

Psychiatrische Untersuchungen bei Schülern der zweiten Primarklasse

Autor(en): **Gasser-Iklé, Marianne**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Erziehungs-Rundschau : Organ für das öffentliche und private Bildungswesen der Schweiz = Revue suisse d'éducation : organe de l'enseignement et de l'éducation publics et privés en Suisse**

Band (Jahr): **49 (1976-1977)**

Heft 10

PDF erstellt am: **27.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-852005>

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.

Psychiatrische Untersuchungen bei Schülern der zweiten Primarklasse

Marianne Gasser-Iklé

1. Einleitung

Diese Untersuchung entstand 2 Jahre nach Eröffnung des Kinderpsychiatrischen Dienstes des Kantons Aargau in einem Gebiet, wo der Ausbau schulpädagogischer Dienste, die Errichtung weiterer Therapiestellen und Sonderklassen erstrebt werden. Wir dachten uns, in diesem Zeitpunkt könne eine epidemiologische Untersuchung den Behörden bei der Planung nützlich sein.

Die vielseitige Problematik der Epidemiologie in der Kinderpsychiatrie sowie die Zusammenstellungen von Studien auf diesem Gebiet mit kritischen Bemerkungen finden wir in den Publikationen von *Diatkine* (6), *C. Chiland* (3) und *Bettschart* (2). Wir sehen die Bedeutung solcher Studien für die Standortbestimmung und weitere Entwicklung der Kinderpsychiatrie und werden mit den Problemen der Methodik konfrontiert. Eine der Schwierigkeiten liegt darin, darauf weist besonders *Mises* (9) hin, daß der Krankheitsbegriff nicht klar umschrieben ist, daß Diagnosen nach verschiedenen Kriterien gestellt und unterschiedliche Untersuchungsmethoden angewendet werden. Dies erschwert oder verunmöglicht es, daß verschiedene Studien miteinander verglichen werden können, was dazu beitragen würde, den Krankheitsbegriff besser zu umschreiben und einheitlichere diagnostische Einteilungen zu treffen.

Mit der Frage eines Behördemitgliedes: «50 000 Kinder werden dieses Jahr geboren, wieviele Kinderpsychiater, Schulsozialarbeiter und Psychologen werden diese während den nächsten 20 Jahren benötigen?» eröffnet *L. N. Robins* (10) ihren

Vortrag an einem Kongreß über psychiatrische Epidemiologie, sie gibt uns aber keine Formel zur Lösung dieses Problems. Zur Bedürfnisabklärung benötigt man die Hilfe verschiedenster Typen epidemiologischer Studien. Transversaluntersuchungen größerer Gruppen gleichaltriger Kinder lassen die Bedeutung eines Symptoms objektiver beurteilen, Longitudinalstudien geben Auskunft über seine Bedeutung in einem gewissen Alter, über Spontanentwicklung und Therapieresultate. Aus Statistiken bereits bestehender kinderpsychiatrischer Dienste entnehmen wir, wie oft Hilfe beansprucht wurde; diese Zahlen können nicht verwertet werden, wenn ein Dienst mit Anmeldungen überschwemmt ist und die Wartefristen zu lang werden. Therapievorschläge richten sich nach den vorhandenen Möglichkeiten und sind nicht maßgebend für den tatsächlichen Bedarf. Bei Untersuchungen ganzer Bevölkerungsgruppen erfaßt man Kinder, die nach den Kriterien der Untersucher behandlungsbedürftig wären, deren gesetzliche Vertreter aber nicht unbedingt gleicher Meinung sind. *Rutter* und *Graham* (11) schätzten die Zahl für eine Behandlung motivierter Eltern bei ihrer Untersuchung auf $\frac{1}{6}$ psychisch gestörter Kinder. Schließlich hängt es von der Aufklärung der Bevölkerung und ihrer Einstellung gegenüber der Psychiatrie ab, ob ein Kind einer Untersuchung zugeführt wird oder nicht. Diese werden ihrerseits durch die vorhandenen Stellen modifiziert; *Lebovici* (7) spricht von einer scheinbaren Zunahme der Morbidität nach Eröffnung einer neuen Stelle.

Wegen beschränkter Mittel und Zeit entschlossen wir uns für eine



Inhalt / Sommaire

SER

<i>Marianne Gasser-Iklé:</i> Psychiatrische Untersuchungen bei Schülern der zweiten Primarklasse	233
<i>Herbert Bruderer:</i> Kommt die Kleinschreibung?	240
Eidgenössische Maturitätsprüfungen	244
Schweizer Umschau	247
Buchbesprechungen	247

HR

<i>Peter Schmid:</i> Sozialverhalten und Leistungsverhalten bei Geistigbehinderten	251
---	-----

In der Schweizer Erziehungs-Rundschau veröffentlichte Artikel geben ausschließlich die Meinung der Verfasser, nicht der Redaktionen wieder. Die Zeitschrift ist ein Forum freier pädagogischer Aussprache.

Transversaluntersuchung bei Schulkindern der 2. Primarschulklasse. Wir haben diese Altersgruppe ausgewählt in der Annahme, während einer innerlich und äußerlich ruhig verlaufenden Phase der Entwicklung sei ein Symptom aussagekräftiger und Störungen somit leichter durch eine einmalige Untersuchung zu erfassen. Diese Altersgruppe (8- und 9jährige Kinder) beanspruchte im vergangenen Jahr am häufigsten Neuuntersuchungen. Es geht uns nicht darum, möglichst viele Zahlen zu liefern oder eine Formel zur Berechnung notwendiger therapeutischer Möglichkeiten zu erfinden, sondern darum, die Problematik des Kindes in der 2. Schulklasse zu be-

schreiben und daraus einige Schlüsse über seine Therapiebedürftigkeit zu ziehen. Das es sich um eine kleine Gruppe handelt, haben wir auf eine statistische Bearbeitung verzichtet.

2. Methodik und Krankengut

Die Kinder werden im Kanton Aargau in der Regel nach ein oder zwei Jahren Kindergarten im Alter von $6\frac{1}{4}$ bis $7\frac{1}{4}$ Jahren eingeschult. In unsere Untersuchung einbezogen wurden alle Schüler der Stadt Aarau (ca. 17 000 Einwohner), welche sich im 2. Semester der 2. Klasse der öffentlichen Primarschule befanden. Es handelte sich um 199 Kinder, die in 3 Schulhäusern von 8 verschiedenen Lehrerinnen unterrichtet wurden. 5 Klassen bestanden aus 28—35 Schülern, 3 Klassen aus Gruppen von 15 Kindern, da die Schüler des 1. und 2. Schuljahres zusammengefaßt wurden.

Nach Vorbesprechungen mit den betreffenden Lehrerinnen meldeten uns diese, wieviele Kinder ihrer Meinung nach eine kinderpsychiatrische Abklärung benötigen würden und wieviele ihres Wissens bereits abgeklärt oder behandelt wurden. Die Eltern aller Schüler erhielten ein Schreiben mit einer kurzen Orientierung über unsere Untersuchung und dem Angebot, sich bei uns zu melden, falls sie Probleme mit ihrem Kind hätten. Bei 30 von 31 angemeldeten Kindern (ein Kind weigerte sich) führten wir eine Kurzuntersuchung durch, die in der Regel 3—4 Stunden dauerte. Sie umfaßte die Aufnahme der Anamnese mit den Eltern, meistens der Mutter, ein Interview mit dem Kind, eine körperliche Untersuchung, den Intelligenztest für Kinder nach Hamburg-Wechsler, Zeichnungen, den Tafeln-Z-Test (14), Scenotest oder Sandspiel, kurze Prüfung von Lesen und Schreiben, abschließend ein orientierendes Gespräch mit den Eltern. Die Lehrerinnen füllten uns Fragebogen über Leistungen und Verhalten in der Schule aus, und mit Erlaubnis der Eltern haben wir die Fälle mit ihnen besprochen. Nach Möglichkeit verglichen wir

unsere Ergebnisse mit vorgängigen Untersuchungen. Auf dieser Basis versuchten wir, die Kinder diagnostisch einzuteilen und Therapievorschläge zu machen.

3. Untersuchungsbefunde

3.1. Die Beurteilung der Schüler durch die Lehrerinnen, ihre Zusammenarbeit mit uns und mit den Eltern

Die 8 beteiligten Lehrerinnen waren sehr unterschiedlich in bezug auf Erfahrung, Unterrichtsmethoden, Anforderungen an die Kinder und Toleranz. Ebenso unterschiedlich war ihr Sensorium zur Erfassung psychisch gestörter Kinder und ihr Verlangen nach Unterstützung. Sie zeigten im allgemeinen sehr viel Interesse für unsere Arbeit; ihr Wissen um die Möglichkeiten und Grenzen der Kinderpsychiatrie schien uns aber beschränkt. Die ursprünglich angestrebte Aufteilung in Fälle, die den Lehrerinnen und solche, die den Eltern auffielen, konnte aus praktischen Gründen und dem mehr therapeutisch als wissenschaftlich ausgerichteten Interesse der Lehrerinnen und uns nicht durchgeführt werden. Durch unseren Kontakt mit den Lehrerinnen beeinflussten wir ihre Haltung, die Eltern besprachen sich zum Teil vor der Anmeldung mit der Lehrerin oder wurden von dieser zur Teilnahme motiviert. Eine Lehrerin meldete 8 ihrer 15 Schüler, nach ihrer Beschreibung befanden sich darunter schwer gestörte Kinder. Sie konnte die Eltern jedoch nicht zur Untersuchung motivieren, so daß wir nur ein Kind dieser Klasse sahen. Eine andere meldete 5 von 29 Schülern, am Elternabend sprach sie persönlich mit den betreffenden Eltern, worauf sich 4 davon bei uns meldeten. Wir sehen, daß die Beziehung der Lehrerinnen zu den Eltern einen Einfluß auf die Zahl der angemeldeten Kinder hatte.

Insgesamt 28 der von den Lehrerinnen gemeldeten Kinder haben wir nicht untersucht. 14 davon, weil die Eltern sich nicht für die Untersuchung interessierten, weitere 14 weil sie bereits abgeklärt waren oder in einer Behandlung stehen:

Psychiatrische Abklärung	1
in Psychotherapie	3
in Legasthenietherapie	2
in Sprachheilbehandlung	8

Diese 28 Kinder werden wir in den Schlußfolgerungen einbeziehen; die folgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf die durch uns untersuchten Kinder. Es waren insgesamt 30, also 15 % aller in die Untersuchung einbezogenen Schüler im Verhältnis von Knaben zu Mädchen von 2:1. Die Beteiligung von einem Schulhaus war mit 2 auf 45 Schüler geringer als in den beiden anderen, wo wir in 5 Klassen 4—8 Schüler pro Klasse sahen.

3.2. Einstellung der Eltern gegenüber unserer Studie und Anmeldegründe

Keines der Kinder befand sich auf unserer Warteliste. Nur in 2 Fällen zeigten die Eltern offen ihre Beunruhigung über den Zustand ihres Kindes und waren im Begriff, es einer Untersuchung zuzuführen. Die meisten betonten ausdrücklich, sie wären nicht gekommen, wenn sie nicht unser Schreiben erhalten hätten. Solche Bemerkungen interpretierten wir in gewissen Fällen als Ausdruck von Scham oder als Anzeichen eines Vorurteils gegenüber der Psychiatrie. Hinter 2 Fällen, wo Mütter reines Interesse an der Untersuchung vorgaben, verbargen sich Schuldgefühle gegenüber diesem Kind. Einige betrachteten diese Untersuchung als «Werbeaktion und wollten von der Gelegenheit profitieren.

Die *Anmeldegründe* teilten wir in die folgenden Kategorien ein:

Reine Schulschwierigkeiten	9
Verhaltensstörungen in der Schule	2
Schulangst	4
Verhaltensstörungen zu Hause	8
Schulschwierigkeiten und Verhaltensstörungen	2
Unsicherheit in der Erziehung, Interesse an der Untersuchung	5

3.3. Die Familien

Die meisten Kinder stammen aus geordnetem Milieu. Außer einem Kind, das bei der geschiedenen Mutter ist, leben alle bei ihren beiden natürlichen Eltern. Als Kriterium für das *soziokulturelle Niveau* der

Familie berücksichtigen wir nur die Berufsausbildung des Vaters und haben diese grob in 3 Kategorien eingeteilt:

Akademisches Studium	5
Berufslehre	20
ungelehrt	5

Unsere Beurteilung des Milieus in bezug auf den Einfluß auf die Entwicklung des Kindes:

günstig	7
ungünstig	23
sprachlich ungenügend fördernd	2
neurotisierend	7
verwöhnend und überbehütend	6
erzieherisch vernachlässigend	5
affektiv und erzieherisch vernachlässigend	3

Anzahl Kinder, die in der Familie leben:

1 Kind	3
2 Kinder	18
3 Kinder	6
4 Kinder	3

Stellung in der Geschwisterreihe:

ältestes	6
jüngstes	22
Einzelkind	2

In Tabelle 1 stellen wir die Stellung der untersuchten Kinder in der Geschwisterreihe jener einer Vergleichsgruppe von 57 Kindern aus 2 Klassen mit durchschnittlicher Beteiligung gegenüber:

Tabelle 1

	untersuchte Kinder (N=30)	Vergleichsgruppe (N=57)
ältestes	6 (20%)	18 (31%)
jüngstes	22 (74%)	28 (49%)
Einzelkind	2 (6%)	6 (5%)

Wir sind diesem Phänomen der Uebersetzung der Jüngsten nicht weiter nachgegangen. Die Tatsache, daß unsere Gruppe vorwiegend aus jüngsten Kindern besteht, ist bei einigen diagnostischen Ueberlegungen im Auge zu behalten.

3.4. Die Entwicklung der Kinder bis zum Eintritt in den Kindergarten

Die frühkindliche psychomotorische Entwicklung hielt sich bei allen Kindern im Rahmen der Norm, über die Sprachentwicklung konnten wir von vielen Eltern nur unge-

nügende Angaben erhalten. Längerdauernde Trennung von den Eltern erlitten 6 Kinder, 5mal handelte es sich um Spitalaufenthalte wegen Operationen oder Abklärungen, einmal um einen Rekonvaleszenzaufenthalt in einem Kinderheim.

14 Kinder zeigten anamnestisch im Vorkindergartenalter deutliche Störungen:

«Asthma»	2
rezidivierende Infekte, unklare Fieberschübe	4
Pseudocroup	2
Ernährungsstörungen	4
Schlafstörungen	1
ausgeprägte Regression (nach Spitalaufenthalt)	1
passives Verhalten	1
ausgeprägte Angstzustände	1
Trennungsschwierigkeiten von der Mutter	2

3.5. Vorgängige Untersuchungen, Maßnahmen und Behandlungen

12 der Kinder unserer Serie wurden bereits untersucht, zum Teil mehrmals. In den meisten Fällen handelte es sich um psychologische Testabklärungen und logopädische Untersuchungen im Rahmen der Schule, nur dreimal suchten die Eltern von sich aus eine andere Stelle auf. Folgende Untersuchungen wurden durchgeführt:

Schulreifetest	6
psychologische Untersuchungen im Kindergarten	1
psychologische Untersuchungen während der Schulzeit	8
logopädische Untersuchung	4

Als häufigste Maßnahmen wurden Rückstellungen und Klassenrepetitionen vorgenommen:

Rückstellung von der Schule	4
Rückversetzung in den Kindergarten	1
Repetition der 1. Klasse	3
Repetition der 2. Klasse	1
Zurückstellung oder Rückversetzung und Repetition der 2. Klasse	2

Es sind also 11 unserer 30 untersuchten Kinder schulisch nicht altersentsprechend eingestuft, 2 davon sind schulisch um 2 Jahre zurück.

Einer Behandlung zugeführt wurden 5 Kinder:

Sprachheilbehandlung	3
Sprachheil- und Legastheniebehandlung	1
psychiatrische Behandlung und Malthherapie in Gruppe	1

3.6. Einige Beispiele aus unseren Untersuchungsbefunden

Die meisten Eltern geben an, daß die Kinder gerne zur Schule gehen. Zeichen von Ueberforderung, wie Mühseligkeit beim Erledigen der Aufgaben, Nägelbeißen, das während den Ferien verschwindet, usw. wurden 14mal von den Eltern festgestellt, also bei fast der Hälfte der untersuchten Kinder.

Die Meinungen der Kinder über die Schule werden von der Erziehung und jener der Kameraden beeinflusst. Unsere Kinder gaben im allgemeinen an, gerne zur Schule zu gehen, nur 3 gehen nicht gern, 3 mehr oder weniger gern. Dino meint dazu: «Ich gehe gern zur Schule, vor allem wenn ich früh aus habe.»

Ausgeprägte Regressionswünsche fanden wir anamnestisch bei 4 Kindern, während der Untersuchung bei 6 weiteren. Dreimal war der Zusammenhang mit der Schule eindeutig. 13 Kinder möchten älter sein, 3 um die Schule hinter sich zu haben, bei den anderen steht die Identifizierung mit einem Elternteil oder älterem Geschwister im Vordergrund (jüngste Kinder!). Eine sehr gute Schülerin, die wir als eines der gesunden Kinder betrachteten, sagt: «Manchmal möchte ich ein Bébé sein, dann müßte ich nicht rechnen; manchmal größer, dann müßte ich nicht mehr zur Schule.»

Angsträume magischen Inhalts wie Räuber, Hexen, Geister, Skelette, haben 18 Kinder, zum Teil hat man den Eindruck, sie werden eher lustvoll erlebt: Barbara: «Geister kommen plötzlich aus dem Bett und nehmen mich mit . . . im spannendsten Moment wache ich auf.» Angst oder Zeichen von Aengstlichkeit nach den Kriterien von Zulliger (14) fanden sich im Z-Test in verschiedenen Schweregraden ebenfalls bei 18 Kindern, 7mal bei solchen, die keine Angsträume erzählten.

4. Versuch einer diagnostischen Einteilung

Wir nahmen uns zu Beginn der Untersuchung vor, den Bereich des noch Normalen eher weit zu stek-

ken, dies gilt vor allem bei den fließenden Uebergängen gesund — neurotische Züge — neurotische Reaktionen. Der Leitsatz, ein Kind sei seelisch krank, wenn die Störung bereits während einer gewissen Zeit besteht, wenn es selbst oder seine Umgebung darunter leiden oder wenn sie seine weitere Entwicklung in Frage stellt, war uns bei der Beurteilung wegweisend.

Wir benutzten zur Einteilung die 4 folgenden Obergruppen des im Kinderpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich eingeführten und bewährten Diagnosenschemas:

Psychoreaktive Störungen mit den Untergruppen einfache Reaktionen, direkte reaktive Entwicklung (erzieherische und affektive Verwahrlosung, Verwöhnung), neurotische Störungen (neurotische Züge, neurotische Reaktionen, neurotische Entwicklung)

Konstitutionelle Störungen mit den Untergruppen Entwicklungsstörungen (Verzögerung = affektiver Entwicklungsrückstand, Sprachentwicklungsstörungen, Dyslexie, Dysorthographie, motorische Störungen), Schwachsinn

Somatosen, darunter die Untergruppe Allg. inf. Psychoorganisches Syndrom = POS

Gesunde

Eine unserer Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung war die Abgrenzung der Entwicklungsstörungen zum POS. Ausschlaggebend zur Verwendung der Diagnose POS war für uns der Nachweis der von Corboz (4,5) beschriebenen Störungen der vegetativen Regulation wie Rhythmuschwankungen und pathologische Ermüdbarkeit, der intellektuellen Funktion wie Einbuße der Gedächtnisfunktion, verlangsamter, perseverierender oder sprunghafter Gedankengang, Konzentrationsstörung und der Affektivität wie Affektlabilität und Reizbarkeit. Von anamnestischen Angaben über nur fragliche oder leichte Hirntrauma ließen wir uns nicht beeinflussen.

Dyslexie-Dysorthographie: Die Ueberschrift dieses Kapitels bei C. Chilard «La maladie nommée Dyslexie existe-elle?» und Artikel in der Schweizerischen Lehrerzeitung wie «Der Unfug mit der Legasthenie» zeugen von der gegenwärtigen Unsicherheit gegenüber dieser Störung. Unsere Klassen dienten vorwiegend einem Versuch einer Reihenuntersuchung zur Früherfassung der Legasthenie. Wir haben unsere Resultate im Lesen und Schreiben mit dieser Voruntersuchung verglichen und gemeinsam mit der Legasthenie-Therapeutin, die diese Untersuchung durchführte, die vorläufige Diagnose gestellt. Näher abgeklärt sind 2 unserer Fälle.

Im Folgenden geben wir einen Ueberblick über Symptome und Syndrome sowie die von uns gestellten Diagnosen:

4.1. Ueberblick über die wichtigsten Symptome und Syndrome

affektiver Entwicklungsrückstand (3mal im Zusammenhang mit Verwöhnung - jüngste Kinder!)	6
Sprachentwicklungsrückstand	4
Dyslexie - Dysorthographie	7
motorischer Entwicklungsrückstand	5
Enuresis nocturna primaria	3
Bauchschmerzen	4
Schlafstörungen	2
Kopfschmerzen	1
Angst, Phobien	6
Zwänge, Tics	3
neurotische Leistungshemmung	1
Kontaktstörung	3

4.2. Ueberblick über die Diagnosen

Bei jedem Kind stellten wir eine Hauptdiagnose; häufig mußten eine oder mehrere Nebendiagnosen hinzugefügt werden. Im Folgenden ist jeweils an erster Stelle die Hauptdiagnose angeführt:

Gesunde	4
einfache Reaktionen	1
direkte, reaktive Entwicklung (affektive und erzieherische Verwahrlosung und POS)	1
direkte, reaktive Entwicklung (affektive und erzieherische Verwahrlosung), neurotische Reaktionen und POS	1
rein neurotische Störungen (neurotische Züge 3, neurotische Reaktionen 5, neurotische Entwicklung 1)	9
reine Entwicklungsstörungen	1

Entwicklungsstörung und direkte Entwicklung (Verwöhnung 2, affektive und erzieherische Verwahrlosung 1, Verwöhnung und erzieherische Verwahrlosung 1)	4
Entwicklungsstörung und neurotische Züge	2
Schwachsinn (Debilität unklarer Genese)	1
reines POS	4
POS und neurotische Reaktionen	2

An einem Fall wollen wir zeigen, wie schwierig die diagnostische Zuordnung sein kann:

Dino, 10;5 J.: schulische 2 Jahre zurück, älteres von 2 Kindern ausländischer Eltern verschiedener Nationalität. Vater mit minimaler Schulbildung, körperlich invalid. Mutter im Service mit unregelmäßiger Arbeitszeit. Frühgeburt mit Ikterus gravis bei Leberunreife, Betreuung durch Nachbarin im 1. Lebensjahr wegen Teilzeitarbeit der Mutter. Im 6. Lebensjahr längerdauernder Kinderheimaufenthalt zur Erholung nach rezidivierenden Otitiden. Nach Wohnortwechsel kurz vor der Einschulung Rückstellung wegen Unreife und Sprachstörung. Schulbeginn mit 1 Jahr Verspätung, schulpsychologische, anschließend logopädische Untersuchung am Ende des 1. Quartals des 2. Schuljahres: durchschnittliche Intelligenz, Agrammatismus, schwere Legasthenie. Repetition der 2. Klasse erst am Ende des Schuljahres. Jetzt in der Schule leistungsmäßig aufgeholt, die Lehrerin erträgt Dino aber schlecht wegen seines weinerlichen Wesens und seiner Unfähigkeit, Kritik zu ertragen. Die Mutter berichtet von einem fraglichen Suizidversuch; dies waren die Anmeldegründe. Aus unserer Untersuchung nur ein Satz im Gespräch über seine nächtlichen Äengste: «Keine mehr Angst mit Tierli im Bett!»

Unsere Diagnose bei Dino: affektive und erzieherische Verwahrlosung mit neurotischen Reaktionen; psychoorganische Komponente. Dieser Fall gilt zugleich als typischer Vertreter der im Folgenden beschriebenen Schulversager:

5. Frühes Schulversagen

5.1. Objektive Gründe

Wir haben bereits erwähnt, daß 19 Kinder unserer Serie altersentsprechend eingeschult sind, während 11 einen Rückstand in der schulischen Karriere aufweisen. Wir stellen sie in den folgenden 5 Tabellen als Gruppe A (A = «Altersentsprechende») und Gruppe R (R =

Kinderheim Blumenhaus Buchegg

Im schönen Bucheggberg, nicht weit von Solothurn, steht unser Sonderschulheim für rund 70 geistig behinderte Kinder im Alter von 6–16 Jahren.

Nachdem wir vor drei Jahren neue Häuser bezogen haben, wartet ein tüchtiger Mitarbeiterstab auf den erfahrenen

Heimleiter

der gute Allgemeinbildung, wenn möglich sozialfürsorgerische und psychologische Kenntnisse, gute Umgangsformen und Verhandlungsgeschick mit Behörden und Eltern mit sich bringt.

Der künftige Heimleiter kommt aus einer guten Stelle und wünscht sich neben einer weitgehend selbständigen Führung des Heims auch die notwendige

Verantwortung

Diesem Wunsch tragen unsere Anstellungsbedingungen ebenfalls Rechnung.

Anmeldungen mit Bildungsgang, Zeugnissen, Referenzangaben und Foto an den Präsidenten des «Vereins Kinderheim Blumenhaus Buchegg», Fürsprecher E. Wolf, Bachtelenrain 3, 2540 Grenchen, Tel. Büro 065 51 21 61, Privat 065 8 28 28.



Kantonale Verwaltung

Bei nachstehender Abteilung ist folgende Stelle wieder zu besetzen:

**Erziehungsdepartement des Kantons
Graubünden, Chur** (Telefon 081 21 34 01)

Seminardirektor

(abgeschlossenes Hochschulstudium, Unterrichtserfahrung auf der Mittelschulstufe, Kenntnis der Lehrerbildungsfragen, wünschbar sind Kenntnisse der besonderen Verhältnisse im Kanton, Organisationstalent, Initiative, Durchschlagskraft, Einfühlungsvermögen, Führungsqualitäten)

verantwortlicher Leiter des Lehrerseminars der Bündner Kantonsschule in pädagogischer und administrativ/organisatorischer Hinsicht, kleines Unterrichtspensum.

Wir bieten zeitgemäße Entlohnung im Rahmen der Personalverordnung. Die bisherige Berufspraxis kann angerechnet werden. Dienstantritt nach Vereinbarung.

Auskünfte über den Aufgabenbereich erteilt die **zuständige Abteilung**.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte mit den üblichen Unterlagen bis 15. Januar 1977 an das Personal- und Organisationsamt des Kantons Graubünden, Steinbruchstr. 18/20, 7001 Chur, Telefon 081 21 31 01.

**PERSONAL- UND ORGANISATIONSAMT
DES KANTONS GRAUBÜNDEN**

Zweckverband für Sprachheilunterricht Oberwynen- und Seetal

Wir suchen per sofort oder nach Vereinbarung

Logopäden oder Logopädin

für 30 Pflichtstunden (Vollamt).

Besoldung nach kantonalen Ansätzen.

Anfragen und Bewerbungen richten Sie bitte an: Herrn Max Deubelbeiss, Bodenweg 586, 5737 Menziken, Telefon 064 71 51 31.

Schule Kloten

Auf Beginn des Schuljahres 1977/78 (18. April 1977) sind an unserer Schule einige Lehrstellen an der

Sekundarschule

(math. Richtung) (1 Lehrstelle)

Realschule

Oberschule

neu zu besetzen.

Kloten verfügt über moderne Oberstufenschulanlagen. Eine aufgeschlossene Schulpflege bietet Gewähr für die Anwendung modernster technischer Hilfsmittel für den Unterricht. Weiterbildungskurse für Lehrerinnen und Lehrer werden von uns begrüßt und im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten bewilligt. Zusammen mit ihren zukünftigen Kolleginnen und Kollegen können wir Ihnen ein gutes und angenehmes Arbeitsklima garantieren. Bei der Wohnungssuche sind wir Ihnen gerne behilflich. Besoldung und Anstellung richten sich nach den Gesetzen und Verordnungen des Kantons Zürich. Die freiwillige Gemeindezulage entspricht den kantonalen Höchstansätzen.

Falls Sie ein entsprechendes zürcherisches Patent besitzen, bitten wir Sie, Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen an das Schulsekretariat Kloten, Stadthaus, 8302 Kloten, zuhanden des Schulpräsidenten, Herrn K. Falisi, zu richten.

Für telefonische Auskünfte stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung (Telefon 01 813 13 00).

Schulpflege Kloten

Schweizerische Anstalt für Epileptische Zürich



An unserer Sonderschule wird auf den Beginn des Schuljahres 1977/78 (19. April 1978) eine Lehrstelle an der Unter-/Mittelstufe frei. Die Klasse umfaßt 5-8 praktisch bildungsfähige, anfallkranke, z.T. verhaltensauffällige Kinder. Wir suchen eine

Leiterin oder Kindergärtnerin

mit heilpädagogischer Ausbildung

die zur Mitarbeit in einem aufgeschlossenen Lehrerteam und zur Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst bereit ist.

Wir bieten Besoldung nach kantonal-zürcherischem Reglement und interne Weiterbildung.

Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne und unverbindlich unsere Schulleiterin, Fr. Felchlin, Telefon. 01 53 60 60, intern 223.

Bewerbungen sind zu richten an die Personalabteilung der Schweiz. Anstalt für Epileptische, Bleulerstraße 60, 8008 Zürich.

Primarschule Bülach

Auf Schulanfang 1977 suchen wir

Logopäden oder Logopädin

weil die jetzige Stelleninhaberin nach 5 Jahren erfolgreicher Tätigkeit auf jenen Zeitpunkt leider zurücktreten wird.

Die Besoldung entspricht ca. 90% derjenigen eines Primarlehrers und ist bei der Kantonalen Beamtenversicherungskasse versichert. - Alle Dienstjahre werden voll angerechnet.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind bis Mitte Februar 1977 erbeten an die Primarschulpflege Bülach, Sekretariat, Hans-Hallergasse 9, 8180 Bülach, Tel. 01 96 18 97, wo auch weitere Auskünfte erteilt werden.

Bülach, 13. Dez. 1976 Die Primarschulpflege

Sonderschulheim Hochsteig, Wattwil

Für das auf Schulbeginn 1977 neu zu eröffnende Heim suchen wir:

1 Lehrer/in

(Mittel- oder Oberstufe), wenn möglich mit heilpädagogischer, logopädischer Praxis/Ausbildung

2 Erzieher/innen

als Gruppenleiter/innen (Heilpädagogin/in, Erzieher/in, evtl. Erzieherteam)

2 Erzieher/innen

zur Mitarbeit im Team

Das Sonderschulheim Hochsteig bei Wattwil nimmt 16 normalbegabte, verhaltensgestörte Kinder im schulpflichtigen Alter in zwei Wohngruppen zu je 8 Kindern auf.

Wir erwarten von unseren Mitarbeitern persönliches Engagement, Verständnis und Einfühlungsvermögen, Bereitschaft zur Zusammenarbeit in einem neuen Team.

Wenn Sie am Aufbau unseres Heims mitwirken möchten, dann nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf.

Die Heimleitung: M. und H. P. Gäng, Hochsteig, Wattwil, Post 9620 *Lichtensteig*.
Telefon Heim: 074 7 15 06, Privat: 074 7 47 33.

«Rückständige») einander gegenüber:

Tabelle 2

<i>Intelligenzquotient</i> (nach Hamburg Wechsler für Kinder = HAWIK)		
	Gr. A (N=19)	Gr. R (N=11)
> 130	3	-
121-130	5	-
111-120	8	1
101-110	3	3
91-100	-	6
< 90	-	1

Die Werte liegen bei den altersentsprechend eingeschulten Kindern im Durchschnitt um 110-130, bei den Schulversagern um 90-110, also 20 Punkte tiefer. Nebenbei sei bemerkt, daß der HAWIK für dieses Alter hohe Werte liefert, dies vor allem «dank» dem Handlungsteil (Mosaiktest!). Außer bei 2 Fällen fanden wir immer eine Diskrepanz zwischen Verbal- und Handlungsteil zugunsten des Handlungsteils. Bei den 2 Ausnahmen handelte es sich um Kinder mit groben Ausfällen im visuomotorischen Bereich.

Tabelle 3

<i>Milieufaktoren</i>		
	Gr. A (N=19)	Gr. R (N=11)
Eltern oder 1 Elternteil Ausländer	4	4
Vater ungelernter Arb.	3	2
Berufstätig. d. Mutter	5	6
affektiv u. erzieherisch verwarlosend	1	2

Aufgrund der Verteilung über die beiden Gruppen einiger Faktoren, die wir als Kriterien für die kulturelle Förderung ausgelesen haben, scheinen die Kinder mit einem Rückstand in dieser Beziehung benachteiligt zu sein.

Tabelle 4

<i>Anamnese bis zum Eintritt in den Kindergarten</i>		
	Gr. A (N=19)	Gr. R (N=11)
neurotische oder psychosomatische Symptome	7	7
Trennung v. d. Eltern	2	4

Kinder mit frühem Schulversagen zeigten häufiger Symptome vor dem Schulbeginn und erlitten häufiger Trennungen von den Eltern.

Tabelle 5

<i>Diagnostische Kriterien</i>		
	Gr. A (N=19)	Gr. R (N=11)
rein neurot. Störungen	8	1
neurotische Störungen als Nebendiagnose	1	4
Entwicklungsstörungen	5	2
POS	1	7

Rein neurotische Störungen scheinen bedeutend weniger zu frühem Schulversagen zu führen. Bei der einzigen neurotischen Störung der Gruppe R handelt es sich um eine neurotische Entwicklung (der einzigen unserer Serie) mit knapp durchschnittlicher Intelligenz. Das Ueberwiegen der neurotischen Störungen als Nebendiagnose bei den Schulversagern mag Ausdruck dafür sein, daß die neurotische Komponente beim Schulversagen mitbeteiligt war, oder aber, daß sich das Schulversagen neurotisierend ausgewirkt hat. Die psychoorganische Störung scheint die Schulleistungsfähigkeit wesentlich zu beeinflussen.

Tabelle 6

<i>Aktuelle Schulleistungsfähigkeit</i>		
	Gr. A (N=19)	Gr. R (N=11)
gut - sehr gut	5	-
gut	8	1
durchschnittlich	5	3
knapp genügend	1	2
ungenügend	-	5

7 der 11 Kinder mit Rückstand gehören wieder zu den letzten der Klasse und es steht ihnen eine weitere Repetition oder die Versetzung in die Hilfsschule bevor. Beim einzigen Kind aus der Gruppe A, dessen Schulleistungen nur knapp genügend sind, handelt es sich um eine neurotische Leistungshemmung.

Zusammenfassend sehen wir, daß in der Gruppe der Kinder, die bereits einen Rückstand in der schulischen Karriere aufweisen, die Intelligenz im Durchschnitt tiefer liegt, daß sie aus einem ungünstigen Milieu stammen, daß ihre frühkindliche Anamnese belastender war und daß wir bei ihnen vermehrt Anhaltspunkte einer hirnorganischen Störung fanden.

Tabelle 6 zeigt, daß 7 der 11 Kinder schulisch wieder oder immer noch überfordert sind. Was wir tabellarisch nicht dargestellt haben, ist der psychische Zustand der 4 Kinder mit genügenden Leitungen:

Dino und 2 seiner Kameraden zeigen schwere neurotische Störungen, 1 Kind ist wegen Verhaltensstörungen in der Klasse kaum mehr tragbar. C. *Chiland* fand bei ihrer Untersuchung, daß frühes Schulversagen ein Indikator einer schweren Störung war. Diese Beobachtung bestätigt sich in unserer Gruppe. Bei keinem Kind bewirkten die getroffenen Maßnahmen einen befriedigenden Erfolg am Ende der zweiten Schulklasse.

5.2. Wie erleben die Kinder ihr Schulversagen?

In der folgenden Tabelle stellen wir einige Symptome einer Gruppe von Kindern, die als Schulversager gelten oder galten, jener einer Gruppe von Kindern, die nie in dieser Situation waren, gegenüber. Gruppe V (V = «Versager») besteht aus den Kindern der Gruppe R, ausgeschlossen wurde ein Kind, das verspätet eingeschult wurde und dessen Leistungen bis jetzt befriedigend waren, dazugenommen wurde das Kind mit der neurotischen Lernstörung. Gruppe D (D = «Durchschnittlicher»), aus den übrigen 19 Kindern.

Tabelle 7

<i>Symptome</i>		
	Gr. V (N=11)	Gr. D (N=19)
Überforderung lt. Eltern	8	6
manifeste Angst	2	4
«depressive Äquivalente»	2	5
Angsträume	5	13
Angst im Formdeuterversuch nach Zulliger	6	12

Zu den «depressiven Äquivalenten» zählten wir die Schlafstörungen, Kopf- und Bauchschmerzen. Schulversager fallen den Eltern häufiger als überfordert auf, was Anlaß zu familiären Spannungen geben könnte, neurotische Symptome finden sich eher häufiger bei den anderen. (Fortsetzung folgt)