

Eine "Child Guidance Clinic" in London : the Tavistock Clinic

Autor(en): **Tuggener, Heinrich**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Fachblatt für schweizerisches Anstaltswesen = Revue suisse des établissements hospitaliers**

Band (Jahr): **22 (1951)**

Heft 4

PDF erstellt am: **09.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-809140>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Eine «Child Guidance Clinic» in London

The Tavistock Clinic

Was bezweckt Child Guidance? In Kürze folgendes: Förderung der psychischen Gesundheit schon in der Kindheit. Verhütung oder Behandlung von psychischen Störungen durch planmäßige Ausnützung der in der kindlichen Umgebung vorhandenen positiven Kräfte. Ein sehr weitgespanntes Ziel! Niemand macht sich Illusionen darüber, dass man erst an den Anfängen einer weitverbreiteten Organisation arbeitet. So scheint der Schwerpunkt der Betätigung vorläufig noch auf dem Ausdruck «Behandlung psychischer Störungen» und weniger auf der Prophylaxe zu liegen. Durch die Nationalisierung des Gesundheitswesens hat die Child Guidance-Bewegung einen rapiden Aufschwung genommen. Auch die Education act weist die Behörden an, die Child Guidance-Kliniken zu unterstützen. Als Folge dieser raschen Entwicklung leidet heute das Child Guidance-Wesen in England unter einem sehr empfindlichen Mangel an geschulten Mitarbeitern. Vor der Verstaatlichung arbeiteten die meisten Kliniken auf privater oder gemeinnütziger Grundlage. Ein grosser Teil des Personals leistete oft freiwillige Arbeit. So wirken heute fast alle Child Guidance-Kliniken neben ihrer Hauptaufgabe noch als Ausbildungsstätten für Fürsorgerinnen, Psychologen und Kinderpsychiater. Da sich fast jede Klinik mit der Zeit einen mehr oder weniger eigenen Arbeitsstil geschaffen hat, kann man sich kaum über mangelnde Mannigfaltigkeit beklagen. Unter den psycho-analytisch orientierten Häusern nimmt die Tavistock-Klinik eine führende Stellung ein. Als Child Guidance-Klinik betreut sie einen Distrikt Londons, als Forschungsstätte sucht sie den Problemen auf ihre Weise «along psycho-analytic lines» Herr zu werden.

Wenn ein Kind zur Untersuchung vorgemerkt ist, wird zuerst seine Mutter zu einem kleinen Besuch gebeten. Kommt sie in die Klinik, so trifft sie dort mit einigen andern besorgten Müttern zusammen, die ebenfalls zu einem Besuch geladen worden sind. Im Zimmer der Fürsorgerin sitzt man zusammen und trinkt die unvermeidliche Tasse Tee, die hier als ein Mittel zur Herstellung eines ersten Kontaktes eine neue Aufgabe gefunden hat. Die Fürsorgerin erklärt den Müttern zuerst einmal, was mit der Untersuchung ihrer Kinder beabsichtigt wird. Sie ermuntert sie, sich positiv und vertrauensvoll zu den Bemühungen der Klinik einzustellen und bittet sie, die Geduld nicht zu verlieren, auch wenn nicht nach einem Wunderrezept gearbeitet werden könne. Die Frauen erhalten auch reichlich Gelegenheit, zu fragen und sich untereinander zu besprechen. Selbstverständlich ersucht man sie auch, sich über die Entwicklung des Kindes Gedanken zu machen, damit ihre Angaben später bei der Aufnahme der Krankengeschichte verwendet werden könnten. Meistens gelingt es so einer geschickten Fürsorgerin, übertriebene Aengstlichkeit, Vorurteile und falsche Meinungen zu zerstreuen. Zum Erfolg

trägt natürlich die Auswahl der Mütter einen grossen Teil bei. Man würfelt sie nicht einfach der Reihe nach zusammen, sondern versucht, Frauen, deren Kinder unter verwandten Schwierigkeiten leiden, zu vereinen. Auch in anderer Beziehung hat sich das Mütterinterview als wertvolle Hilfe erwiesen. Immer wieder muss nämlich festgestellt werden, dass Propaganda und Aufklärung über moderne Psychologie und aktuelle Erziehungsfragen, für die heute fast jede Zeitung eine besondere Ecke verwendet, meistens weit an ihrem löblichen Ziele vorbeischiessen. Anstatt Klarheit zu bringen, stiftet der «Ratgeber» oft Verwirrung und Unsicherheit. Da ist es dann die Aufgabe der Fürsorgerin, solche Gemüter wieder zur Besinnung zu bringen und sie auf den Weg des gesunden Menschenverstandes zu weisen.

Nach einer Woche setzt die eigentliche Untersuchungsarbeit erst ein. Die Mutter erscheint mit dem Kind zu einer *ersten Konsultation*. Dieses Bild wird sich auch bei den übrigen Besuchen wiederholen: Mutter und Kind erscheinen immer zusammen. Der «educational psychologist» nimmt sich als erster des Kindes an, um mittelst einer Intelligenzprüfung ein ungefähres Bild der intellektuellen Kapazität des Patienten zu erhalten. In der Tavistock-Klinik sind alle «educational psychologists» ehemalige Lehrer. Eine 3—4jährige Unterrichtserfahrung ist die Mindestvoraussetzung, damit junge Lehrer oder Lehrerinnen zu einer Weiterbildung angenommen werden. Diese Bedingung erscheint eigentlich selbstverständlich, hat doch der «educational psychologist» über die Intelligenz und die zukünftige Schulbildung zu entscheiden. Sie wird aber nicht überall gestellt. Geprüft wird mit dem Terman-Merrill-Binet, der als Basistest dient. Je nach Bedarf werden zusätzliche Tests verwendet, um spezielle Fragen noch genauer abzuklären. Doch wird der Intelligenztest nicht als einzige Grundlage zur Beurteilung der geistigen Fähigkeiten verwendet. Er ist nur ein Mittel unter vielen. Es ist hier auf einen interessanten Unterschied in der Einschätzung von Intelligenztests hinzuweisen. Während zum Beispiel die psychologische Abteilung des Maudsley-Hospitals mehr als ein halbes Jahrzehnt darauf verwendete, den Terman-Merrill-Binet für den Platz London zu eichen und dann schlussendlich zur Ueberzeugung gelangte, er sei auf Grund gewisser statistischer Unzulänglichkeiten nicht mehr weiter zu verwenden, so prüft man an der Tavistock schon mehr als zehn Jahre mit dem gleichen Test und verwendet dazu erst noch die in Amerika berechneten Normen, ohne schlechte Erfahrungen gemacht zu haben.

Die Mutter befindet sich unterdessen bei der Fürsorgerin. Im Gespräch versucht diese einen allgemeinen Ueberblick über die Vorgeschichte zu gewinnen. Ein sorgfältig verfasster Fragebogen wirkt dabei als Steuerruder durch den oft sehr

struppigen Wald der Erinnerungen. Doch werden in der Regel Mutter und Kind nach einer Stunde nach Hause entlassen.

In den folgenden Tagen werden die Befunde des Psychologen und die von der Fürsorgerin geordneten mütterlichen Angaben in einer ersten «short conference» mit dem Psychiater besprochen. Die Absicht ist, nach einer Sichtung dieses «Minimalmaterials» zu einer vorläufigen «Grobdiagnose» zu kommen. Diese sehr provisorischen Feststellungen helfen bei der Abklärung folgender Fragen: Gehört der Fall überhaupt in das Arbeitsgebiet der Klinik hinein? Wenn ja, eignet er sich zur Behandlung mit den in der Klinik üblichen Mitteln? Ist zugunsten des Patienten nicht ein anderes Haus vorzuziehen?

Besteht Aussicht, dem Kinde helfen zu können, so versucht man für eine *zweite Konsultation* auch noch den *Vater* einzuladen. Im Verlaufe dieses Besuches wird das Kind nun zum ersten Mal von einem *Arzt* gesehen. Dieser hat durch die vorangegangene Konferenz schon ein allgemeines Bild von seinem Patienten erhalten. In diesem «Vor-Urteil» könnte noch ein weiterer Zweck der «short conference» erblickt werden. Der Psychiater hat schon gewisse Anhaltspunkte. Das erspart ihm vorerst vielleicht ein unnötiges Tappen ins Leere. Doch stellt sich sofort auch ein leiser Zweifel ein. Sind die bis jetzt verfügbaren Angaben überhaupt zuverlässig? Schliesslich ist die Geschichte des Falles von der Fürsorgerin protokolliert worden. Hätte die Mutter dem Arzt das gleiche auch erzählt oder noch mehr? Weiter stützt sich der erste Beschluss nur auf die Rapporte zweier Nichtmediziner und nicht auf eigene Untersuchungsarbeit, die aus einer viel umfassenderen Schau heraus geschieht. Doch wie geht der Arzt nun vor? Viele Mittel stehen ihm zur Verfügung: Farben, Bleistifte, Lehm, Sand, Plastilin, Puppen, Papier, Pinsel und auch Kleister regen jedes Kind zu irgend einer Betätigung an. Während das Kind nun so spielt, unterhält es sich zugleich auch mit dem Arzt über das Werk, das da im Entstehen ist. Dieser protokolliert alle seine Beobachtungen sehr genau, denn die kleine Zeichnung und das Gespräch, das das Kind führt, werden als mögliche Projektionen der unbewussten Innenwelt betrachtet. Alle diese Äusserungen zu interpretieren und in einen Zusammenhang mit schon Bekanntem zu setzen, das ist die grosse Kunst des Arztes. Gleichzeitig befasst sich die Fürsorgerin mit den Eltern. Die vermutlich noch sehr lückenhafte und ungenaue Vorgeschichte wird nun berichtigt. Im Verlaufe einer Woche ist der Mutter noch dies und das aufgestiegen, das noch erwähnt werden muss. Auch der Vater weiss sicher noch zu ergänzen oder manchmal auch zu berichtigen. Vieles mag in seiner Darstellung eine andere Färbung erhalten. Seine Augen haben anders beobachtet, als Mann hat er anders erlebt und darum auch anders geurteilt. Damit das Bild der Verhältnisse möglichst genau wird, zieht die Fürsorgerin oft auch andere Familienglieder zur Berichterstattung herbei, z. B. die im gleichen Haushalt lebende Grossmutter. Selbstverständlich hat auch der Arzt ein Interesse, die Eltern zu be-

grüssen. Er empfängt Mutter und Vater sowohl einzeln als auch zusammen.

Die Ergebnisse dieser zweiten Begegnung sind nun bedeutend reichhaltiger. Inzwischen sind auch noch andere Berichte eingegangen. So hat der Lehrer des Kindes einen Fragebogen erhalten, ebenso hat man sich noch bei andern Behörden über die Familie erkundigt. Somit ist es Zeit, dass das ganze Aktenmaterial in einer zweiten Konferenz einer gründlichen Sichtung unterzogen wird. Es kommt zur «full case conference». Daran beteiligt sich jedermann, der sich dafür frei machen kann, denn es werden zwei Zwecke angestrebt: Die «Grobdiagnose» soll zu einer gut belegten «*Feindiagnose*» ausgearbeitet werden, dazu ist die Mitarbeit aller wesentlich. Zweitens hat die «full case conference» für die in der Klinik zur Weiterbildung weilenden Aerzte und Psychologen den Wert einer Vorlesung mit praktischer Demonstration. Zum Schlusse wird noch einmal auf die gleiche Frage zurückgegriffen: Kann dieser Fall hier wirklich mit Aussicht auf Erfolg behandelt werden? Die Diagnose ist gefällt, und die eigentliche Arbeit beginnt erst. Hat es aber einen Sinn, ein Vorhaben anzupacken, dessen Erfolg zweifelhaft ist oder das an einem andern Ort besser erledigt wird?

Dann setzt auf der ganzen Linie die *Therapie* ein. Nicht nur an einem Ort, beim *Kind*, sondern auch bei der *Mutter*, und wenn nötig auch beim *Lehrer*, so es an ihm gefehlt hat. Neben dem Kinde wird die Mutter aber am intensivsten in die Therapie einbezogen. Das hat seine Gründe. Dr. John Bowlby, der Direktor der Klinik, schreibt: «... treatment by not dealing with the mother's personal problems, often makes the matter worse rather than better». Schwierigkeiten des Kindes lassen auf Schwierigkeiten der Mutter schliessen. Vielleicht imitiert das Kind nur die Problematik der Mutter, in seiner Neurose spiegelt sich die mütterliche Neurose usw. Darum erscheinen Mutter und Kind von nun an während einiger Monate wöchentlich zu einer Konsultation. Das Kind geht zum Psychologen, der besondere Erfahrung in Spieltherapie besitzt. Es wird hier eigentlich nur mit vielen Variationen wiederholt, was der Arzt schon betrieb. Das Kind zeichnet, modelliert, malt mit den Fingern grosse, pastose Bilder, arbeitet an einem Sandhaufen und «plaudert» dabei. Jede Woche entsteht so ein kleines Werk, zu dem auch das Gespräch protokolliert worden ist. Sorgfältige, vergleichende Interpretation dieser Produkte zeigt, ob sich der Zustand des Kindes langsam verbessert, ob er gleich bleibt oder sich sogar verschlechtert. In diese Kunst der Interpretation kann man wohl eingeführt werden, aber sie im eigentlichen Sinne zu lernen, wie man eine Sprache lernt, ist kaum möglich. Nur eine sehr umfassende und reiche Erfahrung, eine gute eigene Phantasie, die immer wieder neue Mittel findet, ermöglichen es dem Spieltherapeuten, seinen Deutungen mit der Zeit Sicherheit und Tiefe zu geben. Ja man möchte die Forderung noch anders vortragen. Wenn wir daran denken, dass das Kind in dieser Spielstunde schöpferisch arbeitet, so sollte die Deutung dieser Werke ebenfalls nur durch ei-

nen schöpferischen Menschen vorgenommen werden, der die schmerzlichen und auch befreienden Stufen der Lösung innerer Spannungen durch das schöpferische Aus-Sich-Herausschaffen selbst durchgekostet hat. Diese Kenntnis der Dinge verhilft ihm dann auch zu jener freundlichen und beruhigenden Neutralität, mit der er das Schaffen des Kindes verfolgt, ohne auf dessen affektive Explosionen mit eigenen Affekten zu antworten.

Wiederum sitzt die Mutter bei der *Fürsorgerin*. Diese versucht, wenn immer möglich, sie nicht nur mit Ratschlägen und tröstenden Worten zu beruhigen. Die Mutter soll die Schwierigkeiten des Kindes als Reflexe ihrer eigenen Probleme verstehen lernen. Auf diese Weise gelingt es, Schritt für Schritt ihre Haltung dem Kinde gegenüber zu modifizieren und umzulenken. In dieser Hinsicht ist die Tavistock-Klinik seit einiger Zeit noch einen Schritt weitergegangen. Wohl ist die Mutter des Kindes nächster Mensch, aber gerade in der Grosstadt hat sie sehr oft den bestimmenden Einfluss auf die Lebenssphäre ihres Kindes verloren. Die Klinik veranstaltet darum, wenn es angezeigt ist, ein Zusammentreffen der *ganzen Familie*, um sozusagen die Netzspannung der persönlichen Beziehungen innerhalb der Familie zu studieren. Damit erfährt der Problem-bereich eine neue Ausweitung. Nachdem er vom Kind zuerst auf die Mutter übertragen wurde, erstreckt er sich nun neuerdings auf die ganze Familie. Auch die Stellung des Kindes hat sich verändert. Es ist nicht mehr die einzige faule Stelle im sonst so «gesunden» Gebälk. Als empfindlicher Seismograph registriert es die ganze

interfamiliäre Problematik, als Patient manifestiert es sie durch seine «Krankheit». Da der Versuch noch nicht sehr lange durchgeführt wird, kann noch kein endgültiges Urteil abgegeben werden. Oft erwiesen sich diese «joint interviews» als sehr fördernd, sie können aber auch das Gegenteil bewirken. Eines ist klar, die Persönlichkeit, die eine solche Gruppen- oder Familientherapie durchführt, muss neben einem grossen Takt eine grosse und reflexartige psychische Schmiegsamkeit besitzen. Man stelle sich nur einen kurzen Moment die durchschnittliche Schweizerfamilie in dieser Situation vor (vgl. «Onkel Ferdinand und die Pädagogik», «Schweizer Spiegel»). Kann also über den Erfolg des Schrittes noch nicht viel gesagt werden, so ist die Idee, die dahinter steckt, nicht nur durch die Erfahrung begründet, sondern schon in der zuerst erwähnten Zweckbestimmung enthalten. Heisst es doch: «... Behandlung durch planmässige Ausnützung der in der Umgebung vorhandenen positiven Kräfte». Um das zu erreichen, muss die Lebenssphäre des Kindes auch in die Untersuchung einbezogen werden. Und dort, wo es sich lohnt, soll der Versuch nicht gescheut werden, sie zu verbessern.

Heinrich Tuggener, Zürich.

Lit.: «The Aims and Methods of Child guidance», by Gerald Caplan and John Bowlby (Health Education Journal, April 1948).

«The Diagnosis and Treatment of Psychological Disorders in Childhood», by Paul Davies and John Bowlby (The Medical Press, September 1948).

Pro Infirmis

Aus verschiedenen Gründen scheint es mir besonders wichtig, dass der diesjährigen *Kartenspende* ein voller Erfolg beschieden sei, und dass gerade die Leser des Fachblattes sie auf jede mögliche Art fördern. Zunächst verlässt sie ein wenig die altgewohnte Art. Da gilt es zu zeigen, dass die neue Methode zum mindesten keine Mindereinnahmen bringt. Statt der in den letzten Jahren üblichen vier farbigen Karten erhält man nämlich in einem Umschlag sieben illustrierte Postkarten, auf denen aber das Bild nur den Platz neben der Adresse einnimmt. So dass viel Raum zum Schreiben übrig bleibt. Diese Postkarten kann man ja wirklich verwenden in Fällen, wo man sonst einen Brief geschrieben hätte, da man auf diese Weise auch noch für Pro Infirmis wirbt. Nebenbei bemerkt: diese Karten lassen sich auch gut in die Schreibmaschine einspannen.

Zu diesem mehr äusserlichen Grund kommt ein weiterer, der bei den Lesern des Fachblattes auf volles Verständnis stossen wird. Pro Infirmis hat dieses Jahr eine erhöhte Bundessubvention

erhalten. Da wird vielleicht da und dort jemand auf den völlig verkehrten Gedanken kommen, er dürfe mit seiner privaten Gabe zurückhaltender sein. Ganz im Gegenteil, die vermehrte Subvention ist bloss eine Erleichterung für stärkere Aktivität, die aber, wenn sie wirklich erfolgreich sein will, weit über die Bundessubvention hinaus Mittel erfordert, die überall die erhöhten Subventionen um ein Vielfaches übersteigen.

Pro Infirmis, das sei als letztes erwähnt, braucht mehr Geld, weil sich in der ganzen Schweiz grosse Pläne abzeichnen, die ausführungsbereit sind. Ich möchte an dieser Stelle nur auf die sehr konkreten Bestrebungen hinweisen, die eine wirklich fruchtbare Eingliederung der Gebrechlichen ins allgemeine Erwerbsleben bezwecken.

Für die Institution der Patenschaften begnüge ich mich mit einem Hinweis: Dass man durch Uebernahme einer Patenschaft seiner Gabe einen persönlichen Charakter geben kann, möge erneut die Gebefreudigkeit anspornen.