**Zeitschrift:** Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

**Herausgeber:** Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

**Band:** - (1979)

**Heft:** 286

**Artikel:** Zum Plan einer "Schweizerischen Stiftung für das psychoorganisch lernbehinderte Kind"

**Autor:** Wolfensberger-Haessig, C.

**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-930512

**Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Siehe Rechtliche Hinweise.

**Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. Voir Informations légales.

**Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. See Legal notice.

**Download PDF:** 04.05.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch**

# Zum Plan einer «Schweizerischen Stiftung für das psychoorganisch lernbehinderte Kind»

*Dr.med. Chr. Wolfensberger-Haessig*

Anlässlich der in Zürich durchgeführten Informationstagung «Das POS-Kind in Familie, Schule und Beruf» wurde der Plan einer «Schweizerischen Stiftung für das psychoorganisch lernbehinderte Kind» bekanntgegeben. Mancher wird sich fragen, ob eine solche weitere Stiftung eigentlich notwendig und wünschbar sei. Die Schweizerische Invalidenversicherung hat ja das frühkindliche psychoorganische Syndrom seit dem 1. Januar 1972 in die Liste der Geburtsgebrechen aufgenommen. Damit besteht ein gesetzlicher Anspruch auf die Kostenübernahme medizinischer und pädagogisch-therapeutischer Massnahmen.

Ich weiss mich mit den meisten Kollegen, die als Spezialärzte für Kinderpsychiatrie, Kinderneurologie und Pädiatrie direkt mit psychoorganisch behinderten Kindern zu tun haben, darin einig, dass mit der IV-Anerkennung zwar ein erster Schritt getan worden ist, dass aber weitere Schritte nötig sind, damit die betroffenen Kinder wirklich eine gezielte Hilfe erhalten. Denn die Invalidenversicherung kann nur Massnahmen subventionieren, die wirklich angeboten werden. Es fehlt aber an vielen Orten noch an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Es ist insbesondere noch lange nicht überall die Früherfassung der hirnfunktionell lern- und verhaltensgestörten Kinder auf der Kindergarten- oder spätestens der Einschulungsstufe gewährleistet. Kinder mit psychoorganisch bedingten Lernschwierigkeiten werden noch vielerorts als «nicht schulreif» zurückgestellt. Wenn das damit gewonnene Reifungsjahr jedoch nicht gezielt ausgenützt wird, wenn diese Kinder nicht das nötige psychomotorische Training oder — je nach Zustandsbild — ein spezifisches Wahrnehmungstraining und/oder ein logopädisch orientiertes Training erhalten, ist es ein verlorenes Jahr. Beim erneuten Einschulungsversuch ist das Kind zwar ein Jahr älter, aber seine spezifischen optischen, akustischen oder taktilkinästhetischen Wahrnehmungsstörungen sind immer noch dieselben, seine motorischen Koordinationsschwierigkeiten stempeln es bestenfalls zum «Klassenclown», und spätestens im dritten Schuljahr wird es wegen seiner Lese-Rechtschreibe-Störung oder seiner spezifischen Rechenschwäche zum Hilfsschüler erklärt.

Man muss leider feststellen, dass trotz der ausgezeichneten Pionierarbeiten — in Deutschland durch *Lempp, Müller-Küppers, Stutte,* in der Schweiz durch *Lutz, Corboz, Städeli* — die Kenntnis der Syndromatik des natal hirnfunktionell behinderten Kindes noch keineswegs die nötige Verbreitung gefunden hat. Wenn diesbezüglich die nebenamtlich wirkenden Gemeindeschulärzte noch sehr lückenhaft informiert sind, so trifft dies in vermehrtem Masse auf viele Schulbehörden und Lehrer zu, die nicht selten in der Diagnose eines kindlichen psychoorganischen Syndroms zur Erklärung vorliegender Lern- und Verhaltensschwierigkeiten nichts als eine «medizinische Modetorheit» erblicken können. «Zu unserer Zeit», heisst es dann, «hat man solche Schüler als das bezeichnet, was sie eben sind: unbegabt, dumm, faul und schlecht erzogen. Sie sollen ihre Klasse repetieren, und wenn das nicht zum Ziele führt, in die Hilfsschule umgeteilt werden», was dann häufig schliesslich auch geschieht. Die Zuteilung zur Hilfsschule entlastet psychoorganisch lernbehinderte Kinder wenigstens vom unerträglichen Schuldruck. Wenn sie das Glück haben, eine Lehrperson zu finden, welche diese Kinder auf ihrer Leistungsgrenze zu fördern versteht, dann kann sich eine solche Sonderschulung als recht hilfreich erweisen. Leider aber orientieren sich viele Hilfschullehrer am Niveau und Leistungsvermögen der Minderbegabten, zu welchen unsere Schützlinge keineswegs gehören. So bleiben sie in mancher Hinsicht unterfordert und werden nicht ihren vorhandenen Möglichkeiten entsprechend gefördert. Damit ist ihr weiterer Bildungsgang schwer gefährdet, ihre Berufschance trotz guter Intelligenzanlage stark eingeschränkt.

Die Auswirkung auf die Entwicklung der Persönlichkeit des hirnfunktionell lerngestörten, aber intelligenten Kindes ist nicht selten katastrophal. Die natal bedingten motorischen und Lernstörungen bedeuten im Sinne von *Alfred Adler* «Organminderwertigkeiten» par excellence, die zum Minderwertigkeitskomplex und dem damit verkoppelten kompensatorischen und überkompensatorischen Geltungsstreben führen. Die Ablehnung der Betroffenen durch die Mitwelt und die bei ihnen meist vorhandene Ich-Schwäche machen psychoorganisch Lern- und Verhaltensgestörte in der Pubertätszeit anfällig für die Verführung durch kriminelle und drogengewohnte Gruppen. Sie sind dann aus ihren Minderwertigkeitsgefühlen und ihrer ichschwachen

Position heraus leicht bereit, den verlangten Gruppeneintrittspreis, eben das Mitmachen in asozialen und abusiven Aktivitäten, zu bezahlen. Dank ihrer guten Intelligenz gelangen sie dann oft in die gesuchte Alphaposition, sie werden zum Anführer der Gruppe mit ihren gesellschafts- oder selbstdestruktiven Zielen.

Ich bin überzeugt davon, dass das Problem der natal hirfunktionell gestörten Kinder kein Randproblem, sondern ein Zentralproblem unserer Gesellschaft und unseres Staates ist. Die eher tief angesetzte Zahl, dass 5% aller Kindergartenschüler oder aller Schulanfänger ein therapiebedürftiges hirnfunktionelles Zustandsbild haben, und das Wissen um die Tatsache, wie wenig gezielte Therapiemöglichkeiten — namentlich ausserhalb der grossen Wohnagglomerationen — zur Verfügung stehen, bestätigt die Erfahrung, die beispielsweise ein *Carl Ludwig Schleich* als Entdecker der Lokalanästhesie hat machen müssen, nämlich dass es drei Jahrzehnte braucht, bis eine wissenschaftlich neue Konzeption ins allgemeine Bewusstsein gedrungen ist.

Hier soll die geplante Stiftung einspringen. Sie soll vor allem einmal informieren. Nicht etwa als Konkurrenzierung bereits bestehender Institutionen und Bestrebungen, sondern als Koordinations- und Kooperationsstelle soll ein Informationszentrum über alle mit dem kindlichen psychoorganischen Syndrom zusammenhängenden Fragen, Probleme und Sachbezüge entstehen. Zur personellen und materiellen Dotierung dieser Informationsstelle müssen die Mittel beschafft werden. Um eine Verzettelung der Kräfte zu vermeiden, wird von Anfang an eine Organisation auf nationaler Ebene angestrebt.

Vor allem muss einmal die Syndromatik der Kinder mit hirndysfunktionellen Lern- und Verhaltensstörungen besser bekannt werden. Wie das Schicksal eines Kindes mit perinatal verursachtem Hirndysfunktionssyndrom weitgehend davon abhängt, ob dieses rechtzeitig diagnostiziert wird, soll nachfolgend kasuistisch dargestellt werden:

Karl wurde als erstes (und einziges) Kind seiner gesunden Mutter 18 Tage nach dem errechneten Geburtstermin nach fast 20stündiger Wehentätigkeit spontan geboren. Er wog fast 9 Pfund und war 52 cm lang. Die Nabelschnur war zweimal um den Hals des Neugeborenen geschlungen, das blau asphyktisch war, aber auf kräftige Hautreize bald zu schreiben begann. Ein mässiger Icterus neonatorum stellte sich am 3. Tage ein. Nach anfänglichen Trinkschwierigkeiten machte die Ernährung keine grossen Schwierigkeiten, ausser dass der Säugling in den ersten Lebenswochen zum Stillen immer geweckt werden musste und überhaupt tagsüber immer schlief. Dafür schrie er nachts um so mehr.

In den folgenden Monaten entwickelte er sich aber zur Zufriedenheit der Mutter. Auf akustische Reize erwies er sich als sehr schreckhaft, doch wurde dies eben als «Eigenheit» aufgefasst. Die erwartete Achtmonatsangst blieb dafür aus. Karl «fremdelte» nicht in dieser Zeit, holte dies aber im zweiten Lebensjahr ausgiebig nach: Von 1½ bis 2 Jahren setzte ihn das Erscheinen fremder Menschen, die ihm «zu nahe kommen wollten», in grosse Angst. Er liess sich nur von der Mutter füttern, wickeln und baden. Andere Betreuer lehnte er ab.

Seine statomotorische Entwicklung verzögerte sich. Mit 10 Monaten konnte er erst richtig sitzen, mit 1 Jahr stehen. Den freien Zweibeinergang erwarb er sich erst im vierten Halbjahr. Dann aber bewegte er sich lebhaft und hemmungslos, versuchte überall hinaufzuklettern, war immer in Bewegung und zeigte keinerlei Furcht. Das führte zu mehreren kleinen Stürzen von erkletterten Möbeln herunter. Auch im Freien fiel Karl in seinem dritten Lebensjahr häufig um und verletzte sich dabei an Kinn und Stirn, die oft von blauen Flecken und Beulen «geziert» waren.

Seine Mutter, auf eine gesunde Selbständigkeitserziehung bedacht, nahm dies alles weiter nicht tragisch. Da Karl ihr einziges Kind war, fehlten ihr Vergleichsmöglichkeiten. Verwandten hingegen fiel das tollpatschige Gehabe, die ungraziöse und unelastische Bewegungsweise auf. Auch in späteren Jahren konnte Karl nicht leise auftreten. Er konnte seine Bewegungen schlecht kontrollieren. Zu feinen Bastelarbeiten — etwa für Weihnachten — war er nicht zu haben. Mit Buntstiften vollbrachte er nur primitive Kritzeleien. Das Malen mit Fingerfarben endete stets in einem schrecklichen Farbendrama: alles war bemalt, der Tisch, die Wände, der Fussboden, Gesicht und Kleider — nur auf dem Zeichenpapier entstand nichts, das einem Bild ähnlich war. Darum liess man es bleiben, um so mehr, als es Karl immer ins Freie trieb. Dort tollte und raste er mit seinem Roller, später mit dem Velo halsbrecherisch herum. Da die Gegend aber verkehrsarm und die Wege ungefährlich waren, liess man ihn gewähren. Freunde hatte Karl meist nicht länger als zwei Tage. Dann kam es zu heftigen Streitereien, und Karl blieb für einige Zeit wieder Alleingänger.

Auch die Sprachentwicklung von Karl verlief verzögert. Erst im dritten Lebensjahr begann er, sich mit Zweiwortsätzen auszudrücken. Dabei bekam er heftige Wutanfälle, wenn man nicht begriff, was er sagen wollte. Auch wenn ihm eine Konstruktion nicht gelang, ein Turm aus Bauklötzen immer wieder zusammenfiel, geriet er in Wut und Verzweiflung. Es amüsierte die Mutter, wie ungeschickt er sich beim Ankleiden anstellte. Meist war bei der Leibwäsche die Innenseite aussen, links und rechts waren verkehrt. Es erregte Heiterkeit, wenn Karl mit seinen Füssen in die Ärmel schlüpfen wollte, Knöpfe und Reissverschlüsse blieben an seinen Kleidern stets offen, wenn man Karl nicht besonders daran erinnerte und ihm half. Denn das Einknöpfen bereitete ihm grosse Mühe. Seine Schuhe konnte er nicht selber binden.

Trotz allem blieb Karl bis in sein sechstes Lebensjahr ein fröhliches Kind, das unter seinen Unzulänglichkeiten nicht litt, weil seine Eltern darin tolerant waren und ihn einfach so sein liessen, wie er war. Sie fanden ihn originell und aufgeweckt, denn er erfand immer wieder drollige Spiele und bastelte sich grobschlächtige Werklein zusammen, aus krumm zusammengenagelten Brettchen, ungeschickt zusammengeschnürten Latten und Stecken.

Doch plötzlich änderte das alles, als Karl in den Kindergarten kam, zu einer Kindergärtnerin von der alten Schule, die sehr auf Disziplin und exaktes Arbeiten erpicht war. Sehr bald erregte Karl ihr Missfallen.

Sie fand ihn zu unruhig, ja unerzogen und respektlos, denn er duzte sie und belästigte sie dauernd mit seinen Anliegen. Sie fand ihn auch egoistisch, denn er konnte zugunsten anderer Kinder nicht auf ein Vorhaben verzichten. Sie empfand ihn als großsprecherisch und nahm sich vor, ihn bei nächster Gelegenheit «herunterzukaufen». Diese bot sich sehr bald, denn Karl, der wie alle andern Kinder einen Schmetterling hätte zeichnen sollen, brachte nur ein farbiges Gesudel hervor, das die Kindergärtnerin zuerst der Klasse zum Gelächter preisgab und dann vor allen Kindern zerriss. Von nun an weigerte sich Karl, zu zeichnen. Er wurde bockig, aggressiv gegen die Kinder, trotzig gegen die Kindergärtnerin und begann auf dem Heimweg Kinder zu plagen.
In kurzer Zeit war Karl nicht wiederzuerkennen. Aus dem fröhlichen, unbeschwerten Kind war ein unzufriedener, teils trotzig-aggressiver, teils verstimmt-depressiver Bub geworden, der zunehmend nervöser wurde. Er begann, Nägel zu kauen, sporadisch wieder das Bett zu nässen. Er fing an, sich bei Dunkelheit zu fürchten, wollte nicht mehr allein bleiben. Da sich ausserdem gegen den Winter ein chronischer Husten einstellte, schickte man ihn zur Kur in ein renommiertes Kinderheim. Als er nach zwei Monaten zurückkam, stotterte er.

Und nun begann das Martyrium der Schule. Wieder kam er zu einer perfektionistisch eingestellten Lehrerin, die an Karls motorischer Unruhe ständigen Anstoss nahm. Sie fand ihn bald «überhaupt nicht schulreif», denn er konnte sich kaum konzentrieren und wurde von jedem Geräusch, von allem das sich um ihn herum abspielte, abgelenkt. Ein draussen vorbeifahrender Lastwagen liess ihn zum Fenster laufen, wenn irgendwo zwei etwas zu tuscheln hatten, musste er dabei sein, wenn ein Bleistift zu Boden fiel, konnte er nicht zuhören, was die Lehrerin sagte. Sein ganzes Verhalten machte einen noch sehr kleinkindlichen Eindruck. Er brachte es nicht fertig, auf die Linien zu schreiben oder die Ziffern in die vorgedruckten Kästchen zu setzen. Die Zeichnungen waren nach wie vor monströs. So entliess man ihn vor den Sommerferien als schulunreif. Die Eltern konnten sich aber nicht entschliessen, ihn wieder in den — einzigen — Kindergarten zu schicken. So blieb Karl daheim und erhielt keine spezielle Förderung.
Der zweite Einschulungsversuch schien sich besser anzulassen. Karls neue Lehrerin war sehr viel permissiver und massregelte den Schüler nicht wegen jeder Ruhestörung. Im Turnen stellte sie seine motorische Ungelenkigkeit fest und fand darum, dass man auch punkto Graphomotorik nicht kleinlich sein dürfe. Also liess sie ihn schreiben, wie er es vermochte, und seine Schrift war und blieb ein kaum lesbares Gekritzel. Auch von der Wandtafel abgeschriebene Wörter und Sätze waren kaum wiederzuerkennen. Das Lesen — mit der Ganzwortmethode — schien sich aber recht ordentlich anzulassen. Karl konnte ganze Seiten auswendig hersagen. Erst nach den Herbstferien kam es aber aus, dass er neue, unbekannte Texte überhaupt nicht zu entziffern vermochte. Wenn er sich nicht mehr auf Auswendig-Gelerntes verlassen konnte, versagte er. Gegen Weihnachten war es endlich klar, dass er erst wenige einzelne Buchstaben wirklich kannte. Die Promotion in die zweite Klasse wurde provisorisch ausgesprochen. Dank seiner guten Intelligenz beteiligte sich Karl im 2. Schuljahr am mündlichen Unterricht aktiv. Alles Schriftliche war und blieb aber «unter aller Kritik». Der Übertritt in die 3. Klasse konnte wiederum nur provisorisch ausgesprochen werden.
Der Lehrer, der die 3. Klasse führte, nahm Karl wegen seiner miserablen Schrift und der nicht minder schlechten Orthographie in die Zange. Immer und immer wieder musste Karl seine Arbeiten abschreiben. Wegen des langsamen Schreibtempos hatte er ständig Arbeiten zu Hause fertigzustellen, die er in der Schule nicht beenden konnte. Die Aufgaben häuften sich zu einem unübersteigbar scheinenden Berg. Karl sass stundenlang daran, kam in Aufregung und Verzweiflung. Nach der Schule, gegen 5 Uhr nachmittags, war er jeweils so erschöpft und übermüdet, dass er die einfachsten Rechnungen nicht mehr löste und kein Wort mehr richtig schreiben konnte. Zum Spielen blieb überhaupt keine Zeit mehr. Karl wurde zusehends nervöser, weinte bei der kleinsten Beanstandung, wälzte sich wie ein Kleinkind verzweifelt schreiend am Boden, wenn er mit seinen Schularbeiten nicht zu Rande kam.
Merkwürdig war, dass es immer wieder Tage gab, an denen die Arbeit recht gut geriet. Dann aber gab es wieder Zeiten, an denen er kaum 2 + 2 rechnen konnte. Dasselbe zeigte sich in der Schrift. An guten Tagen war sie beinahe als ordentlich zu bezeichnen und handkehrum wieder kaum leserlich und gespickt mit Fehlern. Der Lehrer schloss daraus auf schlechten Willen. Karl konnte ja, «wenn er wollte». Darum beschloss er, noch strenger mit ihm zu verfahren. Er forderte die Eltern auf, ebenfalls unnachsichtiger zu sein. Jetzt begann Karl, Aufgaben zu verheimlichen und schlechte Zensuren, die der Vater unterschreiben sollte, verschwinden zu lassen. Daheim behauptete er, das betreffende Heft in der Schule gelassen zu haben, und in der Schule machte er weis, der Vater habe ihm das Heft noch nicht zurückgegeben. Schliesslich kam es auch zum Schulschwänzen, das lange nicht entdeckt wurde, weil Karl immer glaubwürdige Begründungen für sein Fernbleiben vorbrachte. Namentlich vom Turnen hatte sich Karl zu drücken gewusst, da es hier immer wieder zu Spannungen mit dem Lehrer kam. Einfache Freiübungen, die der Lehrer nämlich vorzeigte, führte Karl — wie es schien — absichtlich fehlerhaft aus. Meistens machte er alles seitenverkehrt. Auch einfache Bewegungsabläufe konnte er überhaupt nicht wiederholen — oder wollte er anscheinend absichtlich verkehrt machen, um durch solche Clownerien die Klasse zum Lachen zu bringen. So verging keine Turnstunde ohne irgendeine Strafe für Karl.
Seine Stimmung war unterdessen eine durchgehend verdriessliche geworden. Daheim verhielt er sich renitent und trotzig, pendelnd zwischen kleinkindlichem Anlehnungsbedürfnis und schmollendem Rückzug. Bettnässen und Stottern traten wieder vermehrt in Erscheinung. Wer den fröhlich-unbeschwerten Buben früher gekannt hatte, konnte diesen Verhaltenswechsel kaum für möglich halten.
Alarmiert durch all diese Erscheinungen, entschlossen sich Karls Eltern jetzt zu einer kinderpsychiatrischen Untersuchung. Sie ergab das Vorliegen eines klassischen kindlichen psychoorganischen Syndroms bei gutem Intelligenzniveau, aber pathologischem Intelligenzprofil (grosse Diskrepanzen in den Untertests des HAWIK), schwere Legasthenie infolge einer konstitutionellen Formerfassungs- und Formgedächtnisschwäche, Störung der motorischen Koordination und der Feinmotorik, gestörtes Raumgefühl, unvollkommenes Körperschema. Durch das schulische Leistungsversagen, die stetig sich wiederholenden Enttäuschungs- und Misserfolgserlebnisse hatten sich auch die sekundär-neurotischen Folgen entwickelt: Minderwertigkeitsgefühle und kompensatorisches Geltungsstreben, depressive und aggressive Tendenzen aufgrund der fortgesetzten Frustrationen, Neigung zu Ausweichverhalten, zu Stottern und Bettnässen.

Als Ursache des diagnostizierten psychoorganischen oder hirndysfunktionellen Syn-

droms konnte die perinatale Situation bezeichnet werden: mehrere Risikofaktoren, die allein für sich vielleicht keine pathogene Bedeutung gehabt hätten, kamen hier in Kombination vor: Die Übertragung mit der Möglichkeit einer Plazentarinsuffizienz, die erschwerte Geburt durch das übergrosse Erstgeborene, die Nabelschnurumschlingung und die blaue Asphyxie, beide eine Hypoxämie des Neugeborenengehirns bewirkend, der leichte Neugeborenenikterus, der an sich unschädlich gewesen wäre, jedoch hypoxämisch geschädigte Hirnzellen möglicherweise zusätzlich geschädigt hat (Kernikterus, Bilirubin-Enzephalopathie).

Der Kenner hirndysfunktioneller Syndromatik vermag bei Karl die ersten Symptome schon in der Anamnese des Säuglingsverhaltens zu erblicken: die anfängliche Trinkschwäche, die «Schlafumkehr» (nachts wach, tagsüber abnorm schläfrig), die Schreckhaftigkeit, das Ausbleiben der Achtmonatsangst, die verzögerte statomotorische Entwicklung, die retardierte Sprachentwicklung.

Typisch für die psychoorganische Syndromatik im Kleinkindalter ist das geschilderte motorische Verhalten: häufige Stürze mit Bagatellverletzungen des Gesichtes infolge fehlenden oder ungenügenden Abstützreflexes sowie eine unharmonisch-unelastische Bewegungsweise (mangelhafte Feedback-Steuerung). Im Vorschulalter ist die Unreife der Feinmotorik (mangelhafte Feinsteuerung und schlechte Augen-Hand-Koordination) an der Unmöglichkeit, exakt auszumalen, zu erkennen sowie an der Unreife gezeichneter Figuren. Die Insuffizienz im taktilen Wahrnehmungs- und Tätigkeitsbereich zeigt sich in der Ungeschicklichkeit im Umgang mit feinerem Bastelmaterial und die ungenügende Raumvorstellung und Raumbeziehung in der Hilflosigkeit, die zweidimensional daliegende Leibwäsche dreidimensional richtig an den eigenen Körper zu bringen.

Ausserordentlich bezeichnend ist jedoch, dass Karl trotz all seiner Funktionsunreifen — weil seine Eltern ihn darin nicht überforderten — erst dann zum Leidenden, zum Patienten wurde, als er mit den festen Normen unserer leistungsorientierten Schule konfrontiert wurde und dank seiner intakten Intelligenz seine wirklichen «Minderwertigkeiten» sehr bald erkannte. Est diese Situation liess ihn psychisch dekompensieren und in zunehmendem Masse neurotische Symptome entwickeln.

Karls schulische Situation — sie ist beispielhaft für viele ähnlich gelagerte Fälle von Schulversagen infolge hirndysfunktioneller Behinderung — lässt sich folgendermassen umreissen:

Nachdem er aus der ersten Klasse wegen «Schulunreife» entlassen und für 1 Jahr zurückgestellt wurde, sind seine Leistungen trotz seines guten logischen Denkvermögens in der dritten Klasse völlig ungenügend. Er wird diese Klasse entweder wiederholen oder aber im nächsten Schuljahr in eine Hilfsklasse übertreten müssen (in seinem Wohnkanton bestehen keine anderen sonderschulischen Möglichkeiten).

Seine Leseleistung ist mangelhaft, er liest stockend, unexakt, verwechselt ie und ei, d und b, ersetzt manche Wörter durch andere, dem Sinn entsprechende. Dank seiner Intelligenz erfasst er den Sinn des Gelesenen, was ihn aber dazu verführt, sinngemässe Ausdrücke zu «lesen», die gar nicht da stehen.

Die schriftlichen Leistungen sind noch viel ungenügender: Seine Graphomotorik ist verkrampft, der Schreibdruck zu stark. Oft durchstösst sein Bleistift das Papier. Er kann einigermassen ordentlich schreiben, wenn man ihn in seinem individuellen, viel zu langsamen Schreibtempo nicht forciert. Spätestens nach einer halben Schreibseite ist er erschöpft, und die zunehmende Ermüdung macht sich in einem zerfahrenen Schriftbild und zunehmenden orthographischen wie Flüchtigkeitsfehlern bemerkbar. In der Rechtschreibung ist er noch sehr unsicher. Diktate wimmeln von Fehlern.

Im Rechnen ist er kaum besser. Er versteht zwar die Operationen, doch kann er bei mündlichen Kettenrechnungen die Zwischenresultate nicht im Kopf behalten. Erlaubt man ihm, diese laufend zu notieren, so kommt er zu richtigen Resultaten. Im schriftlichen Rechnen macht er bereits Fehler beim Abschreiben der Aufgaben. Er verzählt sich in den Zeilen. Er verdreht zweistellige Zahlen, schreibt 67 statt 76. Dadurch: Fehler über Fehler, obschon er den eigentlichen Rechenvorgang verstehen würde. Dazu kommt seine Langsamkeit. In einer Prüfung löst er höchstens die Hälfte der verlangten Aufgaben und macht darin noch zahlreiche Fehler aus den eben genannten Gründen.

Seine Zeichnungen sind unreif, wie diejenigen eines Kindergartenschülers: unproportionierte oder schematisch-angelernte Menschengestalten infolge seines schlechten visuellen Formvorstellungsvermögens.

Wir haben folgenden Versuch mit ihm gemacht: Am Beginn einer Therapiestunde liessen wir ihn einen Menschen zeichnen. Resultat: Abbildung 1. Dann formte er unter Anleitung der Therapeutin aus Ton eine

Menschenfigur, wobei man ihn fortlaufend auf Fehler aufmerksam machte. Schliesslich stand eine Menschenfigur da, die sich sehen lassen konnte. Nun, am Schluss der Stunde, wurde er aufgefordert, noch einmal einen Menschen zu zeichnen. Resultat: Zeichnung Abbildung 2, und zwar ohne jede Hilfe durch die Therapeutin. Hält man diese beiden Menschenzeichnungen nebeneinander, so würde man meinen, sie entsprächen einem über Jahre sich hinziehenden Reifungsgeschehen. Tatsächlich liegen zwischen beiden nur 50 Minuten, aber 50 Minuten intensiven Lernens im taktil-kinästhetischen Wahrnehmungs- und Aktionsbereich. Karl hat in diesen 50 Minuten die Form eines Menschen «begriffen», die ihm durch sein defektes visuelles Verarbeitungssystem nicht hatte vermittelt werden können. Man ersieht daraus, welche therapeutischen Möglichkeiten bestehen und wieviel an Lerntraining in den 4½ Jahren seit dem Eintritt in den Kindergarten verpasst worden ist.

Ähnlich wird man vorgehen müssen, um ihm die Sicherheit im Erkennen von Buchstaben zu vermitteln. Die Notwendigkeit der Benützung des taktilen und taktil-kinästhetischen Wahrnehmungs- und Aktionsbereiches in der Legasthenietherapie wird daraus klar ersichtlich.

Zur Verbesserung von Karls Motorik steht das sogenannte «psychomotorische Training» , zum Beispiel nach der Methode von Frau *Suzanne Naville,* Zürich, zur Verfügung, die am dortigen Kinderspital in einem anspruchsvollen Programm Therapeutinnen ausbildet.

Wie sieht nun das — wünschbare — therapeutische Programm für Karl aus?

1. Wahrnehmungstraining im akustischen, visuellen und taktil-kinästhetischen Bereich.
2. Darauf aufbauend: Lese-Rechtschreibe-Training («Legasthenietherapie»).
3. Psychomotorisches Training. Wahrnehmungsübungen im Raumbezug: Raumorientierungsübungen, Übungen zur Bewusstmachung der Lateralitäts-(rechts/links)verhältnisse, zur Verbesserung des Körperbewusstseins («Körperschema»).
4. Kinderpsychotherapie («Spieltherapie») zur Behebung der neurotischen Folgezustände (Bettnässen, Stottern, Abbau der Minderwertigkeitsgefühle, Stärkung des Selbstwertgefühls).
5. Gezieltes Schulprogramm: Nachhilfestunden zur Auffüllung der bisherigen Informationslücken.
6. Versuch einer medikamentösen Therapie (z.B. Encephabol, Lucidril, Nootropil, Ritalin). Abbildung 3 zeigt Schriftbilder ohne und mit Ritalinmedikation: Zwischen den Worten «die Glocke» und «Frau Hauser» liegen 2 Tage, in denen mit der Ritalintherapie begonnen wurde (Ritalin wirkt bei Kindern mit Hirndysfunktionssyndrom oft «paradox», das heisst beruhigend, harmonisierend, konzentrationsverbessernd).
7. Intensive Eltern- und Lehrerberatung. Sie muss die Erzieher vor allem infor-

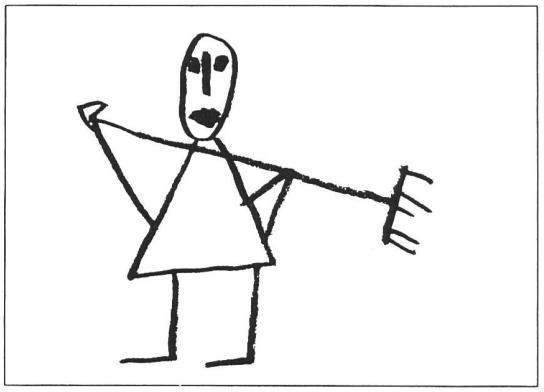

Abbildung 1

Männchenzeichnung eines 10½jährigen hirndysfunktionellen Schülers zu Beginn der Therapiestunde. Schlechte visuelle Formerfassungs- und -wiedergabefunktion. Schemazeichnung.

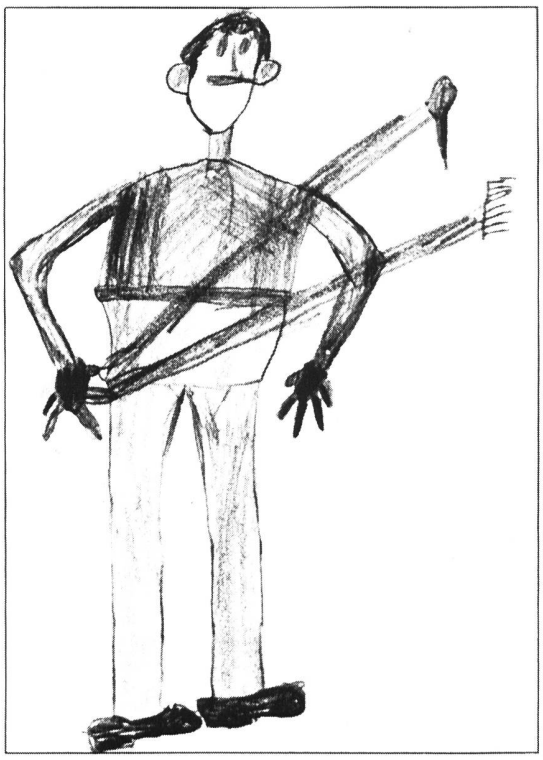

Abbildung 2

Männchenzeichnung des gleichen Schülers wie in Abbildung 1 nach der Therapiestunde, in welcher Menschenfiguren aus Ton modelliert wurden (Förderung des taktil-kinästhetischen Sinnes). «Die Hände belehren die Augen».

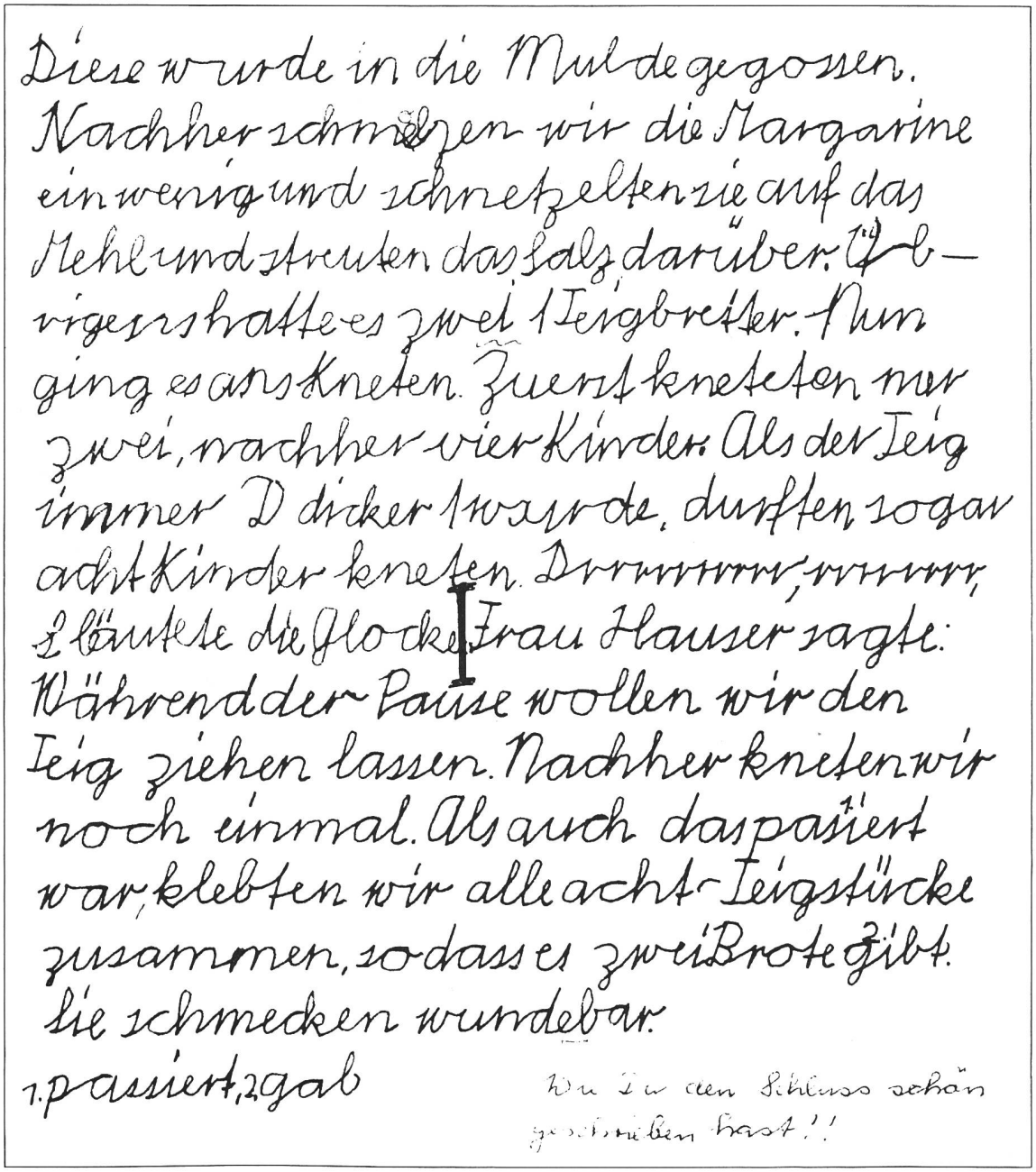
Diese wurde in die Mulde gegossen.
Nachher schmolzen wir die Margarine
ein wenig und schnetzelten sie auf das
Mehl und streuten das Salz darüber. Üb-
rigens hatte es zwei Teigbretter. Nun
ging es ans kneten. Zuerst kneteten nur
zwei, nachher vier Kinder. Als der Teig
immer D dicker wurde, durften sogar
acht Kinder kneten. Drrrrrrrrr, rrrrrrr,
läutete die Glocke. Frau Hauser sagte:
Während der Pause wollen wir den
Teig ziehen lassen. Nachher kneten wir
noch einmal. Als auch das passiert
war, klebten wir alle acht Teigstücke
zusammen, so dass es zwei Brote gibt.
Sie schmeckten wunderbar.
1. passiert, 2 gab
Du hast den Schluss schön geschrieben hast!!

Abbildung 3

Schrift ohne und mit Ritalinmedikation. Zwischen den Worten «Glocke» (am Samstag geschrieben) und «Frau» (Montag weitergefahren) wurde mit der Ritalinmedikation begonnen.

mieren, über das Zustandsbild des kindlichen organischen Syndroms orientieren, über das in Laien- und leider auch pädagogischen Fachkreisen noch so wenig Klarheit herrscht.

Kaum in einem anderen Bereich der Heilpädagogik und Kinderpsychiatrie ist die enge Zusammenarbeit von Schule, Elternhaus und Arzt so nötig wie in diesem Gebiete der hirndysfunktionell bedingten Lern- und Verhaltensstörungen. Dieses Ziel strebt unsere Stifung an. Sie möchte vorzugsweise in Regionen, wo weder klinische noch schulpsychologische Institutionen vorhanden sind, mit stiftungseigenen Mitteln in die Lücke treten.
Denn — wie sieht es nun in der Praxis aus? Was können wir von unserem 7 Punkte umfassenden Therapieprogramm für Karl an seinem 1½ Autostunden entfernten ländlichen Wohnorte realisieren?
Es gibt dort keine Therapeutinnen für psychomotorische Therapie, keine Legasthenietherapie. Eine wöchentliche ambulante kinderpsychotherapeutische Stunde ist wegen der grossen Distanz ausgeschlossen. Wir müssen uns auf ein Minimalprogramm beschränken. Möglich wäre allenfalls die Einweisung in eine therapeutisch geführte Heimschule. Doch damit sind wiederum manche Nachteile verbunden. Es sollten wenn immer möglich die Kinder nicht aus der Geborgenheit des Elternhauses gerissen werden, solange dieses funktionsfähig ist.
Karls Übertritt in eine Hilfsklasse wird sich unter diesen Umständen kaum vermeiden lassen. Man wird versuchen müssen, ihm im Rahmen des Möglichen durch gezielten Nachhilfeunterricht, kombiniert mit Legasthenietherapie, die adäquate Förderung zu vermitteln. Es verbleibt das ungute Gefühl, dass unsere Gesellschaft anscheinend nicht imstande ist, für die zahlreichen therapiebedürftigen hirndysfunktionellen Kinder — es sind zirka 5% aller Schüler — adäquate Schultypen und/oder Sonderschulungsmöglichkeiten anzubieten. Es dürfte doch eigentlich nicht geschehen, dass deswegen Kinder mit an sich normaler Intelligenzanlage, nur weil sie nicht der statistischen Leistungsnorm entsprechen können, diskriminiert und in ihren Bildungschancen empfindlich benachteiligt werden.
Ich wundere mich immer wieder darüber, wie wenig dieser sozialmedizinische Aspekt in der Öffentlichkeit — aber auch in Fachkreisen — die nötige Beachtung gefunden hat, obschon er der Kinderpsychiatrie seit zwei Jahrzehnten bekannt ist. Es wird Aufgabe der geplanten Stiftung sein, die notwendige Informationsarbeit zu leisten. Da die Stiftung auf öffentliche Sammeltätigkeit wohl kaum wird verzichten können, wird es nötig sein, die Ziele der Stiftung und damit auch das Zustandbild des frühkindlichen organischen Psychosyndroms in seinen Auswirkungen in Elternhaus und Schule verständlich darzustellen. Damit wird bereits ein wichtiger Stiftungszweck — nämlich die Information breiterer Bevölkerungsschichten — erreicht werden.
Zum Aufgabenbereich der Stiftung wird aber auch die Förderung der Forschung und der Ausbildung von Fachkräften gehören. Die Mittel der Stiftung sollen ferner für die Sonderschulung hirndysfunktionell lernbehinderter Kinder eingesetzt werden, sei es durch Subvention bereits bestehender Schulen und/oder auch durch Errichtung stiftungseigener sonderschulischer Einrichtungen. Die begleitende Elternberatung durch sozialpsychologisch und sozialpädagogisch geschulte Mitarbeiter wird — neben vielem andern — eine wichtige Aufgabe sein.
Wir hoffen, dass bis zum Erscheinen dieser Sondernummer die Verwirklichung der Stiftung — für welche sich bereits viele Persönlichkeiten der Wissenschaft und des öffentlichen Lebens als Mitglieder eines Patronatskomitees zur Verfügung gestellt haben — möglich geworden sein wird. Wer sich für die Stiftungsziele interessiert oder sich in irgendeiner Form aktiv beteiligen möchte, ist freundlich gebeten, sich an den Verfasser dieses Artikels zu wenden.

**Résumé: Projet d'une «fondation suisse pour l'enfant handicapé sur le plan psycho-organique».** *L'auteur présente son projet d'une fondation suisse pour l'enfant handicapé sur le plan psycho-organique. Il en illustre la nécessité en décrivant la tragédie d'un garçon doué d'une intelligence normale mais présentant des troubles de la perception, de la motricité et des fonctions mentales dus à une atteinte précoce de la fonction cérébrale. Partant de cet exemple, l'auteur expose les différentes possibilités thérapeutiques. Les deux premières figures démontrent l'efficacité d'une rééducation de la fonction tactile et cinesthésique en vue de l'acquisition d'une meilleure représentation du schéma corporel. La troisième figure illustre l'efficacité d'une thérapeutique au méthylphénidate sur le plan graphomoteur.*

*Korrespondenzadresse:*
*Dr.med. Christoph Wolfensberger-Haessig*
*Postfach 78, CH-8803 Rüschlikon*