

# VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 17

Schwerpunkt: Medikalisierte Kindheiten. Die neue Sorge um das Kind  
vom ausgehenden 19. bis ins späte 20 Jahrhundert

Herausgegeben von

Elisabeth Dietrich-Daum, Michaela Ralser und Elisabeth Lobenwein

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Leipzig: Leipziger Universitätsverlag, 2018



---

Ursina Klauser

## **Depressive Kinder? Deuten und Behandeln in einem psychiatrischen Ambulatorium um 1960**

---

### **English Title**

Depressive Children? Reading and Treating in a Psychiatric Outpatient Clinic Around 1960

### **Summary**

From the 1950s until the 1970s, psychiatric evaluations of children in the outpatient clinic of the mental hospital in Münsterlingen (Switzerland) increased rapidly. A high number of examined children were diagnosed with depression. With a focus on two case studies from the 1960s, the paper examines how the diagnosis was derived. It argues that “infantile depression” as a diagnostic scheme was the product of a specific clinical setting, shaped by adult psychiatry and antidepressants which served as therapeutic *and* diagnostic instruments at once.

### **Keywords**

Child psychiatry, psychiatric evaluation, psychiatric practice, depression, antidepressants, medicalization, Münsterlingen, 20<sup>th</sup> century, history of knowledge

### **Einleitung**

Anfang November 1967 kam Jakob Seiler<sup>1</sup> in Begleitung seiner Mutter ins Ambulatorium der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen. Der zehnjährige Junge war von seinem Kinderarzt zu einer psychiatrischen Untersuchung angemeldet worden. Am Morgen sei der Knabe immer müde und stehe nicht gerne auf, schrieb der Arzt in der Überweisung, der Lehrer beklage sich, dass der Junge nicht recht mitmache in der Schule, er sei träumerisch, zeige zu wenig Interesse und Initiative. Bei der Abklärung in Münsterlingen wurden verschiedene Tests und Untersuchungen mit dem Jungen durchgeführt, auch ein Gespräch mit seiner Mutter und ihm fand

---

1 Es handelt sich um ein Pseudonym. Auch die nachfolgend genannten Patient/-innennamen sind pseudonymisiert.

statt. Wenige Tage später berichtete die zuständige Psychiaterin dem Kinderarzt über die Ergebnisse der Untersuchung: Jakob Seilers schulische Schwierigkeiten dürften teilweise mit seiner Linkshändigkeit in Zusammenhang stehen – vor allem aber lägen bei dem Knaben deutliche Zeichen einer depressiven Komponente vor.<sup>2</sup>

Lisa Tobler kam Anfang Februar 1968 ins Münsterlinger Ambulatorium zu einer Abklärung, auch sie in Begleitung ihrer Mutter. Auslöser war eine Meldung ihres Lehrers gewesen, die Schrift des elfjährigen Mädchens hätte sich auffällig verändert und sei ganz eng geworden. Lisa wurde ebenfalls von ihrem Kinderarzt überwiesen, der bei einer körperlichen Untersuchung keine Auffälligkeiten festgestellt hatte. Die Abklärung in Münsterlingen ergab keinen eindeutigen Befund, doch vermutete die zuständige Psychiaterin auch bei Lisa eine Depression.<sup>3</sup>

Lisa Tobler und Jakob Seiler sind keine Ausnahmen. Sie sind zwei unter vielen Kindern, die in den 1960er-Jahren in Münsterlingen psychiatrisch abgeklärt wurden, und nicht nur bei ihnen stand am Ende der Abklärung der Verdacht auf eine depressive Störung. Wie kam es zu diesem Befund? Was machte Jakob Seiler, Lisa Tobler und etliche andere zu (potenziell) depressiven Kindern? Worauf stützte sich die Diagnose und welche Folgen hatte sie? Der Beitrag untersucht diese Fragen entlang der beiden Fallbeispiele. Basierend auf ersten Forschungsergebnissen zur kinderpsychiatrischen Abklärungs-, Behandlungs- und Forschungspraxis an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts,<sup>4</sup> konzentriert sich der Beitrag auf das spezifische Setting, in dem der Befund „Depression“ entstand, und zeigt auf, welcher diagnostischen Logik dieser folgte.

## Kinder- und Jugendpsychiatrie in Münsterlingen

Die Psychiatrische Klinik Münsterlingen liegt am östlichen Rand der Schweiz, direkt am Ufer des Bodensees, im ländlich geprägten Kanton Thurgau. Sie stellte seit Mitte des 19. Jahrhunderts die psychiatrische Versorgung des Kantons sicher und wurde im Laufe des 20. Jahrhunderts schrittweise erweitert:<sup>5</sup> Neue Gebäude, Abteilungen und Einrichtungen entstanden. Eine wichtige Erweiterung war die Einrichtung eines Ambulatoriums. Dort wurden seit den 1930er-Jahren Patientinnen und Patienten betreut, die sich nicht oder nicht mehr in stationärer Behandlung

---

2 Vgl. Staatsarchiv Thurgau (StATG), Zwischenarchiv (ZA), amb. Krankenakte (KA) 21442.

3 Vgl. StATG, ZA, amb. KA 21780.

4 In meinem seit Oktober 2017 laufenden Dissertationsprojekt mit dem Titel „Schwierige‘ Kinder. Abklärung, Therapie und Forschung in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1950–1980“ befasse ich mich mit der Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Am Beispiel der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen untersuche ich, wie und aus welchen Gründen Kinder und Jugendliche zu psychiatrischen Patient/-innen wurden. Der Fokus des Projekts liegt auf der psychiatrischen Praxis, auf Fallverläufen und Prozessen der Wissensproduktion über ‚schwierige‘ Kinder, was u. a. anhand von Krankenakten untersucht wird. Das Dissertationsprojekt wird vom Schweizerischen Nationalfonds finanziert und entwickelte sich aus einem größeren, vom Kanton Thurgau finanzierten Forschungsprojekt zur Medikamentenforschung an der Psychiatrischen Klinik in Münsterlingen zwischen 1940 und 1990. Vgl. dazu Anm. 15.

5 Vgl. zur Klinikgeschichte: Roland KUHN, Geschichte und Entwicklung der Psychiatrischen Klinik, in: Jürg Ammann / Karl Studer, Hg., 150 Jahre Münsterlingen. Das Thurgauische Kantonsspital und die Psychiatrische Klinik, 1840–1990 (Münsterlingen 1990), 99–125.

befanden: Sie kamen für einzelne Konsultationen an die Klinik und verließen sie anschließend wieder.<sup>6</sup>

Zu diesen ambulanten Patientinnen und Patienten gehörten etwa seit der Jahrhundertmitte zunehmend auch Kinder und Jugendliche. Ihre Zahl bewegte sich Ende der 1940er-Jahre bei einigen Dutzend pro Jahr, lag 1951 erstmals bei knapp über 100, Anfang der 60er-Jahre bei etwa 400 und 1970 schließlich bei gut 1.000. Dieser rasante Anstieg ging mit einer generellen Zunahme der Patientenzahlen im Ambulatorium einher, führte jedoch auch zu Verschiebungen in der Gruppe der ambulanten Patientinnen und Patienten. Während der Anteil der Minderjährigen bis Ende der 1940er-Jahre im Schnitt bei etwa 15 % lag, verdoppelte er sich über die folgenden zwei Jahrzehnte bis um 1960 auf etwa 30 % und bewegte sich ab Mitte der 60er- bis in die 70er-Jahre stets um 40 %.<sup>7</sup>

Im Verhältnis stiegen die Patientenzahlen bei Kindern und Jugendlichen also besonders stark. Aus ihnen war in wenigen Jahren eine gewichtige Gruppe geworden, die zeitweise fast die Hälfte aller ambulanten Patientinnen und Patienten ausmachte. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hatte sich damit zu einem bedeutenden Praxisfeld entwickelt, ohne im engeren Sinne als solche zu bestehen: Kinder und Jugendliche wurden in Münsterlingen bis in die frühen 1980er-Jahre quasi im Verbund mit Erwachsenen im Ambulatorium der Klinik untersucht und behandelt; eine spezialisierte, organisatorisch und personell von der Erwachsenenpsychiatrie getrennte kinderpsychiatrische Einrichtung existierte nicht.<sup>8</sup> Diese Verflechtung von Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie bestand nicht allein auf struktureller Ebene, sondern prägte auch die psychiatrische Praxis.

## Auffälligkeiten und Abklärungen

Für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Ambulatorium war in erster Linie Verena Kuhn-Gebhart zuständig. Die Psychiaterin war 1947 als Assistenzärztin an die Münsterlinger Klinik gekommen und blieb dort bis 1983 als Oberärztin tätig, wobei sich ihr Arbeitsschwerpunkt von erwachsenen Patientinnen und Patienten im stationären wohl allmählich zu Kindern und Jugendlichen im ambulanten Bereich der Klinik verlagerte.

6 Im Jahresbericht der Klinik für 1935 findet sich erstmals ein Vermerk über ambulante Untersuchungen; in diesem Zeitraum dürfte die ambulante Betreuung von Patientinnen und Patienten eingesetzt haben. Genau datiert werden kann die Entstehung des Ambulatoriums nicht.

7 Vgl. dazu die Patientenstatistiken in den Jahresberichten der Klinik. Unter Kinder und Jugendlichen wird die Altersgruppe der unter 20-Jährigen verstanden. „Kinder“ werden in den Patientenstatistiken zusätzlich als eigene Kategorie geführt, die jedoch nicht durch eine Altersgrenze definiert wird.

8 Dies änderte sich erst mit der Eröffnung der Kinderbeobachtungsstation „Waldhaus“ im Mai 1980. Ein Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst wurde 1983 eingerichtet, aber erst 1987 endgültig vom Dienst für Erwachsene getrennt. An anderen Orten in der Schweiz geschah dies früher, z. B. in Basel, wo ein spezialisiertes Angebot für Kinder und Jugendliche bereits um die Jahrhundertmitte entstand. Vgl. dazu Frank KÖHNLEIN, „Dieses neue Tätigkeitsgebiet entspricht einem dringenden Bedürfnis und wird bald weiterausgebaut werden müssen.“ Beitrag zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik Basel, online unter: [https://unigeschichte.unibas.ch/cms/upload/FaecherUndFakultaeten/Downloads/Khnlein\\_Kinder-\\_und\\_Jugendpsychiatrie.pdf](https://unigeschichte.unibas.ch/cms/upload/FaecherUndFakultaeten/Downloads/Khnlein_Kinder-_und_Jugendpsychiatrie.pdf) (letzter Zugriff: 31.10.2017).

Auch Jakob Seiler und Lisa Tobler kamen Ende der 1960er-Jahre zu ihr in die Sprechstunde. Bei beiden lag der Auslöser dafür in einem Verhalten, das in der Schule aufgefallen und von den jeweiligen Lehrpersonen als abklärungsbedürftig betrachtet worden war: Lisa schrieb auf einmal zu eng, Jakob zeigte zu wenig Interesse und Initiative, schien müde und träumerisch. Ihr Verhalten war also nicht auffällig, weil es aktiv störte, etwa laut oder aggressiv war; die Kinder zeigten vielmehr unscheinbare Auffälligkeiten, die schwer einzuordnen waren und Fragen aufwarfen. Bei den körperlichen Untersuchungen durch die überweisenden Ärzte waren keine klaren Störungen oder Anzeichen einer Erkrankung zum Vorschein gekommen. Lisa Toblers Arzt hatte einen vollständig normalen Befund erhoben, Jakob Seilers Arzt einen großen Kopfumfang und eine Wölbung am Schädel festgestellt, was er im Überweisungsschreiben anmerkte, aber nicht weiter kommentierte. Nun war es an der Psychiaterin, eine Erklärung für die beobachteten Auffälligkeiten zu finden. Wie üblich bei Abklärungen im Münsterlinger Ambulatorium wurden mit beiden Kindern Testuntersuchungen und ein Anamnesegespräch durchgeführt, welche einer Einordnung ihres Verhaltens und der Klärung der Ursachen dienen sollten.

Der EEG-Befund war bei Jakob Seiler normal, es wurden keine Anzeichen einer organischen Gehirnschädigung oder einer epileptischen Erkrankung gefunden; der Intelligenztest ergab einen Quotienten von 116. Gemäß dem Bericht, den Verena Kuhn-Gebhart nach der Abklärung an den Kinderarzt schrieb, habe die Mutter im Gespräch geäußert, dass Jakob „früher viel aufgeregter und fröhlicher gewesen sei“. Er habe Mühe in der Schule, besonders in Deutsch und Rechtschreibung, sei aber in allen Fächern langsam. In der Nacht schlafe er gut, abends schlafe er auch sofort ein, sei aber am Morgen „sehr viel müde und auffallend blass“. In den Ferien sei er etwas munterer. Manchmal habe Jakob, „2 bis 3 Tage Verstimmungen [...], in denen er mudert, weint, müde ist und über Unwohlsein klagt“. Jakob selbst habe im Gespräch angegeben, dass ihm manchmal schwindlig würde, wenn er lange herumspringe. Er könne gut schlafen, träume ziemlich viel, aber nicht jede Nacht; er habe keine Angstträume. Am Morgen sei er häufiger müde als am Abend. In die Schule gehe er eigentlich ganz gerne.<sup>9</sup>

Bei Lisa Tobler ergab das EEG eine leichte Asymmetrie bei einem im Wesentlichen normalen Befund. Im Intelligenztest wurde ein Quotient von 77 ermittelt; eine in der Krankenakte abgelegte Schriftprobe zeigte eine gedrängte Schreibschrift. Gemäß Krankengeschichte gab die Mutter im Gespräch an, Lisa sei immer gesund, lebhaft und aufgeweckt gewesen. Erst beim Schuleintritt habe man gemerkt, „dass es nicht so gut ging wie bei den andern“. Nachdem sie in der dritten Klasse nicht mehr richtig hätte folgen können, besuche sie seit Frühjahr 1967 die Spezialklasse. Sie schlafe gut, gehe früh ins Bett, sei dann munter und möchte aufstehen. Die Schriftveränderung sei „so nach den Herbstferien aufgetreten“, Lisa in jener Zeit nie krank gewesen, „vielleicht charakterlich eher noch etwas ruhiger geworden als vorher“ und „eher selbständiger und selbstbewusster“; über irgendwelche Beschwerden klage sie nie. Lisa selbst erzählte laut Krankengeschichte, dass sie schon früher einmal „eine Phase hatte, in der sie so eng schrieb“. Die enge Schrift gefalle ihr auch nicht, sie würde lieber anders schreiben, aber „könne es einfach nicht anders“. Besonders müde fühle sie sich nicht, sie habe auch keine Angstzustände. In der Schule habe sie manchmal „etwas Mühe, die Sache zu verstehen[,] aber selten“.<sup>10</sup>

---

9 Vgl. StATG, ZA, amb. KA 21442.

10 Vgl. StATG, ZA, amb. KA 21780.

## Deuten und behandeln

Was folgerte die Psychiaterin aus solchen Angaben? Festzuhalten bleibt zunächst, dass die Deutung nicht einfach auf die Untersuchung folgte. Die Bewertung, Kombination und Interpretation von Testergebnissen und Aussagen sind als Prozess zu verstehen, der schon während der Abklärung einsetzte: Das Gewinnen und das Deuten von Angaben verliefen in der psychiatrischen Praxis nicht klar getrennt, sondern waren miteinander verschränkt. Die Ergebnisse der Untersuchungen waren dabei nicht immer stimmig. Die Einschätzungen der unterschiedlichen Involvierten – Lehrer/-innen, Ärztinnen und Ärzte, Eltern, Kinder und bisweilen weitere Personen – konnten auseinandergehen und sich mitunter widersprechen. Aufgabe der Psychiaterin war es nicht nur, diese zusammenzuführen und zu gewichten, sondern auch Fragen zu klären, auf die andere keine Antwort gefunden hatten.

Dieser Prozess wird in den Fallbeispielen an gewissen Mustern deutlich: Im Gespräch musste die Psychiaterin den Müttern und den Kindern gezielt Fragen zur Schule, zum Schlafverhalten, zu Ermüdung und zum Befinden gestellt und diesen Angaben eine hohe Relevanz zugemessen haben – andernfalls wären sie in der Krankenakte kaum festgehalten und hervorgehoben worden. Es waren im Wesentlichen diese Angaben, auf die sich der Befund der Psychiaterin stützte.

Bei Jakob Seiler resümierte Verena Kuhn-Gebhart, dass er „ausgesprochen gut intelligent“ sei und deshalb „in der Schule keine Mühe haben“ sollte. Sie vermutete, dass Jakobs Schwierigkeiten teilweise mit seiner Linkshändigkeit in Zusammenhang stehen könnten. Sein Kinderarzt hatte im Überweisungsschreiben angemerkt, dass Jakob ursprünglich Linkshänder gewesen sei, später auf rechts umgewöhnt wurde und nun zum Teil rechts, zum Teil links schreibe. Dies erachtete die Psychiaterin als „sicher ungünstig“ und empfahl, den Jungen anzuhalten, nur links zu schreiben.<sup>11</sup> Die Hauptursache sah sie allerdings woanders: „Vor allem“, hielt sie fest, lägen bei Jakob „Zeichen einer endogen depressiven Komponente vor“. Ohne diese Zeichen näher zu beschreiben, äußerte sie in ihrem Bericht die Vermutung, „dass durch eine antidepressive Behandlung die Schulleistungen wesentlich gebessert werden können“, und bat den Kinderarzt, dem Jungen „einmal Tofranil zu 10 mgr. zu verschreiben“. Falls Jakob durch diese Behandlung in der Schule „nicht wesentlich lebhafter und eifriger“ werde oder das Medikament – ein Antidepressivum – nicht vertrage, solle er für andere Therapieansätze wieder nach Münsterlingen geschickt werden.<sup>12</sup>

Bei Lisa Tobler war der Befund weniger klar; die Schriftveränderung des Mädchens gab auch der Psychiaterin Rätsel auf. In der Krankengeschichte vermerkte sie, eventuell lasse sich durch die leichte Asymmetrie im EEG erklären, „dass die Störung gerade bei der Schrift ist und sonst nirgends sich manifest zeigt“. Unmittelbar daran hielt sie fest:

„Eine eigentliche Depression lässt sich nicht feststellen, aber es findet sich auch keine organische Grundlage für die Störung, sodass wir doch eher annehmen[,] es könnte sich um eine Depression

11 Für die damalige Zeit ist diese Empfehlung ungewöhnlich, sie scheint aber der in Münsterlingen vertretenen Linie zu entsprechen, Linkshänder nicht auf rechts umzuschulen. Vgl. z. B. StATG 9'40, 8.2/72, Nachlass Kuhn, Vortragsmanuskript „Linkshändigkeit aus der Sicht des Arztes“ (1971).

12 StATG, ZA, amb. KA 21442.

handeln, vor allem auch deshalb, weil die Störung letztes Jahr vorübergehend auch schon vorhanden war.<sup>13</sup>

Verena Kuhn-Gebhart stellte bei Lisa also eine Ausschlussdiagnose. Von „Zeichen“ ist hier keine Rede, die Diagnose bleibt im Vagen. Gestützt wird sie auf die Aussage von Lisa, sie habe schon früher einmal so eng geschrieben, doch gründet sie vielmehr auf dem Fehlen von anderen Zeichen: Eine organische Störung lag nicht vor und Krankheitssymptome fehlten, also handelte es sich um eine Depression. Wenn die Störung nicht manifest, also erkenn- und fassbar wurde, folgte daraus für die Psychiaterin nicht, dass die Annahme einer Störung nicht zutraf, sondern dass deren Art und Ursache sich verbargen. Sie verordnete auch Lisa ein Antidepressivum und legte für eine Woche später einen Kontrolltermin fest.<sup>14</sup>

## Medikamente als Schlüssel

Die Abklärungen der beiden Kinder brachten also Unterschiedliches hervor, mündeten aber in dieselbe Maßnahme: die Verordnung antidepressiv wirkender Medikamente. Ein Abwägen dieses Schritts wird in keiner der beiden Krankenakten ersichtlich. Andere Behandlungsmethoden wurden ebenso wenig in Betracht gezogen wie alternative Erklärungen für die Auffälligkeiten.

In den 1950er-Jahren gelangten die ersten Psychopharmaka in die psychiatrischen Kliniken – auch nach Münsterlingen. Der Münsterlinger Oberarzt Roland Kuhn erprobte verschiedene dieser neuen Substanzen in der Klinik,<sup>15</sup> darunter eine, bei der er eine antidepressive Wirkung beobachtete:<sup>16</sup> Sie wurde 1958 unter dem Namen Tofranil als erstes Antidepressivum auf den Markt gebracht. Im klinischen Alltag in Münsterlingen waren die neuen Psychopharmaka also früh präsent. Spätestens seit den 1960er-Jahren galt dies auch für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.<sup>17</sup>

Roland Kuhn und Verena Kuhn-Gebhart – die beiden waren Arbeitskollegen und seit 1958 auch ein Ehepaar – vertraten in verschiedenen Beiträgen die Auffassung, dass Depressionen bei Kindern häufig vorkämen und erfolgreich medikamentös behandelt werden könnten. So hielt Kuhn in einer Publikation von 1963 fest:

„Viele kindliche Verhaltensstörungen, sogenannte funktionelle und psychosomatische Erkrankungen, aber auch manche Zustände, die bisher als mehr oder weniger reine Folge von Erziehungsfehlern, Milieuschäden, Frustration oder Verwöhnung, Erlebnisreaktionen und Neurosen aufgefaßt wurden, sprechen häufig gut auf antidepressiv-thymoleptische Medikamente an. Allerdings findet

---

13 StATG, ZA, amb. KA 21780.

14 Vgl. ebd.

15 Die Medikamentenforschung an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen wird seit April 2016 in einem vom Kanton Thurgau finanzierten Forschungsprojekt historisch untersucht. Die Studie soll 2019 erscheinen.

16 Zur Entdeckungsgeschichte von Tofranil vgl. Magaly TORNAY, Zugriffe auf das Ich. Psychoaktive Stoffe und Personenkonzepte in der Schweiz, 1945 bis 1980 (Tübingen 2016), 127–168.

17 Dies zeigt sich in den Krankenakten, wird aber auch in verschiedenen Publikationen der Münsterlinger Psychiater/-innen deutlich. Vgl. dazu den nachfolgenden Abschnitt.

man bei genauem Zusehen am Grund solcher Störungen depressive Verstimmungszustände, und wahrscheinlich liegen solche noch in anderen positiv auf eine solche Behandlung reagierenden Fällen vor, welche eine depressive Symptomatik trotz eifrigem Suchen nicht finden lassen. Manchmal kann nach dem Behandlungserfolg der Nachweis einer vorher verborgen gebliebenen Depression gelingen [...].<sup>18</sup>

Der Textausschnitt macht zwei Punkte deutlich, die für den Depressionsbegriff in der Münsterlinger Kinderpsychiatrie charakteristisch waren. Zum einen zeigt er, wie weit die Diagnose ausgriff: Die Grenzen zu anderen Krankheitsbildern und Störungen sind unklar, verschwimmen oder lösen sich ganz auf. Zum anderen fällt auf, wie eng die Diagnose an Medikamente gebunden war und diese zum eigentlichen Schlüssel gemacht wurden: Wenn eine Depression erst durch die Anwendung von Antidepressiva als solche erkennbar wird, ist das Medikament zugleich therapeutisches *und* diagnostisches Mittel. Diagnosestellung und Therapie verschränken sich, indem die Diagnose über die Wirksamkeit der Behandlung bestätigt oder erst generiert wird: Depressiv ist, so schrieb Kuhn an anderer Stelle fast wörtlich, wer gut auf Antidepressiva anspricht.<sup>19</sup>

Diese Aussagen sind in ihrer Deutlichkeit bemerkenswert, verweisen aber auf ein Phänomen, das in der Psychiatriegeschichte nicht unbekannt ist: die gegenseitige Stabilisierung von Diagnose und Therapie.<sup>20</sup> Aus einer wissenshistorischen Perspektive versteht sich nicht von selbst, dass die Therapie auf die Diagnose folgt. Die neuen Medikamente sind also – und dies gilt auch für die Kinderpsychiatrie – nicht einfach als Antwort oder Reaktion auf Krankheitsbilder zu verstehen. Genauso prägten und produzierten sie diese Krankheitsbilder.

## Raster

Mit dem weit gefassten Depressionsbegriff der Münsterlinger Psychiater/-innen ließ sich fast jedes auffällige Verhalten eines Kindes als Indiz für eine depressive Störung werten – auch, wie bei Lisa, eine enge Schrift. Im Zweifelsfall sollten Antidepressiva eine diagnostische Klärung herbeiführen und verborgene Depressionen ans Licht bringen. Die Symptomatik des Krankheitsbildes blieb dabei diffus. In Studien und Publikationen nannten Roland und Verena Kuhn Anzeichen wie (vor allem morgendliche) Müdigkeit, Verlust von Aktivität und Freude, Enge, Schwere, Hemmungen, Angst, Schlafstörungen – Symptome, auf die sich die Diagnose auch bei Erwachsenen stütze, die angeblich aber gerade bei Kindern häufig verborgen blieben, weil sie diese nicht zu artikulieren vermöchten.<sup>21</sup> Als wichtige Komponente bei Kindern kam das „Schulversagen“ dazu.<sup>22</sup>

18 Roland KUHN, Über kindliche Depressionen und ihre Behandlung, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 93/2 (1963), 1–15, hier 9–10.

19 Vgl. StATG 9'40, 1.4.2/0, Nachlass Kuhn, Skript zur Kinderpsychiatrie (um 1970).

20 Vgl. TORNAY, Zugriffe, wie Anm. 16, 103, sowie Andrew LAKOFF, Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry (Cambridge 2005), 18–72.

21 Vgl. KUHN, Depression, wie Anm. 18, 4.

22 Vgl. StATG 9'40, 8.2/52, Nachlass Kuhn, Kasuistische Untersuchung an 100 medikamentös antidepressiv behandelten Kindern, Manuskript von Roland und Verena Kuhn (1965).

In diesen Symptombeschreibungen lässt sich ein Raster erkennen, das sich auch in der Abklärungspraxis abbildet. Die Krankenakten von Lisa Tobler und Jakob Seiler zeigen, dass sich die Psychiaterin im Gespräch vor allem dafür interessierte, ob die Kinder gut schliefen, ob sie – besonders morgens – müde seien, ob sie gerne zur Schule gingen, dem Unterricht gut folgen könnten, ob sie Ängste oder Angstträume hätten und ob sie körperliche Beschwerden verspürten oder über solche klagten. Dabei vermitteln die Akten den Eindruck, dass diese Fragen nicht nur einem strengen Muster folgten, sondern auch sehr eingeschränkt abgehandelt wurden und andere Aspekte ausklammerten. Soziale Beziehungen, das nähere Umfeld, die spezifische Lebensphase und Lebensumstände, in denen sich ein Kind bewegte, scheinen in den Abklärungen nicht oder kaum thematisiert worden zu sein. Ebenso wenig wurde reflektiert, ob die Auffälligkeit, die Auslöser für die psychiatrische Abklärung war, womöglich nicht psychiatrisch erklärt und behandelt werden konnte. Mangelndes Interesse in der Schule oder eine Veränderung der Schrift hätten weder notwendigerweise auf eine Depression noch auf eine andere psychische Störung hinweisen und somit als psychiatrisches Problem erkannt werden müssen. Die in den Krankenakten und Publikationen vermittelte Folgerichtigkeit der Diagnose Depression ist nicht zwingend. Sie beruht auf Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsmustern, die sich eng an die Erwachsenenpsychiatrie anlehnten und von den neuen Psychopharmaka geformt wurden.

## Schluss

Die Diagnose Depression, so könnte man zusammenfassen, bot ein Raster, um einzuordnen, was aus dem Raster fiel. Wenn Kinder Auffälligkeiten zeigten, die mit anderen Kategorien nicht erklärt und gefasst werden konnten, gab sie Mittel an die Hand, diese fass- und erklärbar zu machen – auch im wörtlichen Sinne: Die Antidepressiva dienten als Mittel und Mittler zugleich, indem sie nicht nur als therapeutische, sondern auch als diagnostische Werkzeuge eingesetzt wurden. Dieses System der wechselseitigen Stabilisierung formte ein Schema, dessen innere Logik andere Herangehensweisen – andere Fragen, andere Deutungen, andere Behandlungsansätze – ausschloss.

Doch wie bewährte sich dieses Raster in den beiden beschriebenen Fällen? Jakob Seiler wurde von seinem Kinderarzt ein knappes Jahr nach der Abklärung wieder nach Münsterlingen geschickt. Das Tofranil hatte Jakobs Mutter nach einigen Monaten von sich aus abgesetzt, „sie habe einfach damit aufgehört“; in der Schule ginge es etwas besser, „aber noch lange nicht zufriedenstellend“. Er könne sich nicht entschließen, wieder Tofranil zu geben, schrieb der Kinderarzt, er bitte um eine weitere psychiatrische Untersuchung und Therapievorschlüsse. Verena Kuhn-Gebhart untersuchte den Jungen erneut und berichtete danach, Jakobs Mutter hätte angegeben, dass das Tofranil „sicher gutgetan“ hätte, die Schulleistungen wären deutlich besser geworden. Aufgrund der Angaben der Mutter habe sie den Eindruck, dass die Medikation „schon recht gut wirkt“, aber „noch nicht genügend“ sei. Sie empfahl, die Dosis zu erhöhen und ein weiteres Antidepressivum dazuzugeben. Von Jakobs weiterem Weg ist aus der Krankenakte nichts zu erfahren – in Münsterlingen war er nie mehr.<sup>23</sup>

---

23 StATG, ZA, amb. KA 21442.

Lisa Tobler kam nach der ersten Abklärung im Abstand von jeweils einer Woche drei weitere Male in die Sprechstunde nach Münsterlingen. Die Schriftproben blieben praktisch unverändert. Nach den ersten beiden Terminen steigerte die Psychiaterin die Dosis des Antidepressivums. Nach dem dritten Termin hatte sie Zweifel, ob Lisa das Medikament nehme, und notierte in der Krankengeschichte, es gehe „der Patientin immer genau gleich“, es sei „einfach so, wie wenn die Pat. das Medikament ohne irgendwelche Wirkung einnehmen würde“. Sie zog in Betracht, beim nächsten Mal eine Urinuntersuchung durchzuführen, und bestellte das Mädchen für eine Woche später zur Kontrolle.

Ob Lisa Tobler danach nochmals in die Sprechstunde kam, geht aus der Krankengeschichte nicht eindeutig hervor; der nächste Eintrag folgt einen Monat später. Verena Kuhn-Gebhart hielt darin fest, Lisa sei nicht erschienen, nachdem sie sie „das letzte Mal zurechtgewiesen hatte und sie ermahnte, nun einmal richtig die Tabletten zu nehmen“. Bevor die Krankengeschichte abbricht, findet sich, fast ein halbes Jahr später, ein letzter Eintrag: Lisas Lehrer hatte im Herbst 1968 noch einmal angerufen und mitgeteilt, dass ihre Schrift sich seit den Sommerferien „langsam wieder gebessert“ hätte und nun „wieder normal“ sei. Ansonsten sei Lisa „immer genau gleich gewesen“; damals, als sie „schlecht schrieb“, wie „jetzt[,] wo die Schrift wieder in Ordnung sei“. Der Lehrer vermutete, „dass es sich um irgendeine Entwicklungsstörung in der Pubertät gehandelt habe“. Die Psychiaterin sah das anders: „[W]ir sagen, dass wir doch am ehesten denken, dass es sich um eine depressive Störung handelte.“ Zumindest bei ihr hatte das Raster „Depression“ also eine große Beharrungskraft: Auch Verhaltensweisen und Auffälligkeiten, die eigentlich aus diesem Raster fielen und damit nicht plausibel erklärt werden konnten, mussten letztlich darin aufgehen. Es lenkte und formte den psychiatrischen Blick so weit, dass alternative Erklärungen auch nach einer gescheiterten Therapie nicht in Betracht kamen. Das Beharren auf der Diagnose „Depression“ zeugt aber nicht nur von einem verengten Blick, sondern auch von Ratlosigkeit. Auf die Fragen, die das eigenwillige Verhalten der Kinder aufgeworfen hatte, fand auch die Psychiaterin keine schlüssige Antwort.

### **Informationen zur Autorin**

Ursina Klauser, MA., Doktorandin am Historischen Seminar der Universität Zürich, Forschungsstelle für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, Rämistrasse 64, 8001 Zürich, Schweiz, E-Mail: [ursina.klauser@uzh.ch](mailto:ursina.klauser@uzh.ch)