatrie gemeinsam geleitetes städtisches Amt direkt der Schuldirektion unterstellt. 1964 wurden die Leistungen der EB zur «Verbesserung der Erziehungsverhältnisse» und der kinder- und jugendpsychiatrische Dienst (KJPD) für die «seelisch kranken Kinder» vom Kanton Bern gesetzlich festgeschrieben, finan-

10 Roland Käser, Die EB in der nationalen und internationalen Perspektive, in: Aebi, von Steiger (Hg.), *Mit weitem Blick*, S. 11–24, hier S. 14–16.

11 Erziehungsberater*innen waren in der Regel ausgebildete Lehrpersonen mit anschliessendem Psychologiestudium, vgl. Suzanne Hegg, *Von den Anfängen bis in die 1970er Jahre. Die Bernische Erziehungsberatung*, in: Aebi, von Steiger (Hg.), *Mit weitem Blick*, S. 25–102, hier S. 71; Hans Gamper, *Die weitere Entwicklung der Erziehungsberatungsstellen*, in: ebd., S. 103–146, hier S. 138.

12 Ebd., S. 108. Urs Hafner, *Von der Seele zum Hirn*, in: *NZZ Geschichte* 32, Februar 2021.

13 Zum Neuhaus unter der Leitung von Walter Züblin siehe: Hafner, *Kinder beobachten*. Zu Züblins frühen «Zürcher Jahren» siehe den Beitrag von Mirjam Janett in diesem Band.

ziert und deren Einfluss in Fremdplatzierungsprozessen dadurch gefestigt.¹⁴ Damit wurden die EB und der KJPD in den 1960er Jahren zu einer massgeblichen Schaltstelle für Entscheidungen und Massnahmen gegenüber Kindern und ihren Familien. Die beiden Dienste waren administrativ und organisatorisch eng miteinander verflochten. Patient*innen und Klient*innen konnten unbürokratisch zum anderen Dienst überwiesen werden.¹⁵ Fürsorge- und Vormundschaftsbehörden konnten Beratungen anordnen und sich für die Platzierungsentscheide auf die erstellten Gutachten stützen. 1975 verfügte der Kanton Bern über insgesamt sieben regionale Erziehungsberatungsstellen.¹⁶ Diese konnten, wie die Vormundschaftsbehörden, bei «schwerwiegenderen» Fällen und Verdacht auf «organisch bedingte Störungen» eine Abklärung in der Beobachtungsstation Neuhaus veranlassen.¹⁷ Dieser zunehmende Einfluss der Psychiatrie in den 1960er und 1970er Jahren ist vor dem Hintergrund der Aufmerksamkeit für das «vulnerable Kind» zu verstehen.¹⁸ Mit den Kindern standen hierbei auch die Mütter unter Beobachtung.¹⁹

Fabrikation und Analyse von Fällen

Wie Mütter in Fremdplatzierungsprozessen seitens der EB, dem KJPD oder der Beobachtungsstation Neuhaus bewertet wurden, analysieren wir in diesem Beitrag anhand einer Auswahl von Fremdplatzierungsprozessen aus dem Kanton Bern. Die Auswahl der 23 Fälle erfolgte entlang von verschiedenen theoretisch begründeten Kontrastlinien (der Region, unterschiedliche Heime, involvierte Akteur*innen, Geschlecht).²⁰ Da die Personendossiers der

¹⁴ Gamper, Die weitere Entwicklung, S. 110.

¹⁵ Ebd., S. 138.

¹⁶ Die dezentral im Kanton angesiedelten Erziehungsberatungsstellen lagen in Bern, Biel, Thun, Burgdorf, Langenthal, Delémont und Ittigen/Bolligen.

¹⁷ Vgl. dazu auch den Beitrag von Urs Hafner in diesem Band.

¹⁸ Meike Sophia Baader, Vulnerable Kinder in der Moderne in erziehungs- und emotionsgeschichtlicher Perspektive, in: Sabine Andresen, Claus Loch, Julia König (Hg.), Vulnerable Kinder. Interdisziplinäre Annäherungen, Wiesbaden 2015, S. 79–102, hier S. 90.

¹⁹ Janett, Verwaltete Familien, S. 29, 304.

²⁰ Es handelt sich um 23 Fälle zwischen 1965 und 1980, 10 Mädchen, 13 Buben. Die Quellen liegen in den folgenden Archiven: Staatsarchiv Bern (StABE), Archiv Universi-

EB jeweils nach zwanzig Jahren vernichtet wurden, mussten wir in anderen Archivbeständen nach den Einschätzungen und Gutachten suchen.²¹ Die uns vorliegenden Fallakten sind in Personendossiers der Fürsorge oder von Heimen enthalten, in denen die Kinder platziert wurden.

Die Fallakten wurden von verschiedenen am Prozess der Abklärung von Kindern und Familien beteiligten Akteur*innen angefertigt, zusammengestellt und weitergereicht. Am Ende dieses Prozesses erscheinen die in den Akten dokumentierten Fälle als «Ketten von Repräsentationen»,²² das heisst als Aneinanderreihung von schriftlich festgehaltenen Bedeutungen und Zuschreibungen. Durch das Interagieren verschiedener Institutionen erscheint der Fall «als relativ geschlossenes, kontextbezogenes Narrativ».²³ Wir können aus den Akten einen verstetigten bürokratischen Ablauf rekonstruieren, im Zuge dessen verschiedene Akteur*innen den Fall einschätzen und sich ge-

tätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Waldau, Bern (AN-HB), Stadtarchive Bern, Biel und Thun.

21 Berichte der EB sind in Heimakten enthalten, bspw. in der Rubrik «Versorgungsgründe» in den Anmeldebögen, sowie in Dokumentationen der Fürsorge.

22 Bruno Latour, *Die Hoffnung der Pandora. Untersuchungen zur Wirklichkeit der Wissenschaft*, Frankfurt a. M. 2000; vgl. Timo Ackermann, *Entscheiden über Fremdunterbringungen. Praktiken der Fallerzeugung*, in: Birgit Bütow, Marion Pomey, Myriam Rutschmann u. a. (Hg.), *Sozialpädagogik zwischen Staat und Familie*, Wiesbaden 2014, S. 153–173, hier S. 168.

23 Carlo Ginzburg, *Ein Plädoyer für den Kasus*, in: Johannes Süssmann, Susanne Scholz, Gisela Engel (Hg.), *Fallstudien. Theorie – Geschichte – Methode*, Berlin 2007, S. 29–48, hier S. 33; vgl. Sybille Brändli, Barbara Lüthi, Gregor Spuhler, «Fälle» in der Geschichte von Medizin, Psychiatrie und Psychologie im 19. und 20. Jahrhundert, in: dies. (Hg.), *Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts*, Frankfurt a. M., 2009, S. 7–29, hier S. 20.

gegenseitig als Referenz dienen.²⁴ Der «Fall» ist ein «Fabrikationsprozess»:²⁵ Durch die Sammlung in einem Dossier wird er nicht nur abgebildet, sondern das Weiterreichen der Unterlagen, das gegenseitige Bezugnehmen der institutionellen Akteur*innen und die Reproduktion und Verdichtungen der Klassifizierungen bringen ihn erst hervor.

Bei der Analyse des Materials orientierten wir uns an der Grounded Theory, einem Verfahren der qualitativen Sozialforschung.²⁶ Hier wird bereits zu Beginn der Datenerhebung mit der Codierung – im Sinne der Benennung zentraler theoretischer Konzepte – begonnen und danach wird fortlaufend auf eine Verfeinerung, Verdichtung und Spezifizierung dieser Konzepte hingearbeitet. Dieses iterative, reflexive Vorgehen sowie die Kontrastierung der Fallakten brachten verschiedene Varianten von Beschreibungen und Beurteilungen der Kinder und ihrer Eltern im Abklärungskontext hervor.

Diskreditierbare Mütter in psychiatrisch-beratenden Abklärungen

Im Folgenden gehen wir auf die Argumentations- und Begründungslinien verschiedener Erziehungsberater*innen und Psychiater*innen ein und dokumentieren, wie diese im Rahmen von Fremdplatzierungsprozessen abweichendes Verhalten von Kindern mit Bezug auf die Mutter erklärten und einordneten. Wir zeigen auf, wie sich in den Abklärungen psychologische und

²⁴ Thomas Scheffer, Zug-um-Zug und Schritt-für-Schritt. Annäherungen an eine transsequenzielle Analytik, in: Herbert Kalthoff, Stefan Hirschauer, Gesa Lindemann, Theoretische Empirie. Die Relevanz qualitativer Forschung, Frankfurt a.M. 2008, S. 368–398; vgl. Ackermann, Entscheiden über Fremdunterbringungen, S. 169.

²⁵ Karin Knorr-Cetina, Die Fabrikation von Erkenntnis. Zur Anthropologie der Naturwissenschaft, Frankfurt a.M. 1984; vgl. Ackermann, Entscheiden über Fremdunterbringungen, S. 171.

²⁶ Anselm Strauss, Juliet Corbin, Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung, Weinheim 1996. Bei der induktiven Kategorienbildung orientieren wir uns an zwei Prinzipien: a) konstantes Kontrastieren, b) Stellen von Fragen an die Daten. Die Software MaxQDA unterstützt das Ordnen der Fälle und der Codes, vgl. Udo Kuckartz, Einführung in die computerunterstützte Analyse qualitativer Daten, Wiesbaden 2005.

psychiatrische Diagnosen mit moralisierenden Bewertungen verschränkten, was letztlich zum Scheitern der Mütter an gesellschaftlichen Konditionen führte.

Die «erziehungsunfähige» Mutter

Aus bereits bestehenden Forschungen zu Fremdplatzierungsentscheiden sticht die besondere Aufmerksamkeit für die Erziehungstätigkeit der Eltern heraus.²⁷ Auch in den Abklärungen und Gutachten der EB, des KJPD und des Neuhaus in den 1960er und 1970er Jahren stellen wir einen Fokus auf die Erziehungstätigkeit der Eltern fest. Die Beurteilungen heben insbesondere die erzieherische Inkompetenz der Mutter hervor, wenn als abweichend klassifiziertes Verhalten der Kinder erklärt werden soll. 1969 wird beispielsweise seitens der EB der Stadt Bern der neunjährige Felix²⁸ von der zuständigen Erziehungsberaterin beurteilt, nachdem er von einer Lehrerin angemeldet wurde. Er habe ständig den Unterricht gestört und «zanke».²⁹ In ihrem Schreiben an die Gemeindefürsorgerin geht die Erziehungsberaterin auf verschiedene von ihr festgestellte Problematiken ein.³⁰ Sie stützt sich dabei auf Gespräche mit den Eltern und mit Felix. Bei Letzterem falle ihr besonders sein «geduckter Gang» auf. Er versuche alle Aufmerksamkeit auf sich zu lenken und habe eine «kleinkindliche Sprechweise».

Diese Beobachtungen bringt sie mit der Situation zuhause in Verbindung: Dort werde wenig für ihn gesorgt, Felix habe erzählt, dass niemand mit ihm spiele. Er sei immer ungewaschen erschienen. Ausserdem bestünden erhebliche Probleme in der Ehe und Felix sei «verwahrlost». Die Erziehungsberaterin kommt zur folgenden Einschätzung der Mutter: «Wahrscheinlich ist sie nicht sehr mütterlich und keine gute Erzieherin, aber auch total überfordert und hat gar keine Kraft mehr, daheim zum Rechten zu sehen.» Schliesslich stellt sie fest: «In diesem Milieu kann sich Felix natürlich nicht

²⁷ Janett, *Verwaltete Familien*, Kapitel 4.

²⁸ Bei den Namen handelt es sich um zufällig zugewiesene Pseudonyme.

²⁹ StABE, BB 13.2.195, Knaben-Dossier Schulheim Aarwangen, «Felix», Schreiben EB Bern 1969.

³⁰ Ebd.

mehr gesund entwickeln» und rät der Gemeindefürsorgerin zu einer Fremdplatzierung. Als Felix in der Folge von der zuständigen Vormundschaftskommission in ein Erziehungsheim eingewiesen wird, wird dieser Bericht im Schreiben der Vormundschaft zitiert und abermals im Sinne eines «Versorgungsgrundes» betont, dass die Mutter der Erziehung des Kindes nicht gewachsen sei.³¹

In den Gutachten der EB lassen sich Argumentationslinien rekonstruieren, anhand derer Mütter als zu wenig kompetent beurteilt werden, ihr teils als «schwierig» oder gar als «gestört» kategorisiertes Kind zu erziehen. In einem Fremdplatzierungsprozess wird der fünfjährige Robin 1963 von der EB der Stadt Bern «wegen schweren Verhaltensstörungen (Bettnässen, Schmieren, Schwererziehbarkeit)» für einen Beobachtungsaufenthalt in der Kinderbeobachtungsstation Neuhaus angemeldet.³² Im Unterschied zur Abklärung von Felix seitens der EB umfasst die Untersuchung im Neuhaus nebst einer Familienanamnese auch verschiedene Beobachtungen sowie psychologische und neurologische Tests (etwa ein Elektroencephalogramm EEG sowie IQ-Tests). Basierend darauf wird im Rahmen einer gemeinsamen Sitzung der involvierten Fachpersonen die Diagnose «psychische Retardation bei Verwahrlosung» und «Organischer Hirnschaden (EEG)» gestellt.³³ Robin wird daraufhin in ein Kinderheim in der Region Interlaken eingewiesen. In seinem Schreiben an die Heimleitung argumentiert Walter Züblin: «Da die Eltern der Erziehung eines derart gestörten Kindes einfach nicht gewachsen sind, erschien uns die heilpädagogisch ausgerichtete Nacherziehung in einem Kleinheim für einige Jahre (mindestens bis zur Einschulung) die einzige mögliche Massnahme.»³⁴

Die beiden Beispiele illustrieren zwei zentrale, miteinander in Verbindung stehende Argumentationslogiken, wenn es um die Beurteilung der Erziehungskompetenz von Müttern geht: Einerseits wird, ausgehend vom ab-

31 StABE, BB 13.2.195, Knaben-Dossier Schulheim Aarwangen, «Felix», Anmeldung ins Heim 1969.

32 ANHB, Krankenakte «Robin».

33 Ebd., Résumé der Gemeinsamen 1963. Im Rahmen der als «Gemeinsame» betitelten Sitzung diskutierte das Personal des Neuhauses gemeinsam mit Walter Züblin die zur Beobachtung und Abklärung eingewiesenen Kinder.

34 ANHB, Krankenakte «Robin», Schreiben Walter Züblin 1963.

weichenden Verhalten des Kindes, die Erziehungskompetenz der Mutter infrage gestellt. Bereitet Felix Probleme in der Schule und erscheint ungewaschen in der EB, so wird dies mit Bezug auf die Mutter erklärt. Andererseits wird die Erziehungskompetenz der Mutter als unzureichend für das abweichende, sprich «schwierige» Kind erachtet, was bei Robin anhand verschiedener neurologischer und psychologischer Tests untermauert wird.

Die «arbeitende» Mutter

Dass die Beurteilung der Mutter mit psychiatrischen Diagnosen belegt wird, stellen wir auch mit Blick auf die Problematisierung der mütterlichen Erwerbstätigkeit fest. Bestehende Studien zeigen, dass in Fremdplatzierungsentscheiden die Erwerbstätigkeit von Müttern oftmals als Begründung mobilisiert wurde.³⁵ Unsere Erkenntnisse knüpfen an diese Forschungen an. Bemerkenswert ist jedoch zum einen, dass sich diese Problematisierung bis in die 1970er Jahre fortsetzt. Zum anderen wird die Erwerbstätigkeit in einigen Fällen mit Beurteilungen gegenüber der ausländischen Bevölkerung verbunden, die in dieser Zeit zunehmend auch von fürsorgerischen Massnahmen betroffen ist.³⁶ Exemplarisch hierfür ist der Fremdplatzierungsprozess von Carlo, dessen Mutter aufgrund ihres Aufenthaltsstatus als italienische Gastarbeiterin³⁷ einer ganztägigen Erwerbstätigkeit nachging. 1970 wird Carlo aufgrund eines Deliktes – er habe «Velotöffli» entwendet – und mit Bezug auf das Strafgesetzbuch in ein Erziehungsheim im Oberaargau platziert.³⁸ Nachdem eine «Einordnung» im Erziehungsheim nicht gelingt, wird er noch

³⁵ Vgl. Janett, *Verwaltete Familien*, Kapitel 5.

³⁶ Erste Ergebnisse aus unserem Forschungsprojekt legen nahe, dass fürsorgerische Massnahmen gegenüber Nicht-Schweizer Familien in den 1970er Jahren zunahmen. So belief sich beispielsweise der Anteil an Einweisungen von Kindern mit ausländischer Staatsbürgerschaft in das Mädchenheim «Schlössli» Kehrsatz in den 1970er Jahren teilweise auf bis zu 30 Prozent (vgl. StABE, BB 02.10.42, Zöglingskontrolle, eigene Berechnung).

³⁷ Zum Gastarbeits-Regime vgl. Concetto Vecchio, *Jagt sie weg! Die Schwarzenbachinitiative und die italienischen Migranten*, Zürich 2020.

³⁸ ANHB, Krankenakte «Carlo».

im selben Jahr durch den zuständigen Jugendanwalt für eine «eingehende psychiatrische Begutachtung» in die Beobachtungsstation Neuhaus eingewiesen.³⁹ Sie soll Schlüsse zum «psychischen Allgemeinzustand» zulassen und klären, ob der Junge «anlagemässige oder entwicklungsmässige Abnormitäten» aufweise.

Im Neuhaus wird Carlo beobachtet, Einschätzungen weiterer Akteur*innen werden beigezogen (gemäss dem Lehrer sei er ein «unbeherrschter, zerfahrener und schwadliger Hochangeber»), und verschiedene Tests durchgeführt. In seinem Schreiben an den Jugendanwalt führt Walter Züblin das Verhalten von Carlo auf die Arbeitstätigkeit seiner Mutter zurück: «Der äussere Lebenslauf ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient infolge der behördlich vorgeschriebenen Arbeitspflicht der Mutter anfangs in einer Pflegefamilie aufwuchs und mit Beginn der Schulpflicht in die Missione Cattolica in Thun gegeben wurde.»⁴⁰ Aufgrund der Beobachtung in der Klinik wird weiter argumentiert, der Junge zeige «eine ausgesprochen infantile, nur sehr wenig strukturierte Persönlichkeit». Trotz einer Elektroenzephalografie, die er als normal einstuft, schliesst Züblin «das Mitwirken organischer Faktoren an der Entstehung des heutigen Zustandes [...] nicht mit Sicherheit» aus. Vor dem Hintergrund dieser Untersuchungen diagnostiziert der Psychiater eine «schwere Verwahrlosung».⁴¹

Damit wird die attestierte Verhaltensstörung mit Bezug auf die erwerbsbedingte Abwesenheit der Mutter begründet. Berücksichtigt werden jedoch weniger die strukturellen Hintergründe dieser Lebenslage, vielmehr überwiegt die psychologisierende – und damit auch individualisierende – Diagnose der «Verwahrlosung», welche durch die durchgeführten Tests unterstützt wird.

Arbeitstätigkeit wird nicht nur wegen der Abwesenheit der Mütter kritisiert, in einigen Fällen wird auch die Tätigkeit als solche disqualifiziert. Besonders deutlich wird dies, wenn Mütter als Sexarbeiterinnen oder in einem «Nachtlokal» tätig waren. Im Jahr 1980 wird die Erziehungsberatung Langenthal von der Vormundschaft einer Gemeinde im Oberaargau um einen

³⁹ Ebd., Jugendanwalt 1970.

⁴⁰ Ebd., Schreiben Züblin 1970.

⁴¹ Ebd.

Bericht über die damals 15-jährige Anita gebeten.⁴² Die Vormundschaft befasse sich mit dem Fall, nachdem es zwischen der Mutter und Anita zu schweren Auseinandersetzungen gekommen sei. In einem Schreiben zuhanden der Vormundschaftskommission führt der zuständige Erziehungsberater zunächst aus, er kenne Anita bereits, nachdem sich die Mutter «in höchsten Nöten» bei der Erziehungsberatung gemeldet und diese um Unterstützung bei der Erziehung ihrer Tochter gebeten habe.⁴³ Seine Ausführungen stützen sich auf Beobachtungen, Gespräche und eine in den Akten überlieferte Vorgeschichte. Nachdem Anita knapp neun Jahre bei ihrer Grossmutter in Österreich gelebt habe, sei sie mit elf Jahren zu ihrer Mutter «in ein desolates Milieu» gekommen. An die Vormundschaftskommission schreibt er: «Sie kennen ja die Geschichte. Die Mutter, mit ihrer Vergangenheit als Nachtclubtänzerin, mit ihrer eigenen Instabilität und auch der Stiefvater mit seinem ganzen Verhalten konnten für das Mädchen weder Halt noch Geborgenheit sein».⁴⁴ Hier dient die frühere Tätigkeit der Mutter als «Nachtclubtänzerin» als offenkundiges Indiz des «desolaten Milieus».⁴⁵ Mit dem Verweis auf die bereits bekannte Information kann der Erziehungsberater seine Einschätzung bestätigen. Die EB scheint gegenüber den zu beurteilenden Familien in Fremdplatzierungsprozessen eine moralische Deutungshoheit beanspruchen zu können.

Die «alleinstehende» Mutter

Ähnliche Argumentationslinien lassen sich auch erkennen, wenn die Eltern getrennt lebten oder gar nicht erst verheiratet waren. In gut der Hälfte der untersuchten Fälle wird in den Beschreibungen der Mütter darauf verwiesen, dass es Spannungen in der Ehe gab, dass die Mutter getrennt vom Vater lebe oder von Beginn an alleinerziehend war. Der eingangs besprochene Fremd-

42 StABE, Verein 17.110 Austritte (1980), Zöglinge / Schüler Viktoria-Stiftung Richigen, «Anita».

43 Ebd., Schreiben EB Langenthal 1980.

44 Ebd.

45 Zur gesellschaftlichen Sicht auf Sexarbeit in der Schweiz vgl. Milena Chimienti, Prostitution – une histoire sans fin?, in: *Sociétés* 99/1 (2008), S. 11–20.

platzierungsprozess von Felix aus dem Jahr 1969 ist auch in dieser Hinsicht als exemplarisch zu werten. Im erwähnten Bericht der Erziehungsberaterin wird ausführlich auf die ehelichen Probleme eingegangen.⁴⁶ Dabei fällt auch auf, dass den Ausführungen des Vaters gegenüber denen der Mutter deutlich mehr Platz eingeräumt wird, selbst wenn sich die Erziehungsberaterin später von beiden distanziert: «Der Vater schalt bei der ersten Besprechung in unangenehmer Weise während mehr als einer Stunde über seine Frau. [...] Sie arbeite nur in ihrem Coiffeursalon, pflege die Wohnung nicht, gebe dem Kind fast nie das Morgenessen, weitere Mahlzeiten wohl auch nicht.»⁴⁷

Noch Ende der 1970er Jahre treffen wir auf ähnliche Argumentationsweisen. 1979 wird die 15-jährige Erika in ein Heim eingewiesen.⁴⁸ Sie brauche «Nacherziehung, vor allem im sozialen Bereich und in ihrer persönlichen Entwicklung» und habe Schulschwierigkeiten. Insbesondere habe ihre Mutter «zu wenig Zeit für [Erika]», weil sie voll arbeiten müsse, «um sich durchzuschlagen».⁴⁹ Der Anmeldung wird ein Gutachten beigelegt, das von dem langjährigen Leiter der EB Bern, Kurt Siegfried, verfasst wurde.⁵⁰ In diesem an die Heimleitung adressierten Schreiben geht Siegfried auf die familiären Hintergründe Erikas ein. Er führt aus, wie der leibliche Vater Erikas noch während der Schwangerschaft die Schweiz verliess, wie sich die Mutter daraufhin mit einem anderen Mann verheiratete, worauf diese Ehe nach kurzer Zeit geschieden wurde. Er bezieht sich weiter darauf, dass die Mutter einer Erwerbstätigkeit nachgehe, mit der sie glücklich sei. Dennoch folgert er: «Das Mädchen hat eigentlich eine, wie mir scheint, durchaus gesunde seelische Grundlage, ist aber durch die unglückliche Entwicklung der Lage zu Hause zunehmend verwahrlost.»⁵¹

46 StABE, BB 13.2.195, Knaben-Dossier Aarwangen, «Felix», Schreiben EB Bern, 1969.

47 Ebd.

48 StABE, Verein 17.110 Austritte (1980), Zöglinge / Schüler Viktoria-Stiftung Richigen, «Erika».

49 Ebd., Anmeldung ins Heim 1979.

50 Ebd., Schreiben EB Bern 1979.

51 Ebd.

Diskreditierende Konnotationen

Schliesslich treffen wir in den untersuchten Fremdplatzierungsprozessen nicht nur Beurteilungen an, die bestimmte Lebenslagen oder strukturelle Bedingungen mit psychologischen oder psychiatrischen Konzepten und Diagnosen verbinden. Teilweise wird ohne Untersuchung der Mütter und ohne weitere Erklärung auf psychologisch-diagnostisches Vokabular zurückgegriffen. Besonders wenn auf die psychische Verfassung von Müttern verwiesen wird – dies ist in fünf der untersuchten Fremdplatzierungsprozesse der Fall – scheint eine Kategorisierung als «depressiv» lediglich der Diskreditierung ihrer Kompetenz zu dienen.⁵²

In ähnlicher Weise zeigt sich die Diskreditierung im bereits diskutierten Fremdplatzierungsprozess von Robin. Im Rahmen der Familienanamnese im Neuhaus wird Robins Mutter wie folgt beschrieben: «Kindsmutter 36j., aus Süddeutschland, debil, schwatzhaft und dumm, leicht erregbar und in der Wut blind dreinschlagend.»⁵³ Woran die abwertende Zuschreibung als «dumm» und «leicht erregbar» festgemacht wird, lässt sich auch hier anhand der Akten nicht nachvollziehen.⁵⁴ Durch den Hinweis auf die Herkunft aus Süddeutschland wird diese negative Konnotation zusätzlich verstärkt – sie scheint hier einen weiteren Anlass für die Diskreditierung der Mutter zu bieten.

Auf abwertende Beurteilungen stossen wir überdies besonders dann, wenn in den untersuchten Dokumenten auf die Begegnungen zwischen den Eltern und verschiedenen Institutionen und Behörden eingegangen wird. In den Fremdplatzierungsprozess eines 14-jährigen Mädchens, Claudia, sind mehrere Instanzen involviert: sowohl die EB Langenthal als auch das Neuhaus.⁵⁵ Einem Schreiben aus dem Neuhaus können wir entnehmen, dass sich die Mutter zuvor um die elterliche Gewalt bemühte. Dies habe zu «sich über

52 Zum Beispiel: StABE, Verein 17.110 Austritte (1980), Zöglinge / Schüler Viktoria-Stiftung Richigen, «Manuela».

53 ANHB, Krankenakte «Robin», Résumé der Gemeinsamen, 1963.

54 Vgl. dazu auch Galle, Kindswegnahmen, S. 477.

55 StABE, Verein 17.110 Austritte (1980), Zöglinge / Schüler Viktoria-Stiftung Richigen, «Claudia».

den ganzen Sommer hinziehenden Gerichtsverhandlungen» geführt.⁵⁶ In diesem Zusammenhang wird die Mutter als «querulatorisch» bezeichnet. Hervorgehoben wird auch, dass sie sich lange geweigert habe, einen Pflegevertrag zu unterschreiben. Was im Sinne eines Sich-Einsetzens für die Tochter gesehen werden könnte, wird hier als problematisch und unkooperativ bewertet.

Vereinzelt äussern sich Vertreter*innen der EB oder der Psychiatrie positiv über die Eltern, insbesondere dann, wenn diese mit der Institution kooperieren. 1981 beurteilt der Langenthaler Erziehungsberater eine Familie in einem Bericht an das Jugendgericht Seeland wie folgt: Er habe mit den Eltern das «Gespräch gut finden» können und beurteile sie grundsätzlich als «gutwillige Eltern». ⁵⁷ Er kommt deshalb zum Schluss, dass es sich in diesem Fall nicht unbedingt um «Vernachlässigung», sondern vielmehr um «Überforderung» handle. Seinem Wohlwollen zum Trotz, empfiehlt der Erziehungsberater die strafrechtliche Verfügung der Platzierung in einem Heim, die daraufhin seitens des Gerichts vollzogen wird.

Legitimationsfunktion psychologisierender Diagnosen zu Müttern

Im Kanton Bern der 1960er und 1970er Jahre wenden sich Vormundschaftsbehörden, Schulen oder andere Akteur*innen oftmals an die EB, den KJPD oder ans Neuhaus, wenn sie eine Abweichung im Verhalten von Kindern und Jugendlichen feststellen. Im Laufe der Abklärungen durch diese Dienste rückt oft die Mutter ins Zentrum der Aufmerksamkeit.

In diesem Beitrag haben wir seitens der EB, des KJPD und der Beobachtungsstation Neuhaus mehrere Argumentationslinien zur Rolle der Mütter rekonstruieren können: Sie beziehen sich auf die Erziehungstätigkeit der Mütter, beschreiben, wie sich arbeitsbedingtes Fernbleiben auf die untersuchten Kinder und Jugendlichen auswirkt, gehen auf eheliche Spannungen ein oder beschreiben Mütter, die nicht kooperieren, als inkompetent, obwohl sie

⁵⁶ Ebd., Schreiben Neuhaus 1978.

⁵⁷ StABE, BB 13.2.203, Knaben-Dossier Schulheim Aarwangen, «Robert», Schreiben EB Langenthal 1981.

sich für ihre Kinder einsetzen. Das Mutter-Sein ist aus Perspektive der psychologischen und psychiatrischen Dienste, aber auch aus Sicht der Behörden untersuchbar, bewertbar und mobilisierbar – und damit a priori diskreditierbar. Werden die Untersuchungen mit psychologischen und neurologischen Tests ergänzt, so wie dies im KJPD oder im Neuhaus der Fall war, scheinen die Diagnosen zusätzlich (natur-)wissenschaftlich bescheinigt. Die daraus hervorgehende Deutungsmacht dieser Institutionen ist in den untersuchten Fremdplatzierungen augenfällig. So riskieren Mütter als Versagerinnen oder gar als Schuldige aus den Beurteilungen hervorzugehen.

Die vorliegende Untersuchung kann diese Diskreditierungen bis in die späten 1970er Jahre nachverfolgen. Diese auffällige Persistenz in der beratenden und untersuchenden Praxis kann, zumindest für die Stadt Bern, teilweise auf die personelle Konstanz und ein prägendes Leitungsteam von EB und KJPD zurückgeführt werden.⁵⁸ Ungeachtet des spezifischen Berner Kontexts fällt auf, wie einhellig Mütter durch Psychiatrie, Psychologie, Pädagogik, Beratung und Fürsorge bewertet wurden – also vonseiten aller in der Herausbildung der modernen Kinderpsychiatrie involvierten Akteur*innengruppen. Nicht alle beteiligten Disziplinen fokussierten Mütter in gleichem Ausmass. Tendenziell begünstigt wurde die Diskreditierung durch den subjektivierenden Zugang der Psychologie. Damit wird die strukturelle Bedingtheit von Lebenssituationen (etwa die Arbeitspflicht für «Fremdarbeiter*innen» oder die fehlende Unterstützung für alleinerziehende Mütter) ausgeklammert. Unsere Forschung legt ausserdem eine Verschränkung der psychiatrischen und psychologischen Konzepte mit gesellschaftlichen Diagnosen nahe. Die gesellschaftliche Norm für Mutterschaft wird nicht nur wirksam, sondern anhand der Entscheide und Einschätzungen reproduziert. Damit wird ebenfalls deutlich, dass psychologische und psychiatrische Diagnosen nicht unabhängig vom gesellschaftlichen Kontext interpretiert werden können.⁵⁹

⁵⁸ Kurt Siegfried leitete die EB von 1959 bis 1986; Walter Züblin leitete den KJPD und das Neuhaus von 1961 bis 1986. Beide dozierten an der Universität Bern und veröffentlichten Grundlagenwerke. Siehe Gamper, *Die weitere Entwicklung*, S. 137–144.

⁵⁹ Vgl. Hans-Georg Hofer, Lutz Sauerteig, *Perspektiven einer Kulturgeschichte der Medizin*, in: *Medizinhistorisches Journal* 42 (2007), S. 105–141, vgl. Brändli, Lüthi, Spuhler, «Fälle», S. 11.

Sowohl die beraterisch-psychologische Praxis der Erziehungsberatung als auch die psychiatrische Praxis des KJPD und des Neuhauses lassen sich als Tätigkeiten verstehen, die abweichendes Verhalten festschreiben, klassifizieren und kategorisieren. Mit dem folgenschweren Prädikat «verwahrlost»⁶⁰ werden Familienverhältnisse in Verbindung mit der Etikettierung des Kindes als «ungünstig» qualifiziert. Durch die Einschätzungen und Dokumentationen bringen sie das «verwahrloste» – und letztlich das zu platzierende – Kind erst hervor. Die Fallbeispiele zeigen, wie sich in den Abklärungen und den zuhanden der Fürsorgebehörden und des Heimes verfassten Dokumente gesellschaftliche Diagnosen mit psychiatrischen Diagnosen vermischen und gegenseitig beeinflussen, bestätigen und eine Argumentationskette bilden, wodurch letztlich die Fremdplatzierung legitimiert wird.

⁶⁰ Zum Verwahrlosungsbegriff siehe Janett, *Verwaltete Familien*, Kapitel 5; vgl. auch Martin Lengwiler, Gisela Hauss, Thomas Gabriel u. a., Bestandesaufnahme der bestehenden Forschungsprojekte in Sachen Verding- und Heimkinder. Bericht zuhanden des Bundesamts für Justiz EJPD, Bern 2013, S. 25–26, insbes. S. 45 f.

Warum Kinder- und Jugendpsychiater*innen sich mit der Geschichte ihrer Disziplin befassen sollten

Ein Kommentar

Frank Köhnlein

Als ich um diesen Kommentar gebeten wurde, zögerte ich zunächst: Was soll ein Kinderpsychiater zur Geschichtsforschung beitragen können? Andererseits war der Vorschlag der Herausgeber*innen nicht ganz abwegig: Ich erinnerte mich nicht nur an meine medizinhistorische Dissertation, sondern auch daran, dass mich 2008 Klaus Schmeck, damals mein Chef und Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Basel, anlässlich des anstehenden 550-Jahr-Jubiläums der Universität gebeten hatte, eine kurze Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Basel zu verfassen. Jedes Institut der Medizinischen Fakultät sei dazu eingeladen, die Instituts- bzw. Klinikgeschichte zusammenzustellen. Er drückte mir einen Stapel Dokumente, Veröffentlichungen, Bilder, Berichte und Skizzen in die Hand und hoffte wohl, sein Oberarzt würde daraus eine Art Essay erstellen. Er hatte meine wissenschaftliche Neugier unterschätzt: Es wurde ein zwanzigseitiger Aufsatz zur Entstehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Basel.¹ Nur eine Handvoll Institute und Kliniken hat damals die Herausforderung gestemmt, neben dem laufenden klinischen Betrieb die eigene Geschichte zusammenzufassen.

Dabei ist die Geschichte der Medizin unter uns Mediziner*innen keinesfalls unbeliebt: Sie ist oft ein probater Schmuckrahmen für wissenschaftliche Symposien oder auch nur für einen Sammelband, das Amuse-Gueule für die «echte» Wissenschaft. Auch Vorträge in medizinischen Kreisen zeichnen sich gerne dadurch aus, dass eine von dreissig Folien die geschichtliche Entwicklung des jeweiligen Sujets beleuchtet, also in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beispielsweise die Magersucht von Prinzessin Margareta von Un-

¹ Frank Köhnlein, «Dieses neue Tätigkeitsgebiet entspricht einem dringenden Bedürfnis und wird bald weiter ausgebaut werden müssen.» Beitrag zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Basel, Basel 2010. Online: <https://unigeschichte.unibas.ch/fakultaeten-und-faecher/medizinische-fakultaet/juengste-entwicklungen-der-medizinischen-fakultaet/kinder-und-jugendpsychiatrie> (7.8.2021).

garn im 13. Jahrhundert, die Entdeckung von Ritalin 1944 in Basel oder die Viersäfte-Lehre. Nicht selten wird der Rückblick dann genutzt, um – freilich keinesfalls explizit – den daraus erwachsenen und heute erreichten Fortschritt kontrastierend zu erhöhen, oder die Historie dient subtil dem schaurigen Gruseln und der psychohygienisch hilfreichen Distanzierung von den Irrwegen, welche die Medizin gegangen ist, wie jede wissenschaftliche Disziplin.

Wenig überraschend, dass sich Kliniker*innen kaum intensiv mit der Geschichte ihres Fachs auseinandersetzen. Medizingeschichte ist unter Mediziner*innen – wenn überhaupt – eher eine Sache für alternde Professor*innen, zumindest dann, wenn diese nach ihrer Emeritierung nicht das Aquarellmalen oder die Veröffentlichung von Gedichtbänden für sich entdecken oder versuchen, kleine Bälle auf weiten, unnatürlichen Rasenflächen in Löchern zu versenken. Wer sich in einer medizinischen Fachdisziplin mit deren Geschichte auseinandersetzt, obwohl er oder sie ja als Arzt oder Ärztin angehalten ist, nach vorne zu forschen, setzt sich schnell dem Verdacht aus, mit den anderen, vermeintlich wichtigeren Themen nicht mehr Schritt halten zu können – oder wahlweise zu viel freie Zeit zu haben. Medizingeschichte ist Luxus. Dabei sollten gerade wir Kinder- und Jugendpsychiater*innen es doch besser wissen. Kein Geringerer als der «Entdecker» der nach ihm benannten Form der autistischen Störung, der Wiener Kinderarzt Hans Asperger, hat formuliert: «Geschichte ist ja nicht <vergangen> und für uns irrelevant, sondern sie ist, richtig verstanden, Gegenwart, sie motiviert für jetzt und für die Zukunft.»²

Eine seriöse wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Geschichte setzt eine so intensive Arbeit voraus, dass diese kaum während des laufenden Klinik- oder Praxisbetriebs zu leisten ist. Es ist deshalb gut, dass es Forscher*innen anderer Disziplinen gibt, welche die Geschichtsforschung nicht nur von

2 Hinter dem Bonmot steht vermutlich eine bedenkliche Abwehrleistung des Kinderarztes und Heilpädagogen. Hans Aspergers Rolle bei der Überweisung von Kindern in die Wiener Jugendfürsorgeanstalt Spiegelgrund mit ihrer Fachabteilung, in der knapp 800 Kinder getötet und unzählige medizinischen Versuchen ausgesetzt und gequält wurden, ist erst in jüngster Zeit aufgearbeitet worden. Asperger war «ein gut funktionierendes Rädchen in einer tödlichen Maschinerie», so Herwig Czech, Hans Asperger, National Socialism and <race hygiene> in Nazi-era Vienna, in: *Molecular Autism* 9 (2018), S. 1–43.

Grund auf gelernt haben, sondern die uns Kliniker*innen diese Arbeit abnehmen; so wie im vorliegenden Sammelband, der Teilaspekte der Geschichte der schweizerischen Kinder- und Jugendpsychiatrie eindrucksvoll beleuchtet und kontextualisiert.

Dabei macht es der Sammelband uns Leser*innen nicht ganz einfach. Unser Bedürfnis nach Übersicht, Ordnung und vor allem Vollständigkeit wird gehörig enttäuscht. Wie gerne würde man einen Band «Die gesamte Geschichte der schweizerischen Kinder- und Jugendpsychiatrie» in die Hand nehmen, idealerweise umfangsgleich, damit das Ganze gut bewältigbar ist. Stattdessen erhalten wir eine Sammlung, die unverkennbar einen Kompromiss bildet zwischen den Bedürfnissen, eine Synopsis zu geben und zugleich vielfältige und heterogene Forschungsvorhaben zu bündeln.

Glücklicherweise sind wir Psychiater*innen damit vertraut, nicht zu wissen, was als nächstes kommt, an welcher Ecke der Befunderhebung wir fortfahren können. Wenn ich als Kinder- und Jugendpsychiater einem Achtjährigen, der mir zur Abklärung zugewiesen wird, mit Bedürfnis nach Übersicht, Ordnung und Vollständigkeit gegenüberstehe, dann erwarte ich gewissermassen, was meine Aufgabe ist – und ich überfordere nicht nur mich, sondern vor allem meine Patient*innen. So wie ich von Sitzung zu Sitzung neue Befunde erhebe, die oftmals noch unverbunden erscheinen, so wie wir heute über den «blöden und gemeinen» Lehrer reden und morgen über «Brawl Stars», so wie wir heute miteinander malen und morgen ein Spiel spielen, so ist die vorliegende Sammlung an oft nur durch schmale Brücken thematisch verbundenen, heterogenen Beiträgen zu verstehen. Meine Sammlung an Einzelbefunden beim Achtjährigen ergibt im besten Fall eine vorläufige Gesamtbeurteilung seines Zustands – die Sammlung dieses Bands ermöglicht in der Zusammenschau ein vorläufiges Gesamtbild der Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz. Dabei muss ich mir bei der kinderpsychiatrischen Diagnostik genauso wie beim Lesen historischer Einzelbeiträge bewusst machen, dass ich nicht erwarten darf, die Wirklichkeit gesamthaft, objektiv und lückenlos abzubilden.

Beim Lesen des Bandes war ich teilweise in den Bann der Geschichte gezogen, dann wieder gelangweilt, manches Mal wollte ich wissen, wie es weitergeht, manches Mal dachte ich, wie gut es wäre, wenn dieser Beitrag schon zu Ende wäre, vieles fand ich überraschend, einiges wenig neu, manchen Schluss fand ich nachvollziehbar, bei einigen Interpretationen regten

sich in mir diejenigen motorischen Zentren, die für Kopfschütteln oder die Faltung der Stirn zuständig sind. Wie das in jeder Therapie auch geschieht.

Warum aber soll ein Mediziner oder eine Medizinerin so etwas überhaupt lesen – wo uns unsere Fachgesellschaften doch unablässig ermahnen, in unserer Disziplin auf dem aktuellsten Stand zu bleiben und möglichst ganze Lagerhallen voll Credit Points anzulegen?

Eine der Antworten ist, dass wir durch das Studium der Geschichte unseres Fachs demütig werden. Unsere Ideen sind eben nicht immer ganz neu, selbst wenn wir das meinen oder zumindest vorgeben. Der sich seit einigen Jahren in aller Munde befindende, verheissungsvolle Begriff der «Traumapädagogik» taucht beispielsweise schon im Beitrag von Samuel Bouisson und Camille Jaccard über die «élites médico-pédagogiques» auf, für welche die pädagogische wie soziale und medizinische Versorgung von Kindern, die kriegstraumatisiert sind, im Mittelpunkt stand. Ein anderes Beispiel: Das gemeinsame Bemühen von Disziplinen wie Pädagogik, Heilpädagogik, Sozialwissenschaft und Medizin (und – wo erforderlich – Rechtswissenschaft), die transdisziplinäre Idee also, für die wir heute werben, ist alles andere als neu. Der Blick zurück zeigt nicht nur dieselben Synergien wie vor hundert Jahren, sondern auch die schon damals bestehende Gefahr, dass Konturen verwischt werden, sowie die daraus resultierenden Abgrenzungs- und Profilierungsbedürfnisse namentlich von uns Mediziner*innen. Es lohnt sich also ab und an die demütige Erkenntnis, dass die Pionier*innen in unserem Fach und in unseren Nachbardisziplinen sich ähnlichen Problem- und Fragestellungen kreativ, engagiert und konsequent gestellt haben. Zudem lernen wir, welche Wege ihre Ideen nahmen und woran sie vielleicht scheiterten.

Nicht nur das «Lernen aus der Geschichte» (ein womöglich mehr von Hoffnung denn von Erfahrung geprägter Begriff) macht es für praktisch tätige Ärzt*innen lohnend, solch einen Sammelband zu studieren. Er könnte auch dazu dienen, die Sorgfalt und Achtsamkeit zu schulen. Ich habe mir angewöhnt, medizingeschichtliche Abhandlungen und Beiträge immer mit dem kritischen Blick auf mein eigenes Tun zu lesen – Kant lässt mit seinem kategorischen Imperativ grüssen: Was werden Historiker*innen in achtzig Jahren über meine Krankenakteinträge, Vorträge, Berichte oder Gutachten sagen? Wie werden meine Behandlungen beurteilt und bewertet? Auch wenn es sich nicht antizipieren lässt: Welchen Vorwürfen (und im besten Fall: welchem Lob) würde ich mich aussetzen müssen? Beschuldige ich vielleicht,

ohne es zu wollen, implizit Mütter oder könnte man mir das zumindest vorwerfen, wenn man meine Beschreibungen in kleine und kleinste Texteinheiten anatomiert, so wie das in historischer Forschung bisweilen bedauerlich dekontextualisierend geschieht? Erzählen meine Aufzeichnungen etwas über meine Patient*innen oder vielmehr über mich oder die Systeme, in die ich eingebunden bin, so wie wir das im Beitrag von Tomas Bascio, Jessica Bollag und Tamara Deluigi lesen?

Nicht zuletzt vermag die Lektüre des Sammelbandes auch zu trösten. Die Protagonist*innen mussten sich vielfach mit den selben Schwierigkeiten herumschlagen wie wir heute. Versuchen Sie einmal, einen stationären Behandlungsplatz für ein psychisch krankes Kind zu bekommen! Dass die Plätze für Behandlungen hinten und vorne nicht ausreichen, ist kein neues Phänomen, schon vor siebzig Jahren mussten um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bemühte Fachpersonen kreativ und kompromissbereit sein, wie wir aus dem Beitrag von Marco Nardone über die kinderpsychiatrische Versorgung im Kanton Tessin erfahren.

Und dass die Kinder- und Jugendpsychiater*innen auf der Einkommenskala aller Facharzt-disziplinen historisch an zweitletzter Stelle stehen (notabene vor den Praktischen Ärzt*innen und ein wenig hinter den Kinderärzt*innen),³ weist darauf hin, wie schwer es unsere verhältnismässig junge Disziplin auch heute noch hat, sich im wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskurs zu etablieren. Was für ein Trost, im selben Beitrag zu lesen, dass dieser stetige Kampf um Anerkennung und Validierung einen langen Atem braucht, keine schnellen Erfolge verspricht, aber doch Ergebnisse zeitigt.

Dass Kinder im Jahrhundert des Kindes durch Staat und Gesellschaft, durch Pädagogik und Medizin in den Blick genommen wurden, ist freilich zweischneidig, wie wir beispielhaft im Beitrag von Taline Garibian über die Veränderungen in der Waadtländer Kinderpsychiatrie im Zusammenhang mit der Jugendkriminalität erfahren. Neben der Fürsorge und Entwicklungs-

3 Kilian Künzi, Mario Morger, Einkommen, OKP-Leistungen und Beschäftigungssituation der Ärzteschaft 2009–2014. Analyse verknüpfter Datensätze: Medizinalberuferegister BAG, AHV-Daten der Zentralen Ausgleichsstelle, Krankenversicherungsdaten. SASIS Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Bern 2018.

förderung handeln sich Kinder und Jugendliche durch die vermehrte Aufmerksamkeit und Zuwendung eben auch soziale Kontrolle und normativen Zwang ein. Auch Fürsorge und Pädagogik haben Nebenwirkungen, wie wir in diesem Sammelband erfahren.

Und natürlich sind auch unsere medizinischen Interventionen nie frei von Nebenwirkungen. Wenn wir im Beitrag von Tomas Bascio, Jessica Bolag und Tamara Deluigi lesen, dass die Psychiatrie Kategorien anderer Disziplinen (wie beispielsweise der Pädagogik) übernommen hat, um die Kinder dem medizinischen Duktus entsprechend zu pathologisieren (und damit auch behandlungsfähig zu machen), dann lässt uns das aufhorchen: Die elfte Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) der WHO steht vor der Tür. Was für uns Diagnostiker*innen wie auch für unsere Patient*innen und ihre Familien ein Segen ist, nämlich endlich zu wissen, was man selbst oder das Kind «hat», ist zugleich ein Fluch.

Wo wir früher deskriptiv eine «Adoleszentenkrise» konstatieren konnten, die so unspezifisch ist wie die einzelnen Jugendlichen, die uns gegenüberübersitzen, und die vor allem durch das subjektive, so vielgestaltige Leid definiert ist, stellen wir heute phänomenologische Diagnosen, die pathologische Zustände beschreiben und therapeutisch zugänglich machen sollen. Bei allem Bemühen darum, psychische Störungen zunehmend als dimensional, als einen Zustand auf dem Kontinuum zwischen «gesund» und «krank» zu verstehen und nicht mehr als absolut, laufen wir Gefahr, genau das zu tun, was sich im vergangenen Jahrhundert als trügerisch und verhängnisvoll, weil diskriminierend erwiesen hat: Wir verschlagworten Leidenszustände. Was werden Historiker*innen in hundert Jahren über unser klassifizierendes und damit immer simplifizierendes Vorgehen schreiben?

Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Fürsorge für Kinder und Jugendliche ist immer auch eine Problemgeschichte. Sie ist weit weniger linear als die Geschichte der Nierenersatztherapie oder der Dermatologie. Weitaus mehr fatale Fehlentwicklungen und Irrwege machen die Kinder- und Jugendpsychiatrie eben auch zu einer Art «Problemkind». Eine nüchtern und unaufgeregt analysierende Geschichtswissenschaft kann uns hier den Weg weisen, die Wertbezogenheit ärztlichen Handelns zu reflektieren und im besten Fall Befunde künftig noch kritischer gegenüber gesellschaftlichen Werturteilen zu interpretieren, als wir dies bereits zu tun glauben. Der vorliegende Band kann uns ein Beispiel dafür geben, wie

irritierende Befunde wertfrei in einen Gesamtkontext eingebunden werden und als zum Ganzen gehörig dargestellt werden können, ohne die Vorstellung eines Pathoskripts.

Alles gut also? Keine weiteren Fragen? Mitnichten. Wie so oft in der Wissenschaft eröffnet auch hier eine beantwortete Frage mindestens zwei neue, zu beantwortende. Tatsächlich bleibe ich mit dem klinischen Blick und mit der Erfahrung, etliche Jahre an einer psychiatriehistorischen Dissertation gearbeitet zu haben,⁴ neben aller Bereicherung und Befruchtung hier und da enttäuscht oder zumindest wissenshungrig zurück. Wann, liebe Herausgeberin, liebe Herausgeber, stellen Sie uns die komprimiert-kondensierte Gesamtgeschichte der Schweizer Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung, damit wir für einmal nicht zusammenstückeln und selbst Brücken bauen müssen, um das Ganze sehen zu können?

Wie kann auch für die Zukunft sichergestellt werden, dass eine unvor-
eingenommene Geschichtswissenschaft Fortschritte wie Irrwege in der Medizin sachlich kontextualisiert, so wie dies im vorliegenden Band fast ausnahmslos geschieht? Die historische Forschung hat diese herausfordernde Aufgabe ja gerade dort, wo die Irrwege für unsägliches Leid, Ungerechtigkeit, Schmerzen, Entmenschlichung gesorgt haben.

Schliesslich: Wo wäre es künftig hilfreich, die Scheren beim Zitieren aus Krankengeschichten und gutachtlichen Stellungnahmen oder anderen Quellen anders anzusetzen, um ein ausgewogeneres und vielleicht «gerechteres» Bild von dem entstehen zu lassen, was «damals» gedacht und getan wurde – unabhängig von unterstellten Motiven, im Idealfall mit der «Nullhypothese», dass es den Protagonist*innen jener Pionierzeit ein Anliegen war, nicht der Gesellschaft oder einem System, sondern vorrangig den betroffenen Kindern und Jugendlichen und ihren Familien zu helfen?

Es wird die Leserin und den Leser wenig überraschen, dass mein Nachwort mit einer Reihe von Fragen endet. Was will man von einem Psychiater

4 Frank Köhnlein, Zwischen therapeutischer Innovation und sozialer Selektion. Die Entstehung der «Kinderabteilung der Nervenklinik» in Tübingen unter Robert Gaupp und ihre Entwicklung bis 1930 als Beitrag zur Frühgeschichte universitärer Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland, Neuried 2001.

anderes erwarten? («Stimmt es, Herr Doktor, dass Psychiater immer nur mit Fragen antworten?»– «Wieso fragen Sie das?»)

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat überraschend viele Gemeinsamkeiten mit der Geschichtsforschung: Beide dringen in Fremdes, bisher nicht Beleuchtetes vor und versuchen, Zusammenhänge zu verstehen, systemische und individuelle Entwicklungen nachzuvollziehen, Verständnis, aber auch Widerspruch zu ermöglichen. Was uns Kinderpsychiater*innen systemische Analytik ist, ist den Historiker*innen Hermeneutik. Dabei sind es zuvorderst die Fragen, die uns beide voranbringen. Was uns entgegenkommt, ist zunächst leidlich unsortiert, nicht selten kontralogisch, mitunter anarchisch. Und häufiger, als einem lieb sein kann, erhält man gar keine Antwort – längst haben wir gelernt, dass auch dies eine wichtige Antwort ist. Eine schöne Arbeit, das alles in einen Kontext zu bringen und damit für mehr Weitsicht und für künftige Wege zu sorgen.

Autorinnen und Autoren

Tomas Bascio hat Erziehungswissenschaften und Philosophie studiert und arbeitet als Dozent und wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Pädagogischen Hochschulen Bern und Zürich. In Lehre und Forschung richtet sich sein Interesse auf bildungsphilosophische Themen und auf die bildungshistorische Ergründung der Lehrerinnen- und Lehrerbildung. Im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes 76 untersucht er zudem Aspekte fürsorglicher Zwangsmassnahmen. PHBern, Institut Primarstufe, Fabrikstrasse 8, 3012 Bern, tomas.bascio@phbern.ch

Jessica Bollag ist Sozialanthropologin mit dem Schwerpunkt Visuelle Anthropologie. Sie arbeitet am Institut für Forschung, Entwicklung und Evaluation der PHBern als Dozentin und wissenschaftliche Mitarbeiterin. Ihre Forschungsinteressen liegen in den Bereichen Erinnerung und soziales Gedächtnis, soziale Ungleichheiten und Methoden des ethnografischen Dokumentarfilms. PHBern, Institut für Forschung, Entwicklung und Evaluation, Fabrikstrasse 8, 3012 Bern, jessica.bollag@phbern.ch

Samuel BouSSION est historien, maître de conférences en sciences de l'éducation à l'université Paris 8 Saint-Denis, membre de l'Institut d'histoire du temps présent. Il travaille sur l'histoire de l'éducation spécialisée et des pratiques et savoirs médico-pédagogiques dans une perspective transnationale. Il est un des collaborateurs du projet franco-brésilien Capes-Cofecub *La dissémination des savoirs experts sur l'enfant*, dans lequel s'insèrent ses travaux sur les SEPEG. Il est co-auteur de *L'internationale des républiques d'enfants 1939–1955*, paru en 2020 (éd. Anamosa). IHTP UMR 8244 CNRS/PARIS 8, Campus Condorcet 14, cours des Humanités, 3322 Aubervilliers cedex, samuel.bouSSION@univ-paris8.fr

Caroline Bühler ist Soziologin und Historikerin. Sie arbeitet am Institut Primarstufe der PHBern als Bereichsleiterin Erziehungs- und Sozialwissenschaften sowie als Dozentin. In der Forschung widmet sie sich professionalisierungstheoretischen, wissens- und geschlechtersoziologischen Fragen. Im Besonderen gilt ihr Interesse der Ungleichheitsrelevanz normativer Familien-

bilder im Kontext Schule. PHBern, Institut Primarstufe, Fabrikstrasse 8, 3012 Bern, caroline.buehler@phbern.ch

Tamara Deluigi ist Erziehungswissenschaftlerin mit historischem Schwerpunkt. Sie ist als Dozentin im Hochschulbereich v.a. in der Ausbildung von Lehrpersonen tätig. In der Forschung beschäftigt sie sich mit Fragen nach der Festlegung von und Umgang mit Normalität und Abweichung in unserer Gesellschaft. In Ergänzung zur Arbeit an Hochschulen engagiert sie sich im Bereich Coaching und Beratung sowie in Projekten mit nachhaltigem und gemeinschaftlichem Fokus. PHBern, Institut Primarstufe, Fabrikstrasse 8, 3012 Bern, tamara.deluigi@phbern.ch

Mira Ducommun ist Doktorandin in Sozialwissenschaften (Migration, Recht und Gesellschaft) an der Universität Neuenburg. Sie arbeitet am Institut für Forschung, Entwicklung und Evaluation der PHBern und am Laboratoire d'études des processus sociaux der Universität Neuenburg. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen auf der staatlichen Verwaltung, fürsorglichen Zwangsmassnahmen, Migration und intersektionalen Kategorisierungen. PHBern, Institut für Forschung, Entwicklung und Evaluation, Fabrikstrasse 8, 3012 Bern, mira.ducommun@phbern.ch

Sara Galle, Dr. phil., Historikerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Integration und Partizipation an der Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz in Olten. Sie forscht zur Geschichte der Sozialen Arbeit und des Sozialstaates, der Psychiatrie sowie des Kindes- und Erwachsenenschutzes. Seit 2019 ist sie beteiligt am SNF-Projekt *Entstehung und Wirkkraft psychiatrischer Gutachten auf die Fremdplatzierung von Kindern und Jugendlichen 1921–1974*. Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Riggbachstrasse 16, 4600 Olten, sara.galle@fhnw.ch

Taline Garibian est maitre assistante à l'Université de Genève depuis septembre 2021. Spécialisée en histoire contemporaine, ses domaines d'intérêt comprennent l'histoire de la médecine, l'histoire des violences et des génocides, ainsi que l'histoire du genre et des sexualités. Soutenue en 2017, sa thèse porte sur l'histoire de la sexologie en Suisse romande. De 2017 à 2021 elle était basée à l'Université d'Oxford où elle a enseigné dans le cadre

du master en histoire européenne contemporaine. Université de Genève, Maison de l'histoire, 5 rue de Candolle, 1211 Genève 4, taline.garibian@unige.ch

Urs Germann, Dr. phil., Historiker und assoziierter Forscher am Institut für Medizingeschichte der Universität Bern, forscht zu sozial-, rechts- und psychiatriehistorischen Themen, seit 2021 Mitglied der Leitungsgruppe des Nationalen Forschungsprogramms 76 *Fürsorge und Zwang*. Universität Bern, Institut für Medizingeschichte, Bühlstrasse 26, 3012 Bern, urs.germann@img.unibe.ch

Urs Hafner ist promovierter Historiker, freischaffender Journalist und Hochschuldozent in Bern. Er schreibt für die NZZ und hat zuletzt *Kinder beobachten. Das Neuhaus in Bern und die Anfänge der Kinderpsychiatrie, 1937–1985* (Chronos, 2022) und *Forschung in der Filterblase. Die Wissenschaftskommunikation der Schweizer Hochschulen in der digitalen Ära* (Hier und Jetzt, 2020) verfasst. Urs Hafner, Stockerenweg 16, 3014 Bern, u_hafner@bluewin.ch

Michèle Hofmann ist Leiterin der Forschungsstelle «Historische und vergleichende Kindheits- und Jugendforschung» am Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Zürich. Sie studierte Geschichte, Erziehungswissenschaft und Ethnologie und promovierte mit einer historischen Arbeit zur Schulhygiene in der Schweiz. Sie forschte und lehrte an verschiedenen Hochschulen in der Schweiz und im Ausland, u.a. war sie 2011 Honorary Fellow an der University of Wisconsin-Madison und 2017 Visiting Scholar an der Stanford University. Universität Zürich, Institut für Erziehungswissenschaft, Freiestrasse 36, CH-8032 Zürich, michele.hofmann@ife.uzh.ch

Camille Jaccard est 1^{ère} assistante à l'Université de Lausanne et chercheuse associée à l'Institut des humanités en médecine. Ses travaux portent sur l'histoire et l'épistémologie des sciences médicales et humaines. Elle s'intéresse en particulier au développement des savoirs sur les troubles du langage et à l'histoire transnationale (France-Suisse) de la psychologie et de la psychiatrie infantile. UNIL-SSP, Geopolis, CH-1015 Lausanne, ORCID: 0000-0002-0718-5963, camille.jaccard@unil.ch

Mirjam Janett ist Postdoc am Historischen Institut der Universität Bern. Sie forscht und lehrt zum Zusammenhang von Science und Gender in der Geschichte, Disability History sowie Frauen- und Geschlechtergeschichte. 2022 veröffentlichte sie ihre Dissertation *Verwaltete Familien. Vormundschaft und Fremdplatzierung in der Deutschschweiz, 1945–1980* (Chronos). In der Zeitschrift *Medical History* erschien jüngst zusammen mit Flurin Condrau u.a. *Doctors, families and the industry in the clinic: The management of <intersex> children in Swiss paediatric medicine (1945–1970)*. Universität Bern, Historisches Institut, Länggassstrasse 49, 3012 Bern, mirjam.janett@unibe.ch

Ursina Klausner, MA, 2007–2014 Studium in Allgemeiner Geschichte (Hauptfach), Musikwissenschaft und Biologie (Nebenfächer). Seit Oktober 2017 arbeitet sie an einem Dissertationsprojekt zur Geschichte der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie im 20. Jahrhundert am Beispiel der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen. Forschungsstelle für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, Universität Zürich, Rämistrasse 64, 8001 Zürich, ursina.klausner@uzh.ch

Frank Köhnlein, Dr. med., Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Nach 16 Jahren als Oberarzt an der Universitätsklinik in Basel arbeitet er seit 2018 in eigener Praxis. Daneben ist er tätig als Supervisor und Fachberater, Dozent an Fachhochschulen und Hochschulen sowie in Präventionsprojekten und als Mitglied des Spruchkörpers der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) Basel-Stadt. Er hat mehrere Romane veröffentlicht, in denen es um Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kindesmisshandlung geht: *Vollopf* (2013), *Kreisverkehr* (2015) und *Krankmachen* (2022). Frank Köhnlein, Praxis für Gross & Klein. Basel, Untere Rebgasse 4, 4058 Basel, koehnlein@praxisgrossundklein.ch

Marco Nardone, déjà collaborateur scientifique de la Commission indépendante d'experts (CIE) – internements administratifs, candidat au doctorat en sociologie, Institut de recherches sociologiques, Faculté des Sciences de la société, Université de Genève, où il prépare une thèse à propos de l'internement de mineur-e-s à l'Hôpital psychiatrique de Mendrisio (1945–1981). Marco Nardone, Strada Novo 22, 6513 Monte Carasso, marco.nardone@unige.ch

Emmanuel Neuhaus, Historiker, MA in Geschichte und Gender Studies an der Universität Bern. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen Expert*innennetzwerke, die Kulturgeschichte fürsorglicher Zwangsmassnahmen sowie die Psychatriegeschichte des 20. Jahrhunderts. Seit 2019 ist er Doktorand im SNF-Projekt *Entstehung und Wirkkraft psychiatrischer Gutachten auf die Fremdplatzierung von Kindern und Jugendlichen 1921–1974*. Universität Basel, Departement Geschichte, Basel Graduate School of History, Kanonengasse 27, 4051 Basel, emmanuel.neuhaus@unibas.ch

Felix E. Rietmann ist SNF Ambizione Fellow am Lehrstuhl für Medical Humanities an der Universität Fribourg. Seine Forschung liegt an der Schnittstelle von Mediengeschichte und Medizin- und Wissenschaftsgeschichte mit einem besonderen Schwerpunkt auf der Geschichte von Gesundheit und Krankheit im Kindesalter. Er wurde an der Princeton University in Geschichte und der Charité Berlin in Medizin promoviert. Medical Humanities, Université de Fribourg, Chemin du Musée 18, CH-1700 Fribourg, felixrietmann@unifr.ch

ITINERA

BEIHEFT ZUR SCHWEIZERISCHEN ZEITSCHRIFT FÜR GESCHICHTE
SUPPLÉMENT DE LA REVUE SUISSE D'HISTOIRE
SUPPLEMENTO DELLA RIVISTA STORICA SVIZZERA

Das Normale zieht seinen Sinn daraus, dass es etwas gibt, was seinen Anstoss erregt: das Anormale. In diesem Spannungsfeld entsteht im 20. Jahrhundert die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Sammelband liefert die erste Übersicht zur Geschichte der jungen Disziplin in der Schweiz. Die Pionier*innen lehnten sich an Psychologie und Pädiatrie an und kamen zugleich der sozialpolitischen Forderung nach, Minderjährige so zu formen, dass sie sich in die Gesellschaft eingliederten. Der Band richtet den Fokus auf Institutionen (Ambulatorien und Beobachtungsstationen), Personen (Kinderpsychiater*innen) und Therapiemethoden (Tiefenpsychologie und Pharmakologie).

Mit Beiträgen von Tomas Bascio, Jessica Bollag, Samuel Boussion, Caroline Bühler, Tamara Deluigi, Mira Ducommun, Sara Galle, Taline Garibian, Urs Germann, Urs Hafner, Michèle Hofmann, Camille Jaccard, Mirjam Janett, Ursina Klausner, Frank Köhnlein, Marco Nardone, Emmanuel Neuhaus und Felix E. Rietmann.

Die Herausgeber*innen

Mirjam Janett ist Historikerin und arbeitet als Postdoc am Historischen Institut der Universität Bern.

Urs Germann ist Historiker, assoziierter Forscher am Institut für Medizingeschichte der Universität Bern und Mitglied der Leitungsgruppe des Nationalen Forschungsprogramms 76 «Fürsorge und Zwang».

Urs Hafner ist freischaffender Historiker und Journalist in Bern. Er hat Lehraufträge an den Universitäten St. Gallen und Luzern inne.



Schweizerische Gesellschaft für Geschichte
Société suisse d'histoire
Società svizzera di storia
Società svizra d'istorgia

SCHWABE VERLAG

www.schwabe.ch

ISBN 978-3-7965-4618-1



9 783796 546181