

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

Herausgeber: Verband Schweizerischer Privatschulen

Band: 33 (1960-1961)

Heft: 6

Rubrik: Heilpädagogische Rundschau

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 30.01.2026

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

HEILPÄDAGOGISCHE RUNDSCHAU

Fachorgan der Schweizerischen Hilfsgesellschaft für Geistesschwache

Redaktion: Adolf Heizmann, Eichenstraße 53, Basel (Tel. 061 / 38 41 15); Edwin Kaiser, Zürich; Willy Hübscher, Lenzburg
Einsendungen und Mitteilungen sind an den Redaktor *Ad. Heizmann* zu richten / Redaktionsschluß jeweils am 20. des Monats

SEPTEMBER 1960

Das klinische Bild der verschiedenen Schwachsinnformen

Dir. Dr. med. Ad. Zolliker, Münsterlingen

Einleitung

Vor einem halben Jahrhundert haben Kraepelin, Eugen Bleuler und andere in psychiatrischen Lehrbüchern eine Einteilung der Geisteskrankheiten festgelegt, wie sie im Prinzip heute noch gilt. Es wurden damals die echten Psychosen der Schizophrenie, des manisch-depressiven Irreseins und die Gruppe der Epilepsie oder Fallsucht abgegrenzt, des weitern wurde der Begriff der Psychopathie geprägt, die seelischen Reaktionen und Entwicklungen erhellt und die große Gruppe der organischen Hirnkranken geschaffen. In der letzteren wurden alle die Kranken zusammengefaßt, deren Gehirn durch irgend eine äußere Ursache im jugendlichen oder Erwachsenenalter geschädigt wurde und in deren Folge als Endzustand eine sogenannte Demenz oder Verblödung auftritt. Im Gegensatz zu dieser Gruppe prägte man das *Krankheitsbild der Geistesschwäche*, wo in den Extremfällen der Blödsinn nicht sekundär entsteht, sondern seit der Geburt oder dem ersten Lebensjahr in Erscheinung tritt.

Man war sich damals bewußt und ist sich dies bis heute noch, daß diese Gruppe der sogenannten *Geistesschwäche* in jeder Beziehung uneinheitlich ist und daß selbst das Leitsymptom, nämlich die mangelhafte intellektuelle Entwicklung, einen fließenden Übergang zur Norm besitzt. Man wußte schon damals um die eigenartige Tatsache, daß die verschiedenen Schädigungen, die das Gehirn in der Entwicklung treffen, ein im Prinzip gleiches klinisches Bild des Schwachsinn herbeiführen. Es war bekannt und man ist sich seit der Entwicklung der Kinderpsychiatrie in den letzten 30 Jahren je länger je mehr klar darüber, daß die geistigen Äußerungen im Kindesalter ihre ganz besondere Betrachtung verlangen.

Die ursprüngliche Forschung stützte sich auf *drei Bereiche*:

1. Die Gehirne von verstorbenen Geistesschwachen wurden genau untersucht. Es wurden dabei die verschiedensten Baustörungen makroskopischer und mikroskopischer Art festgestellt; aber es

wurden auch immer wieder selbst bei schwerer Schwachsinnigen relativ normale Gehirne gefunden. Man konnte also auf diese Weise nur einen Teil der Schwachsinnfälle von der anatomischen Seite her verstehen, und selbst wenn eine Baustörung vorhanden war, ging aus dieser nicht eindeutig ihre Ursache hervor.

2. Man versuchte anamnestisch die Entstehung des Schwachsinn zu erklären, indem man alle Krankheiten und andern Ereignisse, welche die Mutter während der Schwangerschaft und das Kind während der Embryonalzeit, bei der Geburt und kurz nachher trafen, studierte. Man fand dabei allerlei Zusammenhänge zwischen Erkrankung der Mutter, des Embryos oder des Säuglings und dem in Erscheinung tretenden Schwachsinn, aber auch bei diesen Beobachtungen waren die Ergebnisse nur teilweise eindeutige.

3. Man versuchte das klinische Erscheinungsbild des Schwachsinnigen in geistiger und körperlicher Beziehung möglichst genau festzuhalten. Eine gewisse Gruppierung ist dabei gelungen, aber es ließen sich nur wenige ätiologische Einheiten fassen.

Der heutige Stand der Schwachsinnforschung gegenüber vor 50 Jahren hat wohl vor allem darin Fortschritte gemacht, daß gewisse Ursachengruppen genauer geklärt wurden. Es ist das Ziel weiterer Forschung, die ganze Gruppe des Schwachsinn einmal so genau aufteilen zu können, daß jeder Einzelfall der Ursache nach eingereiht werden kann. Durch die Abgrenzung immer neuer, ursächlich genau umschriebener Schwachsinnformen dürfte dies möglich sein. Um diesem Ziel näher zu kommen, fordert jede Beurteilung eines Schwachsinnigen folgende Feststellungen:

I. Die Untersuchung

A. Die bereits erwähnten genauen Erhebungen über das Familienbild, d. h. Vorkommen von Schwachsinn, Epilepsie, Taubheit, Mißbildungen, Stoffwechselstörungen in der Familie, besondere Merkmale der Mutter (Rhesus), Auffälligkeiten in

der Schwangerschaft, Geburt und Säuglingsphase des Kindes (Fieberhafte Erkrankungen oder Intoxikationen der Mutter oder des Säuglings und Geburtsstörungen).

B. Körperlich: Beurteilung des Habitus: Kretinoid, mongoloid, dysplastisch-mager, fettsüchtig, akromegaloid, zwerg- oder riesenwüchsig. Dann Feststellung einzelner körperlicher Auffälligkeiten, z. B.:

Störungen im Bereich der Hirnnerven: an den Augen, Schielen, Catarakt usw., und Gehörsbeeinträchtigungen. Des weitern Mißbildungen der Haut, des Herzens, des Skeletts, Veränderungen im Blutbild, der Rhesusfaktoren und schließlich chemische Untersuchung auf Stoffwechselstörungen.

Es stehen uns in zunehmendem Maße neue Methoden zur Verfügung:

Schon die Leeraufnahme des Schädels mit Röntgenstrahlen kann abnorme Formen des Schädels aufzeigen, oder Einlagerungen in das Gehirn erkennen lassen. Dann hat die Neurochirurgie zwei Methoden besonders gefördert: Durch Lufteinblasung resp. Ersetzen der Hirnflüssigkeit durch Luft ist es möglich geworden, die Hirnoberfläche und die Hirnhöhlen zur Darstellung zu bringen. So kann man leicht einen äußern oder innern Wasserkopf (also Erweiterung der äußern Liquorräume oder der Hirnhöhlen) erkennen. Man kann so Asymmetrien feststellen, die entweder auf einen Narbenzug hinweisen, wie er als Folge einer Blutung, einer Entzündung oder einer Verletzung zurückbleiben kann, oder aber es können raumbeengende Prozesse sichtbar werden, seien es Geschwülste, Zysten oder entzündliche Prozesse.

Durch Kontrastflüssigkeiten, die man ins Blut einspritzt, ist es möglich, die Verzweigungen der Blutversorgung des Gehirns darzustellen. Man kann so Partien erkennen, in denen die Gefäßversorgung mangelhaft ist, z. B. bei gewissen Geschwülsten, oder in denen die Gefäße stärker gewuchert haben. Es handelt sich dann um Blutgeschwülste (Haemangiome). Es gibt eine besondere Krankheit, die oft auch mit Schwachsinn verbunden ist, die aus solchen Blutgeschwülsten des Gehirns, welche als Mißbildungen des Gefäßapparates zu deuten sind, beruhen.

Zur genaueren Klärung der Schwachsinnsfälle müßte man diese beiden Methoden obligat durchführen. Da sie aber nicht ganz ungefährlich und kostspielig sind, wird man praktisch diese Untersuchungen auf besondere Fälle beschränken.

Dagegen ist die neueste Untersuchungsmöglichkeit mit dem Elektro-Encephalographen bei fast allen Fällen möglich. Diese Methode ist völlig un-

gefährlich, schmerzlos und auch finanziell tragbar. Einzig die Prüfung erethischer Idioten macht Mühe, da die Aufnahme ruhiges Verhalten voraussetzt und nicht in Narkose durchgeführt werden kann.

Die Ableitung von Hirnströmen hat gezeigt, daß der normale Säugling vom 4. Lebensmonat an Alphawellen im Bereich der Zentralregion aufweist, die im Verlauf der folgenden Wochen sich auch in der Hinterhauptgegend nachweisen lassen. Systematische Untersuchungen bei Schwachsinnigen haben nun gezeigt, daß z. B. die Ausprägung der Alphawellen im Hinterhaupt evtl. über viele Jahre zurückbleiben kann. Bei andern Kindern fehlen diese Alphawellen überhaupt, und es wiegen frequenzniedrigere Wellen vor. Man hat also mit andern Worten hier eine Möglichkeit, einen Reifungs-mangel des Gehirns objektiv festzustellen. Des weitern ist es möglich, aus dem Strombild auf eine diffuse oder lokalisierte Hirnschädigung zu schließen, wobei diesen Schädigungen nicht unbedingt dauernde anatomische Störungen zugrundeliegen müssen, sondern bereits funktionelle Störungen gefaßt werden. Diese Befunde können also reversibel sein. Des weitern gibt es im Strombild Besonderheiten, sogenannte Spitzen, die den Schluß zulassen, daß dieses Gehirn eine erhöhte Anfallsbereitschaft aufweist. Mit dieser Methode haben wir erstmals die Möglichkeit, die Funktion des Gehirns zu prüfen und nicht nur, wie bis anhin, Baustörungen festzuhalten!

Wir haben in unserm Krankenmaterial eine vorläufige Zusammenstellung gemacht, die folgendes ergibt:

Klinik	Elektro-Encephalogramm bei Schwachsinn						
	IQ	Fälle	Normal	Hemmung	Schädigung	Photo-epil.	Epilepsie
Normal	90	65	42%	32%	26%	—	—
Debil	70—89	46	24%	31%	37%	2%	6%
<i>Kinder 5—15</i>							
Imbez.	50—69	18	17%	33%	39%	5%	6%
Idiotie	49	16	—	25%	69%	—	6%
Olig. u. Epi		9	—	—	44%	—	56%
Debil		20	40%	20%	30%	5%	5%
<i>Erwachsene über 16</i>							
Imbez.		17	35%	6%	47%	6%	6%
Idiotie		9	11%	—	88%	—	—
		200					

Bei Kindern ist das Phänomen der Hemmung bei Gesunden und allen Schwachsinnsgraden gleich häufig, also nicht Ausdruck der Oligophrenie und harrt noch der Deutung. Zeichen der Hirnschädi-

gung treten dagegen bei Kindern und Erwachsenen umso häufiger auf, je schwerer der Oligophreniegrad ist. Dieser Befund stimmt mit der klinischen Erfahrung, daß Idioten viel häufiger faßbar organisch Hirnkrank sind als Debile, überein.

C. Eine genaue *psychische Untersuchung* im Zwiegespräch und mit Testreihen.

D. Festhalten von besonders Störungen wie Enuresis, Enkatesis, Anfällen usw. mit besonderer Prüfung von Sprache, Mimik, Gestik und Motorik.

Damit ist die klinische Untersuchung auf Schwachsinn umschrieben.

II. Die Ursachen

Der gegenwärtige Stand der Ursachenforschung ergibt, daß wir zwischen einem *Erbschwachsinn* und einem *erworbenen Schwachsinn* unterscheiden müssen.

Der *Erbschwachsinn* umfaßt die große Gruppe des einfachen Schwachsinn, der einerseits aus den Minusvarianten der normal Intelligenten und einem erblichen Schwachsinn im engeren Sinn besteht. Bei diesen Fällen muß eine familiäre Anlage nachgewiesen werden; in den meisten Fällen fehlen körperliche Stigmen. Dazu kommt eine weitere Gruppe von *Sonderformen*, die auf Stoffwechselstörungen beruhen oder Begleiterscheinungen der verschiedenen Mißbildungen sind oder Folge von Degenerationsprozessen darstellen. (Über diese verschiedenen Formen des Erbschwachsinn berichtet Prof. Dr. Klein.)

Im Bereiche des *erworbenen Schwachsinn* haben wir auf alle jene Formen hinzuweisen, die ihre Entstehung nicht auf eine Chromosomenmutation zurückführen lassen, sondern auf Schädigungen des unreifen Gehirns in der prä-, para- und postnatalen Phase beruhen.

Neuestens wurde die Aetiologie der *mongoloiden Idiotie* geklärt. Man hat festgestellt, daß die Mongoloiden 47 statt 46 Chromosomen aufweisen. Hier muß bei der Reduktionsteilung eine Störung eintreten, die das überschüssige Chromosom liefert. Ob diese Störung von Erbfaktoren oder von äußern Momenten abhängt, steht noch nicht fest. Wir wissen also trotz dieser Erkenntnis noch nicht, ob Mongolismus zum Erbschwachsinn oder zur frühest erworbenen Oligophrenie gehört. Aber der Entscheid, ob ein Kind mongoloid wird, ist bereits im Moment der Befruchtung gefallen.

Eine weitere aetiologische Gruppe beruht auf einer *Entwicklungsschädigung des Gehirns*. Hier haben wir als krankmachendes Agens verschiedene Möglichkeiten. Im Vordergrund steht nach neueren

Forschungen ein *Sauerstoffmangel*, der das Hirngewebe im Embryonalstadium oder bei einer protrahierten Geburt zu schädigen vermag. Wie es zu diesem Sauerstoffmangel kommt, ist unter der Geburt durch Abklemmen der Gefäße verständlich. In der embryonalen Phase sind es wohl Gefäßkrämpfe im Placentarkreislauf, die den Sauerstoffmangel bedingen können.

Eine weitere Ursachengruppe beruht auf *entzündlichen Prozessen* am Gehirn oder an der Hirnhaut, die sowohl embryonal wie unmittelbar nach der Geburt entstehen können. Eine dritte Gruppe sind *Bakterientoxine*, die im mütterlichen Blute kreisen und das werdende Kind schädigen. Wir denken da an die Folgen von Röteln, Masern, Scharlach, Windpocken, Poliomyelitis, die von der Mutter auf das werdende Kind übergehen können.

Eine weitere Gruppe beruht auf der *Unverträglichkeit* der Rhesusfaktoren von Mutter und Kind. Es führt dies zu einer Haemolyse des kindlichen Blutes mit schwerer Gelbsucht. Wenn der Blutaustausch nicht unmittelbar nach der Geburt ideal gelingt, so kann diese Gelbsucht Schädigungen des Gehirns zurücklassen, die zu einem Schwachsinn führen.

Es ist auch möglich, daß Bestrahlungen einer schwangeren Frau eine Embryonalschädigung mit sich bringen. — Hormonale Störungen beeinträchtigen das Hirnwachstum. Alle diese Hirnschäden können isoliert zu einem Schwachsinn der verschiedensten Grade führen. Oft bringen sie aber gleichzeitig körperliche Begleitsymptome wie Mißbildungen verschiedenster Art, z. B. Kleinschädel, Wasserkopf, Zahnanomalien, Wolfsrachen und Hasenscharte, Klumpfuß, Sechsfingrigkeit, Augen- oder Gehörstörungen usw. mit. Auch Lähmungen (z. B. Little'sche Krankheit) kommen oft vor. Es ist gelegentlich nicht leicht zu entscheiden, ob eine Phäenokopie oder doch eine Mutationsfolge vorliegt.

III. Das psychische Erscheinungsbild

Die Grundstörung der Oligophrenie wird nach *Bleuler* dahin erklärt, daß der Oligophrene nicht die Fähigkeit hat, die genügende Zahl assoziativer Verbindungen zu bilden und — was etwas anderes ist — alle zugleich in einem Moment gegenwärtig zu haben. Er denkt mehr das unverarbeitete Sinnliche und nur das Gewöhnliche, oft Vorkommende und das Einfachste, wenig Assoziationen Verlangende. Er abstrahiert schlecht, d. h. er bildet nur einfache und manche unrichtig abstrahierte Begriffe, aber er abstrahiert selten gar nicht. Der Oligophrene hat auch nicht die normale Fähigkeit,

einmal gebildete Vorstellungskomplexe zu lösen; die Möglichkeit «früher Erworbenes in neuer Ordnung wiederzugeben» (Hoche) ist eine beschränkte.

Wir können diese mangelhafte intellektuelle Entwicklung auch so umschreiben, daß wir eine beschränkte Auffassung feststellen. Diese führt zu einer Einengung der Merkfähigkeit und der Begriffsbildung. Das einmal Festgehaltene oder das Gedächtnis als solches ist gut, aber es wird oft erschwert aktiviert. Die Einfälle zu einem Reizwort sind quantitativ und qualitativ mangelhaft, eingeschränkt, das Abstraktionsvermögen ist herabgesetzt, das Denken meist verlangsamt. Dies alles führt dazu, daß der Oligophrene einen eingengten geistigen Horizont aufweist.

Da es — wie bereits erwähnt — fließende Übergänge von der Norm bis zur schwersten Oligophrenie gibt, ist eine scharfe Gruppierung in quantitativer Hinsicht nicht möglich. Immerhin hat sich eine Dreiteilung praktisch doch bewährt, und jeder Geübte hat eine ziemlich klare Vorstellung von den drei Gruppen der *Debilität*, der *Imbezillität* und der *Idiotie*. Es gibt verschiedene Gesichtspunkte, nach denen diese Unterteilung vorgenommen werden kann. Einer besteht darin, daß man vor allem die *Sprachentwicklung* und den Wortschatz berücksichtigt. Es ist typisch für den Idioten, daß er überhaupt nicht sprechen kann oder daß sich sein Wortschatz in kleinstem oder doch kleinem Umfang erschöpft, daß er nicht imstande ist Sätze zu bilden, daß die Worte zum Teil verstümmelt sind und daß er mangelhaft artikuliert. Auch beim *Imbezillen* läßt sich diese Einengung der Sprache noch recht deutlich fassen, und erst beim *Debilen* haben wir die fließenden Übergänge zum Beschränkten und zum normal Intelligennten. Die Schriftproben können dies gut veranschaulichen und ergänzen.

Eine weitere Unterteilung kann auf Grund der *Schulungsfähigkeit* vorgenommen werden. Es hat sich bewährt, die Schulbildungsunfähigkeit mit dem Begriff der Idiotie gleichzusetzen, ein weitgehendes Schulversagen mit Imbezillität zu bezeichnen und das leichtere Schulversagen der Debilität zuzuordnen. Man kann auch die Auffassung treffen, daß man die Unterteilung der Oligophrenen rein nach der *praktischen Verwendung* und *sozialen Eingliederungsmöglichkeit* treffen soll. Dieser rein praktischen Gesichtspunkten huldigenden Auffassung steht die andere gegenüber, die genau psycho-experimentell-metrisch vorgehen will.

Die *experimentell-psychologischen Untersuchungen* oder Testreihen werden ganz verschieden gewertet. Es gibt auch heute noch Stimmen, die sie als wertlos bezeichnen, und andere, die einzig und al-

lein auf die Ergebnisse der Tests abstellen möchten. Ich kann auf diese Diskussion nicht näher eintreten und nehme einen vermittelnden Standpunkt ein. Einerseits kann ich mir eine saubere klinische Untersuchung eines Geistesschwachen ohne die Ergänzung mit experimentell-psychologischen Untersuchungen schlechterdings nicht vorstellen. Andererseits müssen aber diese Untersuchungsergebnisse in das gesamte klinische Bild eingebaut und vernünftig interpretiert werden. Es ist sicher falsch, wenn man einzig und allein auf einen Intelligenzquotienten abstellen will. Auch beim Test sind die Fehlerquellen dazu zu zahlreich. Nicht nur der Schwachsinnige, sondern jeder Mensch wird in seiner Leistungsfähigkeit dauernd etwas schwanken, so daß der einmalige Test immer nur eine Querschnittsuntersuchung darstellt. Dann kommen die affektiven Momente hinzu. Der Schwachsinnige kann etwas verängstigt sein, er kann die ungewohnte Situation der Testuntersuchung verkennen, ihr mit Mißtrauen und innerem Widerstand begegnen. Im weiteren kommt es sehr auf die affektive Reaktion des Versuchsleiters an. Der gleiche Test ist auf gewisse Oligophrene besser anzuwenden als auf andere. Wenn wir noch berücksichtigen, wie oft die strengen Vorschriften der Testsituation gestört werden, es wird z. B. geduldet, daß Angehörige oder Lehrer dabei sitzen, oder es kommt sogar vor, daß der Versuchsleiter in wohlmeinendem Sinne dem Geisteschwachen behilflich ist oder es duldet, daß die begleitende Drittperson aufmunternd oder sogar helfend eingreift. Dann weiß man, daß ein Intelligenzquotient wohl ein brauchbares Hilfsmittel darstellt, aber weit von mathematischer Exaktheit entfernt ist.

Wir selber arbeiten ständig mit dem Intelligenzquotienten, und aus der Tabelle ist ersichtlich, daß wir ihn z. B. als Hilfsmittel zur Abgrenzung der drei Intelligenzgrade verwenden.

Vor allem haben sich uns die Testuntersuchungen nicht nur für eine einmalige Querschnittsuntersuchung bewährt, sondern vor allem dann, wenn unter gleichen Bedingungen die Untersuchung in kleineren oder größeren Zeitabständen wiederholt werden konnte. Dann ließen sich oft recht wichtige Schlüsse auf die Entwicklung eines Kindes ziehen.

IV. Irrtümer und Differentialdiagnose

Innerhalb der als schwachsinnig bezeichneten Kinder müssen wir auf verschiedene Gruppen hinweisen, die nicht dazu gehören. Wir möchten sie kollektiv als «pseudoschwachsinnig» bezeichnen. Es kommt immer wieder vor, daß eine Seh-, oder Hör-

störung übersehen wird und daß dann das Kind zu Unrecht wegen mangelhafter Leistungen als schwachsinzig imponiert. Dann gibt es eine Gruppe, die vorübergehend den Leistungen nach eindeutig als schwachsinzig gewertet werden kann, die aber wegen der Möglichkeit, das Fehlende oder Retardierte nachzuholen, doch besonders betrachtet werden muß. In diese besondere Gruppe gehören einmal ein Teil der Frühgeburten. Dann gehören hierher Kinder, die durch chronische Infekte geschädigt sind und dadurch nicht nur in ihrer körperlichen, sondern auch in ihrer geistigen Entwicklung evtl. über Jahre zurückbleiben. Schließlich gibt es eine kleine Gruppe von Kindern, bei denen eine echte Reifungsverzögerung vorliegt, die später, evtl. bis zum 30. Lebensjahr wettgemacht wird, wobei die Betroffenen erst in jenem Zeitpunkt ein normales klinisches Bild aufweisen, mit andern Worten den früher festgestellten Schwachsinn überwunden haben. Besondere Abklärung verlangen die Legasthener. Auch neurotische Fehlentwicklungen können Oligophrenie vortäuschen helfen.

Selbstverständlich prägt wie beim geistig Gesunden auch beim Schwachsinnigen das charakterliche Verhalten das Individuum mehr als seine intellektuelle Leistung. Man wird also eine gewisse charakterliche Spielart auch dem Schwachsinnigen zubilligen müssen, ohne auf zusätzliche Charakteranomalie im Sinne der Psychopathie zu schließen. Für den Kliniker ist es freilich ein alltäglicher Befund, daß er bei psychopathischen Persönlichkeiten auch einen leichten Schwachsinn diagnostiziert. Man ist aus praktischen Gründen dazu gekommen, die Psychopathen mit leichter Geistesschwäche in der Gruppe der Psychopathen und praktisch bei den Schwererziehbaren unterzubringen. Man nimmt an, daß es *eigentliche Schwachsinnspsychosen* gibt, und zwar akute Störungen mit schweren Aufregungen und Angstsymptomatik. Diese sind aber selten und nur bei Imbezillen und Idioten anzunehmen.

Die klinische *Abgrenzung des Schwachsinnigen gegenüber der Fallsucht* oder Epilepsie ist aus verschiedenen Gründen wissenschaftlich nicht einfach, gegenwärtig besonders deshalb nicht, weil das ganze Gebiet der Fallsucht durch die neuen Erkenntnisse der elektro-encephalographischen Untersuchungen neu überprüft werden muß. Man nimmt im Bereiche der Epilepsie eine Kerngruppe im Sinne der genuinen Epilepsie an und stellt diese in Gegensatz zur Gruppe der sogenannten symptomatischen Epilepsie. Bei der letzteren ist die Symptomatik der Epilepsie (große Anfälle, Absenzen, psychomotorische Ausnahmezustände, Dämmerzustände und psychische Veränderungen) lediglich eine Begleiterscheinung

eines andern Grundleidens, und zwar einer Hirnkrankheit.

Nun beruht die Geistesschwäche in relativ vielen Fällen auf einer früher erworbenen Hirnkrankheit und kann deshalb zu einer symptomatischen Epilepsie führen. Wir erleben es oft, daß vor allem bei den schwerer Schwachsinnigen, d. h. bei den Idioten, schon früh oder aber auch erst im Verlaufe der Jahre eine zusätzliche epileptische Symptomatik auftritt. Auch bei den Imbezillen und gelegentlich bei Debilen kommt es etwa zur symptomatischen Epilepsie. Es müßten hier auch jene Fälle von Debilen erwähnt werden, die nie Anfälle bekommen, die aber in psychiatrischer Hinsicht auf Epilepsie verdächtig sind, weil sie zum mindesten typische Verstimmungen oder sogar dämmerige Phasen aufweisen. Dann kann im Elektro-Encephalogramm unter Umständen eine latente Anfallsbereitschaft nachgewiesen werden.

Man nimmt an, daß ein Geistesschwacher auch an *Schizophrenie oder manisch-depressivem Irresein erkranken kann*. Freilich dürfte kein innerer Zusammenhang zwischen Schwachsinn und Psychose bestehen. Die Häufigkeit der beiden Leiden macht es wahrscheinlich, daß unglücklicherweise eine Doppelerkrankung möglich ist. Die Symptomatik bei diesen Kranken wird durch den Grad der Geistesschwäche beeinflusst. So sind bei den sogenannten Pfortschizophrenen psychologisch gesehen die Krankheitsbilder viel ärmlicher, inhaltlich mittelbarer, primitiver. Ob es auch eine echte Schizophrenie oder ein manisch-depressives Irresein bei einem Idioten geben kann, ist deshalb nicht zu entscheiden, weil die Äußerungsfähigkeit eines Idioten so mangelhaft ist, daß er psychotische Erlebnisse nicht schildern kann.

V. Behandlung und Prophylaxe

Es werden immer wieder Medikamente zur *Behandlung* des Schwachsinnigen empfohlen. Längere Zeit wurde vor allem Glutaminsäure propagiert. Man wird allen diesen Mitteln gegenüber sehr zurückhaltend sein müssen, da sie ja meistens nur ein Stimulans darstellen, dessen Wirkung flüchtig oder sogar schädlich ist. Störende Einzelsymptome müssen gelegentlich medikamentös behoben werden. Es handelt sich dann aber nicht um eine Behebung des Grundleidens. Es zeigt sich, daß die Dämpfung von schwer erethischen Idioten nach wie vor sehr schwierig ist. Die eine Zeitlang gepriesene Leukotomie hat sich nicht bewährt und auch alle alten und neuen Medikamente haben meistens nur vorübergehend beruhigende Wirkung.

Es steht außer Frage, daß die Behandlung des

Schwachsinnigen nach wie vor die Domäne der Sonderschulung darstellt.

Die Vorbeugung spielt bei gewissen Aetiologiegruppen neuerdings eine entscheidende Rolle. Wenn man die das Gehirn gefährdenden Stoffwechselstörungen bei der Geburt erkennt, kann man durch entsprechende Diät eine weitgehende Schädigung verhindern. Dasselbe ist von der Erythroplastose zu sagen, wo — wie bereits erwähnt — ein sofortiger Blutaustausch nach der Geburt die Hirnschädigung verhindern soll.

Im übrigen gilt immer noch das alte Postulat, daß Schwachsinnige auf Nachkommen verzichten oder deren Zahl einschränken sollten. In der gegenwärtigen Hochkonjunktur tritt die Benachteiligung des Schwachsinnigen im Existenzkampf wenig oder kaum in Erscheinung. Diese trügerische Tatsache sollte uns nicht hindern, das soziale Problem des Schwachsinnigen trotzdem in seiner ganzen Bedeutung zu erfassen und die Forderung, die Entstehung des Schwachsinnigen wenn immer möglich zu verhindern, aufrecht zu erhalten.

Zusammenfassung

Unter Geistesschwäche werden jene Störungen verstanden, die durch eine primär mangelhafte intellektuelle Entwicklung entstehen. Die Ursachen dieser Störungen können auf gestörten Erbanlagen, einer abnormen Chromosomenzahl oder einer Schädigung des Gehirns in der Embryonalphase, unter der Geburt oder unmittelbar nachher beruhen. Zur genauen Diagnose eines Schwachsinnigen gehören die Überprüfung des Familienbildes, speziell eine Untersuchung der Mutter, die genaue körperliche und psychische Untersuchung des Betroffenen. Es wurden speziell die modernen Untersuchungsmethoden des Neurochirurgen und die elektro-encephalographischen Befunde mitgeteilt. Die klinische Unterteilung des Schwachsinnigen in Idiotie, Imbezillität und Debität wurde diskutiert. Das Problem des Pseudoschwachsinnigen fand Erwähnung, und es wurde die Differentialdiagnose gegenüber andern geistigen Störungen dargelegt. Schließlich erfolgten Hinweise auf Behandlung und Prophylaxe.

Pro Infirmis-Tagung

Wie jedes Jahr, tagte Pro Infirmis auch jetzt wieder zur Delegiertenversammlung. Diese fand am 2. Juli in Frauenfeld statt. Der Vormittag war den internen Geschäften, so auch der Genehmigung der Jahresrechnung, der Vereinigung gewidmet, während am Nachmittag eine öffentliche Versammlung mit zwei Vorträgen veranstaltet wurde. Eine größere Zuhörermenge versammelte sich im blumengeschmückten Kasino-Saal. Es sprachen die beiden Referenten Herr Dir. Dr. Repond, Malévoz, über «Psychische Hygiene bei Invalidität» und Herr Dir. Dr. Zolliker über «Erste Erfahrungen mit der Invalidenversicherung im Kanton Thurgau».

Die anhand von praktischen Beispielen anschaulich gehaltenen Ausführungen von Herrn Dr. Repond machten den Zuhörern erneut die große Bedeutung der Geborgenheit des Kindes in einer warmen, mütterlichen Atmosphäre bewußt. Ein Kind, das nicht genügend Liebe erfährt, kommt leicht in die Gefahr — die seelische Disposition hierzu vorausgesetzt —, daß es schwierig oder abwegig wird und eine Neurose entwickelt, welche das ganze Erwachsenenleben überschatten kann. Weil das behinderte Kind auffällig und deshalb dem Spott ausgesetzt ist, besteht bei ihm eine besonders große Gefährdung. Es kann allen Eltern und Erziehern nicht dringend genug empfohlen werden, den seelischen Bedürfnissen ihrer invaliden, aber auch der gesun-

den Kinder, größte Aufmerksamkeit zu schenken und diese nicht geringer zu achten als die körperlichen Belange.

Die Zeit von einem halben Jahre ist noch nicht lang genug, als daß schon endgültige Ergebnisse über die Wirkung der Invalidenversicherung festgestellt werden könnten. Auch ist die Zahl von 1000 Fällen, welche von der thurgauischen Invaliden-Kommission geprüft wurden und welche bezüglich Alter, Geschlecht, Krankheitsgruppe und Art der Versicherungsleistung statistisch untersucht wurden, nicht groß genug, um weittragende Verallgemeinerungen zu rechtfertigen. Dennoch aber ist die außerordentlich gründliche Arbeit in verschiedener Hinsicht sehr aufschlußreich, sie öffnet den Blick für vorher verborgene Zusammenhänge und läßt erkennen, wo besonders wichtige Punkte für den weiteren Ausbau liegen. So ist es interessant zu sehen, daß 65 % aller behinderten schulpflichtigen Kinder einer Sonderschulung zugeführt werden. Wo immer es angeht, sollen sie im Rahmen des Möglichen für das Leben tüchtig gemacht werden. Eine Heimversorgung kommt erst dort in Frage, wo die Bildungsunfähigkeit ganz sicher feststeht. Die Erfahrungen haben gezeigt, daß all jene Geistesschwachen, die eine Sonderschulung erfahren durften, im späteren Erwachsenenleben sich weit besser bewähren als jene andern, die nicht in ihren Genuß

kamen. Es ist dies ein wichtiger Hinweis für weiteres Vorgehen.

In dieser Bereitschaft, die geistesschwachen Kinder zu schulen und ihre Leistungsfähigkeit im Rahmen des Möglichen zu entwickeln, spiegelt sehr deutlich die Erkenntnis, daß die geistigen Leiden ebenso ernst zu nehmen sind, wie die körperlichen, ein Sachverhalt, der mit der Invalidenversicherung erstmals gesetzlich verankert und festgehalten wurde. Als wichtig wurde vom Redner betrachtet, daß die Invalidenversicherungs-Kommissionen von Fachleuten zusammengesetzt sind, da diese am besten in der Lage sind, die Situation in jedem einzelnen Fall sachlich zu erkennen und die richtigen Folgerungen daraus zu ziehen, handle es sich dann um Vorbeugungsmaßnahmen, um Eingliederungsbestrebungen oder um die Schaffung einer materiel-

len Existenzgrundlage durch eine halbe oder ganze Rente oder durch die zusätzliche Hilflosenrente. Die Versammlung mußte den Eindruck gewinnen, daß im Kanton Thurgau vorbildliche Arbeit geleistet worden ist und daß die Invalidenversicherung, wenn sie so gehandhabt wird, auf dem Wege ist, ein Segen für das ganze Volk zu werden, für die Behinderten, wie auch für die Gesunden. Die negativen Möglichkeiten, die einem solchen Versicherungswerk auch innewohnen, können sich auf diese Weise nicht aktivieren. Pro Infirmis freut sich, weiterhin am Ausbau dieser soliden Grundlage der öffentlichen Fürsorge mitarbeiten zu dürfen und auf diese die individuelle Fürsorge, welche daneben absolut nötig ist, aufbauen zu können, so daß jeder Behinderte auf seinem Weg zur innern und äußern Selbständigkeit das höchstmögliche Ziel erreicht.

D. E. Brn.

Dr. med. h. c. Maria Meyer

Die Medizinische Fakultät der Universität Zürich hat Fräulein Maria Meyer, Zürich, in Anerkennung ihrer Verdienste um die Förderung der Gebrechlichenhilfe in der Schweiz die Würde eines Doktors der Medizin ehrenhalber verliehen. Fräulein Meyer steht seit 1927 im Dienste der Schweiz. Vereinigung Pro Infirmis und leitet seit 25 Jahren deren Zentralsekretariat. Unter ihrer Führung leistete Pro Infirmis bahnbrechende Arbeit für eine moderne Behindertenhilfe. Sie gewann die einzelnen Hilfswerke für eine wirkungsvolle fachliche Zusammenarbeit. Es gelang ihr, die Behörden für die ursprünglich ganz in privaten Händen liegende Gebrechlichenhilfe zu interessieren. Sie klärte die breite Öffentlichkeit systematisch über die Notwendigkeit und die Möglichkeiten der Hilfe für Infirmen auf und trug dadurch wesentlich dazu bei, daß sich heute das ganze Schweizervolk für seine gebrechlichen Mitmenschen verantwortlich weiß.

Fräulein Meyer ist die Schöpferin der Beratungsstellen Pro Infirmis, welche heute in 20 Kantonen bestehen und in den 25 Jahren seit der Gründung der ersten Stelle 48 848 Gebrechlichen geholfen haben. Die Pro Infirmis-Stellen haben als erste in

der Schweiz auf breiter Basis Gebrechlichenhilfe im Sinn der Früherfassung zwecks Behandlung, Schulung, Ausbildung und Verselbständigung der Infirmen geleistet. Die Kartenspende Pro Infirmis, dank welcher die notwendige Hilfe allen Gebrechlichen zugänglich gemacht werden konnte, ist ebenfalls das Werk von Fräulein Meyer. *PI*

Die Schweizerische Hilfsgesellschaft für Geisteschwache freut sich herzlich über diese verdiente Ehrung und stellt sich in die Reihe der Gratulanten. Auch wir sind Fräulein Dr. h. c. Maria Meyer in mancher Beziehung zu Dank verpflichtet, ihr stets waches Interesse gehörte auch unsern Schützlingen und unserer Arbeit, für die sie großes Verständnis zeigt. Wenn sich auch in den Sitzungen gelegentlich die Klängen kreuzen und Meinungsverschiedenheiten aufeinander prallen, so geschieht es immer in freundschaftlicher Art und zum Wohle der uns anbefohlenen Infirmen. Die Zentralsekretärin Pro Infirmis fand und findet in charmanter Weise den Ausgleich und Kompromiß, und wir hoffen, daß dies noch recht oft der Fall sein darf. *HZ*

Mitteilung des Lehrmittelverlages

Das Rechenmäppchen I «Wir zählen», das während einigen Wochen vergriffen war, ist nun wieder lieferbar. Preis Fr. 2.50 pro Stück. Es eignet sich ausgezeichnet zur Erarbeitung der ersten Zahlbegriffe. Auf den einzelnen Blättern ist es zudem möglich, die Schüler still zu beschäftigen, was ein weiterer Vorzug dieses Rechenmäppchens ist.

Das Lesebuch VI «Arbeit und Gemeinschaft» ist vergriffen. Es erfährt keine weitere Auflage. In Vorbereitung ist ein neues Lesebuch VI, das im günstigsten Falle im Frühjahr 1961 abgegeben werden kann.

*Lehrmittelverlag SHG
Zeughausstraße 38, Lenzburg*

Stiftung Schloß Regensburg
(vormals Erziehungsanstalt Regensburg)

Unter dieser neuen Bezeichnung ist der 77. Jahresbericht der Heimkommission herausgekommen. Der neue Name hat sich aufgedrängt, um Verwechslungen mit der Strafanstalt Regensdorf auszuschalten, vor allem aber, weil sich Öffentlichkeit und Elternschaft immer mehr an der Bezeichnung Anstalt stoßen. Das ist eine Zeiterscheinung, der ganz einfach von unseren Institutionen Rechnung getragen werden muß, wenn wir das geistesschwache und seelisch behinderte Kind vor Diffamierungen schützen wollen. Der Bericht weiß von verschiedenen Vermächtnissen zugunsten der Stiftung und von unverzinslichen Darlehen des Kantons in der Höhe von über Fr. 200 000.— zu berichten, die zusammen die Durchführung verschiedener Bauvorhaben ermöglicht haben. Vor allem zeigte es sich als dringend notwendig, dem Personal geeignete Wohnräume zur Verfügung zu stellen. Diese Maßnahme wird bestimmt mithelfen, einem fortwährenden Personalwechsel zu steuern. Ausführlich gehen die Hauseltern E. und P. Sonderegger auf das Problem der Erwerbsreife und der Eingliederung ihrer Zöglinge ins Erwerbsleben ein. Umfragen in verschiedensten Betrieben erbrachten folgende Schlußfolgerungen, auf welche Rücksicht genommen werden muß:

- Es gibt in industriellen Betrieben geeignete Arbeitsmöglichkeiten, die aber sorgfältig ausgewählt werden müssen.
- Der junge Hilfsarbeiter bedarf einer gewissen minimalen körperlichen und psychischen Reife.
- Er muß trotz seiner Jugendlichkeit den Arbeitstag durchstehen können.
- Er sollte über ein Mindestmaß von Selbständigkeit und Umstellungsfähigkeit verfügen.
- Er darf nur einer verhältnismäßig kleinen Gruppe zugeteilt werden, die von einem menschlich verständnisvollen Meister betreut wird.
- Die Überwachung seines persönlichen Wohlergehens steht vor der Entlohnungsfrage.
- Ein Betrieb, der wirtschaftlich arbeiten soll, kann lediglich einen bestimmten Prozentsatz derartiger Arbeitskräfte beschäftigen.
- Um einen erfolgreichen Arbeitseinsatz erreichen zu können, ist ein gewisses Interesse für die zugeteilte Beschäftigung unerlässlich.
- Der Zögling muß im Umgang mit Kollegen psychische Belastung ertragen können.
- Es ist im allgemeinen unratsam, einen eben erst aus der Schule Entlassenen als Arbeitskraft einzusetzen.

Die Anlernwerkstätte des Heims kann folgende Dienste leisten:

- Erweiterte Abklärung und Weckung des Interesses für manuelle Tätigkeiten.
- Arbeitstraining und Eingewöhnung im Umgang mit Maschinen.
- Vorbereitung auf geeignete Plazierung, wobei diese mit auswärtigen Probewochen ergänzt wird.

Wenn sich auch die Einrichtungen der Stiftung noch im Versuchsstadium befinden, so zeigt sich für die Erwerbsvorbereitung der Geistesschwachen doch bereits ein gangbarer Weg, der in enger Verbindung mit den in Frage kommenden Industrien beschritten werden kann. Es ist erfreulich, daß in Regensburg nicht nur auf solche Wege hingewiesen wird, sondern daß sie auch in die Praxis umgesetzt werden. Hz

Statutenänderung der SHG

Die Artikel 10, 12 und 13 der Statuten vom 31. August 1958 entsprachen den durch die Aufnahme von 6 welschen Sektionen eingetretenen Umständen nicht mehr, und die Hauptversammlung vom 26. August 1960 in Lausanne beschloß einstimmig die nachstehende neue Fassung der genannten Artikel.

Sie lauten:

Art. 10

Der Zentralvorstand vertritt die SHG nach außen. Die rechtsverbindliche Unterschrift für die Gesellschaft wie auch für den Vorstand führen kollektiv und je zu zweien der Präsident oder einer der Vizepräsidenten mit einem Mitglied des Arbeitsausschusses.

Art. 12

Befugnisse der einzelnen Vorstandsmitglieder:

- a) Der *Präsident* beruft die Versammlung der Gesellschaft, die Sitzungen des Vorstandes und des Arbeitsausschusses ein und leitet die Verhandlungen.
- b) Einer der *zwei Vizepräsidenten* vertritt den Präsidenten.
- c) Der *Aktuar* führt das Protokoll über die Verhandlungen der Haupt- und Delegiertenversammlungen sowie über die Vorstands- und Ausschusssitzungen. Er verfaßt die Protokollauszüge für das Vereinsorgan. In Verbindung mit dem Präsidenten besorgt er die Sekretariatsarbeiten und die Korrespondenz mit den deutschsprachigen Sektionen.
- d) Der *Sekretär* besorgt die Sekretariatsarbeiten und die Korrespondenz mit den Sektionen der welschen Schweiz.
- e) Der *Kassier* verwaltet die Verbandskasse.
- f) Der *Beisitzer* mit besondern Aufgaben bearbeitet die ihm vom Vorstand oder Arbeitsausschuß zugewiesenen Aufgaben.

Art. 13

Der *Arbeitsausschuß* (Büro) setzt sich aus folgenden Mitgliedern des Zentralvorstandes zusammen:

Präsident
2 Vizepräsidenten
Aktuar
Sekretär für die welschen Sektionen
Kassier
Beisitzer mit besondern Aufgaben.

Für die Schweizerische Hilfsgesellschaft für Geistesschwache:

Der Präsident: *E. Kaiser*
Der Aktuar: *Fr. Wenger*

(Bitte ausschneiden und in die geltenden Statuten legen)