

Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift Neurologie, Bd. 183, S. 581—616 (1950).

Aus der Universitäts-Nervenklinik Greifswald
(Direktor: Prof. Dr. HANNS SCHWARZ).

Beiträge zur Psychopathologie der Schwerhörigen.

Von
FRITZ BARYLLA.

(Eingegangen am 30. Mai 1949.)

Die Betrachtung sinnesdefekter Menschen bedeutet eine Erweiterung psychopathologischer Erkenntnis. Mit Wachsen tiefenpsychologischer Forschung wurde ihnen ein eigentlich systematisches Interesse erstmalig von der Individualpsychologie entgegengebracht, welche die Organminderwertigkeiten in den Mittelpunkt ihrer Neurosenlehre stellte. Wenn auch die gelegentlich über das Ziel hinausschießende Deutung der Befunde eine gewisse Skepsis bei den Gegnern individualpsychologischer Betrachtungsweise hervorrief, so konnten doch die durch Körperfehler oder Sinnesdefekte bedingten seelischen Wandlungsprozesse in ihrer psychopathologischen Evidenz nicht mehr übersehen werden.

Die vorliegende Arbeit soll sich mit der Psychopathologie der Gehörlosen und Schwerhörigen beschäftigen, der bereits in der klassischen Psychiatrie Raum gegeben wurde. Den Verfolgungswahn der Schwerhörigen beschreibend versuchte KRAEPELIN die durch den Sinnesdefekt eingeleitete und langsam, aber stetig fortschreitende Entwicklung bis zur wahnhaften Erkrankung psychologisch verstehend und erklärend aufzuhellen. Eine schwächere Ausbildung dieses Krankheitsbildes hielt er für gar nicht selten. Das grob Pathologische hat später Anregung gegeben, sich allgemein mit den Schwerhörigen oder Tauben zu beschäftigen, zumal die weit verbreitete Ansicht, alle Gehördefekte müßten grundsätzlich böse und mißtrauisch werden, einer exakten Nachprüfung bedurfte. KAHN korrigierte diese Laienanschauung und hielt sie für eine Übertreibung.

Bei der psychologischen Durchdringung des Schwerhörigen treten zwei Fragenkomplexe miteinander in Beziehung. Einmal wird leistungspsychologisch zu erörtern sein, welche Störungen der Sinnesdefekt im Leistungsgesamt der Persönlichkeit hervorzurufen vermag, und zum andern ist den psychologisch verständlichen Zusammenhängen weitgehende Aufmerksamkeit zu schenken. Sie können zur Beantwortung einer Reihe von Fragen führen, wie etwa nach der Rolle, die der Gehörverlust bei der inneren und äußeren Lebensgestaltung spielt, nach dem

Aussehen der Welt des Schwerhörigen oder nach den Kompensationsmöglichkeiten, die ihm zur Verfügung stehen und die zu ergreifen er die Freiheit besitzt. Selbstverständlich ist eine scharfe Abgrenzung einzelner Betrachtungsweisen nicht möglich, weil eins ins andere hineinspielt und stets auf das Ganze gerichtet ist. Aber es genügt, die eminenten Wichtigkeit des Gehörsinnes beim Aufbau seelischer Struktur annähernd zu erkennen und daraus die Verzweiflung zu verstehen, die den Schwerhörigen angesichts der Hemmung seines seelischen Entwicklungs- und Entfaltungsprozesses packt und entweder in eine kompensierende Ausgleichfindung, in eine stille Resignation oder in ein ständiges Hadern mit dem Schicksal bis in die paranoide Lebensvergällung zu treiben imstande ist.

I.

Einfluß und Nachwirkung einer im Leben erworbenen Schwerhörigkeit hängen von einer Vielfalt heterogener Faktoren ab. Aus der Reihe der äußeren wären Einschränkungsgrad der Hörfunktion, Alter und Geschlecht sowie Umwelt einschließlich materieller Existenzgrundlagen zu erwähnen. Erst wenn die Schwerhörigkeit einen derartigen Grad erreicht, daß die Verständigungsschwierigkeiten den sprachlichen Kontakt mit der Umgebung empfindlich stören, sind psychische Strukturveränderungen zu erwarten und vom Sinnesdefekt her ableitbar. Eine otiatrische Nachprüfung ist in jedem Fall angezeigt, da es nicht selten vorkommt, daß eine geringgradige Schwerhörigkeit psychogen überlagert wird und Anlaß zu hysterischen oder neurotischen Demonstrationen gibt. Das Lebensalter, in welchem die Schwerhörigkeit auftritt, ist für die Reaktionsweise ungemein bedeutsam. In der Kindheit kommt es kaum zu einer ausgeprägten Erschütterung, dagegen zur Hemmung der weiteren geistigen Entwicklung, die später noch eine Regression erfahren kann. Bezuglich des Geschlechtes gibt BERRY an, daß die Frau mehr als der Mann unter der Schwerhörigkeit zu leiden habe, was aus dem Vorherrschen der Emotionalität und dem stärkeren Zuwendungsbedürfnis der Frau, das sich besonders im Triebkomplex der Mütterlichkeit verdeutlicht, gefolgt werden kann. Daraus entspringen hinwiederum reichere Kompensationsmöglichkeiten. Mit der materiellen Schattierung des Milieus ist in vielfacher Hinsicht die Höhe des Bildungsstandes verbunden, die aber bereits auch von inneren Bedingungen abhängt.

Diese sind hauptsächlich in charakterologischen Strukturen zu suchen, deren Differenziertheit ein ungemein verwickeltes Bild möglicher Verarbeitungsweisen der Schwerhörigkeit ergibt. Es wird nicht unwesentlich sein, ob der Sinnesdefekt einen extra-oder introvertierten Menschen überfällt. Der cyclothym Veranlagte wird anders reagieren

als der Schizothyme. Eindrucks- und Retentionsfähigkeit, die Stufenhöhe des Trieblebens und die Gestaltungsbreite intrapsychischer Verarbeitung und Steuerung mit sthenischer Energiegeladenheit oder asthenischer Verzagtheit lassen eine Fülle von reaktiven Wandlungsprozessen zu. Hinzu kommt noch die Schattierung des Temperamentes, so daß der Reichtum möglicher Reaktionstypen keineswegs in ein Schema gepräßt werden kann. Die Bemühungen um ein solches blieben auch einseitig. Von individualpsychologischem Aspekt aus unterschied MENNINGER zwei Typen bei den Gehörlosen: Den der Selbstentwertung, der in die Depression und Verzweiflung getrieben wird, und den der Selbstüberwertung, der sich bis zu paranoiden Erscheinungen zu steigern vermag. Unter der Voraussetzung, daß Minderwertigkeitsgefühl stets nach Kompensation verlange, sah MENNINGER die Ausgleichfindung auf dem Gebiet der Wahrnehmung im Lippenablesen und der Überentwicklung anderer Sinne, eine Kompensation intellektueller Art in philosophischer Resignation oder Flucht zu geistigen Beschäftigungen, emotioneller Art in der Rettung des seelischen Gleichgewichtes durch Humor und eine Ausgleichfindung im Bereich des Willens allgemein in einer Überkompensation durch Leistung. GIESE fand bei seinen Schwerhörigen drei typologische Grundhaltungen: Die zerbrochenen Lebensverneiner, denen das Leiden jede Hoffnung zerstört und das Leben mit Haß und Bitterkeit erfüllt hat, die resignierenden Bejaher und die geläuterten Optimisten. Seine Ausführungen gipfeln in der Feststellung, daß Charakter und Erkenntnis die Person bestimmen. Eine alle Möglichkeiten ausschöpfende Typisierung ginge ins Endlose. Es scheint darum wichtiger, sich den konkreten Darstellungen zuzuwenden.

Fall I. Margarete F., geb. 2. Februar 1895, verw., Kassiererin. In der Klinik vom 3.—8. November 1947 wegen eines vom Arbeitsgericht gewünschten Obergutachtens. Hatte ihrer Schwerhörigkeit wegen einen Antrag auf Invalidenrente gestellt, war abschlägig beschieden worden und fiel, als sie Berufung einlegte, durch ihr eigenartiges Verhalten auf. Vater Buchhändler, interessierte sich nebenbei für das Naturheilverfahren, starb mit 67 Jahren an einem Schlaganfall. Mutter lebhaft und gesellig. Eine Schwester nach diesem Krieg „hochgradig nervös“ geworden. Geistige Erkrankungen oder Schwerhörigkeit in der Familie nicht bekannt. Trotz Zangen-geburt regelrechte Entwicklung, mit 6 Jahren Ohrenerkrankung ohne Beeinträchtigung des Hörvermögens, nach erfolgreichem Schulbesuch Verkäuferin, stets gesellig, anschmiegsam und lebenszugewandt. Mit 25 Jahren heiratete sie einen um 5 Jahre älteren Buchsachverständigen, der 1934 starb. Vom 30. Lebensjahr ab wieder in ihrem Beruf tätig, lernte sie noch kurz vor dem Tode ihres Mannes einen Autoschlüssel kennen, mit dem sie als Witwe intime Beziehungen aufnahm. „Dadurch bin ich erst zum Leben erweckt worden. Ich wußte vorher nicht, wie eine Ehe ist. Das war wirklich Liebe!“ Sie lebte heimlich mit ihm zusammen und bekam 1941 ein Kind. Die geplante Eheschließung kam aus äußersten Gründen nicht zustande.

Mit 39 Jahren (1934) chronische Ohrenerkrankung mit allmählich sich entwickelnder Schwerhörigkeit. Bis 1945 dadurch nicht wesentlich beeinträchtigt. Erst

als sie in den Nachkriegswirren aus ihrer sudetendeutschen Heimat ausgewiesen, von all ihren Verwandten und Bekannten getrennt und in eine ihr völlig fremde Umgebung gestoßen wurde, wirkte sich ihr Gehöreleiden aus.

„Die Schwerhörigkeit ist das Allerschrecklichste,“ klagt sie. Überall, aber insbesondere bei Behörden sei es ihr peinlich, erst auf ihr Leiden hinweisen und die Menschen bitten zu müssen, doch Rücksicht zu nehmen und laut und vernehmlich zu sprechen. Unangenehm wäre es ihr, ihrem Gegenüber so nahe kommen zu müssen, um das Gesagte einigermaßen verstehen zu können. Sie fürchte sich ständig vor Mißverständnissen. Einkaufen könne sie nur in den Geschäften, wo man über ihre Schwerhörigkeit schon Bescheid wisse. Dennoch glaube sie und werde das Gefühl nicht los, dem Spott der Menschen ausgesetzt zu sein, wenn sie durch Mißverständnisse unfreiwillige Heiterkeit hervorrufe. Es bedrücke sie sehr, weil man ihre Schwerhörigkeit vielleicht mit „Blödsinn“ verwechseln könnte. Am meisten leide sie unter der Hilflosigkeit bei der Erziehung ihres Kindes. Sie stelle sich vor, ihr Kind mache sich über die ständig fragende Mutter lustig und schäme sich ihrer.

Aus ihren Aufzeichnungen: „Es ist erschreckend, wie mein Ohrenleiden mir von Tag zu Tag zu schaffen macht. Ich bekomme es mit der Angst zu tun, wenn ich Besorgungen machen muß. Die Kunden hinter mir sehe ich lachen, mich verwirrt es. Deprimiert gehe ich nach Hause und muß mich erst daheim überzeugen, ob ich in meiner Aufregung nichts im Laden vergessen habe. Auf der Straße habe ich schon öfter in Gefahr geschwebt überfahren zu werden, wurde aber im letzten Augenblick stets zur Seite gezogen oder gestoßen. Meine Bemühungen beim Arbeitsamt und auf Annoncen hin wurden wegen meiner Schwerhörigkeit abgelehnt.“

Re. Ohr taub, auf dem li. geringer Hörrest (Ohrnenfachärztliche Untersuchung). Neurologisch, serologisch und intern keine krankhaften Befunde. Psychisch: Normale Intelligenzbreite bei guter Urteilskraft und regem Interesse für alle Fragen. Die an und für sich heitere Grundstimmung wird oftmals durch Gefühlsäußerungen einer mißmutigen Gedrücktheit ins Dysphorische geschoben. Leicht reizbar, ohne aufbrausen zu müssen. Nur das Dasein ihres Kindes hätte sie daran gehindert, aus dem Leben zu gehen. Früher treuherzig und zutraulich, jetzt könne sie sich des Mißtrauens nicht erwehren. In der Klinik keine paranoiden Reaktionen.

Es handelt sich um eine Schwerhörige, deren Sinnesdefekt im 39. Lebensjahr erstmalig sich bemerkbar machte. Bei der intellektuell beweglichen, vorwiegend extravertierten, kontaktwarmen Persönlichkeit mit ihrem syntonen Affektleben bedeutete die langsam zunehmende Schwerhörigkeit vorerst keine Beeinträchtigung der Lebensführung. Die Frau hatte im Gegenteil den ihr möglichen Grad einer Lebensgestaltung erreicht, wenn nicht gar überschritten, indem sie ein vor den Angehörigen verheimlichtes Liebesverhältnis unterhielt, das sie noch mit 46 Jahren Mutter werden ließ. Erst durch äußere Existenzbedrohung, verlorenen Krieg, Verlust der Heimat und des Besitzes, Trennung von Verwandten und Freunden, kommt es zur Dekompenstation. Der Sinnesdefekt wirkt unter den neuen Umweltbedingungen störend und verurteilt das Suchen nach beruflicher Tätigkeit zum Scheitern. Es resultiert ein Stimmungsniedergang bis zu Suicidgedanken und einer mißtrauischen Einstellung. Auf dem Wege über neu anzuknüpfende zwischenmenschliche Beziehungen gelingt es nach den Erlebnissen der Flucht nicht mehr, eine zweite Heimat zu finden und aus

der Vereinsamung herauszukommen. Dank der syntonen Persönlichkeitsstruktur hat sich bei F. kein massiv paranoides Krankheitsbild etwa im Sinne KRAEPELINS entwickelt. Es steht zu erwarten, daß sie trotz aller Flüchtlingsnot allmählich wieder einen Weg aus der Dekompenstation herausfindet. Der Gutachter konnte von Seiten seines Fachgebietes keine Minderung der Erwerbsfähigkeit anerkennen, da nach sozialversicherungsrechtlichen Gepflogenheiten über die prozentuale Einschätzung der Schwerhörigkeit mit ihren üblichen Folgeerscheinungen der zuständige Ohrenfacharzt allein zu entscheiden hat. Man wird aber in solchen Fällen stets eine gründliche psychiatrische Untersuchung vornehmen müssen, um den Beginn einer ins Psychotische gesteigerten Reaktion bei hochgradig Schwerhörigen nicht zu übersehen.

Fall 2. Karl K., geb. 31. Juli 1911, verh., städt. Angestellter. In der Klinik vom 21.—28. Juli 1948, eingewiesen wegen zunehmender Schwindelerscheinungen.

Vater und Bruder stille Menschen, nur in Gesellschaft übersprudelnd und mitreißend. Im Erbgang keine seelischen Auffälligkeiten, keine Schwerhörigkeit. Früher stets gesund, wurde K. 1940 Soldat. 1943 multiple Granatsplitterverletzungen re. Schläfe, li. Scheitelbein, Schußbrüche re. Ober- und Unterarm. Sofort das Gehör verloren, soll nur unartikulierte Laute hervorgebracht haben, während er das Gefühl hatte, geordnete Sprechbewegungen auszuführen. Vollständige Kontrolle über das Sprechen nie wiedererlangt, Gehör nur unwesentlich gebessert. Artikulationsstörung soll nur eine Woche bestanden haben. Subjektive Sprechsicherheit nicht ganz wiederkehrt. Fühle jetzt noch ein Anstoßen der Zunge. Es komme ihm so vor, als spreche er sehr undeutlich. 1 Jahr nach der Verwundung stärkere Schwindelerscheinungen. Seit 1944 im Kommunaldienst tätig, vorher 7—8 Wochen Ableseunterricht.

Psychisch keine Ausfallserscheinungen, insbesondere Gedächtnis und Merkfähigkeit intakt. Neurologisch außer Hypaesthesia im distalen Ulnarbereich re. und pos. ROMBERG keine pathologischen Befunde. Serologisch o. B. Ohrenärztlich: Re. trübes reflexloses Trommelfell, li. Totaldefekt des Trommelfelles bei reizloser trockner Paukenhöhlenschleimhaut. Flüstersprache auf beiden Ohren ø, Umgangssprache re. = li. 0,5 m. Obere Tongrenze stark eingeschränkt. Kombinierte, vor allem Innenohrschwerhörigkeit als Folge der Schädelverletzung. Prognose ungünstig, das Hörvermögen wird sich kaum noch bessern. Röntgenologisch: Durch die mittlere Schädelgrube verlaufende Fissurlinie.

Den Mittelpunkt subjektiver Klagen bildet die Schwerhörigkeit und deren Folgen. K. gibt an, zänkisch geworden zu sein, im Amt das Publikum angefaucht zu haben, sei deshalb zurechtgewiesen worden. Sei schweinötig geworden, gönne sich keine Arbeitspause, weil er sofort ins Grübeln gerate, ob er nicht doch noch gegen sein Gehörleiden etwas tun könnte. Ein erst kürzlich im re. Ohr wahrgenommenes überlautes Knacken brachte einen Hoffnungsschimmer auf Besserung. „Man ist verbittert, wenn man schwer hört, und steht daneben, ohne sich an etwas beteiligen zu können. Man kommt sich immer so verstoßen vor.“ Seine Ehe, früher sehr glücklich, könnte besser sein, werde jetzt infolge seiner Reizbarkeit oftmals getrübt. Sein 3 Jahre alter Sohn habe sich an den schwerhörigen Vater schon gewöhnt, kletterte an ihm hoch und schreie ihm laut ins Ohr. Im Verkehr mit anderen Menschen keine übermäßigen Schwierigkeiten, weil er gut vom Mund ablesen könne. Mißtrauisch will er nicht geworden sein. Seine Frau äußerte schon mehrmals: „Ich staune darüber, daß mein Mann keine falschen Gedanken hat.“ Daheim benutzte er einen elektrischen Hörrapparat, im Berufsleben versuche er ohne diesen auszukommen.

Früher sehr unternehmungslustig, habe er in letzter Zeit Geselligkeiten gemieden. Fühle sich ganz abgesondert. Bei Betriebsversammlungen verstehe er nichts und müsse erst hinterher seine Kollegen fragen, was eigentlich besprochen worden sei. Im Beruf lasse ihn das Gefühl nicht los, er finde keine Anerkennung, man rechne ihn nicht zu den vollwertigen Mitarbeitern. Dadurch mißgestimmt.

In der Klinik anfangs ratlos, etwas unsicher, linkisch, fragte kaum, wenn er etwas nicht verstanden hatte. Bei guten Umgangsformen zurückhaltend, ausweichend und jedem Gesprächspartner gegenüber kritisch bis zum Mißtrauen. Ein gewöhnt, suchte er Anlehnung und Verständnis, zeigte sich selbstsicher, trat gewichtig auf, blieb aber äußerst distanziert.

Ein bisher gesunder Mann verliert ganz plötzlich infolge eines Schädeltraumas sein Gehör. Eine Woche lang besteht eine auch subjektiv empfundene Sprachstörung, die als Schockwirkung aufgefaßt werden könnte. Das sofortige Aussetzen der akustischen Kontrolle ist imstande, zusammen mit der durch die Hirnkontusion bedingten vorübergehenden Störung der zentralen Sprachmotorik die unkoordinierten Sprechbewegungen zu erklären. Die subjektive Sprechsicherheit ist nicht ganz wiedergekehrt, was aber auf die bestehengebliebene Schwerhörigkeit zurückzuführen ist, denn aphatische Reste sind nicht feststellbar.

Welche Reaktion hat der plötzliche Gehörverlust ausgelöst ? K. selbst berichtet nichts darüber. Wahrscheinlich war er infolge der Kontusionsfolgen zunächst gar nicht in der Lage, sich seines Sinnesdefektes voll bewußt zu werden. Zudem stand das Ringen mit den Sprechschwierigkeiten ganz im Vordergrund. Nachdem er die anfängliche Erschütterung überwunden hatte, hoffte er, angeregt durch langsam sich einstellende Ohrengeräusche, auf eine Hörverbesserung. Jedoch ist er nicht umhingekommen, sich mit seiner plötzlich so lautarmen Welt auseinanderzusetzen. Ein Jahr nach der Verwundung übt er wieder eine berufliche Tätigkeit aus, nachdem er vorher Ableseunterricht genommen hatte. Mit großer Energie bewältigt er seine dienstlichen Aufgaben, ist hart gegen sich und andere. Seit über drei Jahren leidet er an Schwindelerscheinungen, die sich anfallartig häufen. Seine hochgradige Schwerhörigkeit, die betrogene Hoffnung auf Besserung und der nicht versiegende Kampf im Alltag, andere Menschen in ihren sprachlichen Äußerungen zu verstehen und bei ihnen ein mehr einfühlendes Entgegenkommen zu finden, haben ihn in eine Isolierung gezwungen, gegen die er sich infolge seiner sthenischen Haltung immer noch aufbäumt. Er will nicht resignieren, stürzt sich in die Arbeit, zwingt sich zum Besuch von Versammlungen, weicht aber bereits entmutigt zurück, zweifelt an seiner vollen Leistungsfähigkeit und glaubt, bei seiner Behörde nicht die rechte Anerkennung zu finden. Sein reizbarer Mißmut überschattet seine Ehe. Er vermag sich aber stets noch zu fangen und besitzt eine aufgeschlossene Korrekturbereitschaft sich selbst

gegenüber. Er befindet sich auf dem Wege der Ausgleichfindung, aber immer noch im Stadium der Umstellung.

Fall 3. Elisabeth L., geb. 11. April 1918, ledig, cand. phil. und Verlagsbuchhändlerin. In der Klinik vom 2. August 1947 bis 15. Juni 1948. Wegen schwerer Psychose vom zuständigen Gesundheitsamt eingewiesen.

Begleitende Gemeindeschwester: Vater starb 1945 nach der Flucht, war 20 Jahre älter als die Mutter, die seit 8 Wochen wegen Lungentb. im Krankenhaus liegt. L. einziges Kind, seit Jahren hochgradig schwerhörig, kann aber gut vom Mund ablesen. Seit März 1947 zeitweilige Erregungszustände, kann den Anblick ihrer Umgebung nicht ertragen, klagt über Gedankenarmut, besitzt Krankheitseinsicht, kein Anhalt für Sinnestäuschungen, wollte schon früher in eine Nervenklinik gebracht werden. Eigene Anamnese: Vater von Beruf Schulrat, hatte rein geistige Interessen, arbeitete viel für sich, war still, wollte seine Ruhe haben, nahm Anteil an der Erziehung und Bildung der einzigen Tochter, ließ deren Meinung allerdings wenig gelten, sorgte nicht für die Entwicklung ihres Selbstvertrauens, hielt sie in seiner geistigen Abhängigkeit und war im Alltag äußerst unpraktisch. Ein Großvater mütterlicherseits unentschlossen und schwermüdig, dessen Schwester litt an Verstimmungen und dessen Bruder soll sich erschossen haben. Die Mutter der L. sei sensibel und energielos, zeitweise depressiv verstimmt, habe ihre Tochter sehr verwöhnt. Mit 4 Jahren leichte Schwerhörigkeit, die erst mit 11 Jahren nach einer Mittelohrentzündung ihren jetzigen Grad erreichte. Nach 3 jährigem Privatunterricht erfolgreicher Besuch einer höheren Schule, Abitur, Arbeitsdienst, Tätigkeit in einer Verlagsbuchhandlung, 7 Semester Philologie in Berlin und Freiburg. Wollte nach dem Kriegsende in München weiter studieren. Tod des Vaters und Unentschlossenheit der Mutter ließen die Pläne scheitern. Büroarbeit in einer Kleinstadt. Schon im Oktober 1946 veränderte sie sich auffallend, weinte oft, ließ sich von den alltäglichen Unannehmlichkeiten des Flüchtlingsdaseins überaus stark beeindrucken, wurde unlustig, gedrückt und ängstlich. Februar/März 1947 blieb sie 4 Wochen im Bett liegen, um nichts mehr zu sehen und zu hören, bekam über die Wegnahme alter Möbel einen starken Erregungszustand, zerriß ihr Nachthemd und wurde der Mutter gegenüber tätiglich, klagte später über Energie- und Antriebslosigkeit.

In der Klinik während der ersten 4 Tage ständig erregt, ließ sich nicht im Bett halten, hämmerte mit den Fäusten an die Saaltür, verlangte, nach Hause gelassen zu werden, habe Angst um ihre Mutter, die Wohnung sei unverschlossen, Unbefugte könnten in ihren Papieren herumkramen, hätte $\frac{1}{2}$ Jahr eher in die Klinik kommen sollen, jetzt sei es zu spät. Verweigerte Nahrungsaufnahme, lehnte Medikamente ab, starke motorische Unruhe. Bald darauf depressiv, jammerte in einem fort, klagte Insuffizienzgefühle, Angst vor der Zukunft, schuldigte sich wegen ihres Verhaltens zur Mutter an, um kurz darauf dieser allein die Schuld an allem zu geben.

Keine Sinnestäuschungen, stets orientiert und zu fixieren. Neurologisch, serologisch und intern o. B. Ohrenfachärztliche Untersuchung ergab ein bds. Hörvermögen von 15 cm für Umgangssprache.

Nach den affektiven Ausbrüchen allmähliche Beruhigung. Auf der offenen Abteilung hin und wieder sehr aussprachebereit, klagte, sich im Leben nicht mehr zu rechtfinden, habe nach dem Krieg alles falsch gemacht, hätte studieren sollen, könne sich aber jetzt zu nichts mehr entschließen. Früher ein froher Mensch, habe sich aber nie so recht von ihren Eltern gelöst, besitze wenig Selbstvertrauen, fühle sich als schlechter und verworfener Mensch, der kein Recht mehr auf einen akademischen Beruf habe.

In den nächsten Monaten eigenartig wechselvolles Verhalten, blieb manchen Tag im Bett, ängstlich, pueralistisch gefärbte Hilflosigkeit. Stand anderntags frühzeitig

auf, nahm ein Buch oder eine Handarbeit vor, hielt dabei aber nicht lange aus, saß dann planlos herum, grübelte, war voller Lebensscheu, mochte nicht mehr an die Zukunft denken. Erst zuletzt nach vielfachen Aussprachen und psychotherapeutischen Versuchen entlassungsfreie Besserung.

Nachdem L. anfangs behauptete, ihre Schwerhörigkeit spiele keine wichtige Rolle, sondern habe ihr manchen wertvollen Ausgleich gebracht, „Gefühle und Empfindungen mehr als die Anderen“, habe sich seelisch feiner differenzieren können, „früher nie abseits gestanden“, gab sie nach Wiedererlangung ihres Stimmungsgleichgewichtes zu, sie fühle sich manchmal doch ausgestoßen, belächelt und mißverstanden. Vielleicht läge es am tiefen Bildungsstand ihrer Umgebung, jedoch ergab die Nachprüfung ihres Wissens und Intelligenz eine deutliche Selbstüberschätzung und Überheblichkeit in dieser Richtung. Ihrem Sinnesdefekt gegenüber erstaunlich kritiklos. Obwohl sie vielfach mißverstand, bat sie nie um Wiederholungen. Im Bestreben ihren Sinnesdefekt zu bagatellisieren, war sie beim Ablesen vom Mund nicht aufmerksam genug.

Vor ihrer Entlassung äußerte sie schriftlich: „In mein 13. Lebensjahr fällt der Tag, an dem ich erkannte, daß ich nicht genau wie andere Menschen mit meinen Ohren Töne wahrnehmen konnte. Ein trotziges Gefühl stieg in mir hoch. Von dem Tage an wurde ich stiller. Dem Unterricht in der Schule konnte ich ohne besondere Mühe, wenn auch mit großer Aufmerksamkeit folgen. Es kam wohl zu Mißverständnissen, aber da ich stets fröhlich und unternehmungslustig war, glätteten sich aufsteigende Wolken bald. Wohin ich auch kam, lernte ich Menschen kennen, die mir viel auf meinem Lebensweg bedeuteten und denen meine Schwerhörigkeit durchaus kein Anlaß war, sich von mir zurückzuziehen. Ich habe erkannt, daß nicht körperliche Fehler das ausschlaggebende Moment sind, sondern die seelischen und geistigen Fähigkeiten eines Menschen. Und wenn ich dann Zweifel hegte ob meiner geringen Hörfähigkeit, so brauchte ich nur an die Menschen zu denken, die mir zugetan waren. Ich sah und hörte überall nur das Gute und Schöne und lebte in meiner eigenen Welt, aber nicht abgeschlossen von den anderen, sondern mitten unter ihnen. — Nach dem Tode meines Vaters machte sich bereits eine innere Unsicherheit bemerkbar, eine Daseinsangst, die ich mir nicht erklären konnte. Ich versuchte das Leben zu meistern und mit verdoppelter Aufmerksamkeit meine Schwerhörigkeit zu überwinden. Es gelang mir oft, es gelang mir manchmal nicht und jetzt gelingt es mir nur selten.“

Schon der Erbgang ist nicht ohne Besonderheiten. In der Familie der Mutter findet sich eine Anlage zu Gemütsverstimmungen bis zum Suicid, die Mutter selbst kann als Versagernatur bezeichnet werden. Der Entwicklungsgang der L. führt allmählich in eine neurotische Verstrickung. Sie wird als einziges Kind, schon vom vierten Lebensjahr an etwas schwerhörig, von den Eltern verwöhnt, braucht nicht in die Grundschule zu gehen und erhält Privatunterricht. Vom Vater in einen Bildungskult getrieben, bleibt sie elterngebunden und gibt sich in schwärmerischer Exaltiertheit rein geistiger Tätigkeit hin. Eine Ohrerkrankung im 11. Lebensjahr verschlimmert ihre Schwerhörigkeit, aber erst mit 13 Jahren kommt es zum bewußten Erleben des Sinnesdefektes. Es liegt die Annahme nahe, daß das Einsetzen der Pubertät zu dieser ersten Reaktion der Auflehnung gegen das Schicksal geführt hat. Das junge Mädchen gelangt aber nicht zu einer sinngerechten Kompen-sation, sondern verdrängt die Tatsache, gehördefekt zu sein, wehrt

sich gegen das Ausgeschlossenwerden von der sprachlichen Kommunikation, hört nur das Gute und Schöne.

Plötzlich bricht die Unsicherheit der Nachkriegszeit über sie herein. Sie wird heimatlos, ihr Vater stirbt, ihre Mutter versagt vor den Wirrnissen des Flüchtlingsdaseins und erkrankt obendrein schwer. Unter Verzicht auf das Weiterstudium muß sie sich mit einer einfachen Büro-tätigkeit begnügen. Veranlagt zu Ausbrüchen depressiver Verstimmtheit, setzt bei ihr eine massive reaktive Depression ein, die mit schwersten Erregungszuständen beginnt. Jetzt achtet L. weniger denn je auf ihre Schwerhörigkeit. Sich und insbesondere ihre Mutter klagt sie an, mit dem unbarmherzigen Nachkriegsleben nicht fertig geworden zu sein, entschuldigt sich aber nicht mit ihrem Sinnesdefekt, sondern verlangt aus anderen Gründen das Mitleid ihrer Umgebung.

Ein direkter Zusammenhang zwischen Schwerhörigkeit und Psychose läßt sich in diesem Fall nicht nachweisen, aber durch das Vorliegen des Gehördefektes erhält diese reaktive Depression eine besondere Färbung. PIKER fand bei Ertaubten häufig und ausgeprägt die Reaktionsform, eigene Fehler auf den Mitmenschen oder die Dinge zu übertragen. Eine fehlgerichtete Überkompensation paart sich mit betontem Selbstmitleid. Den Drang zur Unselbstständigkeit und zur Rückkehr in die kindliche Aufgehobenheit kann man bei allen physischen Defekten, aber besonders deutlich bei Taubheit und Schwerhörigkeit bemerken. Ein psychotisch gesteigertes Selbstmitleid, das Schuldigsprechen der Mutter und pueristische Äußerungsweisen beherrschen im Fall L. das reaktiv depressive Krankheitsbild. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen bleibt eine neurotische Haltung bestehen, die nicht zuletzt durch die Schwerhörigkeit bestimmt wird. L. möchte ihren Sinnesdefekt ignorieren, steigert sich in eine bildungsbeflissene Selbstüberschätzung hinein und schaut auf die angeblich weniger gebildeten Mitmenschen herab. Aber sie fühlt bereits selbst die Dissonanz zwischen ihrer Scheinwelt und ihrer tatsächlichen Insuffizienz und beginnt, ihre Schwerhörigkeit bewußt leidend zu empfinden. Psychotherapeutische Versuche brachten nur geringe Erfolge, da der neurotische Zustand schon zu stark fixiert war und die Bereitschaft zum Sichaufschließen über kleine Ansätze nicht hinauskam.

Fall 4. Der Flickschuster Otto V., geb. 6. Juni 1883, verh., wird beschuldigt, am 4. Januar 1948 durch Körperverletzung den Tod eines Menschen verursacht zu haben. Zur Zeit der Tat fast 65 Jahre alt. Aus den Akten geht hervor, daß V. auf Grund von Familienstreitigkeiten den im gleichen Hause wohnenden 40 Jahre alten Herbert K. mit einem Messer niedergestochen hat. Nach den Zeugenaussagen hat es sich um eine allgemeine Prügelei gehandelt. In der Voruntersuchung konstatiert das Gericht, daß V. in einem derartigen Maß schwerhörig sei, daß es fast an Taubheit grenzt.

Explorationen und Untersuchungen gestalten sich infolge der angegebenen und dargestellten Schwerhörigkeit außerst schwierig. Das Hörvermögen wechselt,

manchmal hat man den Eindruck, als sei das Hören darauf eingestellt, ob Angenehmes oder Unangenehmes beantwortet werden soll. Schließlich bleibt nichts anderes übrig, als die einzelnen Fragen schriftlich zu stellen, wobei auch Lese-schwierigkeiten auftreten. Angeblich habe V. seit 28 Jahren Verständigungsschwierigkeiten und spreche auch mit seiner Frau nur das Notwendigste.

Er sei unehelich geboren, sein Vater bei einer Schlägerei ums Leben gekommen. Mutter hatte mehrere uneheliche Kinder, wahrscheinlich von verschiedenen Erzeugern, war nie verheiratet. Geisteskrankheiten in der Familie sind nicht bekannt. Auf einer einklassigen Dorfschule nie sitzengeblieben, habe frühzeitig schwer arbeiten müssen, von 1905—07 seine Militärzeit abgemacht und bald darauf geheiratet. Beim Militär in einer Schusterwerkstatt gearbeitet, worauf sich seine jetzige Tätigkeit begründet, während sonst meist Gelegenheitsarbeiter. Im 1. Weltkrieg nur kurzfristig, im 2. gar nicht eingezogen, keine Kriegsverwundungen. 1920 Fall von einer Treppe, kurze Bewußtlosigkeit, Kopfschmerzen und Erbrechen. Von dieser Zeit an datiert angeblich die Schwerhörigkeit. Der Unfall zog ein Rentenverfahren nach sich. Gegen die festgesetzte Erwerbsminderung von 50% legte V. Berufung ein. Nach nervenfachärztlicher Untersuchung sei die Unfallrente ganz abgelehnt worden.

Über Wirkung der Schwerhörigkeit auf Lebensweise und Arbeitsverhältnisse berichtet er, daß er mit anderen Menschen nicht immer gut auskommen konnte, oft Streit mit seinen Vorarbeitern bekam, weil er die Arbeitsanweisungen akustisch nicht verstand, jedoch sei man mit seinen Leistungen zufrieden gewesen. Seine Frau sei sein Sprecher und Dolmetscher geworden. Will auch früher einen Hörapparat besessen haben.

Unter erschwerten Umständen 1945 Verlust der Heimat, fand mit Frau und Tochter in einem Zweifamilienhaus Unterkunft, das er mit der Familie eines Neusiedlers und der Familie K. teilte. Wegen gemeinsamer Küchenbenutzung öfter Differenzen. Ein exakter Bericht über den Hergang der Schlägerei ist von V. nicht zu erhalten. Er will jedenfalls von K. angegriffen worden sein, sei zu Boden gestürzt, habe „aufs äußerste gereizt“ aus der Wohnung einen Gegenstand geholt, von dem er nicht gewußt haben will, daß es ein Messer war, sei durch einen Knüppelhieb über den Kopf bewußtlos gewesen und sah erst nach dem Erwachen, daß K. etwas entfernt von ihm am Boden lag.

Neurologisch, serologisch und intern o. B. Asthenischer Habitus, reduzierter Allgemeinzustand. Spezialärztliche Ohrenuntersuchung ergab li. einen Adhäsivprozeß und re. Residuen eines großen zentralen Trommelfelldefektes. Sicherer Ergebnis der Hörprüfung scheiterte an dem Verhalten des V., obwohl zweifellos Schwerhörigkeit vorliegt.

Psychisch: In der Demonstration seiner Hörunfähigkeit übertreibt V. offensichtlich. Zwar schildert er die Merkmale eines Schwerhörigen-Lebens wie etwa Absonderung von den Menschen oder Angst vor Behörden, ist aber in keiner Weise mißtrauisch, gereizt, ungeduldig, kann auch nicht vom Mund ablesen, was bei 28 Jahre bestehender Schwerhörigkeit auffällt. Bei abgewandtem Gesicht fällt er dem Gesprächspartner nie in die Rede. Mit klarer Stimme kommt er bis zur weitschweifigen Redseligkeit ins Plaudern. Voll orientiert, ausreichende Gedächtnisleistungen, überaus gute Merkfähigkeit, nicht frei von pseudodemumenten Entgleisungen. Andeutungen von Wahnsinnen und Sinnestäuschungen nicht vorhanden. Stimmung von der augenblicklichen Haftsituation diktiert, keine ausgesprochen depressiven Züge. Auf starke Affektreize wenig tiefe Reaktion, leicht wieder zu beruhigen. Überdurchschnittliche Reizbarkeit während der klinischen Beobachtung nicht vorhanden, eher etwas wehleidig Klagsames mit dem Bedürfnis, sich auszusprechen. Die Voraussetzungen für die §§ 51 und 58 StGB erschienen bei V. nicht gegeben.

Ein 65 Jahre alter Flickschuster steht vor Gericht, weil er im Zuge einer aus zeitbedingter Wohnungsnot entstandenen Familienschlägerei seinen 40jährigen Widersacher mit einem Messer erstochen hat. Wegen einer vom Gericht angenommenen hochgradigen Schwerhörigkeit wird er der psychiatrischen Begutachtung zugeführt. Er selbst nimmt seinen Gehördefekt nicht zum Anlaß, die Tat in milderem Licht erscheinen zu lassen. Der Grad einer ohrenfachärztlich festgestellten Schwerhörigkeit läßt sich durch das demonstrative Verhalten des alten Mannes nicht sicher bestimmen. Aus der kaum beeinträchtigten Sprachmelodie, dem Fehlen von Ablesebemühungen und dem zweckmäßigen Verhalten dem Gesprächspartner gegenüber ist zu schließen, daß die geklagte Schwerhörigkeit einen erträglichen Grad besitzt. Daraus erklärt sich das Nichtvorhandensein reaktiv umgewandelter Charaktereigenschaften wie Minderwertigkeitsgefühle, ichbezogene überwertige Ideen, Mißtrauen und Argwohn. Es zeigen sich auch in der Lebenslinie, vor allem im Zeitraum der letzten 28 Jahre keine Besonderheiten. Das Fluchterlebnis 1945 bedeutet für den alten Mann wohl einen gewissen Einschnitt. Er verdient sich aber als Flickschuster seinen Lebensunterhalt und beginnt trotz vorgerückten Alters sich wieder eine neue Heimat zu schaffen.

Die Rekonstruktion der Lebenslinie legt die Vermutung nahe, daß die Schwerhörigkeit dem von jeher weichlichen, anschmiegsamen und schwatzhaften Mann ein nicht unwillkommener Anlaß war, sich gelegentlich unliebsamen Aufgaben zu entziehen. Dieser Fall ist insofern bedeutsam, als auf eine Schwerhörigkeit, in späterem Leben erworben, nicht die erwartete Reaktion einsetzt und die typischen Charakterveränderungen sich ausbilden, sondern der Sinnesdefekt psychogen überlagert und renten neurotisch ausgenützt wird. Die Rente wird infolge Fehlens der geeigneten Kampfnatur nicht errungen. Es kommt vielmehr zur Flucht in die familiäre Geborgenheit bei durchaus weiter vorhandener Berufstüchtigkeit. Nach der Flucht ist der alte Mann durch einen unbedachten Mord oder Totschlag — diese Frage hat der Jurist zu entscheiden — in eine ungewöhnliche Situation geraten und greift den von früher her eingeschliffenen Mechanismus wieder auf, seinen Gehördefekt zu übertreiben. Es geschieht in diffuser Art aus der Haftsituation heraus und nicht aus einem zielbewußten Zweckbedürfnis, die Tat mit der Schwerhörigkeit und den daraus ableitbaren seelischen Strukturveränderungen zu begründen, wahrscheinlich eben deshalb, weil derartige psychische Umwandlungsprozeße nicht stattgefunden haben, sondern es nur zu einer asthenischen Ausweichreaktion gekommen ist. Ob diese durch den geringen Grad des Gehördefektes oder die vorliegende Persönlichkeitsstruktur zu erklären ist, kann nicht sicher entschieden werden. Anzunehmen ist, daß beide Faktoren zusammengewirkt haben.

Fall 5. Hermine R., geb. 9. Oktober 1902, verw., Landwirtsfrau. In der Klinik vom 18. Juni bis 22. September 1947, eingewiesen mit Verdacht auf beginnende progressive Paralyse.

Angaben der Gemeinde-Fürsorgerin: Verwitwete alleinstehende Flüchtlingsfrau aus dem Sudetenland, bereits in ihrer Heimat wegen einer Lues in ärztlicher Behandlung gestanden. Fiel jetzt ihrer neuen Umgebung dadurch auf, daß sie unbeständig und unlustig arbeitete, zänkisch war und viel schimpfte. Manchmal wiederum ganz ruhig, spreche dann überhaupt nicht. Durch ihre Schwerhörigkeit sehr mißtrauisch.

R. kommt mit großer Lebhaftigkeit, heftig gestikulierend, ins Untersuchungszimmer. Mit hoher, spitzer und sich überhastender Stimme: „Was ist mit dem Auge, was ist mit der Nase? Da ist ein Abscess, der ist verkalkt. Im Hals ist es auch nicht in Ordnung. Das ganze Ding ist verkühlt,“ zeigt auf das hängende re. Augenlid und am ganzen Körper herunter. „Und was ist mit den Blutungen, he? Aus der Nase kommt Wasserschleim, eine ganze Flasche habe ich aufgehoben.“ In unermüdlichem Rededrang weitere groteske Klagen. Sprache artikulatorisch nicht gestört. Wegen des Gehördefektes Explorationen ungemein erschwert.

Normale Entwicklung, keine besonderen Kinderkrankheiten, auf der Schule zweimal sitzengeblieben, mit 17 Jahren allmähliche Hörverschlechterung. 1929 einen Landwirt geheiratet, bald von einem 7-Monats-Kind entbunden, das nach 9 Wochen starb. Keine weiteren Geburten oder Fehlgeburten. Venerische Infektion nicht bekannt. 1939 starb der Mann, mit dem sie gut zusammengelebt haben will. 1944 auf Anordnung des Amtsarztes in einem Krankenhaus intravenöse Injektionen erhalten. Beide Arme und das re. Bein sollen vorübergehend gelähmt gewesen sein.

Neurologisch: Ptosis re. Anisokorie, Pupillenreaktion bds. +, Abweichen der Zunge nach li., Reflexstatus normal, keine Zehenphänomene, keine Motilitäts- oder Sensibilitätsstörungen. Im Blutserum MKR ++, WaR und Kahn neg. Luische Reaktionen im Liquor sämtlich neg., übrige Liquorergebnisse normal. Ohrenfachärztlicher Befund: Narbige Trommelfelle nach früher überstandenen Otitiden und hochgradige Innenohrschwerhörigkeit luischer Genese. Encephalographie: Hirnatropisches Bild mit stark ausgeprägter subarachnoidal Luftfüllung.

Psychisch: Voll orientiert, Gedächtnis und Merkfähigkeit intakt, keine groben Intelligenzdefekte. Auf der Station anfangs ablehnend, mißtrauisch, schnell gereizt, schimpfte auf die Ärzte und das Pflegepersonal. Mit der Zeit ruhiger, aufgeschlossener und gesprächig, wobei dem Partner oft ins Wort fallend, half später fleißig und umsichtig bei Stationsarbeit.

Aus einer Exploration: Ihr Mann habe sich an ihrer Schwerhörigkeit nicht gestoßen. Sie selbst habe immer etwas darunter gelitten, aber in fleißiger Arbeit und innerer Fröhlichkeit einen Ausgleich gefunden. Nach Mißtrauen gefragt: „Na ja, das hat man. Mein Gehör, das werden Sie mir nicht ändern. Es gibt aber Leute, denen es noch viel schlechter geht.“ Ein unerschöpfliches Thema ist der Verlust der Heimat mit einer Reihe von Fluchterlebnissen. (Was bedrückt am meisten?) — „Wenn man nur bald wieder nach Hause könnt'. Das eigene Heim müßt' man wieder haben.“ (Mit der Schwerhörigkeit gut abgefunden?) — „Aber freilich!“ mit wegwerfender Handbewegung, wie überhaupt viel Gebärden, aber mehr als Gestikulation, nicht als Unterstützung der nur etwas melodiearmen Sprache. (Ausgestoßen, isoliert durch Ihr Leiden?) — „Das ist am besten, man zieht sich von den anderen Menschen zurück, sonst denken die noch, man sei dumm, wenn man nichts hört. Besser ist's, wenn man hören kann. Wenn es aber nicht ist . . .“ zuckt mit den Schultern. (?) — „Dann ist's halt geschehen. Aber mit den Augen ist's noch schlechter, wenn man nicht mehr sehen tut.“

Aus der Epikrise: Beobachtung und Untersuchungsbefunde ergaben weder einen Anhalt für das Vorliegen einer endogenen Psychose, noch für eine progressive Paralyse. Da angeblich keine Fieberkur durchgemacht, ist auch ein Defektzustand bei liquorsanierter Paralyse nicht anzunehmen, zumal dementsprechende psychische Ausfallserscheinungen fehlen. Die Encephalographie spricht für eine Hirnatrophie, von der man nicht sicher sagen kann, ob sie auf eine früher durchgemachte Lues cerebri zurückzuführen oder als beginnender hirnpathischer Prozeß aufzufassen ist.

R. begann mit 17 Jahren schwerhörig zu werden, hat aber auf Grund ihres wahrscheinlich einfachen Persönlichkeitsaufbaues und ihrer wenig differenzierten Reaktionsweise einen Ausgleich in unermüdlicher Arbeit und umsichtiger Geschäftigkeit gefunden. Ihre Schwerhörigkeit betrachtet sie nicht als das größte Übel, es gäbe Schlimmeres, wobei sie seltsamerweise als Beispiel die Blindheit heranzieht. Sie will nicht mißtrauisch sein, hat sich aber von den Menschen sehr zurückgezogen und widmet sich einer bereits grotesk anmutenden Beobachtung des eigenen Körpers. Sie ist zufrieden, wenn jemand ihrem geschwätzigen Lamentieren zuhört. Sie selbst scheint keine Ansprache zu brauchen. Erst das Fluchterlebnis bringt sie aus dem Gleichgewicht ihrer selbst geschaffenen Isolierung, die sie wahrscheinlich daheim wenn nicht gerade als wohltuend, so doch in ihrer Genügsamkeit als gegeben und unabänderlich empfand.

Drei Fragen stehen bei diesem Fall zur Diskussion. Hat sich R. mit ihrem Sinnesdefekt allein auf Grund einer veranlagten und mäßig differenzierten Seelenverfassung abgefunden, oder ist ihr die Ausgleichsfindung durch Sammlung kompensierender Kräfte aus einer inneren positiven Bereitschaft heraus gelückt, oder macht eine encephalographisch als hirnpathisches Bild nachgewiesene und allmählich beginnende seelische Entdifferenzierung die Leiden des Gehördefektes erträglicher, weil sie nicht mehr als störend und kompensationsbedürftig empfunden werden? — Eine bejahende Entscheidung nach dieser oder jener Richtung wird nicht zu fällen sein, da alle drei Möglichkeiten vorliegen und sich subsumieren können.

Fall 6. Paul L., geb. 29. März 1929, ledig, ungelernter Arbeiter. In der Klinik vom 24. August bis 14. September 1948. War wegen Polyurie und Inkontinenzerscheinungen einem Diabetikerheim überwiesen worden. Diabetes mellitus konnte dort ausgeschlossen werden. Deshalb neurologische Beurteilung. Aus gesunder Familie, normale Entwicklung, mit 10 Jahren Hirnhautentzündung, nachfolgend bds. Taubheit, vorübergehende Lähmung der Beine und Blasenschwäche, die anfangs verbessert, während der Kriegsende wieder auftrat. Vor $\frac{1}{2}$ Jahr starke Gewichtsabnahme, Durstgefühl, vermehrte Harnmenge, Zunahme der Inkontinenzerscheinungen, Kribbeln in den Gliedmaßen.

Neurologisch: Tonusverminderung, leichte Beugeschwäche und geringe Atrophien beider Beine. Spitzfußstellung bds. Normaler Reflexstatus. Im Liquor Nonne und Pandy fraglich pos. Normale Zellzahl, normale Eiweißwerte, Linkstief der

Goldsolkurve, Liquorzucker 58 mg%, Blutzuckerspiegel 76 mg%. Bei der Encephalographie keine Füllung der Seitenventrikel, vermehrte Subarachnoidalzeichnung.

Diagnose: Zustand nach Meningitis mit Taubheit bds. und Diabetes insipidus.

Über seine Lebensgestaltung als Ertauber macht er folgende Mitteilungen: Mißtrauisch zu sein, lehnt er lächelnd ab. „Sollen sie nur über mich reden, ich hör' ja nichts.“ Er finde sich mit seiner Taubheit ganz gut ab, „wie ich eben muß. So schwer ist das ja nicht, ich kann ja sprechen. Manchmal kommt so was wie Neid in mir hoch, da möchte ich hören können. Ich bin auch sonst so Stimmungen unterworfen. Manchmal bin ich richtig fröhlich und irgendein Anlaß kann mich traurig machen. Das hängt aber auch mit meinen Ohrgeräuschen zusammen. Wenn man das jahrelang hat, kann man es schlecht beschreiben. Haben Sie schon einmal Schellengeläut von einem ganz fernen Schlitten gehört? So ist es oftmals und dann ist auch Musik dazwischen. Wenn ich einen bestimmten Satz denke, dann ist es so, als wenn der Gedanke im Ohr laut wird, nicht nur in der Stimme, sondern auch höhnisch, spöttisch, oder freudig. Wenn ich mit anderen plaudere, sind die Ohrgeräusche weg.“ Sie seien im übrigen nicht immer angenehm, sondern öfter störend. Auf der Gehörlosenschule Ablesen vom Mund gelernt. Im Zorn könne er am besten ablesen, wenn er verlegen sei, am schlechtesten. Psychisch nicht auffällig, zeigt reges Interesse für seine Umgebung, äußerst kontaktsuchend. Keine Intelligenzdefekte, starker Bildungsdrang, Sprache schon deutlich verändert und für die 9 Jahre bestehende Taubheit charakteristisch.

Aus einem handgeschriebenen Lebenslauf: „Es ist wohl etwas schwer, über sein Ich zu schreiben, aber ich will es so schreiben, wie ich eben fühle und denke. Am Anfang, als ich taub wurde, machte es mir nichts aus. Ich merkte erst kaum, daß ich gar nichts hören konnte, d. h. ich konnte von dem Augenblick an, an dem ich im Krankenhaus aus der Bewußtlosigkeit erwachte, gleich die Worte vom Munde ablesen. Als ich etwas kräftiger war, konnte ich auch wieder lachen. Ich bekam Lebensmut, freute mich über jeden Fortschritt und lernte langsam wieder laufen. In der Schule wurde es anders. Ich war nicht nur taub, sondern litt auch an Blähungen. Das machte mich in der Schule unbeliebt und sogar mein Klassenlehrer beschämte mich manchmal. Es fiel mir schwer, mich an andere Menschen anzuschließen. Zu Hause war ich aber glücklich. Nach Kriegsende begann für mich ein neues Leben. Im Zusammensein mit anderen Arbeitern wurde ich das Gefühl nicht los, nicht für voll genommen zu werden. Ich war doch nicht dumm, wollte mich auch gern unterhalten und mit den anderen plaudern, anstatt stumm zuzuschauen. Ich brauche einen Menschen, mit dem ich auch geistvoll reden kann. Weil mir die passende Gesellschaft fehlte, wurde ich einsam, hätte mich gern anderen Gehörlosen angelassen, fand aber keine in P. Es kamen auch die Sorgen ums tägliche Brot und die Zukunft. Als mein Blasenleiden wiederkam, nahm ich es seelisch erst nicht schlimm, allerdings war ich auch schon 18 Jahre alt. — 1945 hatte ich ein Mädchen kennengelernt und schnell Feuer gefangen. Zum Glück trennte uns der nächste Tag schon wieder. Später dachte ich oft an sie und das ließ mich die Einsamkeit leichter ertragen. Unlängst sah ich sie aber wieder und die Glut im Herzen schlug zur hellen Flamme empor. Ich wurde verliebt, wie nur ein junger Mann mit 19 Jahren lieben kann. Als ich mich endlich mit ihr verabreden konnte, kam sie wie zum Hohn mit einem Anderen gerade an der Stelle vorbei, wo ich wartete. Ich stellte sie zur Rede und das Resultat war ein Ende, wo noch kein Anfang gewesen. Seitdem bin ich einsamer denn je. Diese Enttäuschung fraß mehr an mir, als ein anderer ahnen kann. Ich haderte mit dem Schicksal, daß ich nicht hören konnte. — Jetzt ist auch das wieder vorbei. Ich glaube, über alle seelischen Konflikte hinweg zu sein, nur das Blasenleiden möchte ich noch los sein. Ansonsten macht mir die Taubheit keine

Schwierigkeiten. Wenn ich unter Menschen bin, die mich verstehen und mit denen ich mich verstehe, komme ich auch ohne das Gehör aus.“

Ohne jede Anleitung, ohne Fragenbogenschema oder Hinlenkung auf bestimmte wichtige Punkte schildert ein 19 Jahre alter Arbeiter seine Ertaubung und deren Folgen. Wie überhaupt die ausführliche Mitteilung der Krankengeschichten von Schwerhörigen, so schien besonders die Wiedergabe dieser spontanen Selbstschilderung in ihrer jugendlich-schwärmerischen Breite notwendig. Im Vordergrund der intrapsychischen Auseinandersetzung mit der Gehörlosigkeit steht der Kampf gegen die Isolierung, aus der Furcht vor dem Alleinsein und aus dem in und kurz nach der Pubertät wachsenden Anschlußbedürfnis geboren. Der Zuwendungsdrang zu den Menschen hat intrapsychisch sein Analogon im Bildungshunger des jungen Mannes. Er will sich eine Welt erobern. Wird sie ihm draußen versagt, dann schafft er sich eine innere, viel schönere, in die er sich flüchten kann, wenn er vom Draußen zurückgestoßen und ausgeschlossen wird. In seiner neugeschaffenen Welt kann er auch hören. Seine Ohrgeräusche drängen ihn im Zusammenhang mit den Erinnerungsresten seines früheren akustischen Erlebens zu romantischen Deutungsversuchen in illusionärer Nachschöpfung, können aber auch äußerst lästig sein. In der Literatur werden sie sehr mit Recht als ursächliche Faktoren für das Zustandekommen ichbezüglicher akustischer Halluzinationen beim Verfolgungswahn der Schwerhörigen verantwortlich gemacht. Allerdings weist BUMKE darauf hin, daß die Sinnestäuschungen bei hochgradig Schwerhörigen über illusionäre Verkennungen ebenso wie die mißtrauischen Gedanken selten über überwertige Ideen hinausgehen, denn treten wirklich Stimmen auf, muß mit einer Schizophrenie oder einer organischen Hirnschädigung gerechnet werden. Anders drückt es BLEULER aus, wenn er sagt, daß dem Verfolgungswahn der Schwerhörigen nur dann erbbiologische Bedeutung zukommt, wenn als real empfundene Sinnestäuschungen, frei auftauchende Wahnideen oder unmotivierte Stimmungsschwankungen deutlich auf die Psychopathologie der großen Erbkreise hinweisen. Demnach ist Vorsicht geboten, aus dem Zusammentreffen von akustischen Halluzinationen und Ohrgeräuschen bei Schwerhörigen sogleich diagnostisch das reaktive Moment in den Vordergrund zu stellen und das Vorliegen einer endogenen Psychose, für die auch in dieser Arbeit noch Beispiele gebracht werden sollen, zu übersehen.

Das Gefühlsleben des jungen Arbeiters ist durch das ständige subjektive Erleiden seiner Gehörlosigkeit ins Pathologische verfeinert. Er ist Stimmungen unterworfen, deren jeweilige Tönung psychische Gebilde komplexer Art hervorbringt und trägt. Eine dysphorische Stimmungslage treibt den Neid und Argwohn gegen das intakte Hörvermögen der Mitmenschen hervor. Die ausgeglichene, glückhaft-träumerische

Stimmung, vielleicht durch Ohrgeräusche wie etwa „Schellengeläut eines fernen Schlittens“ untermalt, schafft die Sehnsucht nach edel und gleichdenkenden Menschen und läßt erotische Wünsche erwachen. Aus diesen Gefühlen heraus zu tätiger Verwirklichung gedrängt, wird der junge Mensch durch das Erleben seiner Niederlagen in die Menschenverachtung und Einsamkeit getrieben. Weiterhin ist an diesem Fall zu exemplifizieren, daß der Gehördefekt nicht das körperlich-ästhetische Werten aufhebt, sondern es eher noch zu steigern vermag. Der Knabe leidet unter den Folgen seiner organisch bedingten Blasen- und Mastdarmschwäche. Blähungen und Inkontinenzerscheinungen setzen ihn dem Spott nicht nur der Gleichaltrigen, sondern auch seiner Lehrer aus, gegen den er besonders empfindlich wird. Taubheit kann also andere körperliche Fehler oder Dysfunktionen in ihrer subjektiven Wertung und Rückwirkung potenzieren.

Anhand der wiedergegebenen Krankengeschichten konnten einige Reaktionsweisen von Schwerhörigen auf das bewußte Erleben ihres Sinnesdefektes dargestellt werden. Die syntone Persönlichkeit besitzt vielseitige Kompensationsmöglichkeiten, die sie je nach Ausprägung ihres Gefülslebens und Bildungskreises ergreift. Der zähe Willensmensch kämpft unerbittlich gegen sein Schwerhörigen-Schicksal, ohne eine befriedigende Kompensation zu erreichen. Sein übersteigertes Leistungsstreben bringt ihm nur für den Augenblick des Tätigseins Befriedigung. Gelegentliche Selbstbesinnung offenbart seine Isolierung. In der Neurose müßte nach der Lehre von den Organminderwertigkeiten der Sinnesdefekt selbst Ausgangspunkt sein. Viel häufiger aber wird man schwerhörige Neurotiker antreffen, deren Organminderwertigkeitskomplex nur am Rande des neurotischen Geschehens auftaucht, während im Mittelpunkt ganz anders geartete ursächliche Konflikte stehen. Es kann auch die Schwerhörigkeit der Verdrängung anheimfallen wie in unserem Fall 3, bei dem noch eine hereditäre Veranlagung im Zusammenhang mit dem Versagen vor dem Flüchlingsdasein die neurotische Haltung überdeckt und den Ausbruch einer reaktiven Depression begünstigt. Eine geringgradige Schwerhörigkeit kann als höchst willkommen in ein asthenisches Leben eingebaut werden, um bei Gelegenheit, etwa in der Renten- oder Haftsituations, psychogen überlagert zu werden. Die wenig empfindsame und mäßig differenzierte Persönlichkeit setzt sich ebenso wie in unserem Fall des hirnorganischen Abbaus (5) mit ihrem Gehördefekt kaum auseinander und kompensiert scheinbar gut, gerät aber unter der Wucht einschneidender Erlebnisse rasch aus dem Gleichgewicht.

Wie wirkt sich der erworbene Gehördefekt aus? — Bei fast oder völlig abgeschlossenem Bildungsstand leistungspsychologisch zunächst gar

nicht. Erst das längere Bestehen des Sinnesdefektes lässt den schwerhörigen Menschen durch Fehlen akustischer Außenreize an anregenden Zuflüssen verarmen, wobei lichte und Schattenseiten ins Gewicht fallen. Die lichten Seiten beruhen nach BERRY in einer Leistungssteigerung der anderen Sinne. Der Abschluß von der Außenwelt fördert die Konzentration und das ganze Innenleben. Die Schattenseiten aber überwiegen, denn zwischenmenschliche Kommunikation hat in der Hauptsache die Sprache zur Grundlage. Die Hörfähigen entziehen sich von vornherein dem Hörschwachen und treiben ihn in die Abkapselung.

Bei den seelischen Strukturveränderungen ist zu beachten, ob der Gehördefekt unerwartet und überwältigend in das Seelenleben einbricht, oder ob eine allmähliche Abnahme des Hörvermögens nach und nach in die Isolierung zwingt. Die Bedrohung des Selbstwertes ruft eine überschießende Kompensierung hervor, die sich in unechter Selbstüberheblichkeit und egozentrischem Mitleidheischen ausdrückt. Echte Gefühle der Unsicherheit führen zu konfliktgeladenem Versagen und zur Abkehr von der Welt unter stilem, aufgabebereitem Verzicht. Das sthenische Aufbüäumen gegen das Schicksal schafft ein Bereitsein zu psychopathologischen Auswüchsen, die sich bis in die paranoide Psychose steigern können.

Die Charaktereigenschaften, die durch den Sinnesdefekt in erster Linie alteriert und umgewandelt werden, entspringen hauptsächlich der Gefühlsschicht. Das Mißtrauen der Schwerhörigen z. B. ist ein komplexes seelisches Phänomen, das durch den Mangel an akustischen Wahrnehmungen aus intrapsychischer Umdeutung affektbesetzter Erlebnisse im Sinne überwertiger Eigenbeziehung seinen Ursprung nimmt. Es führt nicht nur zur Abwehrhaltung, sondern auch zu aggressiver Einstellung. Es beginnt im Alltäglichen und vermag schließlich eine ganze Weltanschauung eigens zu färben.

Extreme Reaktionen auf den Sinnesdefekt sind primär die allzu rasche Ausgleichfindung und andererseits die Verzweiflung über den Gehörverlust. Beide Reaktionsweisen überschneiden sich gewöhnlich, nur daß die eine gemäß der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur mehr im Vordergrund steht. Das bereits komensierte Gleichgewicht kann durch äußere Erlebnisse oder intrapsychische Erschütterungen ins Wanken gebracht werden. Beispiele dafür bot die Mehrzahl der oben dargestellten Fälle. Fluchterlebnis und Enge des Flüchtlingsdaseins zerstören die bereits gewonnene Kompensation. Daraus können bei psychopathischen Konstitutionen pathologische Reaktionen von Dauer entstehen, während im allgemeinen immer noch Kräfte vorhanden sein werden, die trotz ungünstigen Milieuwechsels einen neuen Ausgleich ermöglichen. Von äußeren Einwirkungen werden diejenigen Schwerhörigen am wenigsten berührt, die sich auf ihren Sinnesdefekt allmählich

ohne wesentliche Erschütterungen umgestellt haben. Es sind die still resignierenden, die sich beim Zurückweichen in die Isolierung etwas Altruismus bewahrt haben, niemandem zur Last fallen möchten und sich möglichst wenig anmerken lassen.

II.

Dieser und der folgende Abschnitt sollen den Taubstummen gewidmet sein, deren Hörunfähigkeit angeboren oder in früher Kindheit erworben ist und zu Entwicklungshemmungen auf den Gebieten psychischer Leistungsfähigkeit und ethisch-moralischen Verhaltens geführt hat. Nach BLEULER bleiben Taubstumme ohne besonderen Unterricht geistige Krüppel. Sie können das Verhalten der Umgebung nicht richtig einschätzen, werden reizbar, zornig und mißtrauisch. Als Charakterfehler und Eigentümlichkeiten der Taubstummen nennt SUTERMEISTER, selbst gehörlos, zunächst Mangel an Selbstbeherrschung und Selbsterkennen, an Einsicht und Verantwortungsgefühl. Der Taubstumme glaubt, die Welt schulde ihm etwas, sein Gebrechen entbinde ihn von strenger Pflicht. Weiterhin werden aufgezählt Weltunerfahrenheit, Leichtgläubigkeit, Mißtrauen, Empfindlichkeit und Reizbarkeit. Der Gehörlose fühlt instinktiv die Überlegenheit der Vollsinnigen. Die Reihe der Charakterfehler wird mit Selbstüberhebung, Einbildung, Starrköpfigkeit und Unbelehrbarkeit, Klatsch- und Verleumdungs sucht, Unverträglichkeit, Undankbarkeit, Nachahmungssucht, Neid und Eifersucht vervollständigt, wobei kritisch zu bemerken ist, daß hier in der Hauptsache die negativen Eigentümlichkeiten übertrieben dargestellt werden, vielleicht auch aus dem unbewußten Vorstellungskomplex heraus, Gehörgeschädigte würden stets zu unangenehmen Außenseitern der Gesellschaft.

Besonders der geringe Ausbildungsgang der Sprache beansprucht psychopathologisches Interesse. Alle leistungspsychologischen Untersuchungen an Taubstummen stellen die Abhängigkeit des Denkvermögens von der sprachlichen Entwicklung heraus. Beim Denken des Taubstummen kommt es nach FROHN zu einem Vorherrschen des Anschaulichen in den niederen Schichten. Die Lebensnähe der Sinnesdaten begünstigt eine starke Gefühlsbetonung der Inhalte mit subjektiver Färbung. Auf Grund seiner Untersuchungen hebt er den „Steuерungscharakter der Sprache“ bei der Zeiterfassung komplexerer Art hervor. Demnach müßte das chronologische Ordnungsvermögen bei Taubstummen herabgemindert sein. Durch den modernen Taubstummenunterricht wird versucht, die sprachliche Entwicklung zu fördern und eine Loslösung von der Gebärdensprache anzustreben. Dazu bemerkt MAESSE, daß die primär erworbene Gebärdensprache zur erlernten Lautsprache unterstützend hinzutreten kann, denn die Gebärden sind

im eigentlichen Sinne die Muttersprache des Taubstummen. Dieses mühelose Verständigungsmittel soll man ihm nicht rauben, denn die Gebärdensprache entspricht seiner seelischen Struktur. Es darf aber nicht vergessen werden, daß eine tiefe Kluft zwischen Gebärdensprache und Lautsprache besteht, weil die Gebärdensprache als Nachahmungen von Handlungen und Nachgestaltung von Objekten einen rein symbolischen Charakter tragen und völlig asyntaktisch angewandt werden.

Bei den leistungspsychologischen Kompensationsmöglichkeiten Taubstummer hat man sich vielseitig mit der Frage beschäftigt, ob der Gehörausfall eine visuelle Kompensation und bessere Ausbildung der Eidetik hervorrufe. HOFMARKSRICHTER stellt dazu fest, daß die visuellen Mehrleistungen bei Taubstummen nicht Folge einer eidetischen Anlage sind, sondern auf Kompensation beruhen. Es habe sich eine Mehr- und Andersleistung auf dem gesamten visuellen Gebiet gezeigt. Die ideoplastische Darstellungsweise ist einer physioplastischen gewichen.

Fall 7. Anton St., geb. 5. Juni 1926, ledig, Arbeiter. Zur forensisch-psychiatrischen Begutachtung in der Klinik vom 18. August bis 15. September 1948.

St. wird beschuldigt, den ebenfalls taubstummen Schneider Max Sch. an einer Feldscheune ermordet und beraubt zu haben. Der Mordverdacht fiel auf St., weil er zur Zeit der Tat mit einer Axt gesehen wurde und sich mit der taubstummen Ehefrau des Ermordeten geschlechtlich eingelassen hatte.

Vater und Mutter sind taubstumm, ebenfalls eine Schwester der Mutter und eine Schwester des St. Er selbst hat nach normaler Geburt sich regelrecht entwickelt, aber nie richtig sprechen gelernt. 8 Jahre Gehörlosenschule, stets mitgekommen, war unauffällig. Infolge der Kriegsverhältnisse keine geordnete Berufsausbildung. Im Herbst 1945 Flucht aus der östlichen Heimat. Im Saal eines Schlosses mußte Familie St. mit dem taubstummen Ehepaar Sch. und dessen 5 Kindern zusammenwohnen. Frau Sch., die dritte Frau ihres Mannes und 17 Jahre jünger, zankte standig. St., der angeblich nie onaniert und keine sexuellen Beziehungen angeknüpft hatte, war im Herbst 1946 von der um bald 20 Jahre älteren Frau Sch. zum Geschlechtsverkehr verführt worden. Solch ein intimes Beisammensein wurde vom betrogenen Ehemann entdeckt. St. erhielt von der Mutter Schläge und wurde von Sch. mit einem Messer bedroht, der außerdem seiner Frau die Scheidung ankündigte. 12 mal will St. mit der Sch. verkehrt haben, zweimal in jener Feldscheune, in deren unmittelbarer Nähe Sch. ermordet aufgefunden wurde. Am Tage der Tat will St. zu Hause gewesen sein und nur am Nachmittag im Schloßpark Holz zerleinert haben. Er soll an diesem Tag durch nichts aufgefallen sein.

Eine sprachliche Verständigung mit St. stößt auf erhebliche Schwierigkeiten. Er kann aber einigermaßen gut vom Mund ablesen und seine eigene Gebärdensprache lautlich etwas untermalen. Trotzdem zahlreiche Mißverständnisse. Darum meistens schriftliche Explorationen. Orientierung, Gedächtnis, Merkfähigkeit intakt. Rechenaufgaben, auch eingekleideter Art, werden gelöst. Die an Deutschland grenzenden Länder kann St. nicht aufzählen, erst anhand einer Skizze bringt er in rascher Folge die Grenzländer zusammen. Den Begriff Hafenstadt versteht er erst nach umschreibender Definition. Himmelsrichtungen und Lauf der Sonne werden richtig beschrieben. Bei auffallender Begriffsnot ausreichend vorhandenes praktisches Lebenswissen. Bei der Prüfung der produktiven Intelligenz tritt deutlich der Mangel an Sprachumfang und Syntax hervor. Alltägliche Begriffe in Form konkreter Sinnesdaten sind vorhanden, während alle vom Gegenständlichen losgelösten nur

verschwommen vorgestellt, meistens überhaupt nicht verstanden werden. Begriffe wie Irrtum, Treue, Haß, Verachtung, Neid, Mißgunst entziehen sich völlig dem Vorstellungsvermögen. Auffallend gut die Leistungsfähigkeit beim Beschreiben der Binet-Bilder: „Der hat Fenster zerschlagen, der andere unschuldig Schläge.“ Sprichwortdeutungen können nicht gegeben werden. Durch Fangfragen leicht zu verbüffnen. Die schriftlichen Äußerungen zeigen primitiven Telegrammstil, mangelhafte Syntax, Einzahl und Mehrzahl werden oft nicht unterschieden. Im Assoziationsversuch anfangs geeignete Reaktionsworte, später nur noch Klangassoziationen nach den Anfangsbuchstaben, z. B. Glocke-Glück, Kino-Kind, Strafe-Straße. Trotz verkürzter Reaktionszeiten rascher Leistungsabfall. Optisches Vorstellungsvermögen gewinnt die Oberhand. Mißtrauensäußerungen im Rahmen paranoider oder Beeinträchtigungsideen nicht zu beobachten. Kontaktfreudigkeit durch die Gehörlosigkeit und erhebliche expressive Sprachschwierigkeit stark gedämpft.

Neurologisch: Leichter Einstellnystagmus, erschöpfbare Hautreflexe, lebhafte Beinsehnenreflexe mit verdächtigen pathologischen Zehenreflexen. Bds. Taubheit als wahrscheinlich angeboren wird ohrenfachärztlich bestätigt. Luische Reaktionen im Blut u. Liquor neg. Nonne u. Pandy fraglich pos. Linkszacke der Goldsolkurve, leichte Vermehrung des Gesamteiweißes.

Eine Mordtat lässt den Psychiater einen Blick in ein Taubstummenleben werfen, das sich von vornherein in der sozialen Abkapselung abspielt. Eltern und Schwester sind ebenfalls taubstumm, der Bekanntenkreis besteht zumeist aus Gehörlosen, die allgemein einen starken Hang zur Gruppenbildung zeigen, wie es auch NAFFIN bestätigt. Zwei taubstumme Elternpaare mit ihren teilweise taubstummen Kindern werden durch die Ereignisse des Kriegsendes umgesiedelt und in enge Wohnverhältnisse gezwungen, wo das Zusammenleben ohnehin unter ständigen Spannungen verläuft. In diesem konfliktgeladenen Kreis kommt es zu einer Bluttat, die einem älteren taubstummen Schneider das Leben kostet. Verdächtig erscheint St., der einige Monate zuvor mit der fast 20 Jahre älteren Frau des Ermordeten intime sexuelle Beziehungen aufgenommen hatte. Nicht nur die ungünstigen Milieuverhältnisse, sondern zweifellos auch die Taubstummheit beider Partner haben die extramatrimoniellen Eskapaden begünstigt. Wenn den Angaben des St. Glauben geschenkt werden kann, hatte er in seinem bisherigen Sexualleben keine Besonderheiten aufzuweisen gehabt. Er will nicht einmal Selbstbefriedigung getrieben haben. Dieses Kapitel hat HAUER durch eigene Beobachtungen erhellt und kam zu dem Schluß, daß gerade schwerhörige Kinder vielfach Abnormitäten auf sexuellem Gebiet, wie starke Selbstbefriedigung und oft keinerlei Spur eines Schamgefühls, zeigen. Die vorliegende Beobachtung lehrt darüber hinaus, daß auch erwachsene Taubstumme unter gegebenen Umständen frei von Hemmungen und auf Grund ethisch-moralischer Defekte, die sich aus dem niedrigen Niveau und dem zurückgebliebenen Sprach- und Gedankenschatz erklären, zu sexuellen Abweichungen neigen.

Im Mittelpunkt des psychischen Befundes stehen die Beeinträchtigungen des psychischen Leistungsgesamts. Infolge seines Sinnesdefektes

in der geistigen Entwicklung zurückgeblieben, verfügt St. nicht über eine genügende Ausbildung abstrakter und ethisch-moralischer Begriffe oder deren Verständnis. Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Psychose endogenen oder exogenen Gepräges ließen sich nicht finden, insbesondere konnten weder ein krankhaft gesteigertes Mißtrauen, noch affektbetonte Eigenbeziehungen festgestellt werden. Die neurologischen und serologischen Unregelmäßigkeiten könnten Ausdruck für den Folgezustand einer frühkindlichen organischen Erkrankung des Zentralnervensystems sein, so daß in diagnostische Erwägung zu ziehen ist, ob nicht bei gegebener Veranlagung die Ertaubung doch eine erworbene ist. Diese Frage ist aber in unserem Zusammenhang irrelevant, da St. in jedem Fall forensisch-psychiatrisch als Taubstummer anzusehen und zu beurteilen ist. Die Voraussetzungen für die Anwendung des § 58 StGB in seinem zweiten Absatz erschienen gegeben.

Jeder kriminell gewordene Taubstumme oder hochgradig Schwerhörige ist nicht nur von einem erfahrenen Taubstummenlehrer auf seine Intelligenzbreite zu untersuchen, sondern vor allem auch vom Psychiater auf seine seelische Gesamthaltung, seine charakterologische Struktur und seine Eigenart seelischer Reaktionsformen hin zu begutachten. Einige maßgebende Gesichtspunkte hierfür finden sich bei HOCHÉ. Vor bald 45 Jahren veröffentlichte KORNFELD den forensisch-psychiatrisch begutachteten Fall einer 26jährigen taubstummen Dirne, die wegen Kindesentführung in zwei Fällen angeklagt war. Er beschränkte sich darauf, den Geisteszustand der Angeklagten zu beurteilen, ohne die Frage nach den Einflüssen des Sinnesdefektes auf die Persönlichkeitsstruktur und nach den tieferen Motiven zu solch einer Tat aufzuwerfen.

Zur Beurteilung der Intelligenz Taubstummer führten MARZI und TAVERNARI eingehende Untersuchungen durch. Die dort erhobenen Befunde bestätigt auch der hier mitgeteilte Fall St. Der Wortschatz liegt unter dem des Normalen. Das Verständnis akustischer Begriffe ist besonders schwierig, das visuelle Gedächtnis gut. Die Aufmerksamkeitskapazität liegt trotz der allgemein angenommenen Introvertiertheit unter der des Normalen. Die Bevorzugung des gestisch-visuellen Sprachkomplexes behindert das abstrakte Denken erheblich. Nach STROHMEYER haben Schwachsinn und Taubstummheit streng genommen nichts miteinander zu tun. „Wohl aber darf die Tatsache nicht außer acht gelassen werden, daß der Prozentsatz der Schwachbefähigten unter den Taubstummen ein sehr erheblicher ist“. Die Gründe hierfür bestätigt die Erfahrung, daß Krankheiten, die das Gehör zerstören, meistenteils auch schädigend auf das Gehirn wirken. TREITEL machte für das gehäufte Vorkommen von Imbezillität bei Taubstummheit Alkohol, Syphilis und Verwandtenehen der Eltern verantwortlich,

während er das Angeboren- oder Erworbensein des Sinnesdefektes ganz außer acht lassen wollte.

In der vergangenen Zeit der Zwangssterilisationen haben die Erörterungen über Schwachsinn und Taubstummheit einen breiten Raum beansprucht. Es mag oft vorgekommen sein, daß erworbene Taubstummheit nach oberflächlicher Begutachtung zur Sterilisation führte, aber auch eingehende Untersuchungen können nicht immer die Frage entscheiden, ob ein angeborener Schwachsinn oder eine reaktive Intelligenzeinengung vorliegt. FÜNGEGLD veröffentlichte 1935 einen von ihm selbst im Zuge der früheren gesetzlichen Unfruchtbarmachung begutachteten Fall.

Auguste St. mit 2 Jahren nach einer Ohroperation ertaubt. Bruder Schizophrenie. 8 Jahre Taubstummenanstalt, gutes Zeugnis. Mit 20 Jahren erster Geschlechtsverkehr, in der Folgezeit Neigung, sexuelle Beziehungen wahllos anzuknüpfen. Hang zu ausschweifender Lebensweise, ließ ihre Wohnung verwahrlosen, hatte eine Totgeburt durchgemacht. Ablesen vom Mund gelang nicht, Spontansprache im Telegrammstil, Lesen ging glatt, einfache Rechenaufgaben wurden gelöst. Für konkrete Dinge fand sie die Oberbegriffe leidlich, optische Merkfähigkeit nicht schlecht, schriftlicher Ausdruck ebenso agrammatisch wie der mündliche. St. erschien von einer kindlich anmutenden Zugänglichkeit. Leichte Beeinflußbarkeit.

Die Annahme eines angeborenen Schwachsins mit psychopathischen Eigenarten bei erworbener Taubstummheit führte zur Bejahung der Zwangssterilisation. Man wird sich heute diesem Urteil nicht mehr anschließen können, denn gerade Begriffsarmut im Abstrakten, asyntaktische Spontansprache bei leidlich erhaltenen Grundfunktionen der Intelligenz, gesteigerte sexuelle Appetenz bei vermindertem Schamgefühl, Regression in die kindliche Geborgenheit mit einer über die Norm hinausgehenden Beeinflußbarkeit und Zugänglichkeit sind, wie bisher gezeigt werden konnte, verständlich ableitbare Folgen des Sinnesdefektes. Auch darf die im Alter von 2 Jahren durchgemachte hirnnahe Ohroperation nicht übersehen werden. Mit ähnlicher Fragestellung beschäftigte folgender Fall den Gutachter.

Fall 8. Rudolf H., geb. 28. März 1905, ledig, Schmiedegeselle. Vater Schmiedemeister, schwerhörig, nervös, leicht aufgeregt. Mutter ebenfalls etwas schwerhörig. In der Familie kein Schwachsinn oder geistige Erkrankungen.

Vom 3.—16. Juli 1927 erstmalig in der Klinik. Kurz vorher Stockhieb über den Schädel, keine Bewußtlosigkeit, nur Kopfschmerzen und Schwindel, 3 Tage Bettruhe. Am Tag vor der Aufnahme plötzlich aufgeregt, schimpfte auf den Täter. Außer Pupillendifferenz und bds. Schwerhörigkeit neurologisch nichts Pathologisches.

Vom 20. September bis 1. Oktober 1937 zweiter klinischer Aufenthalt zur Begutachtung für das Erbgesundheitsgericht wegen angeborenen Schwachsins. Aus den Akten: Als Kind Gehirnhautzündung, 1927 leichter Kopfunfall. Ein Arzt bescheinigt, daß H. in seinem psychischen Verhalten zeitweise sehr auffällig sei, abwechselnd Erregungs- und Stumpfheitszustände, verdächtig auf Katatonie. Der Vater bestätigte, daß H. neben der Taubheit geistig nicht ganz in Ordnung sei. Manchmal esse er 4—5 Tage gar nichts, verkrieche sich auf dem Heuboden, habe

einmal einen Sonntagsanzug in den Ofen gesteckt und einen Selbstmordversuch mit dem Rasiermesser gemacht, sei daraufhin in einer Anstalt gewesen. Ohrenfachärztlich wird die bds. hochgradige Innenohrschwerhörigkeit auf die als Kind überstandene Hirnhautentzündung zurückgeführt.

Mit 3 Jahren Ansatz eines Sprechenlernens, aber keine richtige Sprachausbildung. In der Dorfschule nicht mitgekommen, nur Lesen, Schreiben und Rechnen notdürftig gelernt, zu Hause in der Schmiedelehre fleißig, Gesellenprüfung mit gut. 20 jährig über 1 Jahr in der Taubstummenanstalt, Spezialunterricht durch den unbedeutenden Schädelunfall wieder abgebrochen. Seitdem in der väterlichen Schmiede tätig, gehe sonst gern ins Kino, sei ein guter Schütze und Tänzer, habe aber keinen Verkehr mit Frauen, lasse sich nicht „verappeln“, werde dann leicht erregt.

Allgemeinverhalten wird durch die an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit bestimmt. Viele kindliche Züge, etwas läppisch, verfolgt mit den Augen mißtrauisch die Vorgänge in seiner Umgebung, ist aber bei Anrede sofort freundlich. Hält sich unauffällig irgendwo im Hintergrund auf, lächelnder oder verträumter Gesichtsausdruck, von sich aus keine Beziehungsanknüpfung zu Mitkranken. Kein Anhalt für schizophrene Geistesstörung. Bei den Explorationsversuchen und der Intelligenzprüfung strengt er sich deutlich an, zeigt gespannte Aufmerksamkeit und begleitet seine geistigen Anstrengungen mit angstlich-nervösen Gesten. Das Finden richtiger Antworten löst übermäßige Freudenreaktionen aus. Verständnis und Auffassung für einfache konkrete Fragen ungestört und prompt. Bei den Antworten große Wortfindungs- und Ausdrucksschwierigkeiten, spricht nur in Satzbruchstücken oder unverbunden aneinander gereihten Worten. Für Fragen abstrakten Inhalts kein Verständnis. Intelligenzstufe entspricht der eines Kindes nach 1 Jahr Schulunterricht.

Die neurologische Untersuchung (Pupillendifferenz, Schwäche des li. Mundfacialis, Abweichen der Zunge nach li. u. a. m.) beweist eine organische Hirnschädigung, die vorwiegend die re. Hemisphäre betrifft. Im Encephalogramm verstärkte Oberflächenzeichnung re. sowie Erweiterung und laterale Ausziehung des re. Seitenventrikels deuten auf sekundären Hirnschwund und narbige Veränderungen in der re. Großhirnhälfte hin. „Infolgedessen kann kein Zweifel mehr darüber bestehen, daß sowohl die Schwerhörigkeit als auch der Schwachsinn organisch bedingt sind. Wir kommen zu dem Schluß, H. nicht als erbkrank im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses anzusehen“, heißt es im Gutachten.

Vom 15.—31. Juli 1947 dritter klinischer Aufenthalt. Wegen Schizophrenie eingewiesen, gehäuft Tobsuchtsanfälle mit Gefährdung der Umgebung. In den letzten 10 Jahren arbeitete H. fleißig in der väterlichen Schmiede, klagte erst vor kurzem über Surren und Brummen im ganzen Kopf, sei leicht reizbar, schlage mit der Faust auf den Tisch, schlafe nachts unruhig, fahre plötzlich hoch, als habe er etwas schreckhaftes erlebt, Hang zu Tätilichkeiten und mutwilligen Zerstörungen.

Verständigung auch durch lautestes Sprechen nicht möglich. Unabhängig von Fragen sagt er seinen Namen und sein Alter vor sich hin. Bei der Exploration leicht erregt, zittert am ganzen Körper. Neurologisch wie früher, Blutserum und Liquor einwandfrei, BKS 4/8, keine Temperaturen. Auf der Station stets ruhig, bei den Visiten freundlich, bemüht sich vom Mund abzulesen, was kaum gelingt, ist willig und lenksam. Keine Erregungszustände mehr, keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer endo- oder exogenen Psychose.

Die fröckindliche Hirnhautentzündung ist bei diesem taubstummen Schmiedegesellen als Ursache des Gehördefektes und der geistigen Schwäche anzusehen, wobei noch zu erörtern bleibt, ob der geistige Entwicklungsrückstand nicht in der Hauptsache auf die Taubheit

zurückzuführen ist, denn H. hat nur die Dorfschule besucht und erst mit 20 Jahren einen kurzdauernden Spezialunterricht erhalten. Jedenfalls konnte mit vollem Recht die Frage des angeborenen Schwachsinns verneint werden. Von weiterem Interesse sind an diesem Fall die psychischen Auffälligkeiten, die ihn mehrmals in eine psychiatrische Klinik geführt haben. Jedesmal konnte das Vorliegen einer Psychose nicht bestätigt werden. Es handelte sich lediglich um reaktive Ausbrüche, die infolge der undifferenzierten psychischen Struktur in primitiven Äußerungsweisen stecken blieben. Irgendein Ärger, vielleicht durch mißverstehendes Deuten entstanden, ruft einen stuporösen Zustand mit Nahrungsverweigerung und negativistischem Verhalten hervor und kann bis zum Selbstmordversuch führen. Ichbezogene Erlebnisse lösen inadäquate affektbesetzte Reaktionen bis zu massiven Erregungszuständen aus.

Noch einige Hinweise zur Aussagefähigkeit Taubstummer vor Gericht. Ununterrichtete Taubstumme setzt das Gericht den Geisteskranken gleich. Sie kommen also als Zeugen nicht in Betracht. Der Grad der intellektuellen Ausbildung und die Fähigkeit, sich zu verständigen, sind durch die Untersuchungen seitens eines Fachmannes vor der Zeugnisannahme festzustellen. Taubstumme ohne Höreste dürfen nicht immer als die geistig Schwächeren angesehen werden. HEGAR fielen besonders ihr gutes optisches Gedächtnis und ihre Unbefangenheit vor Gericht auf. Sie waren ungeniert, nicht verstockt, gaben bereitwillig Auskunft und waren bei der Sache. Größtenteils waren ihre Angaben als ehrlich zu bewerten. HÖFLER empfiehlt größte Kritik gegenüber taubstummen Zeugen und deren Aussagen. In der Erfassung von Mimik und Gesten sind sie Mißverständnissen ausgesetzt. Parteinahme, Sympathie und Antipathie sowie suggestive Einstellungen spielen bei ihnen eine große Rolle.

Fall 9. Walter H., geb. 10. März 1912, verh., Tischler. Vom 5.—18. August 1947 erstmalig in der Klinik. Nach Angaben der Angehörigen wiederholte Anfälle mit erregter Stimmungslage, Aggressionen, Selbstverstümmelungsversuche mit einem Messer, Wutanfälle, wobei er ohnmächtig zusammenbreche, drohe oftmals mit Selbstmord. „Er ist jähzornig, schimpft ohne Grund, ist mit keiner Arbeit zufrieden. Dann auf einmal wieder ruhig, behauptet er das Gegenteil von dem, was er vorher gesagt hatte, schlägt sich mit Fäusten ins Gesicht.“ Die Stieftochter bittet um klinische Beobachtung, ob H. nervenkrank sei oder „alles nur aus Schikane mache“.

Vater von Beruf Tischler, lebte in unglücklicher Ehe, trinkt viel, treibt sich mit anderen Frauen herum, 1945 kurzfristig Bürgermeister, wegen Unregelmäßigkeiten in den Amtsgeschäften Gefängnis, soll jetzt Rechtsberater sein. Mutter starb 1924 an einem Lungenleiden. H. ertaubte mit 5 Jahren nach Scharlachotitis, einziger Gehörloser unter 5 gesunden Geschwistern, wurde vom Vater sehr zurückgesetzt, 8 Jahre Taubstummenanstalt, 3½ Jahre Tischlerlehre. 1940 Heirat mit einer jüngeren taubstummen Frau, die viel herumreiste, den Haushalt vernachlässigte und tägliche Auseinandersetzungen mit H. hatte. 1943 Ehe geschieden. H. bekam das einzige Kind zugesprochen, für das er aber nicht zu sorgen vermochte und es ver-

wahrlosen ließ, so daß es in Fürsorgeerziehung kam. Nach amtlichem Schreiben soll H. seinen Jungen oft mißhandelt haben. 1945 zweite Ehe mit einer um 6 Jahre älteren taubstummen Witwe, die eine 19 Jahre alte Tochter mitbrachte. Auch diese Ehe, aus zweckbedingten Gründen geschlossen, wurde unglücklich. H. fühlte sich von seiner überdies lungenkranken Frau benachteiligt, kontrollierte mißtrauisch die Essensportionen und meinte, er als Familienhaupt werde nicht gebührend beachtet. Zur Stieftochter allerdings freundlich, machte ihr Geschenke, verwöhnte sie. Von jehler Neigung zu Ohnmachten und Erregungen bis zu bewußtseinsgetrübten Dämmerzuständen. Keine Krampfanfälle. In der Klinik ruhig und geordnet, schob alle Schuld seiner Frau zu, wollte bemitleidet werden. Nichts ausgesprochen Psychiatrisches.

Vom 18.—30. Oktober 1948 zweiter klinischer Aufenthalt. Kurz zuvor von der Polizei in ein Krankenhaus gebracht, weil er sich vor die Hochzeitskutsche seiner Stieftochter geworfen hatte. Keine ernsteren Verletzungen. Verdacht auf Schizophrenie: „Saß im Bett, starre die Wände an, zeigte Figuren, machte suchende Bewegungen, war bettläufig, benötigte hoch dosierte Beruhigungsmittel.“

Seine Stieftochter Waltraud wollte am 16. Oktober heiraten. H. war schon lange vorher mißgestimmt, stritt unberechenbar und launisch um Möbel und Kleidungsstücke, bereute, was er kurz zuvor geschenkt hatte, und verlangte es unter Drohungen wieder. Am Abend vor der Hochzeit besonders mürrisch, wies eine Verwandte seiner Frau aus der Wohnung, wurde dann rühselig, weinte sehr und klagte, man habe ihn nicht zur Hochzeit eingeladen. Das Schreiben hätte zwar dagelegen, seine Frau hätte es ihm aber nicht persönlich übergeben. Daraufhin soll er geäußert haben, er werde Waltraud totstechen und sich vor die Hochzeitskutsche werfen. Am nächsten Tag lauerte er der Kutsche auf, zog sich sein Jackett über den Kopf, wahrscheinlich um die Pferde scheuen zu lassen, und warf sich vor das Gespann.

H. kommt widerwillig auf Station, will sich nicht auskleiden, gestikuliert erregt, fügt sich aber rasch und bleibt bis zur Entlassung unauffällig. Trotz der Taubstummeit Explorationen möglich, da Ablesen vom Mund einigermaßen gut. Beklagte sich sofort über seine Frau, die nicht für ihn sorge und nur ihre Krankheit vorschütze. Er allein ernähre die Familie, fände aber dafür kein Entgegenkommen. Sein Fleiß gelte als etwas Selbstverständliches. Die Stieftochter behandle ihn nicht gut, obwohl er ihr besonders zugetan sei. Eine verbotene Zuneigung wird entschieden abgelehnt, aber im handgeschriebenen Lebenslauf steht: „Meine Frau hatte eine hübsche Tochter mitgebracht, heißt Waltraut ist jetzt 20 Jahre alt, die ich ja so sehr lieb habe . . .“ An den Hochzeitsvorbereitungen sich beteiligt, geriet er in Zorn, als das junge Paar Sachen aus seiner Wohnung nahm. Die lieblose Einladung zur Hochzeit habe ihn obendrein geargert, so daß er beschloß, nicht hinzugehen. Als er aber die Hochzeitskutsche sah, stürzte er darauf zu, um sie anzuhalten, wobei er unter die Pferde geriet und für kurze Zeit bewußtlos gewesen sein will. Sein Verhalten im Krankenhaus motiviert er mit seiner großen Empörung über Ungerechtigkeit und lieblose Behandlung.

Bei den Explorationen erregt, in der ohnehin schlecht artikulierten Sprache übersturzt, lebhafte Gebarden. Keine groben psychischen Leistungsausfälle, äußerst arm an abstrakten Begriffen, ständig in gespannter Affektlage, folgt mißtrauisch dem Gang jeder Untersuchung, immer auf dem Sprung, sich zu verteidigen. Wird gereizt, sobald persönliche Themen berührt werden, fühlt sich unschuldig, sei ein guter Mensch, habe stets das Beste gewollt. Leider habe man seine Gutmütigkeit ausgenutzt. Die Taubheit spielt keine große Rolle in seinem Leben, seit jehler damit gut abgefunden, dadurch nicht beeinträchtigt. Nur seine Frau und deren Verwandtschaft setzten ihn zurück, obwohl sie ihn ausnützen. An eine Ehescheidung noch nicht gedacht, möchte auch gar nicht seine Frau verlassen, sie brauche nur Besserung

zu versprechen, an ihm soll es nicht liegen. Selbstbewußt und von sich eingenummen, zeigt er starke affektive Schwankungen, weint rührselig oder zornig, bittet schmeichelnd um seine Entlassung, ist zugänglich, leicht zu beeinflussen, nimmt tröstenden Zuspruch dankbar an, ohne sich korrekturbereit zu zeigen, will eigene Schwächen nicht anerkennen.

Neurologisch, serologisch und intern völlig o. B.

Eine Kindheit, von einem massiv psychopathischen Vater und dem frühen Tod der Mutter überschattet, wird durch eine Ertaubung im 5. Lebensjahr besonders freudlos. Der einzige Ertaubte in einer kinderreichen Familie ist kleinlichen Schikanen ausgesetzt und verliert schnell die Bindung an Heimat und Elternhaus. Nach erfolgreichem Besuch der Taubstummenanstalt findet er sich im Berufsleben zurecht, versagt aber beim Herstellen zwischenmenschlicher Beziehungen und in der Ehe, weil ein kritikloser Egoismus, eine starke Selbstüberschätzung und ein Mangel seelisch-geistiger Reife ihn gar nicht die notwendige soziale Höhe erreichen ließen. Eine psychopathische Veranlagung, die harte Kindheit und frühe Ertaubung haben ihn an einer Ausgleichfindung gehindert. Seine erste Ehe nimmt einen unglücklichen Ausgang, an dem die Frau auch nicht ganz unbeteiligt gewesen sein dürfte. Anscheinend aber ist er in der sexuellen Entwicklung auf einer regressiven Stufe stehen geblieben, wo der Mann in der Frau noch die Mutter zu finden hofft. Er möchte nicht nur umsorgt und gehegt werden, sondern verlangt darüber hinaus egozentrisch und anmaßend eine dienende und sklavische Bereitschaft der Frau, seine launenhaften Wünsche als berechtigt anzuerkennen und zu erfüllen. Weil er in der Hauptsache eine mütterliche Bindung anstrebt, nahm er in zweiter Ehe eine ältere Frau, ohne zu berücksichtigen, daß diese am wenigsten zur Nachgiebigkeit bereit sein würde. Er ist nicht so weit differenziert, um kritisch sich selbst zu werten und seine jeweilige Situation zu beurteilen, so daß er sich der Persönlichkeitsgebundenheit seiner Konflikte gar nicht bewußt wird, sondern die Schuld dafür auf seine nächste Umgebung abwälzen möchte. Seine Reaktionsweisen sind maßlos und ungestüm, form- und richtunglos. Sie entspringen der primitiv chaotischen Tiefe seiner Seele und tendieren bisweilen zur Selbstvernichtung. Versuche in dieser Richtung sind unternommen worden.

Dieser unausgeglichene, von triebhafter Zügellosigkeit nach allen Richtungen gerissene taubstumme Mann gerät bei seiner zweiten Eheschließung in einen Konflikt, den er als solchen gar nicht erkannt zu haben scheint. Der 33jährige erhält eine 19 Jahre alte Stieftochter, der er eine besondere Zuneigung schenkt. Ihm fehlen die notwendigen Begriffe, um seine Gefühle auszudrücken. Jedenfalls tauchen in seinen schriftlichen und mündlichen Äußerungen Andeutungen auf, die zur Annahme berechtigen, der taubstumme Mann habe sich in seine Stieftochter verliebt. Sie wehrt sich unbewußt dagegen, behandelt ihn be-

schägend und läßt ihn für ihre Hochzeitsausstattung sorgen. Bei seiner mißtrauischen Einstellung fühlt er sich betrogen, übergangen, ausgenutzt und bestohlen. Die Einladung zur Hochzeit ist ihm nicht persönlich überreicht worden, woraus er die Abneigung seiner Frau und deren Tochter zu spüren vermeint. Aus seiner Verzweiflung heraus läßt er sich zu einer Kurzschlußhandlung hinreißen, deren tiefere Motivation ihm nicht bewußt ist. Es bieten sich eine Reihe von Deutungsversuchen an, die ihrer Fraglichkeit wegen im einzelnen nicht ausgeführt werden sollen. Es ist auch nicht so wesentlich, ob er in aufwallendem Selbstvernichtungswillen dem geliebten Mädchen zeigen wollte, welche Bedeutung sie in seinem Leben gehabt hat, oder ob er mehr aus Verzweiflung und Haß heraus ihre Hochzeitsfeier empfindlich zu stören und sich für die lieblose Einladung zu rächen beabsichtigte. Seine Lebensgeschichte aber bietet noch etwas Besonderes. Bisher konnte stets ein Zusammenhang zwischen Sinnesdefekt und Lebenslinie oder jeweiliger situativer Reaktion aufgezeigt werden. In diesem Fall aber werden die psychopathologisch auffälligen Formen der Erlebnisverarbeitung bei dem leicht erregbaren und sensitiven Taubstummen ganz durch das dumpfe Empfinden einer diffusen Insuffizienz und einer subjektiv überwerteten allgemeinen Beeinträchtigung bestimmt. Sie sind nicht von dem spezifischen Organminderwertigkeitskomplex dirigiert. Die Taubstummheit wirkt nur pathoplastisch, während der eigentliche Boden, dem die Mißtrauenskundgebung entspringt, in der psychopathischen Konstitution zu suchen ist. Taubstummheit und Psychopathie in einem Individuum vereint, potenzieren die Manifestationsmöglichkeiten psychopathischer Wesenszüge.

Taubstumme sind dadurch charakterisiert, daß der angeborene oder früherworbene Sinnesdefekt den Abschluß sprachlicher Entwicklung verhindert hat. Daraus lassen sich direkte leistungspsychologische Ausfälle ableiten, insbesondere die Verminderung des abstrakten Denkvermögens. Die wichtige Rolle der Sprache bei der Entfaltung individuellen Gedankenreichtums ist unbestreitbar. Es handelt sich aber bei den Beziehungen zwischen Sprachentwicklung und erreichtem Niveau geistigen Besitzes nicht um mechanisch erklärbare Wechselwirkungen, sondern es besteht eine Fülle kaum ausschöpfbarer Möglichkeiten. Angeborene Taubstummheit ist nicht selten mit einer abnormalen Hirnstruktur verbunden, so daß der Kompensationsbereich stark eingeschränkt wird. Aber auch die in früher Kindheit erworbene Taubheit beruht größtenteils auf organischen Erkrankungen des Gehirns oder seiner H äute, beziehungsweise auf hirnnahen meistens schwer verlaufenden Ohrerkrankungen, so daß hirnorganische Leistungseinschränkungen nicht ausgeschlossen werden können.

Aus den gleichen Gründen ist die Bewertung seelischer Strukturveränderungen als alleinige Folge der Taubheit ungemein erschwert. Die notwendigen Explorationen scheitern an dem Fehlen ausreichender Kommunikation. Auch werden Taubstumme ausnehmend selten sich einer Selbstreflexion hingeben, weil sie gar nicht im Besitz der hierfür erforderlichen Begriffe sind. Darum geht das psychologische Verstehen in diesen Fällen nicht weit und bleibt bei vorwiegend deutenden Konstruktionen stehen.

Den drei oben mitgeteilten Fällen gemein ist das Fehlen der Persönlichkeitsentfaltung, des abstrakten Denkvermögens und der ethisch-moralischen Vorstellungen, von denen das sinngerechte Hineinwachsen in eine Gemeinschaft abhängt. Sie erscheinen alle undifferenziert, beherrscht von tieferen seelischen Schichten und einer entladungsgeschwängerten Triebhaftigkeit. Das Streben nach Teilnahme an geistigen Gütern ist außerordentlich gering. Sie leben im Schatten geistiger Isolierung und auf ihre Veranlagung kommt es an, ob sie still sich bescheiden können oder in endlos mißtrauischem Querulieren und maßlos gesteigerter Selbstüberschätzung eine ständige Qual für sich und ihre Umgebung bedeuten, weil sie sich ihrer Grenzen nicht bewußt sind und mehr vom Leben verlangen, als sie erwarten dürfen.

III.

In diesem Kapitel sollen die Beziehungen zwischen Gehörschaden und psychotischen Krankheitsbildern berücksichtigt werden. Dieses Zusammentreffen hat seit der Beschreibung des Verfolgungswahns der Schwerhörigen durch KRAEPELIN bisher nur geringe Beachtung gefunden. Wahrscheinlich kommen Psychosen bei Schwerhörigen und insbesondere bei Taubstummen nicht häufiger als innerhalb der übrigen Bevölkerung vor. Der eigentliche Verfolgungswahn, der einzige und allein auf die Einwirkungen des Sinnesdefektes zurückzuführen wäre, ist nach bisherigen Ergebnissen außerordentlich selten. Fast immer spielen, wie MERCKLIN seine Beobachtungen zusammenfaßt, psychopathische Anlagen eine pathogenetische Rolle. Solange die Verfolgungs-ideen den Charakter ängstlicher Befürchtungen tragen und die Erinnerungstäuschungen im Bereich illusionärer Verkennung bleiben, möchte BLEUER diese Wahnbildungen bei Schwerhörigen als paranoische Randpsychosen aufgefaßt wissen. Sobald echte Halluzinationen nachgewiesen werden können, vergrößern sich die diagnostischen Schwierigkeiten und es taucht die Frage auf, handelt es sich um einen Prozeß oder um eine durch den Gehörausfall abnorme Persönlichkeitsentwicklung. Der Erbgang und die subtile Analyse des klinischen Bildes werden im Einzelfall die diagnostische Entscheidung bringen.

Fall 10. Luise P., geb. 1. November 1909, Schuhmachersfrau. Vom 9. September bis 8. Oktober 1947 in der Klinik. Die Tochter berichtet: Pat. hatte 16 Geschwister, 3 Brüder taubstumm. Vom 8.—16. Lebensjahr Gehörlosenschule, später Gesellenprüfung als Schneiderin. Heiratete mit 21 Jahren einen taubstummen Schuhmacher. Der nicht besonders harmonischen Ehe entstammen 2 gehörgesunde Töchter. Im Erbgang keine psychische Belastung bekannt. Explorationen schriftlich oder mit Hilfe der Tochter möglich, sonst Gebärden. Prämorbide unauffällig, erkrankte Pat. vor 1 Jahr, indem sie plötzlich äußerte, es rieche in der Wohnung so komisch, ihr Mann, der im übrigen völlig gesund war, müsse Typhus haben. Wollte deshalb mehrmals zum Arzt laufen, schlief nicht mehr mit ihrem Mann zusammen, legte sich nachts auf den Fußboden eines anderen Zimmers, begann $\frac{1}{2}$ Jahr später stereotyp zu äußern, sie müsse sterben, sprach viel von Gott, der ihr angeblich den Todandrohte, und vernachlässigte ihren Haushalt. Klagte, daß die Luft solch einen Druck auf sie ausübe. 4 Wochen vor der Aufnahme unruhig, zerschlug Geschirr, schwang den Besenstiel gegen die Zimmerdecke, um den Geist zu verscheuchen, unterhielt sich fast ständig mit einer Stimme.

Bei der Aufnahme freundlich, gestikuliert lebhaft und berichtet, seit 3 Monaten die Stimme Gottes von oben her zu *fühlen*, die ihr stets sage, daß sie noch in diesem Jahr sterben müßte. Deshalb so aufgeregtd und mit Geschirr geworfen. Fühle sich nicht krank, aber „*die Luft spricht*“. Manchmal schweigt der Geist, weil er befürchtet, andere Menschen könnten das Gesagte ausspionieren. Ausreichend orientiert und besonnen, solange sie nicht unter dem Einfluß ihrer Halluzinationen steht. Leerer Gesichtsausdruck, keine psychomotorischen Störungen, grobe Intelligenzdefekte nicht nachweisbar. Kann lesen, rechnen und orthographisch fast fehlerlos schreiben. Neurologisch, serologisch und intern o. B. In den ersten Nächten unruhig, flüstert vor sich hin, schreit öfter auf und weint, „weil der Geist immer so spricht.“

Am 11. September stürzt sie aufgeregt und ängstlich ins Untersuchungszimmer, verlangt etwas zum Schreiben. Gottgeist habe soeben gesagt, nicht nur sie, sondern auch Mann und Kinder müßten sterben. (Stimmen?) — „Ich kann nicht sagen, Spion.“ (?) — „Gott gemacht, aber Strafe. Ich habe Angst vor Gottes Strafe.“ (Fühlen Sie sich beobachtet?) — „Gott. Ich fühle *Luftbewegung*, aber jetzt nicht mehr. Gott sagt, ich muß schweigen. *Luftwolken sprechen*.“ (?) — „Ich fühle *Luftwolkenbewegung sprechen*. Ich bin erschrocken und habe geweint. Gottgeist sagt, meine 2 Kinder sterben später und auch mein Mann. Gottgeist ist immer sehr häßlich und viel schlimmer und brauche ich nicht zur Kirche gehen.“ (Das sind kranke Gedanken!) — „Gottgeist ist große Beleidigung von mir. Geistgott ist mir *Luftgott, ersticket = sterben. Wie Wind*. Ich bin nervenkaputt, bald sterben. Gott sagt, Schicksal.“

Weitere Explorationen nach Einzelheiten halluzinatorischer Erlebnisse, auf die sie affektiv äußerst massiv reagiert, werden unter dem Versuch der Dissimulation ängstlich abgewehrt. Bei der Frage, wie sie sich das Hören vorstelle, fächelt sie mit der Hand vor ihrem Gesicht. Mißstrauisch zu sein bejaht sie mit Kopfnicken, glaubt auch, daß andere Menschen Böses über sie sagten. Nach Abklingen der ängstlichen Erregungszustände nach Hause entlassen. Wie katamnestisch mitgeteilt wurde, halluzinierte sie daheim weiter und wurde wegen Verschlechterung ihres Zustandes im November 1948 in eine Heil- und Pflegeanstalt gebracht.

Eine angeborene taubstumme Schuhmachersfrau, deren prämorbide Persönlichkeit als unauffällig geschildert wird und die angeblich kein belastendes Moment im Erbgang aufweist, erkrankt ziemlich plötzlich in ihrem 36. Lebensjahr an einer Psychose schizophrenen Gepräges. Als erstes

krankhaftes Symptom äußert sie Geruchshalluzinationen und schließt daraus, ihr Mann müsse an Typhus erkrankt sein. Die Unerschütterlichkeit ihres Wahnes beweist sie durch ihr eigenartiges Verhalten. Ein halbes Jahr später klagt sie taktile Halluzinationen, indem sie einen von der Luft ausgeübten Druck empfindet. Gleichzeitig befürchtet sie, sterben zu müssen, was „Gottgeist“ ihr ankündigt. Das Krankheitsbild wird ganz von Halluzinationen beherrscht, die zunächst bei oberflächlicher Betrachtung als akustische imponieren könnten. Aber schon die Äußerung, daß der Geist sie „anrede“ und sie die Stimme Gottes von oben her „fühle“, läßt schließen, daß es sich hier um taktile Halluzinationen handelt, deren Wahrnehmung über eingeschliffene Mechanismen in eine Mitteilung sprachlicher Qualität umgesetzt wird. Die Kranke fühlt sich durch „Luftbewegung“ und durch „Luftwolken“ von einem „Luftgott wie Wind“ angesprochen. Das Sterben ist ihr gleichbedeutend dem Ersticken, so daß der Ursprung ihrer wahnhaften Gewißheit, sterben zu müssen, wahrscheinlich auf einem halluzinierten Gefühl des Ersticktwerdens beruht.

Wie können derartige Sinnestäuschungen einer Taubstummen, die niemals akustische Wahrnehmungen erlebt hat, vorgestellt und verstanden werden? — Es ist bekannt, daß im modernen Taubstummenunterricht, der die Sprachausbildung als seine Hauptaufgabe betrachtet, das Sprechenlernen über die taktile Sinnessphäre, über optisch aufgenommene Sprechbewegungsvorstellungen und über die Beobachtung geeigneter Atemtechnik zustande kommt, wobei das Vorbeistreichen der Luft an Haut und Schleimhäuten bewußt empfunden und registriert wird. Unsere Kranke ist als angeborene Taubstumme nicht im Besitz von Wortklangbildern. Eine Beteiligung der Wortklangbildungsstätte beim Zustandekommen ihrer Halluzinationen ist daher ausgeschlossen. Der Begriff des Hörens ist ihr aber durch das Schriftbild geläufig und wird gebärdenhaft durch fächelnde Handbewegungen vor dem Gesicht definiert. Diese taktilen Empfindungen werden nicht als solche endgültig wahrgenommen, sondern auf Grund einer besonderen Fähigkeit, Luftbewegungen an den Lippen und der Schleimhaut des Mundes als Buchstaben, Silben und Worte zu verstehen, in sprachliche Mitteilungen transformiert. Auf diese Art kommt es über leibhaftig empfundene taktile Trugwahrnehmungen zu „pseudoakustischen“ Sinnestäuschungen, die von CRAMER aufgeworfene Frage nach „Halluzinationen im Muskelsinn des Sprechapparates“ bei psychotischen Taubstummen braucht in unserem Fall nicht erörtert zu werden, da die Kranke trotz ihrer Ausdrucksarmut nur die taktile Erlebnisqualität ihrer Halluzinationen plastisch schildert. Damit soll die Möglichkeit nebenher bestehender kinaesthetischer Sinnestäuschungen nicht abgestritten werden. Durch den Nachweis echter Halluzinationen mit daraus resultierendem

paranoiden Wahn und einer affektiven Störung ist trotz negativen Erbganges und einer angeborenen Taubstummheit das Vorliegen einer schizophrenen Psychose gesichert. Der Sinnesdefekt und die dadurch bedingte geringe Persönlichkeitsentfaltung jedoch wirken stark pathoplastisch.

Indem KUJATH der Frage nach der Genese von Sinnestäuschungen nachging, stellte er fest, daß die Ursachen von Trugwahrnehmungen bei Sinnesdefekten zumeist in somatischen Zuständen, z. B. Reizung eines Sinnessystems, gesucht werden. Es kommt zu elementaren ungeformten Erscheinungen, während die spezifische Struktur der Sinnestäuschung durch die bloße Perzeption des Reizes nicht erklärt werden kann. Sie erfährt erst vom Psychischen her, also der Gesamtpersönlichkeit in ihrer gegenwärtigen Verfassung, eine individuelle Gestaltung. Das Vorkommen akustischer Trugwahrnehmungen bei Gehörlosen wird bejaht, wobei wir auf Grund unserer Beobachtung einschränken müssen, daß bei angeborener Taubstummheit akustische Halluzinationen nicht möglich sind, was auch die Fälle in der Literatur bestätigen. Ebenso wie unserer Kranken konnten einem angeboren taubstummen Schizophrenen, den CRAMER beschrieb, keine Wortklangbilder gegenwärtig sein, „sondern nur Gesichtsvorstellungen, Bewegungsvorstellungen der Hände und schließlich Sprachbewegungsvorstellungen“. So empfand jener Kranke seine als wörtliche Mitteilungen erlebten Halluzinationen „auf magnetischem Wege durch Luftströmung“, während ein zweiter schizophrener Taubstummer, der mit 10 Jahren nach einer Scharlach-Otitis sein Gehör verloren hatte, seine akustischen Halluzinationen „mit den Ohren“ wahrnehmen konnte. Bei ihm war die Wortklangbildungsstätte bereits vor dem Gehörverlust funktionstüchtig geworden. Der taubstumme Schizophrene FEUCHTWANGERS halluzinierte auf allen Sinnesgebieten, hörte aber dabei keine Worte, sondern fühlte, daß ein böser Geist „wie Luft“ dagewesen sei, den er „ganz dünn,“ vernommen haben will. Gottesbefehle, die er „durch die Brust“ erhielt, bezeichnete er nicht als Hören. FEUCHTWANGER schloß bei diesem Fall u. a. auf halluzinierte Muskelsinnempfindungen im Sprechapparat. Unbedingt Voraussetzung für das Zustandekommen echter akustischer Halluzinationen sind also die strukturelle Unversehrtheit und die funktionelle Ausbildung der höchsten Sinneszentren, während periphere Schäden das innere Hören nicht aufheben. Es dient bei erworbener Taubheit als Kompensation, wie SCHEFFLER, selbst gehörlos, von sich berichtete.

Fall 11. Frieda W., geb. 18. März 1911, ledig, Bauerntochter. Vom 24. Februar bis 29. April 1948 in der Klinik. Im Erbgang nichts Belastendes. Alte Bauernfamilie, ruhige, ausgewogene und kontaktwarne Menschen. Einzige Tochter, in der Schule gut mitgekommen, einige Jahre in Stellung, dann im elterlichen Haushalt. 1941 mit

einem Schäfermeister verlobt, der als Soldat vermisst gemeldet wurde. Keine Gravidität. Als Schulkind Mittelohrvereiterung, mit 15 Jahren Antrotomie re., seitdem etwas schwerhörig. Im August 1945 nach der Flucht schwerer Typhus mit völliger Ertaubung des re. Ohres und hochgradiger Schwerhörigkeit li. Früher im Wesen ruhig, gleichmäßig und freundlich, wurde sie nach dem Typhus stiller, blieb für sich, las mehr als sonst, vermied den Umgang mit Menschen, verrichtete ihre Arbeit noch gewissenhafter. Am 20. Dezember 1947 plötzlich aufgereggt, „phantasierte“, ohne körperlich krank zu sein, redete durcheinander, glaubte die Polizei sei hinter ihr her, ihre Wäsche sei gestohlen worden, man wolle ihr noch alles fortnehmen. Schimpfte, spuckte, verlangte ein Beil, wollte alles kaputt schlagen, sprach ihrer Wirtin das Besitzrecht am Hause ab. Zwischen solchen Erregungszuständen arbeitete sie auffallend still und verbissen im Haushalt.

Bei der Aufnahme nennt sie einen falschen Familiennamen. „Frieda Sternberg, ich soll doch hier heraus, ich bin Stalins Töchterchen. Sie haben doch alles aufgeschrieben. Ich danke, meine Mutter sagt das. Mein Bruder heißt Erich.“ Ablehnend mit verschlossenem Gesicht schüttelt sie ängstlich und ratlos den Kopf. „Immer wieder verkehrt gemacht, hin und her getrieben. Ich weiß nicht mehr, immerzu durchgetrieben. Das bleibt bei mir haken. Durch mich sind schon alle Toten aufgestanden. Ich bleibe immer im Dreck liegen, meine Mutter auch. Wo ist sie eigentlich? Ich bin doch wieder falsch herumgetragen worden. Ich kann doch nicht alle Toten auferstehen lassen!“ Fühlt sich bestohlen, wird in der Nacht unruhig, bettfüchtig, greift die Pflegerin an, hört auf dem Flur sprechen, man wolle sie abholen, schüttelt ihr Bett ab, weil ihrer Meinung nach etwas darauf herumkriecht, schaut unter das Bett, droht mit erhobener Faust zur Decke. Sprachliche Verständigung durch überlautes Sprechen dicht am li. Ohr gerade noch möglich. Kontrolle, ob das Gesprochene verstanden wurde, durch autistische Gespanntheit und aggressive Abneigung äußerst schwierig. Zerfahrenes Reden, schlägt unwirsch nach dem Arzt, lässt sich nicht untersuchen, verweigert durch massivste Erregungssteigerung Lumbalpunktion. Luische Reaktionen im Blutserum neg. BKS = 10/15, Blutbild normalwertig, Urin o. B., keine erhöhten Temperaturen. In der Folgezeit mutistisch, negativistisch, zeitweise aggressiv, versucht andere Kranke zu schlagen, tagsüber unter der Bettdecke vergraben, in der Nacht fast ständig erregt, schimpft über hiesige Behandlung, andere Kranke trügen ihre Kleider, befürchtet, vergiftet zu werden. Durch Schocktherapie keine Besserung. In eine Heil- und Pflegeanstalt verlegt.

Diagnostisch lässt dieser Fall kaum Zweifel offen, obschon im Erbgang nichts Belastendes zu finden ist und die prämorbid Persönlichkeit als unauffällig dargestellt wird. Eine schon während der Schulzeit beginnende leichte Schwerhörigkeit wirkt zunächst seelisch nicht störend und hat das gleichmäßige, mehr nach innen gerichtete Wesen dieses Mädchens nicht getrübt. Ob die Ungewissheit über das Schicksal des im Felde vermissten Verlobten einen richtungändernden Einschnitt in die Lebenslinie bedeutete, wird nicht besonders erwähnt. Dagegen wird diese arbeitsfreudige Bauerntochter durch die Fluchterlebnisse in ihrem Gleichmaß tief erschüttert und aufgewühlt, ihr Besitzstolz empfindlich getroffen und ihre Zukunft durch eine schwere typhöse Erkrankung in Frage gestellt. Die bisher erträgliche Schwerhörigkeit verschlimmert sich zu einer rechtsseitigen Taubheit und einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit links. Gehörverlust und Flüchtlings-

dasein stellen dem heimatlosen Mädchen schwere Aufgaben. Ihre Gemütsveranlagung verzögert eine Ausgleichfindung. Sie wird stiller und noch gewissenhafter, verbohrt sich in die Arbeit, um sich nichts anmerken zu lassen, wacht bis zum Mißtrauen über den ihr verbliebenen Besitz und blickt voller Neid auf die Einheimischen. Auf diesen stimmungsmäßig und gedanklich vorbereiteten Boden fällt der Ausbruch der Erkrankung.

Die psychotischen Inhalte werden durch neidisches Mißtrauen und Besitzgier einer sich enterbt und verstoßen fühlenden Frau bestimmt. Die Vermutung des Bestohlenwerdens erlangt wahnhafte Gewißheit. Der Wunsch, das Verlusterlebnis zu verdrängen, steigert sich in der Psychose zu einem aggressiven Streitigmachen und Habenwollen fremden Eigentums. Der resignierende Neid führt zu dem Empfinden, alles für andere tun zu müssen. Über halluzinatorische Erlebnisse ist infolge der mangelnden Auskunftsbereitschaft nichts Directes zu erfahren. Lediglich das Verhalten und bruchstückhafte Äußerungen lassen auf Trugwahrnehmungen mehrerer Sinnesgebiete schließen. Geruchs- und Geschmackshalluzinationen äußern sich in Vergiftungsbefürchtungen, ein stereotyped Abschütteln der Bettdecke läßt taktile Halluzinationen vermuten, während die akustischen Trugwahrnehmungen keiner Analyse zugänglich sind. Ihr Vorhandensein wird in der Krankengeschichte nur einmal kurz bestätigt. Da es sich um eine erst jüngst erworbene an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit handelt, dürfen im übrigen bei den akustischen Sinnestäuschungen keine Besonderheiten erwartet werden. Dieser Fall zeigt wiederum die pathoplastische Wirkung einer noch nicht verarbeiteten Schwerhörigkeit auf die Inhalte einer schizophrenen Psychose.

Fall 12. Gerhard Qu., geb. 7. Juni 1914, ledig, Schuhmacher. Vom 5.—26. September 1946 in der Klinik. Mit 4 Jahren nach Gehirnhautentzündung ertaubt. Im Taubstummenunterricht mittelmaßig mitgekommen, dann Schusterlehre in einer Heil- und Pflegeanstalt. Ob damals schon psychische Auffälligkeiten bestanden, konnte aus technischen Gründen nicht nachgewiesen werden. Blieb bis zum 25. Lebensjahr in der Anstalt, dann als Schuster in einem Fliegerhorst. 1945 nach Hause zurückgekehrt, fiel er durch sein Mißtrauen auf, glaubte nicht, was man ihm sagte, wurde aufgeregt und gereizt. Einige Wochen vor der Aufnahme unruhig, schlief schlecht, litt unter Angstzuständen und gab den Angehörigen zu verstehen, daß er sich von einem alten Mann aus der Nachbarschaft verzaubert fühle. Vor 3 Tagen schrie er nachts laut auf, behauptete, der alte Mann befände sich im Zimmer, schlug mit den Fäusten ständig um sich.

Neurologisch, serologisch und intern o. B. Bei der Untersuchung außerst angstlich, trotz des angegebenen Mißtrauens vermehrt beeinflußbar im Sinne der Befehlsautomatie. Echopraktische und kataleptische Erscheinungen. Verständigung mittels primitiver GebärdenSprache und schriftlich möglich. Intelligenzstufe entspricht der eines Kindes in den ersten Schuljahren. Nach Stimmen gefragt schreibt er: „Taub.“ (Sehen Sie Gestalten?) — „Augen etwas dunkel. In S. ein Mann zauberhaft.“ Stöhnt ab und zu laut auf, sonst ruhig, bleibt still für sich, nimmt kaum Notiz von

seiner Umgebung. Nach einigen Tagen mehrere Erregungszustände mit lautem unverständlichen Schimpfen. Auf Zureden erfolgt Beruhigung. Auf Wunsch der Angehörigen entlassen.

Die Kürze der klinischen Beobachtung reicht zu einer sicheren diagnostischen Einordnung dieses Falles nicht aus. Mit 4 Jahren kommt es als Folge einer Meningitis zur beidseitigen Ertaubung. Auffällig ist bei diesem Kranken, daß er nach Beendigung des Spezialunterrichtes seine Lehrzeit in einer Heil- und Pflegeanstalt verbringt und bis zu seinem 25. Lebensjahr dort bleibt, wodurch die Vermutung nahe gelegt wird, daß vielleicht bereits bei dem Schulentlassenen psychisch Auffälliges bestanden hat. Bis zum Kriegsende 1945 arbeitete er draußen in der Umgebung hörfähiger Menschen und erst bei seiner Rückkehr bemerkten die Angehörigen ein gesteigertes Mißtrauen, das sich schließlich in psychotisch gefärbten Erregungszuständen äußerte und eine klinische Beobachtung notwendig machte. Bei Fragen nach akustischen Halluzinationen wird auf das Bestehen der Taubheit hingewiesen. Die Beeinflussungs ideen im Sinne des Verzaubertseins, wahrscheinlich aus einer Ichentfremdung und optischen Trugwahrnehmungen heraus entstanden, werden von psychomotorischen Störungen mehr in den Hintergrund des klinischen Bildes geschoben. Ob es sich hier nur um eine schizophrene Episode im Leben eines Taubstummen oder um einen, vielleicht nicht einmal den ersten Schub einer Schizophrenie gehandelt hat, kann mangels objektiver Unterlagen und der nicht voll ausgeschöpften klinischen Beobachtung keineswegs sicher entschieden werden. Wir könnten es auch hier mit einer jener Randpsychosen zu tun haben, von denen BLEULER gesprochen hat und deren primäre Grundlage die Taubheit bildete.

Allen drei Fällen gemeinsam ist der Gehördefekt, der zweifellos pathoplastisch im Sinne des ins Paranoide übersteigerten Mißtrauens gewirkt und auch sonst eine entsprechende Färbung der psychotischen Inhalte verursacht hat. Bei angeborener Taubstummheit kommt es nicht zu echten akustischen Halluzinationen, da eine Wortklangbildungsstätte als zentrales Hörfeld funktionell nicht ausgebildet ist. Trotzdem werden auf dem Wege über taktile und kinaesthetische Trugwahrnehmungen sprachlich geformte Mitteilungen empfangen, die sich entsprechend der geringen Intelligenzbreite der Taubstummen in infantilistischer Form darbieten. Auch bei früh erworbener Taubstummheit können akustische Halluzinationen ganz fehlen. Entsprechend einer eidetischen Anlage, wie sie vielfach als Kompensationsmittel bei Taubstummen vorausgesetzt wird, finden sich optische Trugwahrnehmungen, die auf Grund der psychopathologischen Bereitschaft paranoid verarbeitet werden. Die spät erworbene Schwerhörigkeit wirkt nicht minder pathoplastisch auf die Gestaltung einer schizo-

phrenen Psychose, bei der dann die paranoide Form vorherrscht und sich zu einem ausgesprochenen Verfolgungswahn ausbilden kann.

*Zusammenfassung**

Nach zeitlichem Auftreten und Grad des Gehördefektes werden Schwerhörige, Ertaubte und Taubstumme mit angeborenem oder frühzeitig erworbenem Defekt unterschieden. Diese Gruppeneinteilung bewährt sich auch bei der Betrachtung psychopathologischer Phänomene, wie sie von akustisch Geschädigten dargeboten werden. Es konnten vorstehend 12 Fälle mit allen Graden des Gehördefektes, unterschiedlichsten Persönlichkeitsstrukturen und mannigfaltigen Erlebnis- und Reaktionsweisen mitgeteilt werden.

Schwerhörigkeit befällt meistenteils allmählich, selten plötzlich eine bereits ausdifferenzierte Persönlichkeit, die ihrem Wesen gemäß über eine Reihe von Kompensationsmöglichkeiten verfügt. Die Art der Ausgleichfindung richtet sich nach Alter, Geschlecht, Umwelt, Bildungsstand und Persönlichkeitstyp unter Berücksichtigung des jeweiligen Grades der Schwerhörigkeit.

Pathologische Reaktionsformen werden nur bei konstitutioneller Disposition beobachtet, jedoch kann die Manifestationsschwelle für psychopathische oder endogen psychotische Exacerbationen durch die Schwerhörigkeit stark abgesunken sein. Das Entstehen einer Neurose allein vom Sinnesdefekt her ableiten zu wollen, erscheint nicht berechtigt. Es müssen Konfliktbereitschaft und auslösende Erlebnisse hinzutreten.

Der totale Gehörverlust nach Abschluß sprachlicher Entwicklung unterliegt den gleichen Regeln wie die Schwerhörigkeit, nur sind sämtliche Reaktionen entsprechend gesteigert. Besonders nach längerem Bestehen der Taubheit bilden sich Charaktereigenschaften aus, die man allgemein den Hörgeschädigten als spezifisch zuordnet, wie etwa Mißtrauen, Überheblichkeit, Selbstüberschätzung bei sozialer Insuffizienz.

Die Taubstummen beanspruchen durch ihren Mangel an abstraktem Denkvermögen und ethisch-moralischen Begriffen vorwiegend leistungspsychologisches Interesse. Sie sind auf das konkret Anschauliche angewiesen und haften an gefühlsbetonten Vorstellungskomplexen. Ihr geringes geistiges Leistungsvermögen beruht oft nicht allein auf der sprachlichen Unterentwicklung, sondern kann auch durch einen organischen Hirnschaden, als dessen Folge meistens erst das Gehör verloren geht, mitbedingt sein. Darum ist bezüglich der Diagnose eines angeborenen Schwachsinnss bei Taubstummen Vorsicht geboten. Im Zuge der früheren Zwangssterilisationen war diese diagnostische Entscheidung besonders wichtig. Die forensische Psychiatrie hat sich

* Ausführliche Zusammenfassung am Schluß eines jeden Kapitels.

sowohl mit taubstummen Verbrechern, als auch mit taubstummen Zeugen zu beschäftigen, wobei es nicht nur auf das Leistungspsychologische ankommt, sondern auf die Motive im Zusammenhang mit der durch die Gehörlosigkeit verzerrten Persönlichkeitsstruktur.

Psychosen bei Schwerhörigen und Taubstummen sind stets darauf zu prüfen, ob der Sinnesdefekt das souveräne reaktive Moment darstellt oder ob eine endogene Psychose durch die Einschränkung des Hörvermögens lediglich pathoplastisch gefärbt wird. Besondere Beachtung verdienen die „pseudoakustischen Halluzinationen“ angeboren Taubstummer, weil von da aus ein Weg zum Verständnis der Halluzinationsgenese sich öffnet.

Literatur.

- BERRY, G.: Ann. Surg. **101**, 38 (1935). — CRAMER, A.: Arch. Psychiatr. (D.) **23**, 875 (1896). — EBELING: Beitrag zur Lehre von den Psychosen bei Taubstummen. Inaug.-Diss. Kiel 1910. — FEUCHTWANGER, E.: Zbl. Neur. **47**, 254 (1927). — FROHN, W.: Verh. Ges. Heilpädag. **1**, 10 (1931). — FÜNGELED, E.: Allg. Z. Psychiatr. **103**, 215 (1935). — GLESE, F.: Verh. Ges. Heilpädag. **1**, 26 (1931). — HAUER, E.: Hilfsschule **25**, 303 (1932). — HEGAR, A.: Allg. Z. Psychiatr. **70**, 554 (1913). — HÖFLER, R.: Arch. Psychol. (D.) **81**, 477 (1931). — HOFMARKSRICHTER, K.: Arch. Psychol. (D.) **82**, 329 (1931). — KORNFELD, H.: Allg. Z. Psychiatr. **62**, 115 (1905). — KUJATH, G.: Allg. Z. Psychiatr. **116**, 252 (1940). — MAESSE, H.: Fr. MANNS Pädag. Magaz. H. **1935**, 1416. — MARZI, A. e G. TAVERNARI: Riv. Psicol. **35**, 121 (1939). — MENNINGER, K. A.: Psychoanal. Rev. **11**, Nr 2, 144 (1924). — MERCKLIN, A.: Allg. Z. Psychiatr. **74**, 410 (1917). — NAFFIN, P.: Diss. Königsberg i. Pr. 1933. — PIKER, Ph.: Laryngoscope (Am.) **47**, 499 (1937). — SCHEFFLER, W.: Bl. Taubst. bild. **41**, 97 (1928). — SUTERMEISTER, E.: Freie Wohlf.pfl. **5**, 574 (1931). — TREITEL: Arch. Psychiatr. (D.) **39**, 799 (1905).