

---

**Aus dem Universitätsklinikum Münster**

**Klinik und Poliklinik  
für Psychiatrie und Psychotherapie  
Direktor: Univ.- Prof. Dr. Volker Arolt**

**Pharmakotherapie gehörloser  
schizophrener Patienten**

**INAUGURAL-DISSERTATION  
zur  
Erlangung des doctor medicinae**

**der Medizinischen Fakultät  
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster**

**vorgelegt von Ilja Spellmann  
aus Werther**

**2004**

---

**Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der  
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.**

**Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Heribert Jürgens**

**1. Berichterstatter: Priv.- Doz. Dr. Dr. Klaus Schonauer**

**2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. Volker Arolt**

**Tag der mündlichen Prüfung:**

**28.06.2004**

**Aus dem Universitätsklinikum Münster**  
**Klinik und Poliklinik**  
**für Psychiatrie und Psychotherapie**  
Direktor: Univ.- Prof. Dr. Volker Arolt

## **Zusammenfassung**

*- Pharmakotherapie gehörloser schizophrener Patienten –*

*vorgelegt von Ilja Spellmann*

Die vorliegende Untersuchung behandelt Teilaspekte des von 1994 bis 1999 an der psychiatrischen Universitätsklinik Münster durchgeführten, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Projekts „Schizophrenien Gehörloser“. Ziel dieses Projekts war die Untersuchung des (Behandlungs-) Verlaufs schizophrener Psychosen in einer Stichprobe prälingual gehörloser Patienten, deren Umfang auch die Anwendung statistischer Verfahren ermöglicht. Größtenteils retrospektiv katamnestisch angelegt sollten im Rahmen der Studie aber auch die Möglichkeiten kasuistischer Informationsgewinnung und der Erhebung und Interpretation qualitativer Daten genutzt werden. Sie nimmt inhaltlich und methodologisch eine Zwischenstellung zwischen den Querschnitterhebungen von Rainer, Altshuler & Kallmann (1963) und Remvig (1969a) und der Längsschnittstudie von Remvig (1969b) ein.

Die in dieser Dissertation zu behandelnde Fragestellung bezieht sich auf die besondere Problematik der neuroleptischen Psychopharmakotherapie gehörloser Patienten, die sich in vielerlei Hinsicht von derjenigen hörender unterscheidet. So werden u.a. die besondere „soziale Einbettung“ der Gehörlosen, die daraus erwachsenden kulturellen wie sprachlichen Besonderheiten und deren Folgen für die psychiatrische Therapie diskutiert und der aktuelle Stand der therapeutischen Möglichkeiten vorgestellt.

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>6</b>
1.1	DEFINITIONEN .....	6
1.2	PRÄLINGUALE GEHÖRLOSIGKEIT .....	7
1.2.1	<i>Definition und psychosoziale Charakteristiken .....</i>	<i>7</i>
1.2.2	<i>Cochlear-Implantat .....</i>	<i>13</i>
1.3	PSYCHIATRIE UND GEHÖRLOSIGKEIT .....	18
1.3.1	<i>Nosologie und Psychologie der psychischen Erkrankungen Gehörloser .....</i>	<i>18</i>
1.3.2	<i>Geschichte und Entwicklung psychiatrischer Spezialabteilungen für Gehörlose.....</i>	<i>23</i>
1.4	SCHIZOPHRENEN GEHÖRLOSER .....	27
1.4.1	<i>Entstehung eines neuen „Forschungsstranges“ .....</i>	<i>27</i>
1.4.2	<i>Akustische Halluzinationen .....</i>	<i>29</i>
1.4.3	<i>Pharmakotherapie und Dyskinesien .....</i>	<i>30</i>
<b>2</b>	<b>METHODEN .....</b>	<b>32</b>
2.1	AUFBAU DER STICHPROBEN, KONTROLLGRUPPEN .....	32
2.2	UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE .....	35
2.3	QUALITATIVE DATENERHEBUNG.....	41
2.4	KASUISTISCHE DATEN.....	41
2.5	REKRUTIERUNG DER PROBANDEN.....	41
2.5.1	<i>Stichprobe GL-F20par .....</i>	<i>41</i>
2.5.2	<i>Stichprobe HÖ-F20par.....</i>	<i>42</i>
<b>3</b>	<b>ERGEBNISSE.....</b>	<b>43</b>
3.1	VERTEILUNG NEUROLEPTISCHER HAUPTGRUPPEN .....	43
3.2	TAGESDOSIS .....	44
3.3	POSITIVE BEWERTUNGEN UND NEBENWIRKUNGEN DER NEUROLEPTISCHEN THERAPIE .....	45
3.4	INFORMATIONSGRAD BZW. -QUELLE DER PROBANDEN BEZÜGLICH IHRER .....	48
	PHARMAKOTHERAPIE .....	48
3.4.1	<i>Basiswissen zur Pharmakotherapie.....</i>	<i>48</i>
3.4.2	<i>Eigenständige Informationssuche der Probanden über Wirkungen und .....</i>	<i>49</i>
	<i>Nebenwirkungen der Neuroleptika und deren Quellen .....</i>	<i>49</i>

3.5	COMPLIANCE.....	50
3.5.1	<i>Informationsbereitschaft der Probanden.....</i>	50
3.5.2	<i>Regelmäßige Einnahme der Medikamente.....</i>	52
3.5.3	<i>Regelmäßiges Einhalten der Termine für die Depotspritze.....</i>	53
3.5.4	<i>Selbständiges Erhöhen der Medikation.....</i>	54
3.5.5	<i>Selbständige Reduzierung der Medikation.....</i>	55
3.6	ZUFRIEDENHEIT DER PROBANDEN MIT DER MEDIKAMENTÖSEN THERAPIE UND DEN.....	56
	GEGEBENEN INFORMATIONEN ÜBER WIRKUNGEN UND NEBENWIRKUNGEN DER.....	56
	NEUROLEPTIKA.....	56
3.6.1	<i>Beurteilung des einzunehmenden Neuroleptikums.....</i>	56
3.6.1	<i>Einschätzung der Notwendigkeit der Neuroleptikaeinnahme.....</i>	58
3.6.2	<i>Zufriedenheit mit den Informationen über die medikamentöse Therapie.....</i>	59
3.7	DYSKINESIEN.....	60
3.7.1	<i>ADS (Abbreviated Dyskinesia Rating Scale).....</i>	60
3.8	BEGLEITMEDIKATION.....	62
3.8.1	<i>Anticholinergika als Begleitmedikation.....</i>	62
3.8.2	<i>Antidepressiva als Begleitmedikation.....</i>	63
3.9	OUTCOME-DATEN.....	64
3.9.1	<i>GAS (Global Assessment Scale).....</i>	64
3.9.1.1	<i>GAS (Prämorbid).....</i>	65
3.9.1.2	<i>GAS (Outcome).....</i>	66
3.9.1.3	<i>Differenz GAS (Prämorbid/Outcome).....</i>	67
<b>4</b>	<b>DISKUSSION.....</b>	<b>68</b>
4.1	OUTCOME-DATEN UND DEREN BEZUG ZU VERSCHRIEBENEN NEUROLEPTIKADOSEN.....	69
4.2	NEUROLEPTISCHE NEBENWIRKUNGEN EINSCHLISSLICH DER DYSKINESIEN.....	72
4.3	EINSTELLUNGEN ZU KRANKHEIT UND THERAPIE.....	75
4.3.1	<i>Basiswissen zur Pharmakotherapie.....</i>	75
4.3.2	<i>Compliance.....</i>	76
4.3.3	<i>Beurteilung der Therapie.....</i>	80
4.4	ZUSAMMENFASSUNG DER STUDIENHYPOTHESEN.....	83
4.5	ÜBERLEGUNGEN ZUR PSYCHIATRISCHEN BEHANDLUNG.....	84
	<b>LITERATUR.....</b>	<b>89</b>



# 1 Einleitung

## 1.1 Definitionen

Zur Einführung in die Hörgeschädigten-Thematik ist es sinnvoll, eine definitorische Abgrenzung ihrer verschiedenen Formen vorzunehmen. Zwei Gesichtspunkte sind dabei wesentlich:

- der Zeitpunkt des Eintritts der Hörschädigung
- der Grad und das Ausmass der Hörschädigung.

Ab einem beidseitigen Hörverlust von 90 dB spricht man von Gehörlosigkeit, während alle geringeren Hörverluste als Schwerhörigkeit bzw. Resthörigkeit eingestuft werden. Tritt ein Hörverlust kongenital oder vor dem Erwerb einer Lautsprache, d.h. bis ca. zum 18. Lebensmonat auf, so bezeichnet man die vorliegende Hörschädigung als „prälingual“, später auftretende Hörverluste hingegen als postlingual. Jenseits des vollständigen Lautspracherwerbs aufgetretene Hörverluste bezeichnet man eher als „(Spät-) Ertaubung“.

Die Ursachen für einen Hörverlust bzw. eine Gehörlosigkeit sind vielfältig, sie können allerdings in drei Hauptunterscheidungsmerkmale untergliedert werden:

- erworben bzw. exogen verursacht
- hereditär
- Hörverluste unbekannter Ätiologie.

Die erworbenen bzw. exogen verursachten Hörverluste entstehen z.B. durch infektiös-toxische oder traumatische Störungen, die pränatal, perinatal oder postnatal auftreten können. Dazu gehören z.B. die Rötelnembryopathie oder mechanische Geburtsschäden mit Sauerstoffmangel bei Frühgeburten. Auch ototoxische Medikamente, wie z.B.

Streptomycin, Kanamycin, Antiprotozoika und Diuretika, können Hörverluste induzieren.

Weiterhin muss nach den Formen des Hörverlustes unterschieden werden zwischen:

- Schalleitungsstörungen (konduktive Schäden) durch Mißbildungen oder Erkrankungen des äußeren und des Mittelohres.
- Schallempfindungsstörungen (sensorineurale Schäden) durch Störungen in der Schnecke (Cochlea) oder durch retrolabyrinthäre Schäden (Hörnerv, Cochleariskerne, zentrale Schäden).
- kombinierte Schalleitungs- und Schallempfindungsschädigungen.

Die Schallempfindungsstörungen sind schwerwiegender, da sie in der Regel mit einem größeren Hörverlust einhergehen und auch therapeutisch weniger zu beeinflussen sind.

## 1.2 Prälinguale Gehörlosigkeit

### 1.2.1 Definition und psychosoziale Charakteristiken

„Als gehörlos gelten im erziehungswissenschaftlichen Sinne diejenigen Menschen, die infolge einer extremen Schädigung ihres Gehörs selbst bei bestmöglicher Schallverstärkung durch elektroakustische Geräte keine oder nur ganz begrenzte auditive Wahrnehmungseindrücke haben, insbesondere Sprache nicht über das Ohr aufnehmen und diskriminieren können ...“ (Brosch und Kampert 1991).

Bezüglich der prälingualen Gehörlosigkeit ist zu dieser Definition hinzuzufügen, dass die genannten Bedingungen schon vor dem Erwerb einer Lautsprache, also in der Regel vor dem 18. Lebensmonat, zur Ausprägung gekommen sein müssen. Weiterhin wird hier klargestellt, dass es per definitionem vor allem um die Unfähigkeit der Sprachwahrnehmung- bzw. diskriminierung geht und der Begriff der „Gehörlosigkeit“ nicht mit einem völligen Fehlen auditiver Afferenzen zu verwechseln ist. Rammel

(1975) schätzt den Anteil von Gehörlosen ohne verwertbares Restgehör auf etwa 30%, den der Gruppe der Gehörlosen mit verwertbarem Restgehör auf etwa 70%.

Die früher auch als „Taubstummheit“ bezeichnete Behinderung hat nun auf das Leben der von ihr betroffenen Menschen weitreichende sprachliche, psychische aber eben und im besonderen auch vielfältige soziale Auswirkungen, die sich von denen der anderen Hörschädigungsformen deutlich unterscheiden.

Durch die Unfähigkeit zum spontanen Lautspracherwerb fehlt den gehörlosen Kindern die Möglichkeit, eine adäquate Kommunikationsebene zu ihren primären Bezugspersonen, den in der Regel hörenden Eltern, aufzubauen. Häufig wird die Gehörlosigkeit auch erst sehr spät erkannt, so dass eine spezifische Förderung des Kindes erst zu einem fortgeschrittenen Zeitpunkt der psychosozialen Entwicklung einsetzen kann. Und wäre dies nicht alles schon schwierig genug, so führt eine kontrovers geführte Diskussion über die richtige Spracherziehung gehörloser Kinder dann endgültig zu Unsicherheiten, die Eltern und Kind sehr belasten.

Den Eltern, die unter der fehlenden Kommunikation mit ihrem Kind leiden, werden mitunter ungerechtfertigte Hoffnungen bezüglich der technischen Möglichkeiten und der mit ihr und einem früh einsetzenden Training erreichbaren lautsprachlichen Kompetenz des Kindes gemacht. Dies führt dazu, dass es ihnen nicht wirklich ermöglicht wird, die Verunsicherung, die sie bei der Diagnosestellung erlitten haben, adäquat zu verarbeiten, geschweige denn die Behinderung ihres Kindes zu akzeptieren. So sehr der Wunsch der Eltern, ihr Kind in der Welt der Hörenden zu etablieren, zu verstehen ist, so traumatisierend ist die rein lautsprachliche Erziehung für das gehörlose Kind. Es soll nicht nur durch das Ablesen von den Lippen das Verstehen der gesprochenen Sprache erlernen, sondern auch durch das Nachahmen der gesehenen Artikulation das aktive Sprechen trainieren. Aber diesem Vorhaben steht nicht nur der auditive Afferenzverlust im Wege, sondern auch der durch ihn induzierte *Reafferenzverlust*, d.h. die Unfähigkeit Gehörloser, sich selbst zu hören. Es fehlt jegliche Rückkopplung der von ihnen gesprochenen Wörter und Laute, so dass ein wichtiges Kontrollinstrument für den spontanen Erwerb einer Sprache nicht genutzt werden kann.

Eine Alternative zum Erlernen einer Lautsprache besteht für die Gehörlosen in der Anwendung der Gebärdensprache, einem System aus verschiedenen Zeichen, „...die mittels Bewegungen und Haltungen des Körpers, insbesondere mit dem Gesicht, den Händen und den Armen dargestellt werden, deren Bedeutung sich meist nicht aus dem Zeichen selbst erschließen läßt, sondern direkt oder indirekt abgesprochen ist und nur einem beschränkten Kreis von Eingeweihten zugänglich bleibt.“ ( Breiner 1985, S. 251). Diese skeptische Beschreibung des Wesens der Gebärdensprache impliziert schon einen wichtigen Standpunkt, den die sogenannten „Oralisten“ in der Diskussion einnehmen: Die Gebärdensprache sei nicht allgemein verständlich, die Gehörlosen würden sich durch ihre ausschließliche Anwendung von der übrigen Gesellschaft isolieren.

Weitere Vorbehalte sind:

- die Gebärdensprache übe einen Verdrängungseffekt auf das Erlernen einer Lautsprache aus.
- sie sei nicht in gleicher Weise wie die Lautsprache in der Lage, Informationen in einer hohen Dichte und mit hoher Präzision wiederzugeben.
- eine Auflösung der Realitätsbindung finde nicht im gleichen Ausmass wie bei der Lautsprache statt, die Gebärdensprache sei nicht dazu geeignet Irrealis-Formen (wie z.b. Konjunktiv und Konditional) abzubilden.
- es sei nicht möglich, abstrakte Phänomene ausschließlich unter Zuhilfenahme der Gebärdensprache zu erklären, da diese zu konkretistisch sei.

(Breiner 1985)

Die Anfänge der Gehörlosenbildung lassen sich bis in das 18. Jahrhundert zurückverfolgen. Damals wurde die erste Taubstummenschule von Charles-Michel de l'Épée (1712-1789) gegründet, einem Geistlichen, der 1776 das erste – in heutiger Terminologie- „gehörlosenpädagogische“ Unterrichtswerk herausgab. Im Gegensatz zu seinem Zeitgenossen Samuel Heinicke (1727-1790), dem Begründer des Leipziger Taubstummeninstituts, interessierte sich de l'Épée für die Gebärdensprache seiner Schüler und versuchte dieses Wissen für seinen Unterricht zu nutzen. Der Gegensatz dieser beiden Auffassungen, die eingedenk der Nationalitäten ihrer Begründer auch als die „französische“ und „deutsche“ Methode bezeichnet werden ( Prillwitz 1990:133), führte in der Taubstummenerziehung zu einer Polarisierung, die im Jahr 1880 auf einem internationalen Kongreß von Taubstummenlehrern in Mailand ( Lane 1989: 454ff) ihren Höhepunkt fand, als dessen Ergebnis die rein lautsprachliche oder „oralistische“ Erziehung kanonisiert und die Gebärdensprachen dadurch weitgehend aus der Unterrichtspraxis entfernt wurden.

Diese aus der heutigen Sicht sehr autoritär anmutende Entscheidung wirkt noch bis auf den heutigen Tag nach. Auch im modernen Unterrichtsalltag haben die Gebärdensprachen im „Land der deutschen Methode“ noch keinen guten Stand. Dennoch fungieren die Gehörlosenschulen, die in den meisten Fällen als Internate betrieben werden, als „Brutstätte der Gebärde“, da hier die gehörlosen Kinder das erste Mal mit Gleichbetroffenen zusammenkommen, die vielleicht schon einige Kenntnisse in der Anwendung der für Gehörlose leichter zu handhabenden Gebärdensprache erworben haben. Dieser sich für die Kinder außerhalb des Unterrichts abspielende Lernvorgang wird für ihre weitere soziale Entwicklung besonders wichtig. Das „Zeichen“ ermöglicht es ihnen, wahrscheinlich zum ersten Mal in ihrem Leben, mit anderen Menschen ungehemmt zu kommunizieren. Diese nicht unerhebliche Tatsache wird von den Verfechtern des „Oralismus“ nicht erwähnt, ihre Argumente mögen noch so fundiert und sogar ansatzweise gut gemeint sein, aber sie wirken insgesamt doch sehr autoritär und wenig realistisch, da die Gehörlosen, wie Langzeituntersuchungen erwiesen, in der Mehrzahl sichtlich unter diesen Bedingungen leiden. „Zerrissen“ zwischen zwei Welten, fühlen sie sich zu einer Art Doppelleben verurteilt. Der vorgegebene Weg der „oralistischen“ Erziehung läßt sie sehr schnell ihre eigenen Grenzen erfahren und außerdem führt er dazu, dass die normale psychische

Entwicklung der Kinder durch die für sie stigmatisierende Kommunikation gestört wird. Wie soll ein gehörloses Kind, das beim Sprechen einer viel größeren Anstrengung unterliegt als ein gleichaltriges hörendes und dessen Artikulation wahrscheinlich niemals in der Aussprache und der Wortwahl diesem ebenbürtig wird, Erfolgserlebnisse haben, die in dieser Phase der Entwicklung so wichtig sind? Darüber hinaus erfordert das Erlernen der Lautsprache vom Kind nicht nur einen größeren Energie-, sondern auch einen immensen Zeitaufwand, wodurch die ebenfalls wichtige Beschäftigung mit anderen Lerninhalten verhindert wird.

Anstatt das Zurechtkommen der Gehörlosen in der Gesellschaft zu erleichtern, erschweren diese Erziehungsbedingungen es eher, da das Wissen um die Gehörlosthematik in der Bevölkerung gering ist. Ihre Artikulation wirkt auf Hörende oft erschreckend und unverständlich und sie reagieren verstört darauf. Diese Rückmeldung hat beim Gehörlosen wiederum einen ähnlichen Effekt, er wird immer mehr verunsichert und traut sich bald gar nicht mehr zu, in der Öffentlichkeit etwas zu sagen. Prillwitz (1982) beschreibt einige der Strategien der Gehörlosen, um sich der schwierigen kommunikativen Situationen mit Hörenden zu entziehen:

- Die notwendigen „Versorgungskontakte“ werden so gestaltet, dass die Verwendung der Lautsprache vermieden wird (z.B. Einkaufen in Selbstbedienungsläden, Kaufen von Fahrkarten am Automaten und nicht am Schalter, Regelung von Behördenkontakten, wenn möglich auf schriftlichem Wege usw.).
- Unumgängliche Kontakte werden vorausgeplant (z.B. wird das nötige Kleingeld für eine Busfahrt abgezählt zurechtgelegt), ist ein sprachlicher Kontakt unumgänglich, beschränkt man sich auf sehr kurze Äußerungen in der Lautsprache und setzt bei Verständigungsschwierigkeiten die Schriftsprache als „letztes Mittel“ ein.
- In schwierigen Situationen unterstützen sich die Gehörlosen gegenseitig oder schalten hörende Bezugspersonen ein (oft die eigenen Kinder), die Dolmetscherdienste übernehmen.

Aus dieser Situation heraus entwuchs eine vielfach zu beobachtende Abneigung den Gehörlosen gegenüber, ihnen wurden und werden noch heute einige Eigenschaften bzw. Vorurteile zugesprochen, deren Entstehung wohl auch mit den Folgen der beschriebenen Erziehung in Zusammenhang gebracht werden muß. So seien Gehörlose z.B. abhängig, asozial, beeinflussbar, isoliert, cliquenhaft, naiv, aggressiv, wobei die Liste noch beliebig erweitert werden könnte.

Trotz dieser schwierigen Bedingungen entwickelte sich die Gehörlosengemeinschaft etwa ab dem 18. Jahrhundert zu einem in lokaler und später auch in globaler Hinsicht weitumspannenden sozialen Netzwerk, dessen Zentrum die gemeinsame „kulturstiftende“ Gebärdensprache darstellte. Allein in der Bundesrepublik Deutschland leben heute etwa 80.000 prälingual gehörlose Menschen, die mehr oder weniger intensiven Kontakt zu dieser Gemeinschaft pflegen. Sie ist ihre soziale Heimat, sie bietet ihnen eine „kulturelle“ Identität, die sie in der übrigen Gesellschaft vermissen und somit geht die Bedeutung dieser Gemeinschaft für die Gehörlosen über die Funktion einer Art „Selbsthilfegruppe“ hinaus. Sie beschränkt sich eben nicht ausschließlich auf die Behinderung und ihre psychosoziale Bewältigung, sondern erfasst auch viele andere Lebensbereiche. Diese durchaus wichtige und positiv zu betrachtende Eigenschaft birgt aber auch Gefahren in sich. Wie jede soziale bzw. kulturelle Minderheit übt auch die Gehörlosengemeinschaft auf ihre Mitglieder einen nicht zu unterschätzenden Konformitätsdruck aus, der auch schon dazu geführt hat, dass die „soziale Heimat“ der Gehörlosen als „Ghetto“ titulierte wurde. Objektiv gesehen fällt auf, dass die meisten Gehörlosen den größten Teil ihrer Freizeit in der Gemeinschaft verbringen und auch in der Partnerwahl fast ausschließlich auf sie beschränkt bleiben. Dieser Umstand erklärt sich natürlich leicht durch die besonderen Verhältnisse der Gehörlosengemeinschaft, dessen Fundament ja die gemeinsame Sprache bildet, insbesondere aber auch, und hierin unterscheiden sie sich von anderen Minderheiten, durch die Unfähigkeit, die mehrheitlich verwendete Lautsprache adäquat zu erlernen.

### 1.2.2 Cochlear-Implantat

In den letzten Jahren trat zunehmend ein neuer Aspekt der Gehörlosen-Thematik in den Blickwinkel einer breiteren Öffentlichkeit, der viele Gemüter erhitzte und die „Kluft“ zwischen der Gehörlosengemeinschaft und der „hörenden Welt“ eher vertiefte als zu einem größeren Verständnis zu führen.

Durch die Entwicklung eines sogenannten „Cochlear Implantats“ wurden die technischen Voraussetzungen für den Erwerb eines „Gehörs“, bei gehörlosen Menschen geschaffen, von der sich die Wissenschaftler und Ärzte sozusagen einen Paradigmenwechsel in der Behandlung versprochen und der gleichermassen in der Gehörlosengemeinschaft Hoffnungen aber auch Ängste um den Verlust der eigenen Identität und des Selbstverständnisses schürte, die nicht selten zu erhitzten Diskussionen über den Umgang mit dieser neuen Technologie führten.

Was steht also hinter diesem vielversprechenden Begriff „Cochlear-Implantat“? Handelt es sich dabei um ein nahezu vollwertiges Substitut des menschlichen Gehörs oder kann es die hohen Erwartungen an einen möglichen besseren Lautspracherwerb und eine umfassende Verbesserung der Lebensqualität für gehörlose Menschen nur bruchstückhaft erfüllen bzw. bedeutet es vielleicht sogar eine Gefahr für die psychosoziale Entwicklung Gehörloser auf dem Hintergrund ihrer eigenen kulturellen und individuellen Identität? –

Wie man sehen wird, ist diese Frage nicht leicht zu beantworten und sieht man einmal von den sehr unterschiedlichen Standpunkten der Diskussionspartner ab, so wird klar, dass es sich bei diesem Thema um eine sehr differenzierte Problematik handelt, die wohl nur in einer individuellen Indikationsstellung und umfassenden Verlaufsbeobachtung zufriedenstellend geklärt werden kann.

Technisch gesehen besteht das „Cochlear Implantat“ aus zwei Komponenten: Dem Implantat und einem Sprachprozessor. Das Implantat ist eine elektronische Stromquelle (in ein Titangehäuse eingeschweißt), die hinter dem Ohr unter der Kopfhaut auf den Schädelknochen aufgesetzt wird und von der aus ein feines Kabel mit Elektroden in das Innenohr zieht. Außerhalb des Körpers wird ein digitaler Sprachprozessor getragen. Er ist mit einem hörgeräteähnlichen Mikrofon verbunden, das hinter dem Ohr getragen

wird. Eine Sendespule wird auf der Kopfhaut über dem Implantat mit Hilfe eines eingebauten Magneten fixiert.

Fallen nun die Hörzellen im Innenohr aus, kann keinerlei akustische Information aufgenommen und weitergeleitet werden. Der Patient ist hochgradig schwerhörnd oder gehörlos. An dieser Stelle übernimmt das Cochlear Implantat mit Hilfe winziger Elektroden (bis zu 22) die Funktion der verlorengegangenen Hörzellen und stimuliert den Hörnerv direkt. Der Schall, der das Ohr erreicht, wird mit einem kleinen hörgeräteähnlichen Mikrofon, das hinter dem Ohr getragen wird, aufgezeichnet und mit Hilfe eines tragbaren Sprachprozessors in einen digitalen Kode für das Cochlear Implantat und dessen, in das Innenohr implantierten Mikroelektroden umgewandelt. Die Übertragung erfolgt drahtlos durch die Haut mit der auf der Kopfhaut getragenen Sendespule.

Die Möglichkeit zur Nutzung eines Cochlear Implantats ist im Allgemeinen von verschiedenen medizinischen Voraussetzungen abhängig ( BCIC- Bayerisches Cochlear Implant Centrum Regensburg-Straubing):

- **Ausfall der Hörzellen im Innenohr. Das heißt Taubheit oder ein Restgehör, das aber auch mit der bestmöglichen Hörgeräteversorgung keine oder nur eine sehr eingeschränkte Sprachverständlichkeit ermöglicht (Freiburger Einsilbertest bei 65 dB mit Hörgerät <30%).**
- **Flüssigkeitsgefülltes Innenohr (keine Verknöcherungen).**
- **Funktionierender Hörnerv.**
- **Bei erwachsenen Patienten sollte die Hörstörung erst nach dem Spracherwerb eingesetzt haben.**

Ab und bis zu welchem Alter wird implantiert:

- **Die Operation erfolgt i.d.R. erst ab dem 1-2. Lebensjahr.**
- **Gehörlos geborene oder frühertaubte Kinder (Ertaubung vor dem Spracherwerb), Kinder mit minimalem Restgehör: Alter zwischen 2 - 8 Jahren.**
- **Spätertaubte Kinder, Ertaubung nach dem Spracherwerb z. B. durch Meningitis: *Operation so schnell wie möglich!***
- **Kinder mit sich langsam verschlechterndem Restgehör: Sobald der Nutzen des Hörgerätes eine ausreichende Kommunikation oder den weiteren Spracherwerb nicht mehr ermöglicht.**
- **Bei gehörlos geborenen Kindern ohne Spracherwerb ist ab dem 5. - 8. Lebensjahr der Nutzen eines CI begrenzt. Hier muß in jedem Einzelfall die Möglichkeit zur Implantation geklärt werden.**
- **Eine obere Altersgrenze ist bei Erwachsenen nur von der allgemeinen Verfassung und Operationsfähigkeit des Patienten abhängig.**

Wie bereits erwähnt, wird die Diskussion um den richtigen Einsatz des Cochlear Implantates sehr kontrovers geführt. So hört man aus den Reihen der „Gehörlosengemeinschaft“ immer wieder das Argument, dass eine einseitige Orientierung an der hörenden Mehrheit, die durch das Cochlear-Implantat noch verstärkt würde, eine Überforderung des gehörlosen Kindes bedeuten würde. Zudem würde hierdurch eine Vernachlässigung des frühzeitigen Erwerbs der Gebärdensprache provoziert, die zu dem Verlust emotionaler Nähe in frühen Entwicklungsstadien und zu einer zunehmenden Distanz zur Gehörlosengemeinschaft führen würde. Ulrike Gotthardt, Leiterin der Spezialstation für gehörlose psychiatrische Patienten in Lengerich schreibt darüber:

„Wird hier nicht versucht, den Förderschwerpunkt auch in der Gehörlosen- bzw. Hörbehinderten-Welt zu setzen- u.a. durch den Einsatz der entsprechenden Kommunikationsmodi und das Heranführen an andere Betroffene-, so gerät das Kind mit zunehmendem Alter in eine bewusste oder unbewusste Ambivalenz i.S. einer Konkurrenz beider Welten. So beginnen erfahrungsgemäss viele Gehörlose nach vorangegangener starker Ausrichtung auf Hörende erst gegen Ende der Pubertät ihre Identität als Gehörlose zu akzeptieren. Dies oft erst nach ausgeprägter innerer Zerrissenheit, Wut, Trauer und Enttäuschung. Denn erst jetzt können sie ihre

Erkenntnis, dass eine befriedigende Integration mit entspannter und emotional vollwertiger Kommunikation für sie nur unter Gehörlosen bzw. Hörbehinderten möglich ist, gegen die Wünsche und Anforderungen Hörender durchsetzen. Adäquate Startchancen werden sie jedoch nur dann in der Welt der Gehörlosen haben, wenn sie seit frühester Kindheit quasi muttersprachlich mit der Gebärdensprache aufgewachsen sind. Das Erlernen der Gebärdensprache erst zum Zeitpunkt der Pubertät wird bis auf seltene Ausnahmen kaum noch im umfassenden Masse gelingen.“

(Gotthardt, 1995)

Diese Ausführungen werden besonders verständlich, wenn man bedenkt, dass das Cochlear Implantat **nicht** die normale Hörfähigkeit vollständig ersetzt bzw. ermöglicht. So soll es den Patienten zum jetzigen Stand der Technik vor allem die Möglichkeit zur Wahrnehmung von Sprache ermöglichen. Dies ist aber an einen längeren Lernprozess und der wiederholten Optimierung des Sprachprozessors gekoppelt und nicht mit dem Hörvermögen eines „hörgesunden“ Menschen zu verwechseln.

„ ... Und ein prälingual ertaubter CI-Träger ist und bleibt auch ein hörbehinderter Mensch!“

(Gotthardt, 1995)

Das diese Befürchtungen durchaus ihre Berechtigung haben zeigt sich u.a. daran, dass es einige dokumentierte Fälle gibt, in denen sich nachträglich implantierte Patienten das Implantat wieder explantieren liessen, weil sie massive psychische Probleme aufgrund der ungewohnten Sinneswahrnehmung bekamen, die sogar in Einzelfällen zur stationären Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik führten. Diese Vorkommnisse trugen u.a. zu der Erkenntnis bei, dass die Implantation des CI bei erwachsenen prälingual ertaubten Gehörlosen nicht mehr durchgeführt werden sollte. So wird die Implantation für prälingual Ertaubte nur für Kinder im Alter von 1-2 Jahren empfohlen.

Den Argumenten der Gehörlosengemeinschaft stehen die ebenso bedenkenswerten Ziele der Befürworter des Cochlear-Implantates gegenüber, die sich hauptsächlich auf das Argument beziehen, dass technischer Fortschritt nicht aufzuhalten sei und mit der Einführung dieser Technologie immer mehr gehörlosen oder schwerhörigen Menschen

eine Möglichkeit gegeben wird, an der „hörenden Welt“ zu partizipieren. So kam es dazu, dass sich beide Seiten eine teilweise sehr emotionale Diskussion lieferten, die bis dato nichts an ihrer Brisanz verloren hat und nicht dazu führen konnte, kurzfristig zu einem konstruktiven Austausch von Erfahrungen und Fachwissen zu kommen, der für den Prozess des besseren Verständnisses der fundierten Argumente beider Seiten nützlich wäre.

Ein möglicher Lösungsansatz zur Überwindung dieser scheinbar unüberbrückbaren „Kluft“ zwischen beiden Parteien wird z.B. von Thomas P. Gonsoulin in seinem Artikel mit dem Titel „Cochlear Implant/Deaf World Dispute: Different bottom elephants“ vorgeschlagen. Hier schreibt er:

„In attempt to bridge the gap of hostile rhetoric, the otologic surgeon must be willing to think philosophically, to step out of the purely scientific mode for a bit. It means being willing to consider thinking differently, to grapple with the definitions of culture and disability, which may be more sophisticated and difficult than initially perceived. It means being willing to step into another’s shoes, to hear what the Deaf World is saying at a deeper level. It means to understand what “deafness is a disability” means to the member of the Deaf World, to go beyond the obvious, apparent absurdity of the statement. It means being willing to be influenced by others and not be diminished by the experience.

... For their part, the Deaf World needs to commit seriously to maintain dialogue with the otologic community. It means acquiring an accurate vision of hearing advances and disseminating that information truthfully to its members. It means avoiding exaggerated descriptions of cochlear implants. It means being willing to resist the use of inflammatory, demeaning, accusatory language when faced with the apparent threat to one’s bottom elephant. It means being willing to be influenced by the otologic community without losing stature.”

(Gonsoulin, 2001)

### 1.3 Psychiatrie und Gehörlosigkeit

Ein besonderes Interesse der Psychiatrie an mit der Gehörlosigkeit assoziierten Problemen lässt sich bis in das Ende des 19. Jahrhunderts zurückverfolgen. Damals publizierte der Göttinger Psychiater August Cramer (1860-1912) einen Aufsatz über „Sinnestäuschungen bei geisteskranken Taubstummen“, in dem er kasuistisch den Fall eines kongenital taubstummen Mannes beschrieb, der im Alter von 28 Jahren zunächst paranoide und später auch halluzinatorische Symptome entwickelte. Dabei stellte sich heraus, dass es sich bei den Sinnestäuschungen, die das Gehör betrafen, um akustisch empfundene Wahrnehmungen handelte, die sich bei dem Patienten in Form von „kommentierenden Stimmen“ äußerten. Diese Kasuistik sollte für einige Jahrzehnte der einzige dokumentierte Verlauf einer vermutlich schizophrenen Psychose bei einem prälingual gehörlosen Patienten bleiben.

#### 1.3.1 Nosologie und Psychologie der psychischen Erkrankungen Gehörloser

In etwa parallel zu Cramers Beobachtungen wurde der erste Brückenschlag zwischen Psychiatrie und Gehörlosigkeit auf einem etwas anderen Weg verfolgt. Ausgehend von einer Studie Köppes (1867) über „Gehörsstörungen und Psychosen“, in der 31 Kasuistiken dargestellt wurden, entwickelte sich eine Theorie, die von einer durch die Schädigung eines Sinnesorgans hervorgerufenen, erhöhten Anfälligkeit gegenüber paranoiden und halluzinatorischen Phänomenen ausging.

Kraepelin beschreibt 1915 den „Verfolgungswahn der Schwerhörigen“ und grenzt ihn als eigenständige Erkrankung von der Dementia-Praecox-Gruppe ab, indem er eine psychologische Ursache postuliert, die die wahnhafte Symptomatik gehörloser Patienten als eine natürliche Folge ihrer „durch die Unterbindung der wichtigsten seelischen Beziehungen zur Außenwelt“ (Kraepelin 1915: 1441) hervorgerufene Unsicherheit erklärt.

Bleuler schreibt darüber 1960:

„Schwerhörige und Taubstumme verstehen die Umgebung häufig nicht genügend, werden deshalb reizbar und mißtrauisch und kommen mit oder ohne Aufregung zu falscher Beurteilung der Umgebung. In einzelnen Fällen, namentlich bei älteren Frauen, entwickelt sich daraus ein zusammenhängenderes paranoia-artiges Krankheitsbild, gewöhnlich mit Verfolgungsideen, die aber selten volle Sicherheit erlangen und meistens mehr den Charakter ängstlicher Befürchtungen tragen.

Erinnerungstäuschungen, Illusionen, gelegentlich wohl auch Halluzinationen bestätigen den Wahn und vergrößern die Schwierigkeiten.“ ( E. Bleuler 1960).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts nahm sich vor allem die Entwicklungspsychologie der Gehörlosigkeit an. Die Arbeitsgruppe des amerikanischen Begründers der Gehörlosenpsychologie, Rudolf Pintner, erarbeitete mehrere Testverfahren zum Thema „Intelligenz“, um die besonderen Teilleistungsschwächen bzw. -stärken gehörloser Kinder besser zu erfassen und gezielter fördern zu können. Zusammenfassend wurden anhand dieser Studien Intelligenzniveaus gehörloser Kinder berechnet, die quantitativ mit denen 3-4 Jahre jüngerer hörender Kinder vergleichbar waren. Außerdem fand man heraus, dass die besonderen Qualitäten der Intelligenz gehörloser Kinder eher im motorischen und „konkreten“ Bereich als im abstrakt-theoretischen anzusiedeln waren. Diese Erkenntnisse stießen jedoch auf sehr heftige Kritik, da sie die Gefahr einer „Abstempelung“ gehörloser Menschen zu „fleißigen und guten Arbeitern“ in sich bargen. Man mußte ferner auch zugestehen, dass die von den gehörlosen Kindern bearbeiteten Testitems nicht gänzlich frei von lautsprachassoziierten Denkstrukturen waren, so dass die Aufgabenstellung häufig nicht den besonderen Teilleistungstärken Gehörloser entsprach. So ist im Grunde bis heute noch keine Einigung über die Frage, ob gehörlose Menschen weniger „intelligent“ seien als hörende, erfolgt.

Der norwegische Psychiater Terje Basilier veröffentlichte 1964 in einer internationalen psychiatrischen Fachzeitschrift einen Aufsatz mit dem Titel „Surdophrenia“, in dem er den Versuch unternahm, ein allgemeines Persönlichkeitsprofil Gehörloser zu entwerfen.

Basilier war tätig an der norwegischen psychiatrischen Spezialabteilung für Gehörlose in Lovisenberg und gründete seine Hypothesen vorrangig auf klinischen Beobachtungen aus dieser Zeit. Er betonte ausdrücklich, dass dieser Entwurf einer Charakterisierung natürlich nicht auf alle gehörlosen Menschen übertragbar wäre, sich jedoch seiner Einschätzung nach, psychisch auffällige Gehörlose erkennbar oft einigen der von ihm genannten Eigenschaftskriterien zuordnen ließen. Jacobs (1970) hat die der Surdophrenie zugrundeliegende Symptomkombination stichwortartig zusammengefasst:

- Hochgradige Hörschädigung von der Geburt oder von den frühesten Lebensjahren an.
- Sprachschwäche, Stummheit oder Gehörlosen- und Schwerhörigenprosodie, Begriffsarmut.
- Tendenz zum konkreten Denken; schwach entwickeltes Einfühlungsvermögen.
- Die Handlungsweise zeigt eine Neigung zum Schematisieren, zum Nachahmen. Nach dem Finden einer Lösung nur schwere Umstellung auf eine andere.
- Tendenz zur Projektion von Schuld und Verantwortung auf andere; mangelnde Fähigkeiten zur Selbstbeobachtung und zur Selbstkritik.
- Gewisse zum Narzissmus neigende Züge mit der Überschätzung der eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten und einer unrealistischen Haltung gegenüber den Schwierigkeiten des Lebens.
- Das Verhalten wird oft durch eine gesteigerte Impulsivität geprägt; Tendenz, sich in der Form des „acting out“ auszudrücken, was auf schwächere psychische Selbstkontrollfunktionen hinweist.

Diese Charaktereigenschaften manifestierten sich, laut Basilier, aufgrund einer fehlenden Kommunikation in frühen Entwicklungsjahren und einem damit einhergehenden Verlust intellektueller Kapazität und sozialer Kompetenz. Dass diese Darstellung eine enorme „Stigmatisierungsgefahr“ enthält liegt auf der Hand. Obwohl Basilier mehrfach aufgrund seiner Ausführungen kritisiert wurde, avancierte der Begriff „Surdophrenie“ in der Fachwelt zu einem Schlagwort, das sich wohl auch wegen seiner Ähnlichkeit zu dem Begriff „Schizophrenie“ hartnäckig in vielen „Köpfen festsetzte“.

Auch in den USA gab es Ansätze solcher Festlegungen von Persönlichkeitsprofilen. So kam man im Rahmen eines Forschungsprojektes ( Rainer, Altshuler, Kallmann 1963) mit einem Stichprobenumfang von mehr als 700 gesunden und psychisch gestörten Gehörlosen zu der folgenden Zusammenfassung „typisch gehörlosen Verhaltens“:

- Ein Mangel an Einfühlungsvermögen, d.h. Verständnis für sowie Rücksichtnahme auf die Gefühle anderer, verbunden mit einer begrenzten Einsicht in die Auswirkungen des eigenen Verhaltens auf andere.
- Eine egozentrische Weltsicht und eine unangemessene Erwartungshaltung hinsichtlich der Befriedigung ihrer Bedürfnisse und Wünsche.
- Die Reaktionen auf Enttäuschungen, Spannungen und Ängste sind eher durch eine Art primitiver Befreiung durch Aktion gekennzeichnet als durch innere Konflikte, die sich durch Selbstbeherrschung und selbst auferlegte Zwänge ergeben würden.
- Verhaltensmäßig spiegelt sich die Handlungsweise in starker Impulsivität und in dem Fehlen gedankenvoller Selbstbeobachtung wider.

Die Autoren sahen die „explosive, aggressive Reaktion“ als die häufigste Verhaltensstörung Gehörloser an. Sie beruhe auf einer relativen Unfähigkeit Gehörloser, innere Konflikte auf verbalem Wege auszudrücken, die sich aufgrund des

ungenügenden Lernprozesses adäquater sprachlicher Ausdrucksmöglichkeiten manifestiere.

Obwohl derartige Auslegungen auf breit angelegten empirischen Daten basierten und bestimmt einige nützliche Hilfestellungen für die psychiatrische Therapie boten, stießen sie auch auf heftige Kritik, da sich z.B. viele Betroffene durch diese sehr „rigiden“ Formulierungen verständlicherweise diskriminiert fühlen konnten. Außerdem erschwerten sie die „richtige“ Interpretation des individuellen Patientenschicksals zugunsten einer im Einzelfall möglicherweise unrechtmäßigen „Etikettierung“ psychiatrischer Kasuistiken anhand des dargestellten Persönlichkeitsprofils. Schliesslich wurde durch die Aufstellung solcher „Regelwerke“ eine scheinbar „zeitlose Gültigkeit“ suggeriert, die nicht viel Raum ließ für Anpassungen an die modernen Lebens- und Sozialisationsbedingungen Gehörloser.

Eine andere Zielrichtung, die man in den sechziger Jahren u.a. durch die Erforschung spezifischer Verhaltensprofile Gehörloser verfolgte, war die „Erhellung“ der sich mittlerweile verhärtenden Diskussion über die Verteilungshäufigkeiten psychischer Erkrankungen in der gehörlosen Subpopulation. Die bis dato durchgeführten empirischen Studien und klinischen Beobachtungen wiesen daraufhin, dass Gehörlose seltener depressive und zwanghafte Krankheitsbilder bzw. –symptome entwickelten, was man u.a. mit den von Basilier, Remvig und den amerikanischen Autoren (Rainer, Altshuler, Kallmann) herausgearbeiteten Persönlichkeitstheoriebildungen zu erklären versuchte. So nahm man einen hypothetischen Zusammenhang zwischen der sogenannten „explosiven Reaktion“ und dem relativen Fehlen depressiver Symptome an, der in dem gegensätzlich ausschließenden Charakter der beiden psychischen Reaktionsmuster gesehen und wiederum mit der Hypothese einer entwicklungspsychologischen Bindung des Lautspracherwerbs an die Über-Ich-Entwicklung in Zusammenhang gebracht wurde.

Seit Kraepelins' Definition des „Verfolgungswahns der Schwerhörigen“ zweifelte man ernsthaft an der Möglichkeit, dass auch prälingual Gehörlose, die – im Gegensatz zu Schwerhörigen – der Lautsprache nicht mächtig waren die gleichen psychischen Erkrankungen entwickeln bzw. ein den hörenden Patienten vergleichbares Spektrum

psychischer Symptombildung abdecken könnten. Besonders die Ausbildung einer schizophrenen Symptomatik wollte man ihnen nicht recht „zutrauen“ und verfiel in solchen Fällen häufig auf psychologische Erklärungsmuster, die bis hin zu „Attestierungen“ einer geistiger Behinderung reichten.

Heute weiß man, dass Gehörlose ein breites Spektrum psychiatrischer Erkrankungen entwickeln können, das demjenigen Hörender nicht unähnlich ist. Brosch und Kampert (1991) ermittelten während ihrer Forschungsarbeit in der Spezialabteilung für psychisch kranke Gehörlose in Lengerich eine Krankheitsverteilung, die bis auf eine Unterrepräsentation affektiver (in diesem Fall besonders depressiver) Psychosen durchaus derjenigen Hörender entspricht.

### 1.3.2 Geschichte und Entwicklung psychiatrischer Spezialabteilungen für Gehörlose

Erstmalig führte Hansen, ein selbst gehörloser Kunstmaler, 1929 in Dänemark eine Studie über die Präsenz gehörloser Patienten in psychiatrischen Kliniken durch und stieß dabei auf 36 längerfristig internierte gehörlose Patienten, die insgesamt 1,3 % der gehörlosen Bevölkerung ausmachten. Da der Vergleichswert psychiatrisch hospitalisierter bei den hörenden Patienten bei 0,17% lag, schloß Hansen, dass die Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen unter den Gehörlosen viel größer sein müsse. Er war auch der erste, der die durch die fehlenden Kommunikationsmöglichkeiten hervorgerufene „Isolierung“ der gehörlosen Patienten thematisierte und die Gründung einer „Spezialklinik für gehörlose Patienten“ vorschlug, die den nicht zu übersehenden Bedarf decken sollte. Wenig später wurde tatsächlich eine solche Klinik in Middelfart eröffnet, die aufgrund ihrer Lage in der Nähe einer Gehörlosenschule ausgewählt wurde.

Am New York State Psychiatric Institute bildete sich 1955 eine Arbeitsgruppe aus zwölf Psychiatern, Psychologen und Sozialwissenschaftlern, die eine epidemiologische Studie mit dem Ziel der Erfassung aller im amerikanischen Bundesstaat New York registrierter Gehörloser einschließlich der psychiatrisch untergebrachten, durchführen wollte. 1963 wurde ein Abschlußbericht veröffentlicht (Rainer, Altshuler & Kallmann), in dem man u.a. zu folgenden Ergebnissen kam:

- Die Prävalenz der Schizophrenie (wie auch die psychiatrische Gesamtmorbidität) lag in der gehörlosen Bevölkerung etwa doppelt so hoch wie die in der hörenden.
- Die stationären Aufenthaltszeiten der gehörlosen Patienten lagen weit über denjenigen der hörenden. Deshalb sind die erhobenen Prävalenzraten aufgrund stationärer Inanspruchnahmen *relativ* zu hoch gegriffen.
- Während der Behandlung gehörloser psychiatrischer Patienten ergeben sich immense kommunikative Versorgungsprobleme.

Diese ernüchternden Ergebnisse führten, wie zuvor in Dänemark, zu einer Diskussion über die Gründung einer Spezialabteilung für gehörlose psychiatrische Patienten, die daraufhin im Rockland State Hospital in Orangeburg im Bundesstaat New York realisiert wurde.

In Dänemark verfolgte Remvig den von Hansen (1929) begonnenen Forschungsansatz in drei monographischen Studien weiter. Die erste (Remvig 1969a) beschäftigte sich mit der allgemeinen Situation aller in Dänemark auffindbaren gehörlosen psychiatrischen Patienten (30 Patienten, von denen 6 mit der Diagnose „Schizophrenie“ vermerkt sind), die zweite (Remvig 1969b) war eine Längsschnittuntersuchung über die Krankheitsverläufe derjenigen Patienten, die in den ersten fünf Betriebsjahren der dänischen Spezialabteilung in Glostrup behandelt wurden (darunter 1 Patient mit der Diagnose „Schizophrenie“) und die dritte befasst sich mit kasuistischen Betrachtungen über das Thema der akustischen Halluzinationen gehörloser Schizophrener. Als Ergebnis fand er eine niedrigere stationär-psychiatrische Inanspruchnahme vor als Hansen, wobei der prozentuale Anteil aber immer noch deutlich über jenem der Gesamtbevölkerung lag.

Etwa zu dieser Zeit wurden auch in einigen anderen europäischen Ländern erste Spezialabteilungen für gehörlose Patienten gegründet, und zwar in Lovisenberg/Norwegen, Glostrup/Dänemark und Preston/Großbritannien.

In Deutschland gingen ersten Schritten in dieser Richtung auch einige empirische Untersuchungen über die Versorgungslage gehörloser psychiatrischer Patienten voraus. Die erste Erhebung von Jacobs wurde 1970 in Schleswig-Holstein durchgeführt. Er fand dort zu diesem Zeitpunkt 28 hospitalisierte gehörlose psychiatrische Patienten vor, deren alltägliche klinische Bedingungen und Krankheitsverläufe er studierte und vergleichend zu den früheren Studien in Skandinavien und den USA auswertete. In seinem Abschlußbericht schreibt er:

„Die in der vorliegenden Erhebung festgestellte große Häufigkeit und die relativ lange Behandlungsdauer unterstreichen die dringende Notwendigkeit einer wirksamen Sonderbehandlung mit einer angemessenen Diagnostik und Therapie. Dass eine solche Behandlung jedenfalls ansatzweise möglich ist, zeigen die Bemühungen auf diesem Gebiet in Skandinavien, England und den USA, die vor allem auf der Initiative engagierter Psychiater basieren.“ (Jacobs 1970, 139).

Trotz dieser Bemühungen ließen die ersten praktischen Schritte in Deutschland bis in die beginnenden 80er Jahre auf sich warten. 1982 wurde ein „Übergangwohnheim für psychisch gestörte Gehörlose“ im nördlichen Westfalen eingerichtet, in dem auch schwer kranke gehörlose Patienten aufgenommen wurden. Da ein Wohnheimprojekt mit begrenzten klinischen Mitteln nicht ausreichend auf die Behandlung eines einer stationären Aufnahme bedürftigen Patientengutes vorbereitet sein konnte und es ihm überdies an bundesweiter Unterstützung fehlte, mußte die Einrichtung im März 1985 auf Veranlassung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe wieder geschlossen werden und alle Patienten am gleichen Tag in die Westfälische Klinik Lengerich verlegt werden. Dort wurde seinerzeit quasi „über Nacht“ die erste psychiatrische

Spezialabteilung für gehörlose Patienten eingerichtet. Brosch und Kampert (1991) schreiben in ihrem Forschungsbericht über die Gehörlosenstation in Lengerich:

„Es gab jedoch anfangs keinen festen Stamm von Pflegepersonal für die Station, nur ungenügende Räumlichkeiten, und Gebärdensprachkompetenz und Erfahrung im Umgang mit Gehörlosen mußten von den Mitarbeitern erst allmählich erworben werden. Die ärztliche Betreuung erfolgte zunächst durch wechselnde Klinikärzte. Im Oktober 1985 verbesserten sich die Bedingungen erheblich durch die Anstellung einer selbst stark hörbehinderten und mit Gebärdensprache aufgewachsenen Stationsärztin. Aus dem anfänglichen „Chaos“- wie es rückblickend von den Mitarbeitern der ersten Stunde beschrieben wird- entwickelte sich allmählich eine Station mit einem festen Team aus 17 Mitarbeitern des Pflegepersonals und 3 therapeutischen Mitarbeitern (Ärztin, Psychologe, Sozialarbeiterin). Einige Mitarbeiter brachten private oder berufliche Erfahrungen mit Hörbehinderten, andere langjährige psychiatrische Erfahrung mit. Kommunikationsfähigkeit, inhaltliche Arbeitskonzepte und Stationsregeln entwickelten sich quasi „nebenbei“ im Arbeitsalltag. Der ständige Handlungsdruck bei steigender Nachfrage ließ wenig Raum für konzeptionelle Überlegungen, ein Austausch mit erfahrenen ausländischen Kollegen war aus finanziellen und zeitlichen Gründen nur sehr begrenzt möglich. .... Die Gehörlosenstation (GLS) Lengerich leistete auf diesem Gebiet in der BRD praktisch Pionierarbeit; vorliegende ausländische Erfahrungen ließen sich nicht immer ohne weiteres übertragen und konnten auch aus Zeitgründen nicht systematisch ausgewertet werden.“ (Brosch und Kampert 1991, 2)

Da die Gehörlosenstation in Lengerich die erste ihrer Art im gesamten Bundesgebiet war, erstreckte sich ihr Einzugsbereich auch schon bald über dieses, bis im Jahre 1988 eine weitere Spezialabteilung am Bezirkskrankenhaus Erlangen eröffnet wurde. Die Versorgungsgebiete der beiden Einrichtungen werden seitdem durch die Main-Linie getrennt. Inzwischen wird die Versorgungslage gehörloser Patienten von den in den zwei Spezialabteilungen tätigen Fachleuten als „bedarfsgerecht“ beurteilt. Dabei sollte man aber nicht übersehen, dass diese Beurteilung keineswegs mit den als „zumutbar“ einzustufenden Bedingungen der psychiatrischen Versorgung hörender Patienten

verglichen werden kann, da die oft unausweichlich *heimatferne* Lage der Einrichtungen für viele Patienten ein ernstes Problem darstellt.

Bald darauf wurde die Entwicklung der Spezialabteilungen in Europa mit der Gründung eines Dachverbandes, der 1988 erstmalig in Rotterdam zusammengetretenen „European Society for Mental Health and Deafness (ESMHD)“, auf einer internationalen Ebene institutionalisiert und einem weit gefassten Erfahrungsaustausch der „Boden bereitet“.

## 1.4 Schizophrenien Gehörloser

### 1.4.1 Entstehung eines neuen „Forschungsstranges“

Die Erforschung der Schizophrenien Gehörloser begann historisch mit der Kasuistik Cramers aus dem Jahre 1896 (siehe Kap. 1.3), in der er den Krankheitsverlauf eines kongenital gehörlosen Mannes beschrieb, der eine paranoid-halluzinatorische Symptomatik entwickelte.

In den folgenden Jahren bzw. Jahrzehnten befasste man sich mit dieser Thematik auf eine etwas andere Weise. Kraepelin erklärte 1915 den „Verfolgungswahn der Schwerhörigen“ durch ein psychopathologisches Modell, welches von einer kausalen Beziehung zwischen der sozialen Isolierung der Gehörlosen und der Entwicklung paranoider Zustände ausging. Auch andere Autoren dieser Zeit erklärten paranoide bzw. halluzinatorische Symptombildungen Gehörloser auf ähnliche Weise und alle verstanden sie die sensorische Beeinträchtigung als primären Bezugspunkt von dem ausgehend die Entwicklung einer wahnhaften Symptomatik ihren Ausgang nahm. In der frühen Entwicklungsphase der Schizophrenielehre wurde den Gehörlosen aber noch nicht so recht „zugetraut“, einen dem psychopathologischen Modell entsprechenden Symptomenkomplex auszubilden, da man ihr „seelisches Innenleben“, besonders den für die Diagnostik der Schizophrenie so wichtigen sprachlichen Bereich, als relativ „verarmt“ ansah.

Erst bei den in den 60-er Jahren durchgeführten epidemiologischen Untersuchungen rückte das Thema der Schizophrenien Gehörloser in den Mittelpunkt eines größeren Interesses. Hier wurde der Frage nachgegangen, ob die Gehörlosigkeit möglicherweise die Wahrscheinlichkeit einer schizophrenen Erkrankung erhöhen könnte oder ob die Prävalenz dieser Krankheit in der gehörlosen Bevölkerung sich nicht von derjenigen der Hörenden unterscheidet.

Als Ergebnis formulierten die verschiedenen Autoren recht einhellig, dass bezüglich der schizophrenen Morbidität aus statistischer Sicht *keine* signifikanten Häufigkeitsunterschiede bei Hörenden und gehörlosen Menschen erkennbar wären.

„Da sich vor allem die amerikanische Untersuchung auf ein wesentlich umfangreicheres Material stützt als die Erhebungen, die 1966 in Dänemark und 1970 in Schleswig-Holstein durchgeführt wurden, kann festgestellt werden, dass die Schizophrenie unter stationär behandelten psychiatrischen Hörenden nur unbedeutend häufiger auftritt als unter psychiatrischen Gehörlosen, die sich in stationärer Behandlung befinden.“ (Brosch und Kampert, 1991)

„... Die etwas größere Häufigkeit der Schizophrenie bei Gehörlosen wird mit der Tatsache begründet, dass die überwiegende Mehrzahl der Gehörlosen wiederum Gehörlose heiratet und damit Gengeschädigte bei der Partnerwahl bevorzugt.“ (Rainer, J.D., Altshuler, K.Z. & Kallmann, F.J., 1963)

Allerdings wiesen die Krankheitsverläufe gehörloser Patienten häufiger eine ausgeprägtere Chronizität auf als diejenigen Hörender Stichproben. Dies äußerte sich vor allem in den in der Regel viel längeren stationären Aufenthaltszeiten der gehörlosen Patienten, die von den Autoren im nachhinein auf die schlechte Versorgungslage dieses Patientenkontexts zurückgeführt wurde. Da es kaum Psychiater gab die gebärdensprachlich ausgebildet waren bzw. mit den allgemeinen Sozialisationsbedingungen Gehörloser vertraut gewesen wären wurden diese Patienten im Klinikalltag sozusagen „kommunikativ isoliert“. Wenn sie irgendwann einmal entlassen wurden, hatten viele von ihnen jegliche Kontakte zur Außenwelt und insbesondere zur Gehörlosenkultur verloren. Nicht umsonst wird zu dieser Zeit zum

erstenmal die soziale Stellung der gehörlosen psychiatrischen Patienten mit dem Begriff „Minderheit in einer Minderheit“ umschrieben und von den Autoren Rainer, Altshuler und Kallmann der Ruf nach einer speziellen psychiatrischen Versorgung Gehörloser artikuliert.

#### 1.4.2 Akustische Halluzinationen

Seit das Thema der psychiatrischen Erkrankungen bzw. Versorgung Gehörloser in den Mittelpunkt eines breiteren Interesses gerückt wurde, stellte das Phänomen der „akustischen Halluzinationen Gehörloser“ einen beliebten Ausgangspunkt für grundlegende Theoriebildungen über das Wesen der Halluzinationen dar. Schon lange versuchte man Antworten auf das „Wie?“, „Wo?“ und „Warum?“ und damit endgültige Definitionen für dieses „mysteriöse Naturphänomen“ zu finden. Zwar gab es und gibt es bis heute etliche Erklärungsmodelle, die uns einen Eindruck über das wahre Erleben halluzinierender Menschen geben können, gänzlich nachvollziehen kann man diese Erfahrungen hingegen nicht, da sie nur *deskriptiv* und somit für den Untersucher nur *indirekt erfahrbar* sind. Die Betroffenen haben hingegen selber Schwierigkeiten das Erlebte hinlänglich in Worte zu fassen, was auch durch die Tatsache erschwert wird, dass sich Halluzinationen meistens aus mehreren sensorischen Modalitäten zusammensetzen und keineswegs immer rein optischer bzw. akustischer Natur sind. Eine erstaunliche Tatsache ist, dass gehörlose Schizophrene durchaus auch akustisch halluzinieren und dies nicht nur aus einem, wie oft vermuteten, Projektions- und Wunscherfüllungsbestreben heraus, denn dafür klingen die geschilderten Eindrücke zu authentisch. Nein, sie berichten vielmehr häufig von halluzinierten Stimmen, die eindeutig akustisch in Beziehung zu ihnen treten würden. Andererseits berichten sie noch häufiger von optischen Eindrücken, während derer sie manchmal auch Personen wahrnehmen, die gebärdensprachlich mit ihnen Kontakt aufnehmen würden. Diese Beobachtungen oder vielmehr Schilderungen werfen verschiedene Fragestellungen auf. Zunächst einmal könnte beim Leser die Frage nach der Bedeutung eines „sensorischen Erfahrungsfundamentes“ für die Möglichkeit bzw. Unmöglichkeit des Halluzinierens in einer bestimmten Modalität aufkommen. Wie kann ein prälingual gehörloser Schizophrener, der in seinem ganzen bisherigen Leben noch nie akustische Laute perzipiert hat bzw. ein Erfahrungsfundament zu deren diskriminativer

Unterscheidung erworben haben könnte, auf einmal Stimmen wahrnehmen, deren inhaltlichen Bezug er auch noch verstehen und wiedergeben kann? Man muß relativierend dagegenhalten, dass viele prälingual Gehörlose über ein „Restgehör“ verfügen, das jedoch zu keiner Zeit zur physiologischen Wahrnehmung menschlicher Stimmen ausreichend war. Auf der anderen Seite versinnbildlicht aber das zweite genannte Beispiel der gebärdensprachlich optisch halluzinierten Eindrücke, dass ein „sensorisches Erfahrungsfundament“ im Hinblick auf die Gestaltung von Halluzinationen sehr wohl einen entscheidenden Einfluß haben kann, da diese Form halluzinatorischen Erlebens allein bei Gehörlosen auftritt.

Darüberhinaus wird auch die Fragestellung, ob halluzinatorisches Erleben mit einer, über sensorische „Sinneskanäle“ vermittelten, reinen *Wahrnehmung* verglichen werden sollte oder ob es eher einem rein „inneren Geschehen“, einer Art von *Vorstellung*, gleicht, vom Phänomen der akustischen Halluzinationen Gehörloser thematisch „berührt“. Da die Gehörlosen biologisch bedingt Geräusche nicht „wahrnehmen“ können, muss man ihr akustisch halluziniertes Erleben mehr dem modellhaften Begriff der „Vorstellung“ zuordnen..

Die in der Gesamtstudie kasuistisch verarbeiteten Beispiele und empirisch ausgewerteten Ergebnisse zu diesem Thema bieten „neuen Diskussionsstoff“ über die Hypothese, dass die Halluzinationen möglicherweise als eine „neue Erlebnisklasse“ neben der rein „reizinduzierten Wahrnehmung“ und der „dynamischen inneren Vorstellungswelt“ angesehen werden müssen. Da es aber nicht Thema dieser Dissertation ist, sollte an dieser Stelle nur kurz darauf hingewiesen werden.

#### 1.4.3 Pharmakotherapie und Dyskinesien

Die in dieser Dissertation zu behandelnde Thematik befasst sich mit den besonderen Bedingungen der neuroleptischen Pharmakotherapie bei prälingual gehörlosen schizophrenen Patienten. Sie untersucht anhand eines Vergleiches zwischen der Gehörlosenstichprobe GL-F20 und ihrer Kontrollgruppe HÖ-F20par, die sich aus parallelisierten *hörenden* Patienten mit einer schizophrenen Psychose zusammensetzt (siehe Kap.2.4), eventuelle Unterschiede bezüglich Medikationen, bestimmten Verhaltensweisen und Einstellungen, die sich auf die Pharmakotherapie der ehemals

stationären Patienten beziehen. Außerdem wird ein Phänomen untersucht, nach dem *gehörlose* psychiatrische Patienten, die mit hochpotenten Neuroleptika behandelt werden, sich auffallend häufiger als *hörende* über das Auftreten von Dyskinesien „beklagen“. Dies führt zu der Frage, ob sie tatsächlich häufiger entsprechende Symptome entwickeln oder ob ihre größere Abhängigkeit von motorischen Ausdrucksmöglichkeiten eine entsprechend höhere Sensibilität gegenüber dyskinetischen Beschwerden induziert.

Die entsprechenden Fragestellungen werden im Ergebnisteil überprüft und eventuelle Unterschiede auf dem besonderen psychosozialen Hintergrund gehörloser Patienten hypothetisch diskutiert ( siehe Kap. 4.5).

## 2 Methoden

Die vorliegende Untersuchung behandelt Teilaspekte des von 1994 bis 1999 an der psychiatrischen Universitätsklinik Münster durchgeführten, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Projekts „Schizophrenien Gehörloser“. Ziel dieses Projekts war die Untersuchung des (Behandlungs-) Verlaufs schizophrener Psychosen in einer Stichprobe prälingual gehörloser Patienten, deren Umfang auch die Anwendung statistischer Verfahren ermöglicht. Größtenteils retrospektiv katamnestisch angelegt sollten im Rahmen der Studie aber auch die Möglichkeiten kasuistischer Informationsgewinnung und der Erhebung und Interpretation qualitativer Daten genutzt werden. Sie nimmt inhaltlich und methodologisch eine Zwischenstellung zwischen den Querschnitterhebungen von Rainer, Altshuler & Kallmann (1963) und Remvig (1969a) und der Längsschnittstudie von Remvig (1969b) ein.

Die vom Autor der Dissertation behandelte Fragestellung bezieht sich auf die besondere Problematik der neuroleptischen Psychopharmakotherapie der gehörlosen Patienten. Deswegen werden bei der Besprechung der Untersuchungsinstrumente auch nur diejenigen näher vorgestellt, die sich auch explizit auf diese Fragestellung beziehen, desweiteren aber auch noch einige im Ergebnisteil behandelte Instrumente, die im Bezug zur Psychopathologie des untersuchten Klientels stehen. Ohne diese könnten einige Aspekte bezüglich der Einstellung und Compliance der Patienten gegenüber der Pharmakotherapie nicht hinreichend verständlich gemacht werden.

### 2.1 Aufbau der Stichproben, Kontrollgruppen

Die Hauptstichprobe der Untersuchung (GL-F20par) besteht aus 41 prälingual gehörlosen Patienten mit schizophrenen Psychosen nach DSM-IV-Kriterien mit mindestens zwei akuten Erkrankungsphasen und/oder mindestens fünfjährigem Krankheitsverlauf in der Vorgeschichte. Diese wurden von den Projektmitarbeitern im Rahmen von Hausbesuchen oder anlässlich des Besuchs der Probanden in der aktuell ambulant behandelnden Einrichtung

( 5 Probanden) *außerhalb* akuter Erkrankungsphasen persönlich untersucht. Diese Untersuchung bestand hauptsächlich aus der Durchführung eines semistrukturierten Interviews, das in lautsprachbegleitender Gebärdensprache anhand eines Fragebogens durchgeführt wurde. Diesem Interview schloss sich ein testpsychologischer Abschnitt an, in dem die Probanden selbständig einige für diese Zwecke konzipierte Aufgaben zu bearbeiten hatten. Das gesamte Interview dauerte insgesamt etwa vier bis fünf Stunden und musste bei eingeschränkt belastbaren Patienten auf mehrere Sitzungen verteilt werden.

Parallel dazu wurde eine Kontrollgruppe bestehend aus 41 hörenden schizophrenen Patienten, vom Autor dieser Dissertation anhand verschiedener Parallelisierungskriterien (Alter, Ersterkrankungsalter und Geschlecht) zusammengestellt und interviewt. Für diese Zwecke wurde der Interviewfragebogen etwas modifiziert, d.h. die gehörlosenspezifischen Items wurden herausgenommen, wodurch die Interviewdauer inkl. der testpsychologischen Untersuchungen auf ca. zwei Stunden verkürzt werden konnte. Zur besseren Auswertbarkeit wurden die Gespräche auf ein Videoband aufgenommen, was einige Patienten jedoch ablehnten, sodass in diesen Fällen auf diese Aufnahme verzichtet wurde.

Darüberhinaus flossen in die Gesamtstudie noch einige weitere Kontrollgruppen mit ein, die hier nur kurz tabellarisch genannt werden sollen.

Tabelle 2.1: Untersuchte Stichproben und Kontrollgruppen

Stichproben/ Interne Kontrollgruppen	<b>GL-F20</b>	Kasuistische Stichprobe	<b>HÖ-F20</b> (Spellmann 1997)	GL-F1/4
Einschluß- kriterien	<b>Gehörlose mit Schizophrenen Psychosen (DSMIV)</b>	Gehörlose mit Schizophrenen Psychosen (DSMIV)	<b>Hörende mit Schizophrenen Psychosen (DSMIV)</b>	Gehörlose mit Neurosen und/oder Alkoholkrank- heiten
N =	<b>49</b>	<b>70</b>	<b>41</b>	<b>61</b>
Untersuchte Fragestellung/ Kommentar	<b>Kernstichprobe/ alle Pbn. mit allen Instrumenten persönlich untersucht</b>	Krankenblattaus- wertung der Pbn. aus GL-F20par + 21 weiterer ( nicht persönlich untersuchter Pbn.)	<b>Kontrollgruppe für GL-F20par ( vom Autor der Dissertation persönlich untersucht).</b>	Neuropsycholo- gie, Kommunikati- ve Kompetenz  (Kontrollgrup- pe für GL- F20par)

Externe Kontroll- gruppen	(Buchkremer, Hornung et al. 1994)	(Achtergarde 1995)
Einschlußkri- terien	Hörende mit schizophrenen Psychosen (DSMIIIR)	gehörlose Patienten einer psychosomati- schen Kurklinik
N =	<b>180</b>	<b>13</b>
Vergleichsper- spektive /Kommentar	retrospektive Verlaufsdaten nach mehrjähriger Erkrankung	Daten zur behinderungsspezifi- schen Sozialisation und zum sozialen Netzwerk

## 2.2 Untersuchungsinstrumente

Die Untersuchungsinstrumente der Gesamtstudie lassen sich grob vier verschiedenen Themenkomplexen zuordnen, der „retrospektiven Recherche von Biographie und Verlauf“, der „Psychopathometrie“, der „Pharmakotherapie“ und der „Neuropsychologie“.

Näher erklärt werden sollen hier aus genannten Gründen nur die dem pharmakotherapeutischen Themenkomplex und einige der Psychopathometrie zugehörenden Untersuchungsinstrumente. Alle anderen sollen hier aus Gründen der Vollständigkeit und zum Zweck eines besseren Verständnisses der Gesamtstudie nur aufgelistet werden. Der vom Autor der Dissertation verwendete Fragebogen mit den Items der dazugehörigen neuropsychologischen Testverfahren zur Durchführung der Interviews in der Kontrollgruppe HÖ-F20par ist dem Manuskript als Anlage zugefügt. Er beinhaltet außer den gehörlosenspezifischen Items alle im Rahmen des Gesamtprojekts angewandten Instrumente.

Die Tabelle 2.2 gibt nun eine Übersicht über die in den vier Hauptthemenkomplexen angewandten Untersuchungsinstrumente. Es sind dies hauptsächlich einige in der Psychiatrie oft angewendete Instrumente zuzüglich einiger speziell für diese Studie entwickelter.

Tab. 2.2: Untersuchungsinstrumente in den vier Hauptthemenkomplexen

<b>Retrospektive Recherche von Biographie und Verlauf</b>	
<b>ABSP</b> (Anamnesebogen für schizophrene Psychosen)	65 Items zum Krankheitsverlauf und zur sozialen Entwicklung, entwickelt von Buchkremer, Hornung et al.( 1994)
<b>GL</b> (Gehörlosen- fragebogen)	13 Items zur spezifischen psychosozialen Entwicklung und Situation der gehörlosen Probanden
<b>SOCSUP</b> (Social Support)	6 Items zur Fremdeinschätzung der aktuell verfügbaren sozialen Unterstützung (social support) von Surtees (1980) und als deutsche Version von Hecht, Faltermaier & Wittchen (1987)
<b>Psychopathometrie</b>	
<b>BPRS</b> (Brief Psychiatric Rating Scale)	Fremdbeurteilungsinstrument zur groben Einschätzung des aktuellen psychopathologischen Befundes (18 Variablen); Overall & Gorham 1962

<b>SANS</b> (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)	Fremdbeurteilungsinstrument zur Einschätzung der sogenannten Negativsymptomatik (25 Variablen); Andreasen 1982
--	--

<b>GAS/CGAS</b> (Global Assessment Scale)	ausführliche Erklärung siehe unten
--	------------------------------------

### Pharmakotherapie

<b>MFB</b> (Medikamenten- fragebogen)	ausführliche Erklärung siehe unten
---	------------------------------------

<b>ADS</b> (Abbreviated Dyskinesia Rating Scale)	<b>(Simpson, Lee et al., 1979)</b> ausführliche Erklärung siehe unten
---	--

**Neuropsychologie I****ATGU2**

(Aachener Test  
Gebärdenzeichen;  
zur deutschen  
Gebärdensprache)

Test zur Bestimmung der rezeptiven Gebärdensprachkompetenz anhand videopräsentierter Gebärdenzeichen, (Fehrmann, Huber et al. 1994)

LRmc/

**LRspont -**

(Lipreading  
spontaneous  
and multiple  
choice)

Test zur Einschätzung der rezeptiven Lautsprachkompetenz anhand videopräsentierter Mundbilder gesprochener Einzelwörter.

**MWT-B**

(Mehrfachwahl-  
Wortschatz-Test)

Testverfahren zur Einschätzung des passiven schriftsprachlichen Wortschatzes anhand von 37 Items; Merz, Lehrl et al. (1975)

## Neuropsychologie II

### „Priming“/

### Lexical Decisions

Testverfahren zur Erfassung der sogenannten „semantischen Voraktivierung“ und des „Bahnungsphänomens“ anhand eines computergestützten Versuchsvorganges. ( Spitzer, Braun et al. 1993)

### CPM

(Coloured  
Progressive  
Matrices)

1956 von Raven entwickelter sprachfreier Intelligenztest in der Kurzform von Nickols (1967), bestehend aus 12 Items.

**GAS/CGAS:** Die Global Assessment Scale ( Endicott et al. 1976) bzw. Children´s Global Assessment Scale dient einer kontinuierlich gestuften Fremdeinschätzung der „Kompetenz“ und des „Funktionierens“ in allen wesentlichen Bereichen des Alltagslebens und wird zeitraumbezogen erhoben. Die Skala besitzt Rationalskalenniveau und ermöglicht dem Untersucher, die genannten Dimensionen auf einem Zahlenspektrum von 1 bis 100 ausgehend von den Extremzuständen „needs constant supervision for several days to prevent hurting self or others, or makes no attempt to maintain minimal personal hygiene (= 0 Punkte)“ und „no symptoms, superior functioning in a wide range of activities, life´s problems never seem to get out of hand, is sought out by others because of his warmth and integrity (= 100 Punkte)“ einzuschätzen. Dabei entspricht ein Punktwert von 50 nach der Definition der Autoren

dem „cutoff“ unterhalb dessen die eingeschätzten psychosozialen Probleme als behandlungsbedürftig erscheinen. Shaffer, Gould et al. (1983) haben sich darum bemüht, mit der Children´s Global Assessment Scale (C-GAS) die Ratingkriterien maßstabsgerecht auf die Alltagssituation von Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr zu übertragen.

**MFB:** Der Medikamentenfragebogen wurde von Buchkremer, Hornung et al.(1994) entwickelt und bildet die Pharmakotherapie der vor dem Meßzeitpunkt vergangenen 12 Monate mit 39 Items auf Nominal-bis Rationalskalenniveau ab. Dabei werden die Dosierungen der verwendeten Neuroleptika soweit möglich als Chlorpromazin-Äquivalente verrechnet. Besonderer Schwerpunkt der sonst zumeist auf Nominalskalenniveau abgebildeten Daten sind das subjektive Erleben erwünschter und unerwünschter Arzneimittelwirkungen sowie die Informiertheit des Patienten über seine Pharmakotherapie.

**ADS:** Simpson et al. (1979) haben die „abbreviated dyskinesia rating scale“ als standardisiertes Untersuchungsverfahren zur Erfassung dyskinetischer Symptome entwickelt. Diese werden differenziert nach Körperregionen auf einer 6-stufigen Skala [zwischen 1 = „nicht vorhanden“ und 6 = „extrem ausgeprägt“] über 13 Items fremdeingeschätzt. Sie enthält die Symptombereiche: 1. periokuläre, 2. periorale Dyskinesien, 3. Kaubewegungen, 4. Das „Bonbon sign“, 5. Zungenprotrusion, 6. Tremor und/oder choreathetoide Zungenbewegungen, 7. axiale Standhyperkinesie, 8. Schaukelbewegungen, 9. Torsionsbewegungen von Kopf und Rumpf, 10. Dyskinesie der Finger- und Handgelenke, 11.- der Zehen und Fußgelenke, 12. Stampfbewegungen der Füße und Beine und 13. Akathisie.

## 2.3 Qualitative Datenerhebung

Im Rahmen der Studie wurden nicht ausschließlich quantitative Daten zusammengetragen, sondern es wurde auch Wert darauf gelegt, qualitative Daten zum pathischen Aspekt von Erkrankung und Therapie zu erfassen. Diese bestehen aus gebärdensprachlich formulierten Äußerungen der Probanden, die für besonders wichtig insbesondere in bezug auf die Themenkomplexe „neuroleptische Therapie“ und „halluzinatorisches Erleben“ gehalten wurden. Einige Beispiele dazu werden im Zusammenhang mit der Darstellung der „Informiertheit und Einstellung“ der Probanden bezüglich ihrer Pharmakotherapie im Ergebnisteil dargestellt.

## 2.4 Kasuistische Daten

Um die Hypothese, dass gehörlose schizophrene Patienten *relativ selten* „akustisch halluzinieren“ und dass in diesem Falle andere Modi überwiegen, zu überprüfen, wurde ein *Umweg* über die Auswertung von 58 Krankengeschichten gehörloser Patienten mit nachweislich schizophrenen Psychosen begangen. In dieser *kasuistischen Stichprobe* (siehe Tab 2.1) sind auch die 41 parallelisierten Probanden der Kernstichprobe GL-F20par enthalten.

## 2.5 Rekrutierung der Probanden

### 2.5.1 Stichprobe GL-F20par

Die Rekrutierung der gehörlosen Probanden der Stichprobe GL-F20par erfolgte in mehreren Schritten. Zunächst wurden in einer bundesweiten Recherche (Anschreiben an alle psychiatrischen Stationäreinrichtungen) potentielle Probanden mit dem Komorbiditätsmuster „prälinguale Gehörlosigkeit und Schizophrenie“ ermittelt. Denjenigen Probanden, die potentielles Interesse an einer Studienteilnahme zeigten, wurde ein Videoclip zusammen mit weiterem schriftlichen Informationsmaterial

und einem frankierten Rückumschlag zugesandt. Dieser Weg wurde gewählt, da die alleinige Zusendung schriftsprachlichen Materials die potentiellen Probanden mit reduzierter Schriftsprachkompetenz möglicherweise überfordert hätte. So konnten sie sich in Ruhe das Videoband ansehen und bei bestehendem Interesse ihre Zusage durch das Zurückschicken des frankierten Antwortschreibens kenntlich machen.

Sobald der potentielle Proband seine Zustimmung hierzu erteilt hatte wurden im Kontakt mit dem aktuellen oder letzten Behandler zunächst noch einmal die Ausprägungen aller Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Danach wurde mit den Probanden ein Untersuchungstermin vereinbart.

### 2.5.2 Stichprobe HÖ-F20par

Zu jedem der auf diesem Wege identifizierten und rekrutierten Probanden wurde nach dem „matched-pairing“- Verfahren ein schizophrener Proband ohne Hörbehinderung gesucht. Auf die Probanden dieser Kontrollgruppe wurden (ausser der Hörbehinderung) die gleichen Ein- und Ausschlusskriterien angewandt. Als Parallelisierungsvariablen für das matched-pairing wurden Geschlecht, Alter und Erkrankungsdauer (mit Maximalabweichungen von 10% bei jeweils einem Paar) definiert und angewandt. Mit Unterstützung der Mitarbeiter 5 psychiatrischer Institutsambulanzen im Grossraum Münster, gelang eine solche paarweise Zuordnung in 41 Fällen.

Tab. 2.3: Basisdaten der internen Stichproben/Kontrollgruppen

	Geschlecht	Alter	Jahre seit Ersterkrankung
GL-F20par (n=41)	26 m, 15 w	37.24 ( SD 10.00)	11.24 ( SD 9.41)
HÖ-F20par (n=41)	26 m, 15 w	37.24 ( SD 10.53)	11.56 ( SD 9.35)
GL-F1/4 (n=41)	31 m, 10 w	38.26 ( SD 9.89)	--

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Verteilung neuroleptischer Hauptgruppen

Tabelle 3.1 zeigt eine Übersicht über die in den letzten 12 Monaten verschriebenen Neuroleptika in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par. Die Quersumme ist in beiden Gruppen nahezu gleich und knapp über der jeweiligen Probandenzahl, so dass man davon ausgehen kann, dass das Prinzip der neuroleptischen Monotherapie weitgehend berücksichtigt wurde. 24 Gehörlose aber nur 17 hörende Patienten wurden zum Untersuchungszeitpunkt mit einem neuroleptischen Depotpräparat behandelt.

Tabelle 3.1: Neuroleptikaverteilung in den 2 Hauptstichproben

	<b>Phenothiazine</b>	<b>Thioxanthene</b>	<b>Butyrophenone</b>	<b>Atypika</b>
<b>GL-F20par</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>13</b>
<b>HÖ-F20par</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>18</b>

### 3.2 Tagesdosis

Die Tagesdosen der verordneten Neuroleptika wurden zur besseren Vergleichbarkeit in Chlorpromazinäquivalente umgerechnet. Die Ergebnisse der beiden Stichproben sind in Tabelle 3.2 dargestellt:

Tab.3.2: Mittelwerte und Standardabweichungen der verordneten Chlorpromazintagesäquivalente in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par. Signifikanzniveau des t-Testes für unverbundene Stichproben = 0.05.

#### HAEUFIGSTE DOSIS CPZ (CPZSUMTD)

Stichprobe	Mittelwert	N	Standardabweichung
GL-F20par	629,6818	41	1332,4465
HÖ-F20par	313,6623	41	205,7421
Insgesamt	464,6053	82	953,6485

Es ist zu erkennen, daß die gehörlosen schizophrenen Probanden zum Meßzeitpunkt im Mittel um mehr als das Doppelte mit höheren äquivalenten Neuroleptikadosierungen behandelt wurden. Die Verteilungsunterschiede zwischen den beiden Stichproben sind allerdings *nicht signifikant* (Mann-Whitney-U-Test; Median GL-F20par = 357,14, Median HÖ-F20par = 225). Bei Exklusion eines Ausreißers, der mit 8400 mg CPZ-Äquivalenten (= 210 mg Haloperidol) therapiert wurde (jeder bisherige Reduktionsversuch führte zu einer psychotischen Dekompensation) verringert sich der Mittelwert auf 413,33 mg CPZ-Äquivalente (SD=269,52) in der Stichprobe GL-F20par und ist natürlich teststatistisch auch *nicht signifikant*.

### 3.3 Positive Bewertungen und Nebenwirkungen der neuroleptischen Therapie

Bei der Einschätzung der positiven, therapeutischen erwünschten Wirkungen wurde von den Probanden eine subjektive Gesamtbeurteilung der neuroleptischen Therapie im zurückliegenden Erkrankungsverlauf erbeten. Das Auftreten von Stör- oder Nebenwirkungen sollte von den Probanden für die letzten 12 Monate vor dem Untersuchungszeitpunkt des Interviews ebenfalls subjektiv eingeschätzt werden.

Tab. 3.3 Positive Erfahrungen mit den Neuroleptika in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par

	GL-F20par n= 41	HÖ-F20par n= 41		
	positiv erhaltene Antworten	positiv erhaltene Antworten	Chi <sup>2</sup>	p-Wert
Gehen durch die Medikamente die Krankheitszeichen zurück?	22 (55%)	31 (75,6%)	1,528	0,216
Haben die Medikamente Rückfälle verhindert?	11 (26,83%)	30 (73,17%)	8,805	0,003
Werden durch die Medikamente die Gedanken klarer?	14 (34,15%)	24 (58,54%)	2,632	0,105
Wird durch die Medikamente die Stimmung besser?	5 (12,2%)	19 (46,34%)	8,167	0,004
Werden Sie durch die Medikamente ruhiger und ausgeglichener?	25 (60,98%)	22 (53,66 %)	0,191	0,662
Werden Sie durch die Medikamente weniger ängstlich?	9 (21,95%)	22 (53,66 %)	5,452	0,02
Verbessern die Medikamente ihre Kontakte zu anderen Menschen?	2 (4,88%)	23 (56,09%)	17,64	<0,001
Können Sie durch die Medikamente besser schlafen?	17 (41,46%)	30 ( 73,17%)	3,596	0,058

Fühlen Sie sich durch die Medikamente insgesamt gesünder?	18 (43,9%)	22 (53,66%)	0,4	0,527
Positive Nennungen insgesamt	123 (33,33%)	223 (60,43%)		

In Tabelle 3.3 sind einige *signifikante* (Chi<sup>2</sup>-Test; p-Werte siehe Tabelle) Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Stichproben zu erkennen und zwar in den Kategorien „Haben die Medikamente Rückfälle verhindert“, „Wird durch die Medikamente die Stimmung besser“, „Werden Sie durch die Medikamente weniger ängstlich“, „Verbessern die Medikamente Ihre Kontakte zu anderen Menschen?“ und „Können Sie durch die Medikamente besser schlafen?“. In den übrigen sind die Unterschiede nur *tendenziell* bis *unbedeutend*

Die Tabelle 3.4 zeigt eine Sicht über die im Medikamentenfragebogen aufgeführten Nebenwirkungen und ihre Frequenz innerhalb der Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par. Das Auftreten von Nebenwirkungen bezieht sich jeweils auf einen Zeitraum von insgesamt 12 Monaten vor dem Meßzeitpunkt und beschreibt die subjektive Einschätzung der Probanden. Bei einer vergleichenden Betrachtung der Häufigkeiten von Störwirkungen zwischen den beiden Stichproben, fallen, bis auf eine etwas höhere Häufigkeit beobachteter Nebenwirkungen bei den hörenden Schizophrenen, auf den ersten Blick keine nennenswerten Unterschiede auf. Bei näherer Betrachtung der einzelnen Störwirkungsmodalitäten erkennt man aber einige *signifikante* Unterschiede, die bestimmte, für die Gehörlosen spezifische Bereiche, betreffen und auf die in Kapitel 4 noch näher eingegangen wird. Namentlich sind dies die Modalitäten „Rigidität“ und „Sexuelle Störungen“ (p-Werte siehe Tabelle 3.4), der Unterschied in der Kategorie „Schwitzen“ ist nur *grenzwertig signifikant*.

Tabelle 3.4 Nebenwirkungen: Anzahl und relativer Stichprobenanteil positiver Nennungen beim Erfragen 24 typischer neuroleptischer Störwirkungen bezogen auf die letzten 12 Monate vor Meßzeitpunkt in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par

	<b>GL-F20par</b> N=41	<b>HÖ-F20par</b> N=41		
	<b>positiv erhaltene Antworten</b>	<b>positiv erhaltene Antworten</b>	<b>Chi<sup>2</sup></b>	<b>p-Wert</b>
Dyskinesie	8 (19,51%)	10 (24,34%)	0,222	0,637
Rigidität	19 (46,34%)	7 (17,07%)	5,538	0,019
Tremor	5 (12,2%)	9 (21,95%)	1,143	0,285
Ataxie	0	4 (9,76%)	2,667	0,102
Sitzruhe	17 (41,46%)	17 (41,46%)	0,0	1,0
Bewegungsverlangsamung	9 (21,95%)	15 (36,59%)	1,5	0,221
verm. Speichelfluß	8 (19,51%)	13 (31,7%)	0,727	0,394
Sehstörungen	7 (17,07%)	6 (14,63%)	0,077	0,782
<b>Summe motorischer Störwirkungen</b>	<b>73 (22,26%)</b>	<b>81 (24,7%)</b>		
<b>Müdigkeit</b>	31 (75,6%)	26 (63,4%)	0,439	0,508
Obstipation	7 (17,07%)	7 (17,07%)	0,0	1,0
Mundtrockenheit	14 (34,15%)	11 (26,83%)	0,36	0,549
Schwindel	14 (34,15%)	13 (31,7%)	0,037	0,847
Herzklopfen	7 (17,07%)	5 (12,2%)	0,333	0,564
Miktionsstörungen	1 (3,44%)	4 (9,76%)	1,8	0,18
Schwitzen	6 (14,63%)	15 (36,56%)	3,857	0,05
<b>Summe vegetativer Störwirkungen</b>	<b>80 (27,87%)</b>	<b>81 (28,22%)</b>		
<b>Schlafstörungen</b>	10 (24,4%)	10 (24,4%)	0,0	1,0
Appetitsteigerung	13 (31,7%)	23 (56,1%)	2,778	0,096
Gewichtszunahme	18 (43,9%)	24 (58,54%)	0,857	0,355
Magenbeschwerden	6 (14,63%)	5 (12,2%)	0,091	0,763
Übelkeit/Erbrechen	3 (7,31%)	3 (7,31%)	0,0	1,0
Diarrhoe	5 (12,2%)	8 (19,5%)	0,692	0,405
Blutbildveränderungen	0	4 (9,76%)	1,0	0,317
sexuelle Störungen	2 (4,89%)	10 (24,4%)	5,333	0,021
Sonstige	5 (12,2%)	14 (34,14%)	4,263	0,039
<b>Summe anderer Störwirkungen</b>	<b>50 (13,55%)</b>	<b>65 (17,62%)</b>		
<b>Summe aller Störwirkungsnennungen</b>	<b>203 (20,63%)</b>	<b>227 (23,07%)</b>		

### 3.4 Informationsgrad bzw. -quelle der Probanden bezüglich ihrer Pharmakotherapie

#### 3.4.1 Basiswissen zur Pharmakotherapie

In Abbildung 3.1 ist zu erkennen, dass die Probanden der Stichprobe HÖ-F20par (hörende Schizophrene) besser mit ihrem Medikamenteneinnahmeplan zurechtkommen als die der Stichprobe GL-F20par. Während nahezu jeder zweite der gehörlosen schizophrenen Probanden zumindest ein wenig Hilfe bei der Einnahme braucht, ist es in der Stichprobe HÖ-F20par nur ca. jeder achte. Somit sind die Unterschiede zwischen den beiden Stichproben *signifikant* (Fishers-Exakt; **p-Wert** = 0.01). In der Stichprobe GL-F20par gibt es zwei missing values (Antwortenthaltungen), in der Stichprobe HÖ-F20par keinen einzigen.

Tab. 3.5: Informiertheit über den aktuellen Einnahmeplan der Medikamente zum Messzeitpunkt (Interview) in der Stichprobe GL-F20 und HÖ-F20.

- 
- |   |   |   |
|---|---|---|
| 0 | ← | Proband weiß nicht korrekt anzugeben, wie viele verschiedene Medikamente er zum Messzeitpunkt (Interview) bekommt.  |
| 1 | ← | Proband kennt die Anzahl der aktuell verordneten Medikamente, vermag sie aber nicht (nach Name oder Farbe/Größe) zu differenzieren.   |
| 2 | ← | Proband kann die aktuell verordneten Medikamente beschreibend differenzieren, kann den aktuellen Einnahmeplan nur unvollständig reproduzieren, verlässt sich bei der Einnahme auf Hilfe/ Kontrolle anderer. |
| 3 | ← | Proband kann den aktuellen Einnahmeplan im Interview nicht vollständig reproduzieren, nimmt Medikamente aber selbständig ein, benutzt dabei schriftlichen Einnahmeplan als Hilfsmittel.                     |
| 4 | ← | Proband kann den aktuellen Einnahmeplan im Interview ohne Hilfsmittel korrekt reproduzieren.  |
-

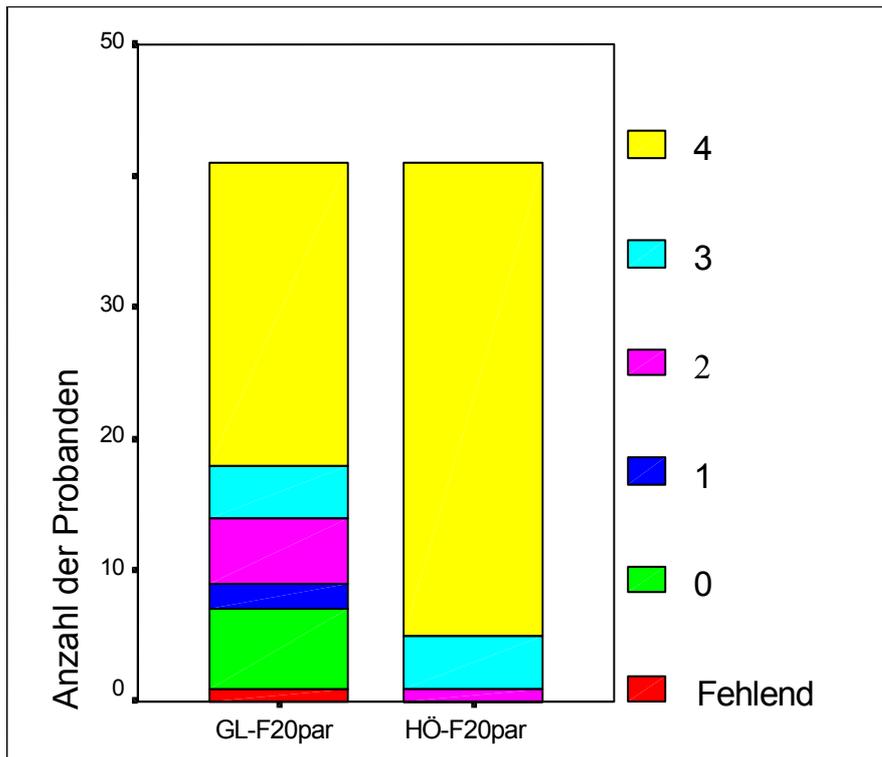


Abb. 3.1: Basiswissen zur Pharmakotherapie in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

### 3.4.2 Eigenständige Informationssuche der Probanden über Wirkungen und Nebenwirkungen der Neuroleptika und deren Quellen

Außer der Überprüfung des Basiswissens zur Pharmakotherapie ist noch die Ermittlung des Kenntnisstandes bezüglich der Wirkungen und Nebenwirkungen der Neuroleptika relevant. Hier schneiden die gehörlosen schizophrenen Probanden wieder etwas schlechter ab als die parallelisierte Kontrollgruppe (siehe Abb. 3.2). Sie geben öfter an, sich gar nicht über Wirkungen und Nebenwirkungen zu informieren, nominieren häufiger den Arzt als Informationsquelle ihrer Wahl und lesen viel seltener den Beipackzettel als die Probanden der Stichprobe HÖ-F20par. Außerdem treten erneut nur in ihrer Stichprobe missing values auf, die Unterschiede sind aber *teststatistisch nicht signifikant*.

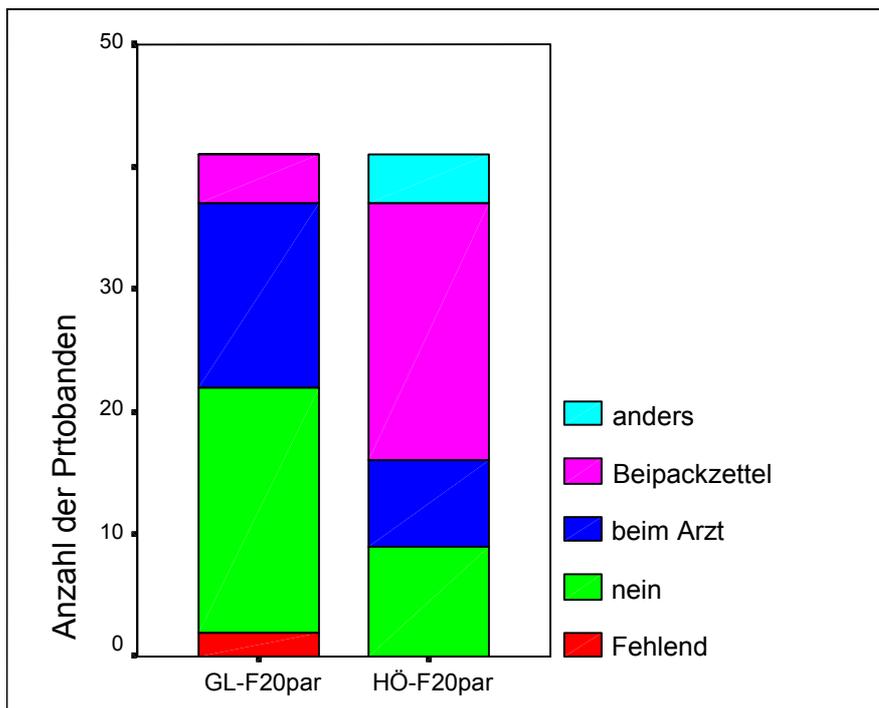


Abb. 3.2: Eigenständige Informationssuche bezüglich der Wirkungen und Nebenwirkungen der Neuroleptikatherapie und deren Quellen in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

### 3.5 Compliance

Dem Themenkomplex „Compliance“ gehören 5 Items des Medikamentenfragebogens von Buchkremer, Hornung et al. (1994) an. Sie beschäftigen sich mit der regelmäßigen und richtigen Medikamenteneinnahme der Probanden und mit ihrer „Informationsbereitschaft“ bezüglich auftretender Nebenwirkungen.

#### 3.5.1 Informationsbereitschaft der Probanden

In Abbildung 3.3 ist ein Stichprobenvergleich mit der Fragestellung „Würden Sie ihren behandelnden Arzt unaufgefordert über alle während der Medikamenteneinnahme auftretenden Nebenwirkungen informieren?“ grafisch dargestellt. Wie man sehen kann, differieren die jeweiligen Antworthäufigkeiten zwischen den Stichproben sehr stark, der Unterschied ist *signifikant* (Fishers-Exakt; **p-Wert**= 0.01). Die Probanden der

Stichprobe HÖ-F20par sind viel eher dazu bereit, ihrem behandelnden Arzt auftretende Nebenwirkungen mitzuteilen, während die gehörlosen schizophrenen Probanden dies eher nur bei sehr belastenden Nebenwirkungen oder eben gar nicht tun würden, obwohl – dies sei noch mal hervorgehoben- Nebenwirkungen bei den gehörlosen Patienten ja keineswegs seltener waren. Auch hier bildet sich womöglich ein Einstellungsunterschied der Patienten im Umgang mit ihrer Pharmakotherapie ab, auf den weiter unten noch ausführlicher eingegangen werden soll.

Tab. 3.6: Antworten der Probanden auf die Frage nach der Bereitschaft, den behandelnden Arzt über auftretende Nebenwirkungen zu informieren.

- 0 ← „nein“  
 1 ← „ja, über alle Nebenwirkungen“  
 2 ← „nur über besonders belastende Nebenwirkungen“  
 3 ← „nur wenn ich Probleme anders nicht lösen kann“

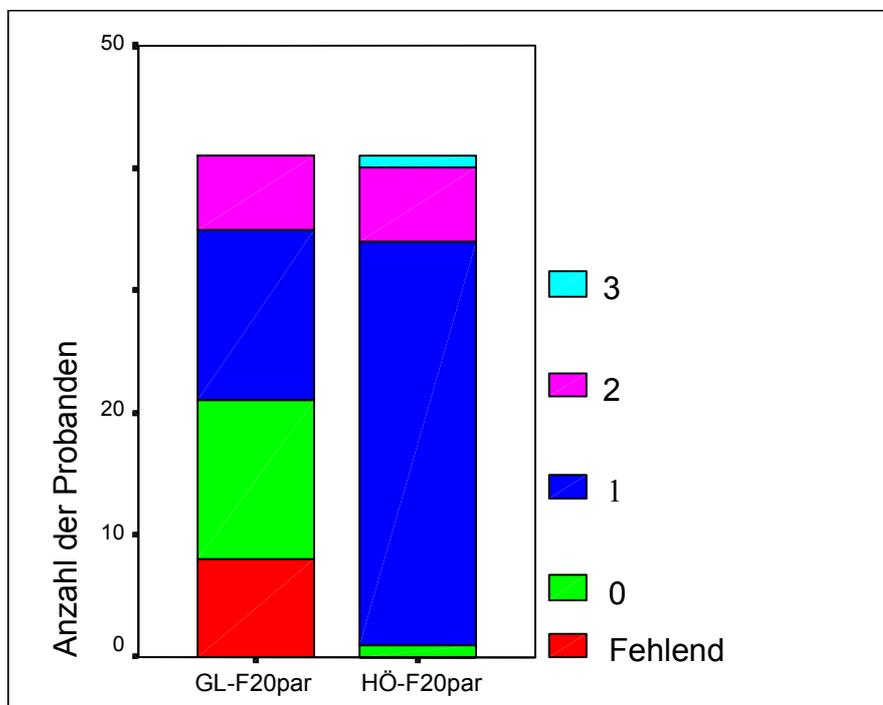


Abb. 3.3: Informationsbereitschaft der Probanden in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

### 3.5.2 Regelmäßige Einnahme der Medikamente

Die Frage nach der regelmäßigen Einnahme der Medikamente betrifft nicht alle Probanden, da einige im Rahmen der medikamentösen Therapie ausschließlich mit einer Depot-Spritze behandelt werden. Diese Tatsache erklärt zum größten Teil die vielen Missing Values, die besonders in der Stichprobe HÖ-F20par gehäuft auftreten (siehe Abb. 3.4). Die Unterschiede zwischen den beiden Stichproben sind hier augenscheinlich *nicht signifikant* (Signifikanzniveau des Chi<sup>2</sup>-Testes = 0.05) und es ist nur eine etwas häufigere Tendenz der Probanden der gehörlosen Stichprobe zur Auswahl der Antwortmöglichkeit „Ja, für mich ist die regelmäßige Einnahme der Medikamente schwer“ zu erkennen.

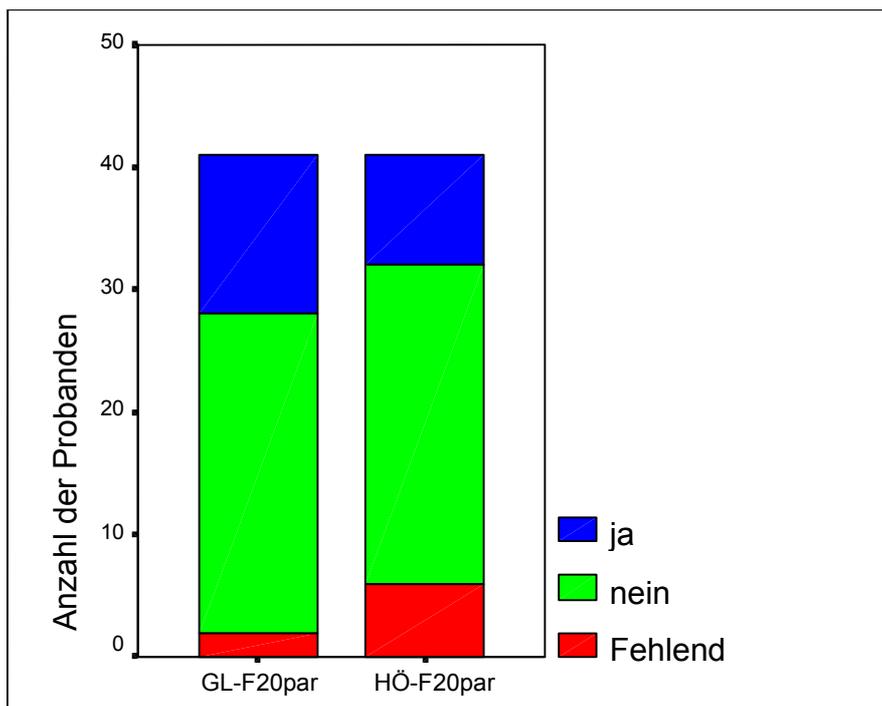


Abb. 3.4: Regelmäßige Einnahme der Medikamente in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

### 3.5.3 Regelmäßiges Einhalten der Termine für die Depotspritze

Da nur 24 Probanden der Stichprobe GL-F20par und 17 Probanden der Stichprobe HÖ-F20par eine Depotspritze bekommen, erhalten wir als Ergebnis der Frage nach dem regelmäßigen Einhalten der Termine für die Spritze in beiden Stichproben sehr viele fehlende Werte ( siehe Abb. 3.5). Eine Mehrheit der Probanden beider Stichproben antwortet auch in diesem Fall mit „Nein, es fällt mir nicht schwer die Termine für die Depotspritze einzuhalten“ und wieder antworten im Gegensatz zu den hörenden Schizophrenen mehr Probanden der Stichprobe GL-F20par mit „Ja, es fällt mir schwer“.

Ein teststatistisch *signifikanter* Unterschied ergibt sich allerdings nur beim Vergleich der „Ja“- und „Nein“-Antworten innerhalb der Stichprobe HÖ-F20par (Chi<sup>2</sup>; **p-Wert** = 0.02).

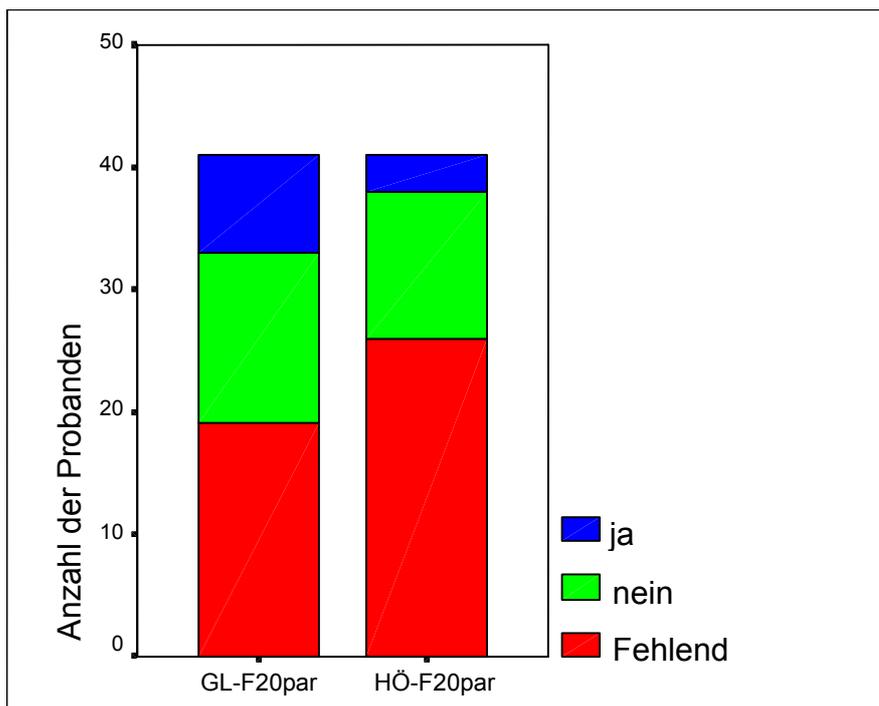


Abb. 3.5: Regelmäßiges Einhalten der Termine für die Depotspritze in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

### 3.5.4 Selbständiges Erhöhen der Medikation

Da viele Patienten erfahrungsgemäß schon einmal ihre eigene Medikamentendosis erhöhen, wurde in den Medikamentenfragebogen ein Item integriert, das diese Fragestellung behandelt. Im Rahmen dieser Untersuchung ist es von Interesse, die Antworthäufigkeiten der beiden Hauptstichproben GL-F20par und HÖ-F20par auf mögliche Unterschiede hin zu überprüfen. In Abbildung 3.6 ist das Befragungsergebnis grafisch dargestellt. Die Probanden der Stichprobe GL-F20par antworteten erkennbar häufiger mit „Nein, ich habe meine Medikamentendosis noch nie selbständig erhöht“ als die der Stichprobe HÖ-F20par. Aber auch in dieser Stichprobe entschloss sich eine Mehrheit der Probanden für diese Antwortmöglichkeit. *Signifikante* Unterschiede bestehen zwischen den „Ja“-Antworten der beiden Stichproben ( $\chi^2$ ; **p-Wert**= 0.002). Innerhalb der Stichprobe HÖ-F20par gibt es im Gegensatz zu GL-F20par missing values. Dies ist u.a. auf die Repräsentanz der Probanden mit alleiniger Depotspritzen-therapie zurückzuführen, die diese Frage nicht beantworten konnten.

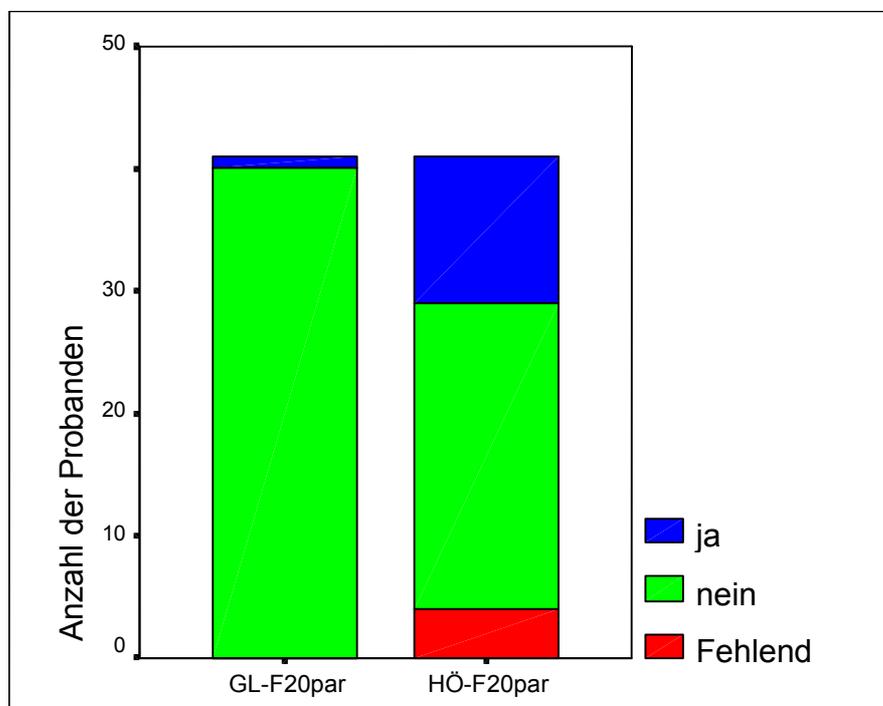


Abb. 3.6: Selbständige Erhöhung der Medikation in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

### 3.5.5 Selbständige Reduzierung der Medikation

Wie auch bei der Frage nach der selbständigen Erhöhung der Medikamentendosis antworteten die Probanden der Stichprobe GL-F20par häufiger mit der Antwort „Nein, ich habe die Dosis der Medikamente noch nie selbständig reduziert“ als die der Stichprobe HÖ-F20par. Diesmal antworteten die hörenden schizophrenen Probanden aber mehrheitlich mit „Ja, ich habe meine Medikamentendosis schon einmal selbständig reduziert“, während es bei den gehörlosen Probanden, wenn auch nicht so zahlreich wie im Falle der Erhöhung, bei einer Mehrheit der Antwort „Nein“ bleibt. Ein teststatistisch *signifikanter* Unterschied besteht nur innerhalb der Stichprobe GL-F20par zwischen den „Ja“- und „Nein“-Antworten(  $\chi^2$ ; **p-Wert** = 0.042). Auch in diesem Fall gibt es, aus genanntem Grund (siehe Kap. 3.5.4), in der Stichprobe HÖ-F20par wieder mehr missing values als in der Stichprobe GL-F20par.

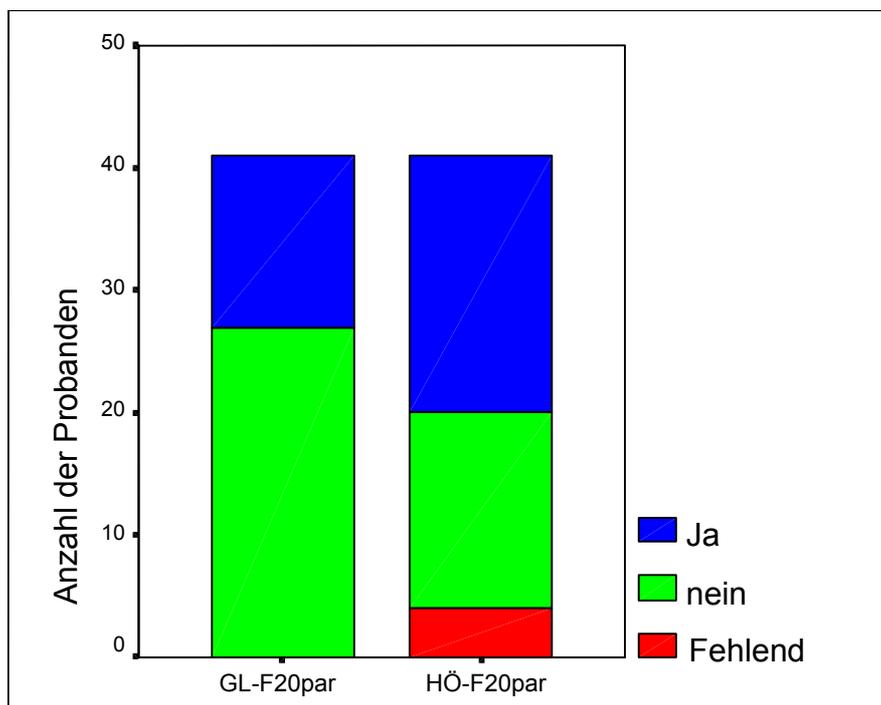


Abb. 3.7: Selbständige Reduzierung der Medikation in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

### 3.6 Zufriedenheit der Probanden mit der medikamentösen Therapie und den gegebenen Informationen über Wirkungen und Nebenwirkungen der Neuroleptika

Hier sollen nun die Ergebnisse einiger Items vorgestellt werden, in denen die Probanden die Möglichkeit erhalten sollten, ihre eigene medikamentöse Therapie zu beurteilen. Da die Befragung in einem anonymen Rahmen verlief, und die Probanden nicht zu befürchten hatten, daß ihre gegebenenfalls negativen Beurteilungen ihren behandelnden Ärzten mitgeteilt würden, erhofften wir uns „ehrliche“ Antworten auf unsere Fragen. Interessant dabei ist wiederum, ob ggf. *signifikante* Häufigkeitsunterschiede zwischen den beiden Hauptstichproben bestehen.

#### 3.6.1 Beurteilung des einzunehmenden Neuroleptikums

Da die überwiegende Anzahl der Probanden mit einer medikamentös-neuroleptischen Monotherapie behandelt werden, hält der Autor die Präsentation der Ergebnisse über die Beurteilung des im Medikamentenfragebogens mit A bezeichneten Neuroleptikums für ausreichend. Wie in Abbildung 3.8 zu sehen ist, fällt die Beurteilung bezüglich des Hauptneuroleptikums zwischen den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par recht „inhomogen“ aus. Ein direkter Vergleich der Häufigkeiten zwischen den einzelnen Antwortmodalitäten kann aber nicht sehr aussagekräftig sein, da die gehörlosen schizophrenen Probanden sich fast zur Hälfte einer Antwort enthalten, während die Missing Values in der Stichprobe HÖ-F20par nur etwa ein Zwölftel der Gesamtprobandenzahl ausmachen. Trotzdem ist zu erkennen, daß die Probanden der Stichprobe GL-F20par seltener die Beurteilung „hat mir sehr geholfen“ und häufiger die Beurteilung „hat mir eher geschadet“ wählen als die hörenden schizophrenen Probanden der Stichprobe HÖ-F20par. Teststatistisch sind die Unterschiede zwischen den beiden Stichproben anhand des Mann-Whitney U-Testes, dessen Anwendung auf der Annahme beruht, dass die Variable Ordinalskalenniveau erreicht, *signifikant* (**p-Wert**= 0.003).

Tab. 3.7: Antworten der Probanden auf die Frage nach der Selbstbeurteilung der neuroleptischen Therapie.

---

0	← „hat mir sehr geholfen“
1	← „hat mir ziemlich geholfen“
2	← „hat mir etwas geholfen“
3	← „hat mir nicht geholfen“
4	← „hat mir eher geschadet“

---

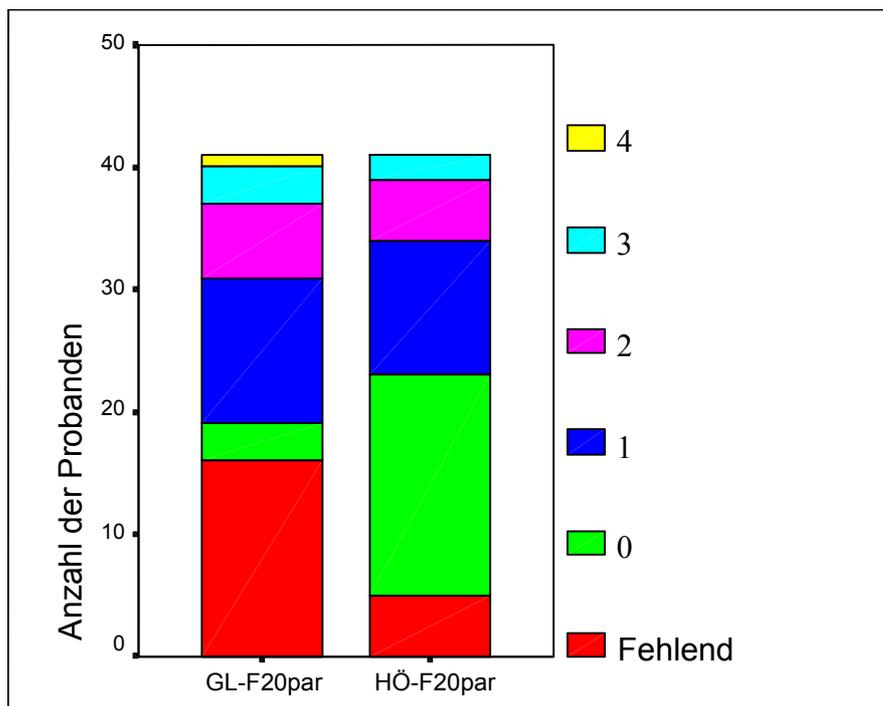


Abb. 3.8: Beurteilung der neuroleptischen Therapie in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

### 3.6.1 Einschätzung der Notwendigkeit der Neuroleptikaeinnahme

Die subjektive Einschätzung der „Notwendigkeit der Neuroleptikaeinnahme“ durch die Probanden ergab die in Abbildung 3.9 dargestellten Ergebnisse. Die Unterschiede zwischen den Stichproben beziehen sich hauptsächlich auf die häufigere Tendenz der gehörlosen schizophrenen Probanden zur Auswahl der Antwortmöglichkeit „Ich weiß nicht, ob ich das Medikament wirklich benötige“ und die häufigere Tendenz der Probanden der Stichprobe HÖ-F20par zur Auswahl der Antwortmöglichkeit „Ja, ich benötige das Medikament“. Teststatistisch *signifikante* Unterschiede bestehen *tendenziell* zwischen den „Weiß nicht“-Antworten der beiden Stichproben (Chi<sup>2</sup>; **p-Wert**= 0.052). Missing values treten in der Stichprobe GL-F20par zweimal auf und in der Stichprobe HÖ-F20par überhaupt nicht.

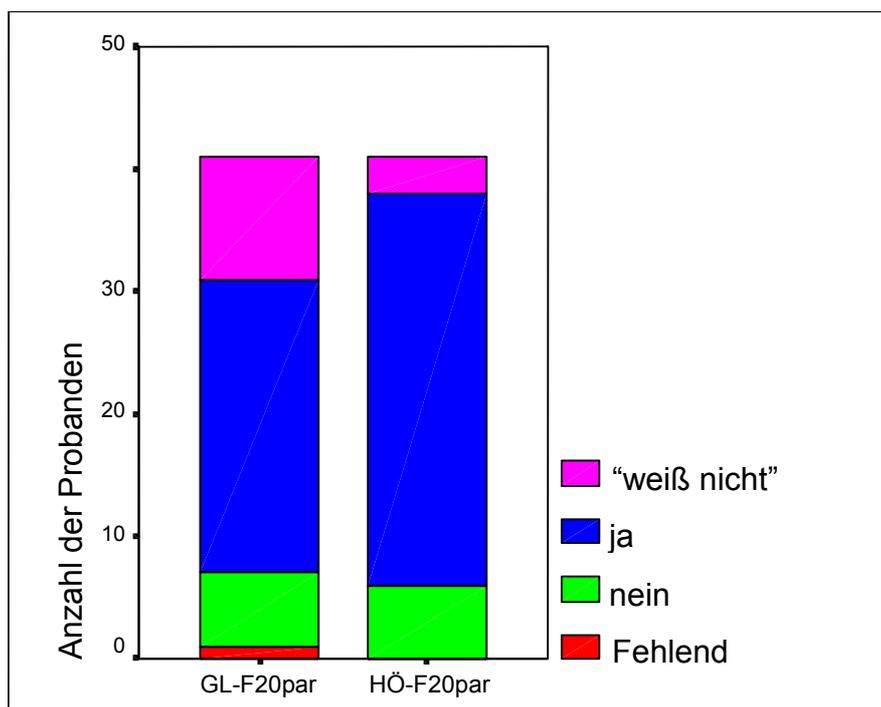


Abb. 3.9: Beurteilung der Notwendigkeit der Neuroleptikaeinnahme in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

### 3.6.2 Zufriedenheit mit den Informationen über die medikamentöse Therapie

In Abbildung 3.10 sieht man, daß eine Mehrheit der Probanden beider Stichproben sich für die Antwort „Ja, ich bin mit den Informationen über die medikamentöse Therapie zufrieden“ entschieden. Diese Mehrheit ist in der Stichprobe HÖ-F20par jedoch viel ausgeprägter als in der Stichprobe GL-F20par. Außerdem entschieden sich wieder viele gehörlose schizophrene Probanden für die Antwort „Weiß nicht“, während es in der Stichprobe HÖ-F20par nur eine Minderheit ist. Auch die missing values sind in dieser Stichprobe wieder stärker vertreten als bei den hörenden schizophrenen Probanden. Obwohl sich im Vergleich zu den gehörlosen Schizophrenen mehr Probanden der Stichprobe HÖ-F20par für die Antwort „Ja, ich bin mit den Informationen über die medikamentöse Therapie zufrieden“ entschieden, galt das auch ebenso für deren Verneinung. Teststatistisch *signifikante* Unterschiede bestehen bezüglich der Antwortmöglichkeit „Weiß nicht“ zwischen den Stichproben ( $\chi^2$ ; **p-Wert**= 0.012).

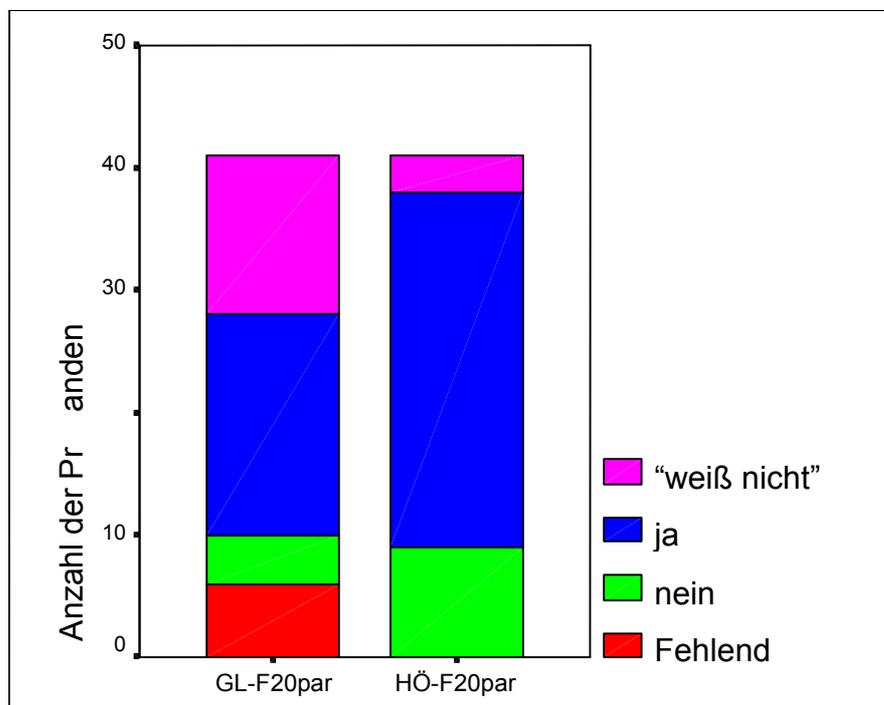


Abb. 3.10: Zufriedenheit mit den Informationen über die medikamentöse Therapie in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

### 3.7 Dyskinesien

Da gehörlose Patienten auffällig häufiger als hörende über motorische Beeinträchtigungen durch Dyskinesien berichten, wird in der Literatur viel über dieses Thema spekuliert. Anhand der Abbreviated Dyskinesia Rating Scale (ADS von Simpson, Lee et al., 1979) wurden die Probanden dieser Studie in 13 verschiedenen Items (siehe Kap. 2.2) hinsichtlich des Auftretens von Dyskinesien untersucht.

#### 3.7.1 ADS (Abbreviated Dyskinesia Rating Scale)

In Abbildung 3.11 ist das Ergebnis des ADS-Summenvergleiches als Boxplot abgebildet. Die ADS-Summe nimmt bei völligem Fehlen einer dyskinetischen Symptomatik mindestens den Wert 13 an, da in diesem Fall jedes einzelne der 13 Items mit einem Punktwert von 1 in die Gesamtwertung eingeht (siehe Kap. 2.2). Erkennbar ist ein leicht höherer ADS-Summenscore bei den Probanden der Stichprobe GL-F20par (Mittelwerte: GL-F20par = 14,27 (SD 1.51), HÖ-F20par = 14,22 (SD 2.63); Mediane: GL-F20par = 14, HÖ-F20par = 13).

Die Unterschiede zwischen den Summenverteilungen der Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par sind teststatistisch *signifikant* (Mann-Whitney-U-Test; **p-Wert**= 0.024).

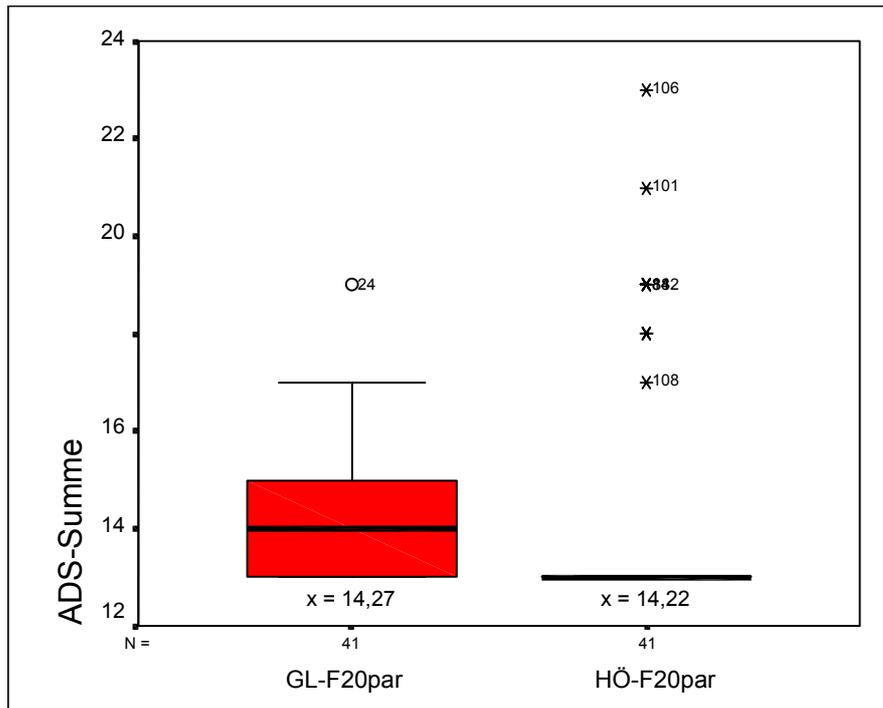


Abb. 3.11: Abbreviated Dyskinesia Rating Scale (ADS) der Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

### 3.8 Begleitmedikation

#### 3.8.1 Anticholinergika als Begleitmedikation

Die Untersuchung der Anwendung zentral wirksamer Cholinergika (vor allem Biperiden) ist relevant im Hinblick auf einen Vergleich mit den Ergebnissen der Häufigkeit von Dyskinesien, da diese Substanzen vor allem zur Behandlung dyskinetischer neuroleptischer Störwirkungen verschrieben werden. Wie in Abbildung 3.12 zu erkennen ist, haben fast die Hälfte aller Probanden der Stichprobe GL-F20par ein Anticholinergikum in ihrer Medikation, während die Betreffenden bei den hörenden schizophrenen Probanden nicht einmal 10% der gesamten Stichprobe repräsentieren. Teststatistisch *signifikante* Unterschiede bestehen zwischen den „Ja“-Antworten der beiden Stichproben ( $\chi^2$ ; **p-Wert**= 0.01).

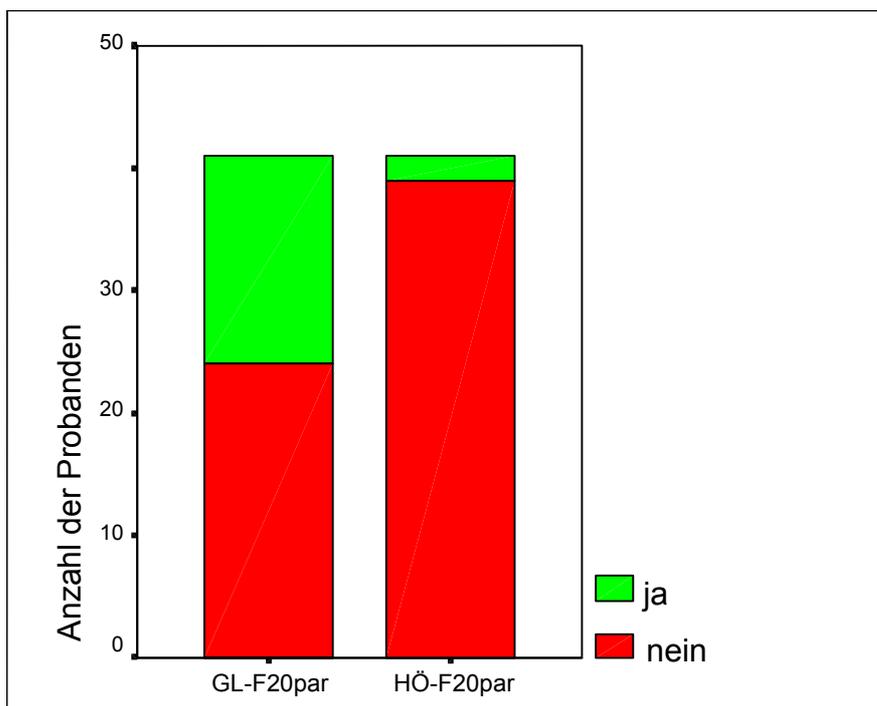


Abb. 3.12: Häufigkeit der Einnahme von Anticholinergika in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

### 3.8.2 Antidepressiva als Begleitmedikation

Diejenigen Probanden, die zuzüglich zu ihrer Neuroleptikamedikation noch ein Antidepressivum einnehmen, befinden sich in beiden untersuchten Stichproben in der Minderheit. Die Gründe und Ursachen für die Verschreibung sind individuell verschieden und vielfältig und sollen hier nicht näher erörtert werden (siehe dazu auch Seite 23). Auffällig ist, daß die Häufigkeit der Probanden, die ein Antidepressivum einnehmen, in der Stichprobe HÖ-F20par *signifikant* größer ist (ca. um den Faktor vier) als in der Stichprobe GL-F20par (Chi<sup>2</sup>; **p-Wert** = 0.035).

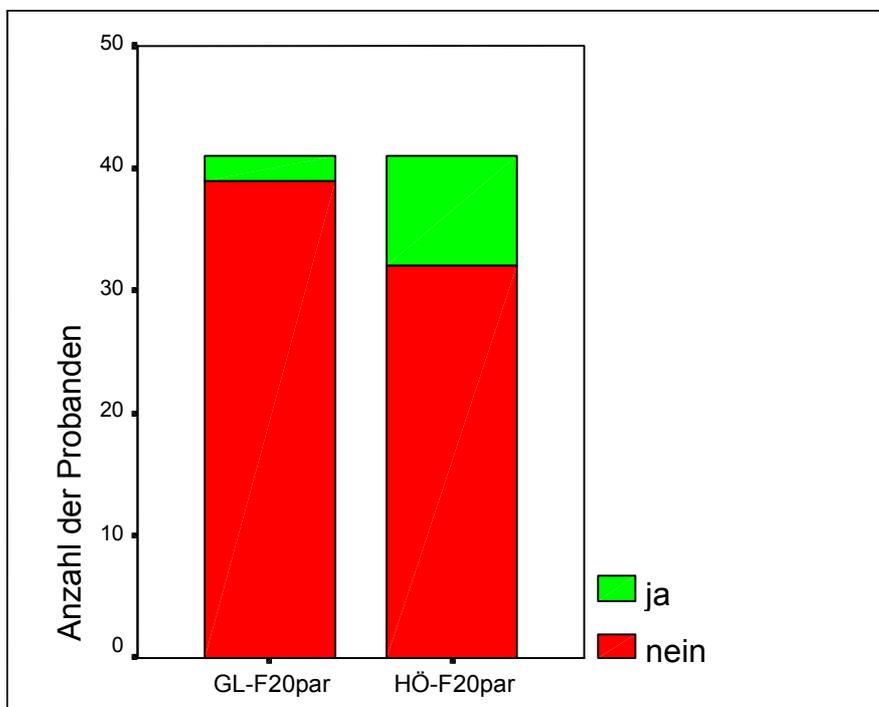


Abb. 3.12: Einnahme von Antidepressiva in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

## 3.9 Outcome-Daten

### 3.9.1 GAS (Global Assessment Scale)

Die GAS (Global Assessment Scale) wird genauer in Kapitel 2.2 beschrieben. Sie ist ein Messinstrument, das eine Fremdbeurteilung der „Kompetenz“ und des „Funktionierens“ in allen wesentlichen Bereichen des Alltagslebens der Patienten bzw. Probanden erfordert. Die Einschätzung erfolgt auf einem Zahlenspektrum von 1 bis 100 ausgehend von den Extremzuständen „needs constant supervision for several days to prevent hurting self or others, or makes no attempt to maintain minimal personal hygiene“ und „no symptoms, superior functioning in a wide range of activities, life’s problems never seem to get out of hand, is sought out by others because of his warmth and integrity“. Das Instrument wurde im Rahmen der vorliegenden Untersuchung im Hinblick auf zwei verschiedene Zeiträume zur Einschätzung der allgemeinen psychosozialen Integration der Probanden eingesetzt:

Diese bestehen aus der GAS (Prämorbid), die die psychosoziale Situation der Probanden in einem 12-monatigen Zeitraum vor der Ersterkrankung berücksichtigt, der GAS (Outcome), die sich auf die gegenwärtige Situation bezieht und der Differenz GAS Prämorbid/Outcome, die, wie der Name schon sagt, die Differenz der Punktwerte der GAS (Prämorbid) und der GAS (Outcome) darstellt. Dadurch wird eine Verlaufsbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus der Probanden möglich, die im Rahmen dieser Untersuchung einen direkten Vergleich zwischen den beiden Hauptstichproben erlaubt.

### 3.9.1.1 GAS (Prämorbid)

Die GAS (Prämorbid) bezieht sich auf die letzten 12 Monate vor dem Beginn der Erkrankung. Wie in Abbildung 3.13 zu sehen ist, unterscheiden sich die Punkteverteilungen der Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par nicht wesentlich voneinander (Mittelwerte: GL-F20par =  $63,68 \pm 11,19$ , HÖ-F20par =  $65,61 \pm 13,04$ ; Mediane: GL-F20par = 63, HÖ-F20par = 64). Auch der t-Test für unverbundene Stichproben ergibt *kein signifikantes* Ergebnis (**p-Wert** = 0.475). Folglich bestehen keine nennenswerten Unterschiede zwischen den psychosozialen Funktionsniveaus der beiden Stichproben im genannten Zeitraum.

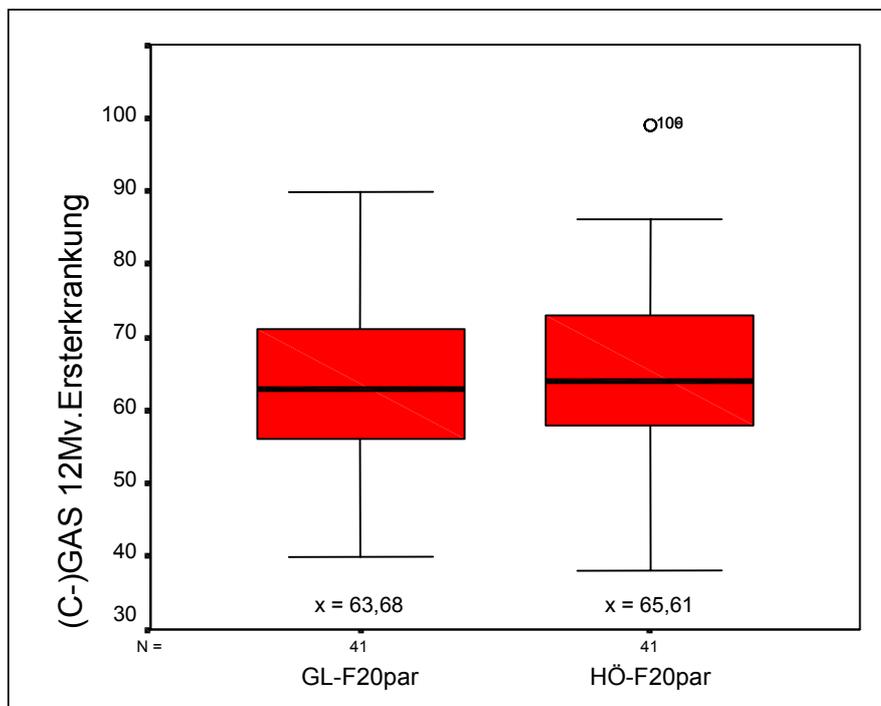


Abb. 3.13: GAS (Prämorbid) in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

### 3.9.1.2 GAS (Outcome)

Die GAS (Outcome) bezieht sich auf das zum Meßzeitpunkt aktuelle psychosoziale Funktionsniveau der Probanden. Die Unterschiede zwischen den beiden Stichproben sind erkennbar (siehe Abbildung 3.14; Mittelwerte: GL-F20par =  $48,49 \pm 12,61$ , Hö-F20par =  $63,56 \pm 9,81$ ; Mediane: GL-F20par = 52, Hö-F20par = 63) und auch teststatistisch *signifikant* (t-Test; **p-Wert** = 0.01). Dies bedeutet, daß die Probanden der Stichprobe GL-F20par nicht in gleichem Maße wie die mit ihnen parallelisierten hörenden Schizophrenen Remissionen erreichen und an ein Funktionsniveau anschließen, das dem des prämorbidem Befundes entspricht und es, im Falle der hörenden schizophrenen Probanden, in manchen Fällen sogar übersteigt.

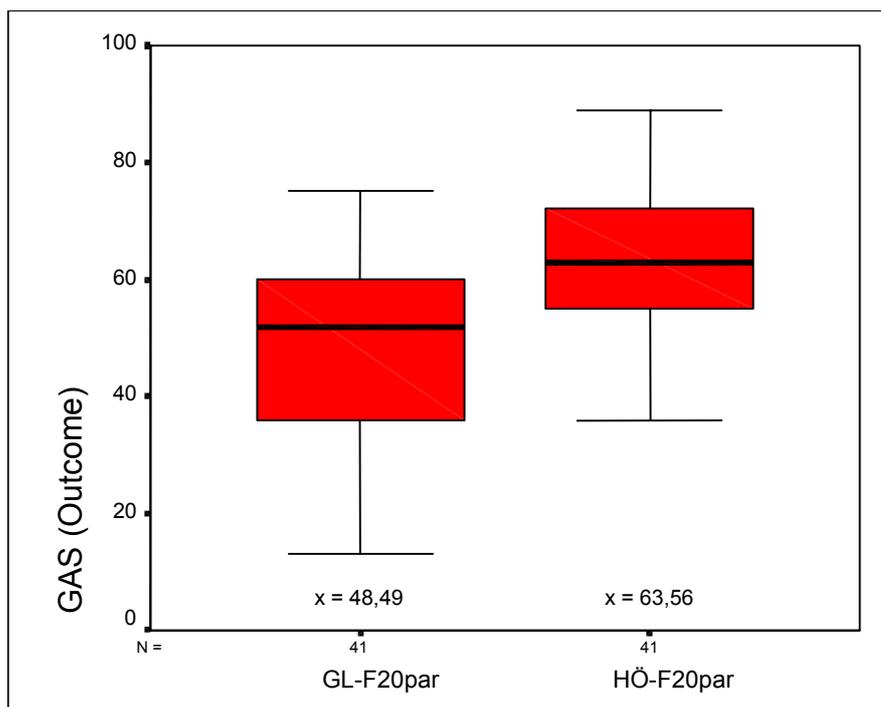


Abb. 3.14: GAS (Outcome) in den Stichproben GL-F20par und Hö-F20par.

### 3.9.1.3 Differenz GAS (Prämorbid/Outcome)

In Abbildung 3.15 ist anhand der Differenz von GAS (Prämorbid) und GAS (Outcome) noch einmal der Verlust bzw. Gewinn psychosozialen Funktionsniveaus, ausgehend von dem 12-monatigen Zeitraum vor der Ersterkrankung bis zum Meßzeitpunkt, für die Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par grafisch dargestellt. Zu erkennen ist, der im Vergleich zur Stichprobe HÖ-F20par (Mittelwert =  $16,76 \pm 9,56$ ; Median = 15), große Verlust von Skalenpunkten der Probanden der Stichprobe GL-F20par (Mittelwert =  $5,32 \pm 7,34$ ; Median = 1). Dieser Unterschied ist natürlich auch teststatistisch *signifikant* (t-Test; **p-Wert**= 0.016).

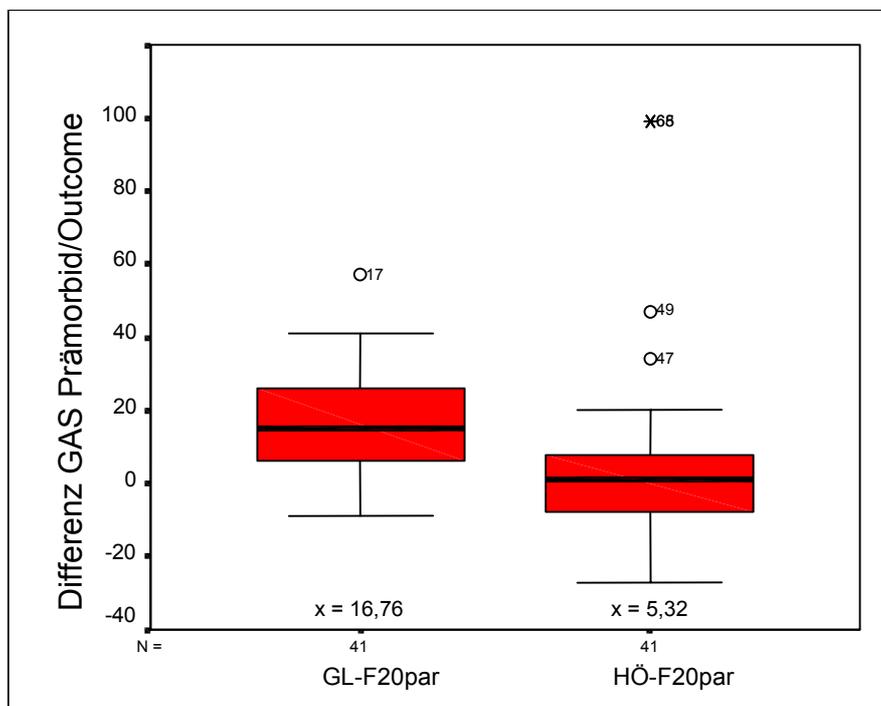


Abb. 3.15: Differenz GAS (Prämorbid/Outcome) in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

## 4 Diskussion

Im folgenden Abschnitt sollen die wichtigsten Ergebnisse zum Thema der neuroleptischen Pharmakotherapie Gehörloser noch einmal aufgegriffen und diskutiert werden. Dafür bietet sich eine Einteilung in drei verschiedene Themenbereiche an, die zusammengefasst folgendermaßen benannt werden könnten:

- 1) Eine durch die Outcome-Daten (GAS) verifizierte, größere „Chronifizierung“ des schizophrenen Krankheitsbildes Gehörloser und einer damit verbundenen, größeren Tendenz der behandelnden Ärzte zur Verschreibung höherer Neuroleptikadosen.
- 2) Eventuelle Unterschiede im neuroleptischen Nebenwirkungsspektrum (einschließlich der Spätdyskinesien) Gehörloser im Vergleich zu hörenden schizophrenen Patienten.
- 3) Eine durch die spezifische psychosoziale Entwicklung Gehörloser hervorgerufene „Lethargie“ gegenüber der eigenen Pharmakotherapie als Resultat eines unterentwickelten „eigenen Krankheitskonzepts“.

In einem weiteren Unterkapitel wird anschließend der Versuch unternommen, ein Resumè zu ziehen und es werden Vorschläge für eine möglicherweise adäquatere Pharmakotherapie gehörloser Patienten gemacht.

#### 4.1 Outcome-Daten und deren Bezug zu verschriebenen Neuroleptikadosen

In Kapitel 3.9 werden anhand der GAS (Global Assessment Scale, siehe Kap.2.2) Unterschiede in den psychosozialen „Funktionsniveaus“ der beiden Untersuchungsstichproben dargestellt. Die GAS ist ein Fremdbeurteilungsinstrument sozialer Kompetenzen, die eine subjektive Einschätzung auf einem Zahlenspektrum von 1 bis 100 mit den Extremzuständen „needs constant supervision for several days to prevent hurting self or others, or makes no attempt to maintain minimal personal hygiene“ und „no symptoms, superior functioning in a wide range of activities, life’s problems never seem to get out of hand, is sought by others because of his warmth and integrity“ erfordert. Somit liegt der Schwerpunkt ihrer Rating-Perspektive relativ unabhängig von nosologischen Konzepten auf einer Einschätzung der Fähigkeit, mit Belastungen des Alltags, mit sich selbst und anderen Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt zurechtzukommen. Im Interview sollten die Probanden offen über ihr Befinden vor ihrer Erkrankung und zum Untersuchungszeitpunkt berichten, während der Untersucher nachträglich (oft anhand der Videoaufnahmen) die geschilderte Situation anhand der Punkteskala einzuschätzen versuchte. Dies führte in der Auswertung zu drei verschiedenen grafisch umgesetzten Darstellungsmöglichkeiten, die sich zum einen auf den Vergleich der beiden „prämorbid“ GAS-Werte der Stichproben, zum anderen auf ihren „Outcome“-Vergleich und drittens auf eine Differenz von beiden bezog (siehe Kap.3.9).

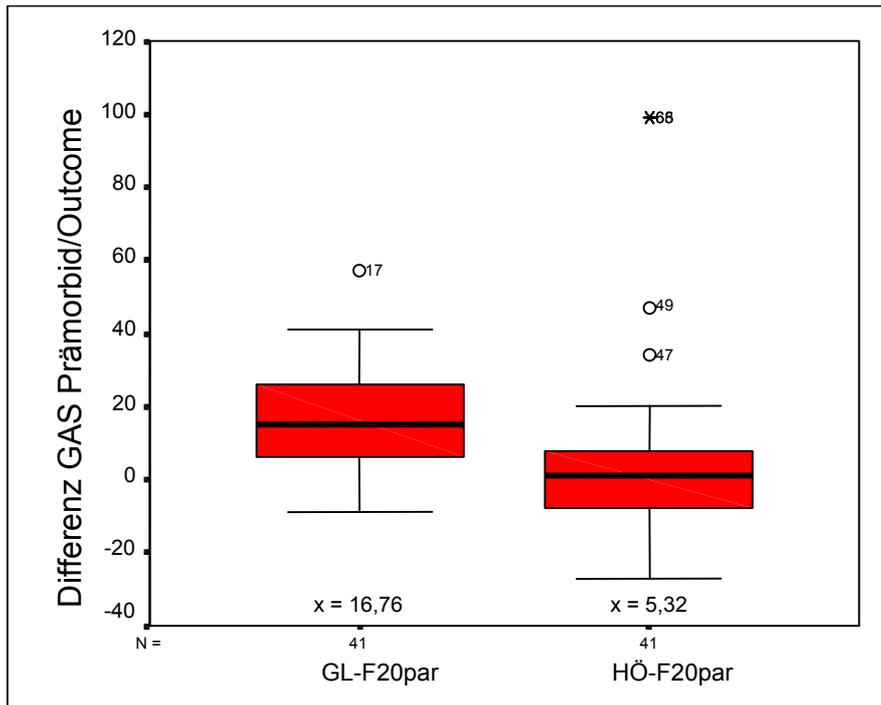


Abb. 4.1: Differenz GAS (Prämorbide/Outcome) in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

In Abb. 4.1 ist zu erkennen, dass es einen eindeutigen -und auch teststatistisch signifikanten- Unterschied in bezug auf das beschriebene Funktionsniveau zwischen den beiden Stichproben gibt. Die Probanden der Gehörlosenstichprobe haben im Langzeitverlauf nicht an ein vergleichbares prämorbid funktionelles Niveau anschliessen können, während die Probanden der Kontrollgruppe im Durchschnitt wieder ein solches erreichen konnten. Die Erkrankung scheint bei den Gehörlosen eindeutig einen „chronischeren“ Verlauf mit grösseren „langfristigen Einbussen im alltäglichen Leben zu nehmen. Dies scheint auch den Tatbestand zu erklären, dass die gehörlosen Probanden nicht zufällig im Durchschnitt mit höheren Neuroleptikadosierungen behandelt werden als ihre hörenden Kontrollpersonen (siehe Kap. 3.2; Tab. 4.1). Die Diskussion, die sich aus diesem Befund ergibt, müsste hauptsächlich zwei Richtungen verfolgen. Ist dieser schwerere Krankheitsverlauf wesentlich durch die gewiss eminenten Unterschiede in der psychosozialen Entwicklung der beiden Gruppen zu erklären oder liegt dem ganzen womöglich eine spezifische organische Ursache zugrunde welche die Gehörlosen gegenüber der schizophrenen Erkrankung „fragiler“ macht. Zum letztgenannten Punkt ist zu bemerken, dass die für die Hörbehinderung

verantwortlichen Ursachen häufig auch zu leichten, nicht immer nachweisbaren hirnorganischen Veränderungen führen, durch die diese Hypothese zumindest ein Substrat erhalten könnte. Allerdings wäre dies im Rahmen der Untersuchung zu spekulativ und nicht begründbar.

Aufgrund der schon in der Einleitung beschriebenen schwierigeren gehörlosen Lebenssituation bzw. Sozialisierung gibt es aber Hinweise darauf, dass eine Begründung für den schwerer verlaufenden Krankheitsprozess wahrscheinlicher in diesem Kontext zu suchen wäre. Die gehörlosen Patienten treffen mit Beginn ihrer Erkrankung auf ein, für sie nicht entsprechend vorbereitetes, klinisches Procedere, durch das sie nicht adäquat „aufgefangen“ werden können. Die schwierige kommunikative Situation zwischen Arzt und Patient und die immer noch weit verbreitete Skepsis der Tatsache gegenüber, dass auch gehörlose Menschen schizophren erkranken können, tragen ihren Teil dazu bei. Dies führt dazu, dass bei ihnen zwischen dem Erkrankungs- und dem Behandlungsbeginn längere Latenzzeiten zu beobachten sind, was natürlich Einflüsse auf den gesamten Krankheitsverlauf nach sich zieht. Überdies sind die Hospitalisierungszeiten gehörloser Patienten gegenüber denen hörender länger und die Einstellung auf eine langfristige Neuroleptikatherapie fällt ihnen grundsätzlich schwerer. Hier kommt auch wieder die „Doppelbelastung“ psychiatrisch erkrankter Gehörloser zum Tragen, die durch ihre ohnehin oftmals rarefizierteren und institutioneller geprägten sozialen Netzwerke, nicht entsprechenden Rückhalt bekommen. Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass mit der beschriebenen, stärker ausgeprägten „Chronifizierung“ des gehörlosen schizophrenen Krankheitsbildes nicht auch ein erhöhtes Erkrankungsrisiko korreliert. In der wohl umfassendsten Studie über psychiatrische Erkrankungen Gehörloser von Rainer, Altshuler und Kallmann von 1963 findet sich folgende Stellungnahme zu dieser Frage:

„Although the findings do not preclude the possibility of some role played by stressful factors in the simultaneous occurrence of deafness and schizophrenia, the weight of evidence indicates that early total deafness, with all its deprivations and distortions in the normal development patterns, has little bearing on the statistically demonstrable risk of schizophrenia”.

## 4.2 Neuroleptische Nebenwirkungen einschliesslich der Dyskinesien

In dem in dieser Studie eingesetzten Medikamentenfragebogen wurden die Probanden gebeten, das Auftreten möglicher Nebenwirkungen der neuroleptischen Therapie innerhalb der letzten 12 Monate subjektiv einzuschätzen. Dabei konnten sie sich zwischen den Antwortkategorien „in den letzten 12 Monaten nicht aufgetreten“, „in den letzten 12 Monaten aufgetreten“ und einer „Stimmhaltung“ entscheiden. Das abgefragte Nebenwirkungsspektrum umfasste gängige Medikamentennebenwirkungen aus dem vegetativen und motorischen Bereich einschliesslich derer, speziell mit Neuroleptika in Verbindung gebrachter Störwirkungen (siehe Tab. 3.4).

Dabei ergab sich eine Häufigkeitsverteilung von positiven Nennungen von insgesamt 203 (20,63%) in der Stichprobe GL-F20par gegenüber 227 (23,07%) in der Stichprobe HÖ-F20par par. Diese grössere Nebenwirkungshäufigkeit der hörenden schizophrenen Probanden ist jedoch teststatistisch *nicht* signifikant. Ausserdem ergaben sich in der gehörlosen Stichprobe signifikant höhere Nebenwirkungsraten in der Modalität „Rigidität“ und signifikant niedrigere Raten in der Sparte „sexuelle Störungen“.

Schlussfolgernd sind also keine nennenswerten Unterschiede bezüglich des Auftretens von Nebenwirkungen zwischen den beiden Gruppen zu erkennen. Die Häufigkeit der genannten Nebenwirkungen weicht in ihrer Verteilung auch nicht von allgemein in der Literatur berichteten Raten ab.

Zu diskutieren bliebe die bemerkenswert häufig zu beobachtende Entscheidung der gehörlosen Probanden, sich für gar keine Aussage zu entscheiden und die signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit von Nebenwirkungen in den oben genannten Modalitäten. Ersteres wird noch ausgiebig in Kap. 4.3 diskutiert werden.

Die Frage nach der Störwirkung „motorische Rigidität“ haben 19 Probanden der gehörlosen Stichprobe im Vergleich zu 7 der hörenden Probanden mit „Ja“ beantwortet. Dies ist ein signifikanter Unterschied, der ein Thema aufwirft, welches hier etwas genauer behandelt werden soll.

Brosch und Kampert fanden in ihrer 1991 durchgeführten Erhebung heraus, dass die Gehörlosen anscheinend eine höhere Affinität für das Auftreten bestimmter Nebenwirkungen haben als hörende Patienten:

„Die meisten gehörlosen Patienten zeigten schon kurz nach dem Einsetzen der medikamentösen Behandlung insbesondere mit hochpotenten Neuroleptika auch bei geringen Dosierungen ausgeprägte unerwünschte Begleiterscheinungen (extrapyramidalen Tremor, Speichelfluss, Salbengesicht, Zungenschlundkrampf usw.), die sich z.T. in dramatischer Form präsentierten“ (Brosch und Kampert, 1991).

Diese Beobachtung ist auch in der vorliegenden Studie reproduzierbar und zwar in der Kategorie „Rigidität“, in der sich die gehörlosen Probanden signifikant häufiger für positive Nennungen entschieden. Berücksichtigt werden muss die unterschiedliche Situation im Krankheitsverlauf, da die hier befragten Probanden den akut stationären Beginn ihrer Behandlung schon hinter sich gelassen hatten und ausserdem nach den Störwirkungen innerhalb der letzten 12 Monate gefragt wurden. Es stellt sich die Frage, ob die Gehörlosen tatsächlich eine höhere Affinität für gewisse Nebenwirkungen haben, oder ob sich dieses Phänomen eher wiederum durch „die spezifische gehörlose Situation“ erklären lässt. In der Literatur findet man keine Hinweise darauf, dass gehörlose Patienten signifikant höhere Inzidenzen von Dyskinesien haben als hörende. Die hier erhobenen Daten bezüglich dieser Fragestellung sind nicht valide genug, um eine Aussage treffen zu können, da die Stichprobengrösse für diese Fragestellung zu klein ist. So wurden in beiden Stichproben nur sehr wenige Probanden, wenn auch etwas häufiger bei den gehörlosen, mit ausreichend gesicherten Dyskinesien gefunden (siehe Kap.3.7.1) . Somit kann dieser „grobe Vergleich“ die oben formulierte Hypothese einer grösseren Inzidenz von extrapyramidalen Dyskinesien weder falsifizieren noch erhärten.

Im Rahmen der Diskussion über die Inzidenz von Dyskinesien ist eine Beobachtung sehr wesentlich bzw. auffällig und zwar die Tatsache, dass die gehörlosen Probanden häufiger mit anticholinergen Medikamenten behandelt werden. Die Verschreibung dieser Medikamente, die ja auf die Behandlung dieser speziellen Nebenwirkungen abzielen, erfolgt bei ihnen früher und anhaltender als bei den hörenden Probanden.

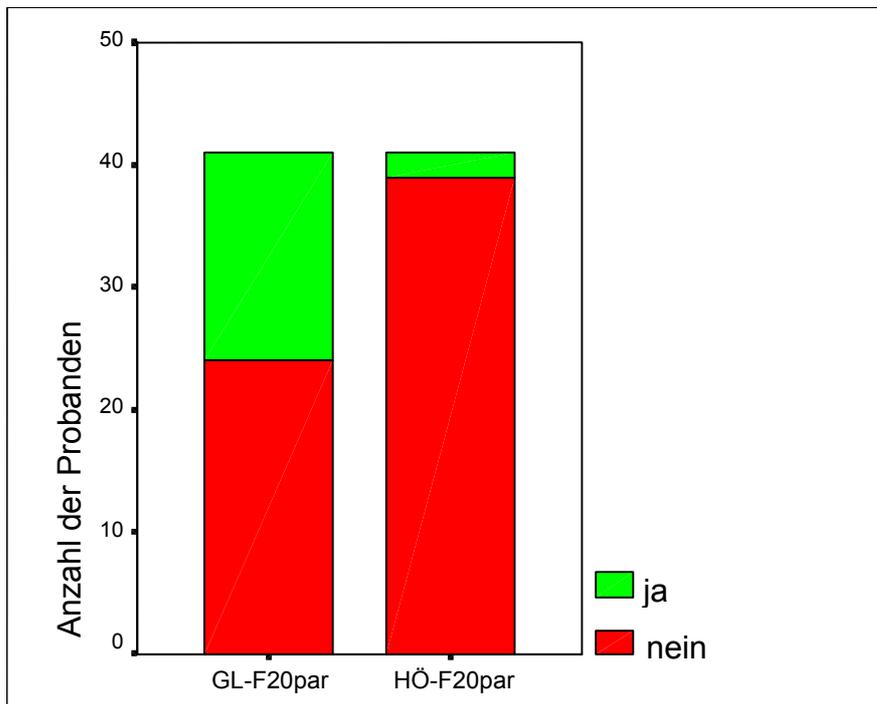


Abb. 4.2: Häufigkeit der Einnahme von Anticholinergika in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

Wie in Abb. 4.2 zu erkennen ist, haben fast die Hälfte der gehörlosen Probanden ein Anticholinergikum in ihrer Medikation, während die Anzahl der hörenden nicht einmal 10 % der gesamten Stichprobe repräsentiert. Dieses Phänomen gibt auf der Basis der oben begonnen Diskussion gewissen Anlass zur Verwunderung, da die gehörlosen Probanden eben bei vergleichbar niedrigen Inzidenzen von Dyskinesien mit *signifikant* höheren Dosen von Anticholinergika behandelt werden. Um eine Erklärung für diese Beobachtung zu finden, könnte man den Hinweis von Brosch und Kampert noch einmal aufgreifen, die beschrieben hatten, dass die Gehörlosen sich durch das Auftreten von motorischen Nebenwirkungen zusätzlich in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt fühlen würden. Da die extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen ganz wesentlich den Ablauf gebärdensprachlicher und mimischer Kommunikation beeinträchtigen, sei es nicht verwunderlich, dass sich die Gehörlosen in einem viel umfassenderen Sinne durch diese Nebenwirkungen eingeschränkt fühlen würden. Die häufigere Verschreibung von Anticholinergika würde demnach einer Aufrechterhaltung

der für die gehörlosen wichtigeren „Freiheit von motorischen Nebenwirkungen“ dienen.

### 4.3 Einstellungen zu Krankheit und Therapie

In dieser Studie wurden nicht nur Daten erhoben, welche die Pharmakotherapie gehörloser Patienten aus der Perspektive der Therapeuten abbilden, sondern die Probanden wurden selber nach ihrer eigenen Einstellung zu ihrer Therapie und nach ihrem diesbezüglichen Informationsgrad befragt. Dabei fielen wiederholt entscheidende Unterschiede der gehörlosen Probanden im Hinblick auf den Vergleich mit ihrer hörenden parallelisierten Kontrollgruppe auf, die im folgenden näher beschrieben werden sollen.

#### 4.3.1 Basiswissen zur Pharmakotherapie

In Kap 3.4.1 wurde ein Vergleich der Stichproben bezüglich ihres Basiswissens, d.h. der Fähigkeit, die eigene Therapie selbst „in die Hand zu nehmen“ und koordinieren zu können, angestellt. Dabei fiel ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Stichproben auf, der sich in einer ungleich grösseren Tendenz zur Inanspruchnahme von Hilfe beim Befolgen des medikamentösen Behandlungsplanes der gehörlosen Probanden äusserte. Im Gegensatz zu den Hörenden bedurfte bei den Gehörlosen nahezu jeder zweite zumindest ein wenig Hilfe bei der Einnahme und Koordinierung der verordneten Medikamente, während es in der Kontrollgruppe nur jeder achte benötigte. Auch hinsichtlich der möglichen Nebenwirkungen der Therapie erwiesen sich die hörenden Probanden als viel aktiver, da sie sich selber viel „agiler“ für diese, ihre eigenen, Interessen einsetzten. Während die Gehörlosen in einer knappen Mehrheit angaben, sich gar nicht über mögliche Nebenwirkungen zu informieren, lasen die Hörenden öfter den Beipackzettel des entsprechenden Medikamentes durch. Als zweithäufigste Informationsquelle gaben in beiden Stichproben die Probanden ihren behandelnden Arzt an, wenngleich dieser in der gehörlosen Stichprobe viel öfter diesbezüglich frequentiert wurde. Auch bei dieser Frage war die Anzahl derjenigen

Probanden, die gar keine Aussage zu diesem Thema machen konnten bzw. wollten wieder einmal höher bei den Gehörlosen.

#### 4.3.2 Compliance

Auch die Qualität der „kooperativen Mitarbeit“ der Probanden an ihrer eigenen Therapie wurde erfragt. Hier soll angemerkt werden, dass dieser Aspekt natürlich nur höchst subjektiv eingeschätzt werden darf, da diese Frage ganz speziell auch eine Wertigkeit vermittelt, die, durch mitunter auch zu erwartende falsche Angaben, etwas verfälscht erfasst werden könnte. Dennoch könnte man durch die Anonymität der Angaben einen gewissen Authentizität erwarten, die in diesem Fall sogar den bisher ermittelten Trends zu entsprechen scheint.

So ergaben sich auch hier wieder erhebliche Unterschiede zwischen den beiden Stichproben, die sich wiederum in einer gewissen Lethargie und Interesselosigkeit der gehörlosen Probanden gegenüber ihrer Pharmakotherapie äusserten. Die Gehörlosen waren seltener daran interessiert, auftretende Nebenwirkungen ihrem behandelnden Arzt zu offenbaren, sie taten dies nur bei viel erheblicheren Einschränkungen durch selbige als die hörenden Probanden. Diese gaben in der Mehrzahl an, dass sie ihren behandelnden Arzt über alle auftretenden Nebenwirkungen informieren würden, auch wenn diese im Vergleich nicht besonders ausgeprägt wären.

Tab. 3.6: Antworten der Probanden auf die Frage nach der Bereitschaft, den behandelnden Arzt über auftretende Nebenwirkungen zu informieren.

- 0 ← „nein“  
 1 ← „ja, über alle Nebenwirkungen“  
 2 ← „nur über besonders belastende Nebenwirkungen“  
 3 ← „nur wenn ich Probleme anders nicht lösen kann“

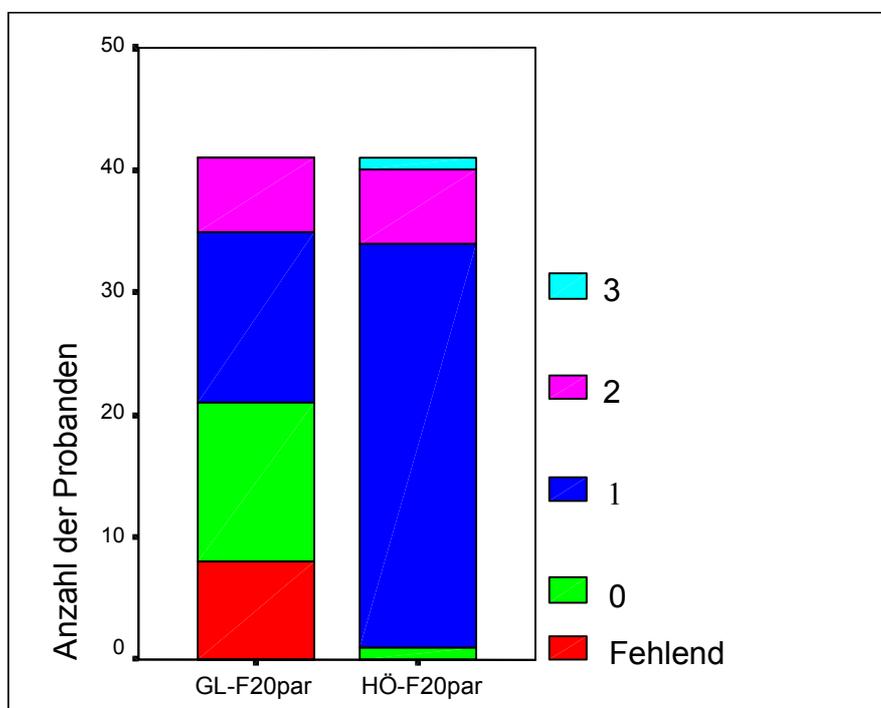


Abb. 4.3: Informationsbereitschaft der Probanden in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

Zur Einnahmefrequenz der Medikamente geben in beiden Stichproben in etwa gleich viele Probanden an, sie entweder *nicht* regelmässig oder eben *immer* regelmässig einzunehmen. Dabei gibt es in beiden Gruppen einen Überhang für die Entscheidung „nicht regelmässig“, in der die Hörenden allerdings eine gewisse Mehrheit bilden. Bei dieser Frage ist es schwierig, die Ergebnisse valide zu differenzieren, da ein Grossteil

der Probanden in beiden Stichproben alleine mit einer Depotspritze behandelt wurde, was zu einer grossen Anzahl von „verständlichen“ Stimmhaltungen führte.

Auch die Einhaltung der vorgeschriebenen Dosis der Medikation gehört zum Thema der Compliance. Die Probanden wurden befragt, ob sie schon einmal *selbständig*, und ohne vorherige Absprache mit ihrem behandelnden Arzt, ihre Medikation erhöhen bzw. reduzieren würden. Hier zeigten die hörenden Probanden eine signifikant grössere Tendenz zu einer „eigenmächtig“ zu nennenden Veränderung und Anpassung ihres Behandlungsplans an ihre eigenen Bedürfnisse.

Wie ist dies zu interpretieren? Man könnte den Eindruck gewinnen, als wären die gehörlosen Probanden aufgrund ihrer grösseren „Folgsamkeit“ gegenüber den ärztlichen Empfehlungen die „zuverlässigeren Patienten“, als würden sie sich *bewusst* für einen vernünftigeren Umgang mit ihrer Therapie entscheiden. Obgleich ihnen diese Art von positivem „Selbstbewusstsein“ nicht pauschal und erst recht nicht im individuellen Fall abgesprochen werden kann, so muss man ihr Verhalten doch auch im Lichte der bisher gefundenen Ergebnisse diskutieren. Man könnte ihr Verhalten nämlich auch als eine grössere Passivität und Distanz zu ihrer eigenen Medikation interpretieren. Da bereits gezeigt wurde, dass die gehörlosen Probanden viel mehr Hilfe bei der Einnahme ihrer Medikamente brauchen, ist nicht wirklich anzunehmen, dass sie auf der anderen Seite so viel „Aktivität“ aufbringen und in einer für sie zu „couragiert“ anmutenden Geste ihre Medikation sozusagen selber gestalten würden. So *lassen* sie sich lieber therapieren und versuchen nicht gegen ihre Therapie „aufzubegehren“.

Relativierend muss hier hinzugefügt werden, dass immerhin etwa ein Drittel der gehörlosen Probanden auf die Frage nach einer gelegentlichen Reduzierung ihrer Medikation mit „Ja“ antwortete. Dies würde strenggenommen der eben diskutierten Erklärungsversuche widersprechen, wenn nicht zu der zu beobachtenden „Lethargie“ der gehörlosen Probanden gegenüber ihrer Therapie auch noch ein weiterer Faktor hinzukommen würde.

Denn den Gehörlosen fehlt nicht nur eine „aufgeklärte“ Einstellung zu ihrer Therapie, es mangelt ihnen vielmehr an einem eigenen Krankheitskonzept, was durch einige kasuistische Daten veranschaulicht werden kann.

So gab ein gehörloser Proband auf die Frage nach seinen Hauptbeschwerden zur Zeit der psychotischen Ersterkrankung zur Antwort: „Ich Schnupfen, krank, kalt, krank, Husten, Schnupfen.“ Und ein anderer antwortete auf die Frage ob ihm seine neuroleptischen Medikamente geholfen hätten folgendermassen: „ Ja helfen? - Krank, Hals , Schnupfen, ....., dann nehme ich eine Tablette, schlucke sie herunter ..... und Kopf, Tablette. Schlucken ....“.

Diese Beispiele verdeutlichen in nicht untypischer Weise das Krankheitskonzept der gehörlosen schizophrenen Probanden der Stichprobe GL-F20par. Es ist eindrücklich durch einen starken Verdrängungsprozess charakterisiert. Die Gehörlosen „somatisieren“ ihre psychische Erkrankung, sie „projizieren“ den Sinn ihrer Pharmakotherapie auf für sie unstigmatisierte Bereiche, wie z.b., in diesem Fall, zur Bekämpfung einer Erkältung. Auf diese Weise verhindern sie aber eine bewusste Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit und damit indirekt auch ihrer Therapie, indem sie zwar wissen, dass sie ein Medikament einnehmen, aber im Umkehrschluss gar nicht wirklich verstehen, warum dies so ist.

So liegt nahe, dass einige ausser ihrer Lethargie auch eine gewisse Ablehnung gegenüber ihren Medikamenten entwickeln, die nicht zufällig darin gipfeln mag, dass ein Drittel von ihnen gelegentlich ihre Medikation eher *reduziert* als *erhöht*.

### 4.3.3 Beurteilung der Therapie

Im Rahmen dieser Fragestellung wurden die Probanden nach ihrer persönlichen Einschätzung ihres Medikamentes, seiner Notwendigkeit und der Zufriedenheit mit den Informationen über die Therapie befragt. Auch hier zeigten sich wieder einige Tendenzen, die nun schon wiederholt diskutiert wurden.

Tab. 3.7: Antworten der Probanden auf die Frage nach der Selbstbeurteilung der neuroleptischen Therapie.

0 ← „hat mir sehr geholfen“

1 ← „hat mir ziemlich geholfen“

2 ← „hat mir etwas geholfen“

3 ← „hat mir nicht geholfen“

4 ← „hat mir eher geschadet“

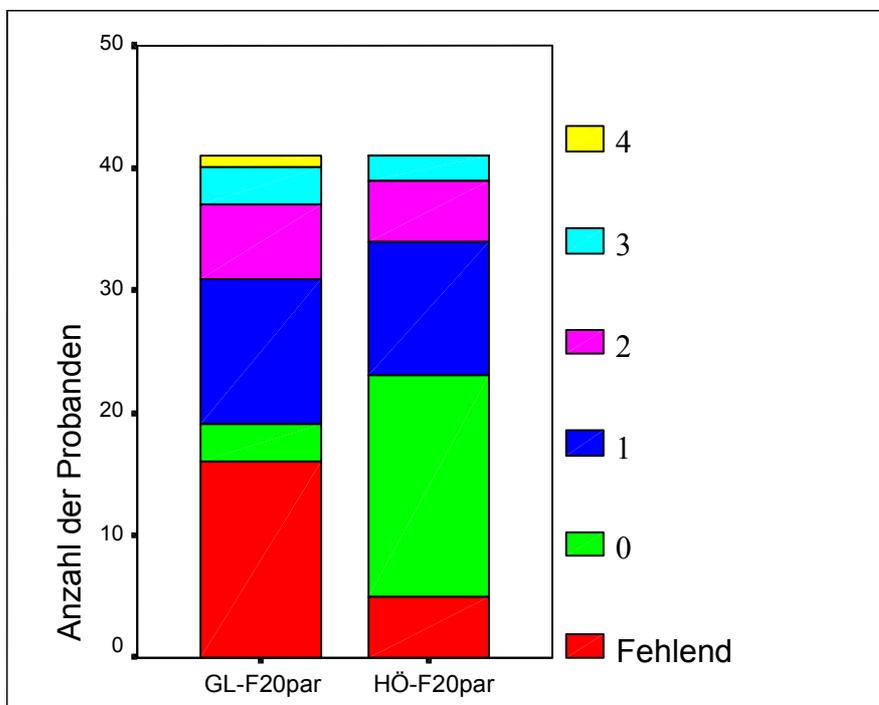


Abb. 4.4: Beurteilung des zuletzt hauptsächlich verordneten Neuroleptikums in den Stichproben GL- F20par und HÖ-F20par.

Die gehörlosen Probanden erwiesen sich wiederholt als *nicht sehr geneigt*, überhaupt eine Aussage zu diesem Thema zu machen. Fast die Hälfte von ihnen enthielten sich einer Antwort und ausserdem fallen die Beurteilungen des Medikamentes im Mittel viel schlechter aus als bei den hörenden Kontrollprobanden. Dies mag daran liegen, dass viele von ihnen, wie beschrieben, kein wirkliches Konzept von ihrer Krankheit haben und deshalb natürlich auch nicht die Notwendigkeit einer langfristigen Pharmakotherapie wirklich einzuschätzen vermögen. Allerdings bemerken viele der Gehörlosen auch, dass etwas mit ihnen nicht „stimmt“. So antwortet ein Proband bei der Frage nach seiner Krankheit:

„Eine Stimme war im Kopf. Eine Stimme. Tut,tut,tut,tut. Tja es ist ein Geräusch im Kopf.

Ein Geräusch,hm“.

Interviewer: „Im Kopf die Stimme, was sagt die ihnen?“

Patient: „Sie spricht von selbst.“

Diese „neutrale“ Darstellung einer schizophrenen Symptomatik beinhaltet im Gegensatz zu den oben zitierten Kasuistiken keine „Somatisierung“, sondern stellt eine genaue Beobachtung des Erlebten dar, welche zu der Schlussfolgerung Anlass gibt, dass einige gehörlose Probanden eine genaue Wahrnehmung ihrer psychischen Erkrankung besitzen. Und trotzdem fällt es ihnen viel schwerer, sie als solche zu deklarieren, was manchmal nicht nur als blosse Stigmatisierungsangst anmutet, sondern auch den Eindruck hinterlässt, als hätten sie überhaupt keine Vorstellung von einer psychischen Erkrankung.

Dennoch beurteilt mehr als die Hälfte von ihnen die Medikamenteneinnahme als notwendig. Dies sind signifikant weniger Probanden als in der Kontrollgruppe, aber dennoch scheinen die meisten von ihnen durch diese Aussage die Existenz ihrer Krankheit zumindest anzuerkennen.

Auch hier entschlossen sich wieder mehr Probanden zu der Antwort „Weiß nicht“, sodass auch der „lethargische“ Aspekt wiederholt auftrat.

In der letzten Fragestellung zu diesem Themenkomplex, in der es um die Zufriedenheit der Probanden mit den Informationen über die Pharmakotherapie geht, werden die bisher beschriebenen Beobachtungen sehr deutlich.

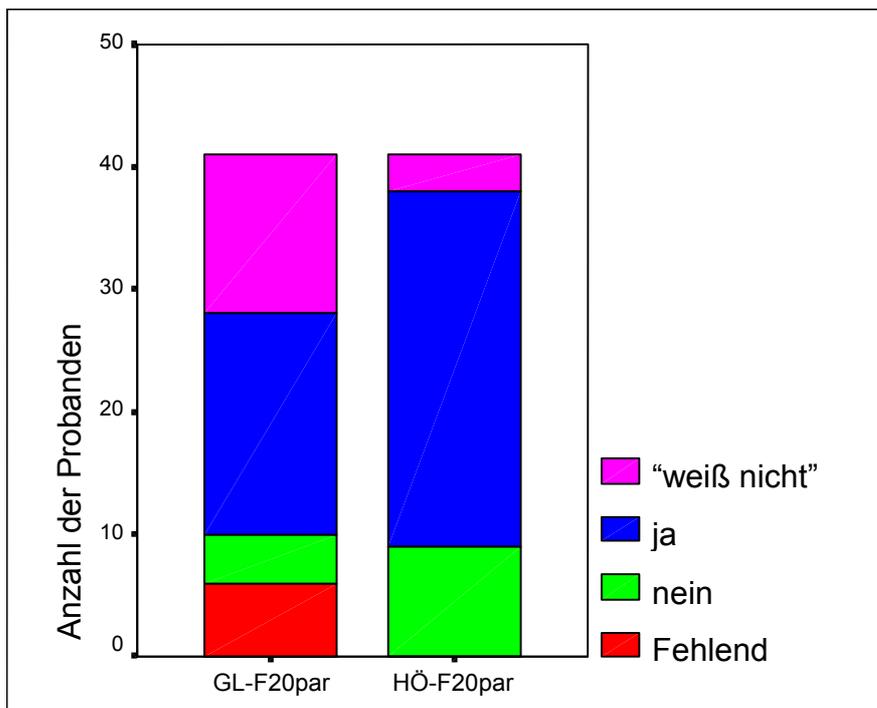


Abb. 4.5: Zufriedenheit mit den Informationen über die medikamentöse Therapie in den Stichproben GL-F20par und HÖ-F20par.

Auf den ersten Blick sind die Antworthäufigkeiten, wie in Abb. 4.5 zu sehen, recht heterogen zwischen den beiden Stichproben verteilt. Bei genauerem Vergleich fällt jedoch auf, dass sich die relativen Häufigkeiten der „Ja“ und „Nein“-Antworten zwischen den Gehörlosen und den hörenden Kontrollprobanden nicht sehr stark unterscheiden. Der Unterschied liegt vielmehr darin, dass die Gehörlosen, wie schon wiederholt beobachtet, viel häufiger zu der Antwort „Weiss nicht“ tendierten und viele von ihnen auch gar keine Antwort geben konnten bzw. wollten. So ist es müßig darüber zu diskutieren, ob die gehörlosen Probanden nun zufriedener mit den Informationen sind, die sie über ihre Pharmakotherapie erhalten, wenn nahezu die Hälfte von ihnen mit der Frage offensichtlich wenig anzufangen weiss. Die Distanz, die sie zu ihrer eigenen

Krankheit und demzufolge auch zu ihrer Therapie haben ist zu gross, als dass sie verantwortlich bzw. bewusst mit ihr umzugehen verstehen würden.

#### 4.4 Zusammenfassung der Studienhypothesen

Die Ergebnisse dieser Studie dienen vor allem der Darstellung des schizophrenen Krankheitsverlaufs in einer sozialen und kulturellen Minderheit. Dieser Ansatz ist vergleichbar mit dem der transkulturellen Psychiatrie mit dem Unterschied, dass sich die „gehörlose Kultur“ fast unabhängig innerhalb unserer eigenen entwickelt und keiner geographischen Trennung bedarf, um sich in vielen wesentlichen Merkmalen von ihr zu unterscheiden.

Die Theorien und Hypothesen zur Pharmakotherapie gehörloser schizophrener Patienten, die sich durch die Diskussion der Ergebnisse herauskristallisiert haben, basieren hauptsächlich auf den Überlegungen zum psychosozialen Hintergrund dieser „Minderheit in der Minderheit“, der, wie wir gesehen haben, durch zahlreiche schwierige Umstände in der Sozialisation und Entwicklung seiner Mitglieder gekennzeichnet ist. So verwundert es nicht, dass der „gehörlose Krankheitsverlauf“ und damit auch seine Therapie einige spezifische Besonderheiten besitzt, die, wie in Kap.4.5 noch zu diskutieren ist, idealerweise einiger Anpassungen bedarf, um auch dieses Patientenkontinuum adäquat versorgen zu können.

So haben wir gesehen, dass der besagte Krankheitsverlauf in den meisten Fällen einen chronischeren Charakter hat, als derjenige hörender Patienten. Eine Verlängerung der Latenzzeit zwischen Erkrankung und Behandlungsbeginn und eine längere Hospitalisierungszeit der gehörlosen Patienten führen schliesslich auch zu einer mit grösserer Residualsymptomatik behafteten Outcome-Situation der Patienten. Dies drückt sich vor allem durch die grössere Hilfsbedürftigkeit der Gehörlosen bei der Alltagsbewältigung, hier insbesondere der Medikamenteneinnahme, aus. Dieses, aus sozialisationsbedingten Ursachen erwachsende Phänomen, führt als Konsequenz zu der Verschreibung von höheren Neuroleptikadosen bei den gehörlosen Patienten und einer damit einhergehenden grösseren Einschränkung durch entstehende Nebenwirkungen.

Jene treten bei den Gehörlosen allerdings im Verhältnis zu den verschriebenen Dosen nicht unbedingt häufiger auf sondern sind meistens belastender, weil sie im Falle der Neuroleptika hauptsächlich den extrapyramidalmotorischen Bereich betreffen, der für die Gehörlosen aufgrund ihrer gebärdensprachlichen Kommunikation besonders wichtig ist. So liegt es nahe, dass die Gehörlosen auch überproportional häufig mit Anticholinergika behandelt werden, um eben diese lebensqualitätseinschränkenden Nebenwirkungen zu dämpfen.

Kompliziert wird diese problembehaftete Therapiekonstellation noch durch das „lethargische“ und distanzierte Verhalten der Gehörlosen gegenüber ihrer eigenen Therapie, welches darin begründet liegt, dass viele von ihnen überhaupt kein Krankheitskonzept, und wenn überhaupt, nur ein sehr somatisiertes, entwickelt haben.

#### 4.5 Überlegungen zur psychiatrischen Behandlung

Um ein Resumé aus den diskutierten Hypothesen ziehen zu können, bedarf es noch einmal einer kurzen Wiederholung der psychiatrischen Versorgungssituation psychisch erkrankter Gehörloser.

Während in den USA schon seit den 50er Jahren erste Konzepte und Spezialabteilungen für Gehörlose entwickelt wurden, liess diese Entwicklung in der BRD bis in die 80er Jahre auf sich warten. 1985 wurden die ersten gehörlosen Patienten in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie in Lengerich aufgenommen und zunächst von den dort nicht spezialisierten Ärzten behandelt, bis mit der Zeit ein eigenes Team für eine spezialisierte Gehörlosenstation zusammengestellt wurde. 1988 wurde die zweite deutsche Gehörlosenstation in Erlangen eröffnet, die von einer selbst gehörlosen Fachärztin für Psychiatrie geleitet wird.

Bis dato war die Behandlung der gehörlosen Patienten, wie bereits beschrieben, mit sehr vielen Schwierigkeiten verbunden und brachte für die Betroffenen nicht selten mehrjährig ununterbrochene Hospitalisierungszeiten mit sich. Die schwierigen kommunikativen Bedingungen und die daraus resultierende Vereinsamung unter den hörenden Mitpatienten forderten ihren Tribut, der meistens in einen chronischen Krankheitsverlauf mündete. Aber wie hätten die meisten gehörlosen Patienten auch

einer effizienten Therapie zugeführt werden sollen, wenn eine weitverbreitete Skepsis gegenüber ihren intellektuellen Fähigkeiten nicht ohnehin verhinderte, dass diesbezügliche Versuche überhaupt unternommen wurden. So weiss man heute, dass gehörlose Patienten auf fast alle gängigen Psychotherapieverfahren in der gleichen Weise ansprechen wie hörende. Einzig die klassische Psychoanalyse bildet hier eine Ausnahme, da sie für viele Gehörlose zu abstrakte Deutungen enthält. Die meisten von ihnen orientieren sich mehr an praxis- und alltagsbezogenen Vorgängen, sodass ihnen Therapieformen wie z.B. die Verhaltenstherapie zugute kommen.

Durch die Gründung der beiden deutschen Spezialstationen und deren Zusammenarbeit mit den ebenfalls mittlerweile weit verbreiteten Gehörlosen-Beratungsstellen ist es gelungen, die psychiatrische Versorgung dieses Patientenkontingents deutlich zu verbessern. Zur Verdeutlichung kann man ein Beispiel eines Patienten anführen, der ca. zwanzig Jahre lang in diversen psychiatrischen Langzeiteinrichtungen hospitalisiert war, und der, nach der Behandlung auf der Gehörlosenstation in Lengerich, nach einigen Monaten mit einer Perspektive der eigenständigen Versorgung entlassen werden konnte.

Die verbleibenden Probleme der psychiatrischen Versorgung liegen heute mehr in der ambulanten Langzeitbehandlung, da die Patienten nach der Entlassung aus der meist heimatfernen Gehörlosenstation wieder in alte Strukturen zurückkehren, die ihre jahrelange Lethargie und teilweise Entmündigung wieder begünstigen. So wäre es sehr wichtig, dass sie auch in ihrem näheren Umfeld entsprechend gefördert und versorgt würden, was z.B. durch die Einführung ambulanter medizinischer Dienste für Gehörlose erreicht werden könnte. Da die geringe Anzahl dieser Patienten allerdings kein Anlass für eine flächendeckende Einrichtung solcher Institutionen sein kann, wäre es vielleicht eine Möglichkeit, diese in Ballungszentren einzurichten.

Ein weiteres Problem ergibt sich aus der weitläufigen Unkenntnis von Klinik- und niedergelassenen Hausärzten gegenüber der besonderen Situation gehörloser Patienten, die sich in der speziellen Behandlungssituation als sehr hinderlich herausstellen kann. So soll diese Arbeit auch dazu beitragen, therapeutisch tätige Personen, die noch keine Berührung mit diesem Thema hatten, für die „gehörlose Perspektive“ zu sensibilisieren und pragmatische Ratschläge an die Hand zu geben, mit denen man in der Konfrontation mit gehörlosen Patienten arbeiten kann.

Anhand der in dieser Arbeit diskutierten Untersuchungen zur Pharmakotherapie gehörloser Patienten kann man erkennen, dass die Therapie dieses Patientenlientels bestimmter, spezifischer Anpassungen bedarf. So ist die Rolle der Kommunikation, wie auch bei der psychiatrischen Behandlung Hörender, ganz in den Vordergrund zu stellen. Wenn keine gute Kommunikationsbasis zwischen Arzt und Patient besteht, kann kein Vertrauensverhältnis und somit keine gute Therapie eingeleitet werden.

So ist es eben nicht damit getan, den Patienten regelmässig ihre Medikation zukommen zu lassen, ohne sie über jene hinreichend aufzuklären. Da dies bei den gehörlosen Patienten aus den bekannten Gründen schwieriger ist, müssen bestimmte Voraussetzungen geschaffen werden, um eine gute Kommunikation zu gewährleisten. Dies wäre natürlich idealerweise eine nicht nur rudimentäre Kenntnis der Gebärdensprache. Da es aber utopisch ist, alle behandelnden Ärzte in dieser Richtung auszubilden, wäre es wichtig, dass man als Therapeut die Möglichkeit hat, gebärdensprachliche Dolmetscher zur Seite zu haben, die nach Möglichkeit keine Familienangehörigen sein sollten, da hierdurch die Kommunikation aufgrund innerfamiliärer Mechanismen subjektiv verzerrt werden könnte. Man sollte bedenken, dass die Gehörlosen häufig ein nur wenig ausgeprägtes Konzept von psychischen Erkrankungen haben, so dass im Vorfeld und während der Behandlung eine gewisse „Psychoedukation“ stattfinden sollte. Ausserdem sollte man den Patienten genau den Sinn und Zweck einer medikamentösen Therapie erklären, da dies für die Compliance und Mitarbeit auf lange Sicht sehr wichtig ist. Dabei sollte man auch nicht vergessen, mögliche Nebenwirkungen anzusprechen, da diese sich bei Gehörlosen in besonderem Masse beeinträchtigend auswirken können.

Die neuroleptische Therapie selbst sollte man niedrigdosiert beginnen, da, wie wir gesehen haben, diese Patienten sehr empfindlich auf eintretende Nebenwirkungen reagieren, insbesondere wenn sie ihre kommunikativen Möglichkeiten beeinträchtigen. Beim Auftreten von Frühdyskinesien hat sich therapeutisch die Gabe von Anticholinergika, z.B. Biperiden (Akineton) bewährt. Nach i.v. Injektion (2,5-5mg) tritt rasch eine Besserung der extrapyramidalen, brachiofazial betonten motorischen Störungen auf. Bei Spätdyskinesien (tardive dyskinesia) sind Anticholinergika hingegen kontraindiziert, da durch jene die vorwiegend im Bereich der Zungen-, Mund- und Gesichtsmuskulatur lokalisierte Symptomatik eher verschlimmert wenn nicht sogar

ausgelöst werden kann. Darüberhinaus bergen sie ein Abhängigkeitspotential für Patienten mit zur Chronifizierung neigenden spätdyskinetischen Symptomen, deren Verlauf dadurch zusätzlich ungünstig beeinflusst wird. Therapeutisch sind Spätdyskinesien schwer zu behandeln. Wenn eine Anticholinergika-Medikation besteht, wie z.B. als Anti-Parkinson -Indikation, wird diese zunächst abgesetzt und beobachtet ob ggf. eine Besserung der Symptomatik auftritt. Darüberhinaus kann man versuchen, durch eine Dosisreduzierung der Neuroleptika eine Verbesserung herbeizuführen, bei vielen Patienten führt dies sowie ein Absetzen des Präparates zum Verschwinden der Symptome.

Soll eine hochdosierte neuroleptische Therapie weitergeführt werden, kann man erwägen, die bisherige Medikation durch ein sogenanntes „atypisches Neuroleptikum“ mit geringeren extrapyramidalen Nebenwirkungen zu ersetzen.

Da gehörlose psychiatrische Patienten mit einer Neuroleptikabehandlung, wie oben beschrieben, erheblich mehr unter dyskinetischen Beschwerden leiden, sollte bei Ihnen erwogen werden, die Therapie von vornherein mit einem Präparat aus dieser Gruppe einzuleiten. Der bekannteste Vertreter dieser Stoffgruppe ist das Clozapin (Leponex), welches sich im Vergleich zum Haloperidol bzw. anderer „typischer“ Neuroleptika der Phenothiazin- und Butyrophenon-Gruppe durch ein weitgehendes Fehlen von extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen auszeichnet. Da die Clozapin-Gabe das Risiko einer Agranulozytose beinhaltet sind regelmässige Blutbildkontrollen bei diesem Medikament obligat. Beispiele für weitere „atypische“ Neuroleptika sind Olanzapin, Amisulprid, Quetiapin, Risperidon etc. Eine mögliche Erklärung für die fehlenden extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen der atypischen Neuroleptika ist deren selektivere Wirkung in Gebieten die direkt mit der antipsychotischen Wirkung in Zusammenhang gebracht werden (Nucleus accumbens, präfrontaler Cortex).

Traditionelle Neuroleptika wie Haloperidol führen dagegen auch zu einer erhöhten Wirkung in den Gebieten, die mit der extrapyramidalen Motorik in Zusammenhang gebracht werden, z.B. im dorsolateralen Striatum. Ausserdem sind „atypische“ Neuroleptika besonders gut zur Behandlung der schizophrenen Negativsymptomatik geeignet.

In der modernen Psychiatrie gibt es mittlerweile einen Trend zu häufigerem Einsatz von „atypischen Neuroleptika“.

Naber schreibt darüber:

„Die Möglichkeiten der Therapie mit atypischen Neuroleptika haben sich gerade in den letzten Jahren deutlich verbessert. Nachdem für fast 20 Jahre mit dem Clozapin nur ein einziges Medikament zur Verfügung stand, kamen in den letzten Jahren Präparate wie Melperon, Risperidon und Zotepin sowie seit kurzer Zeit Olanzapin und vorraussichtlich demnächst Amisulprid dazu. Diese Substanzen, in dem individuellen Nebenwirkungsprofil zum Teil deutlich anders als Clozapin, führen bei den meisten Patienten und insbesondere bei denen, die zuvor als Folge der Behandlung mit typischen Neuroleptika unter erheblichen motorischen Nebenwirkungen litten, zu einer klinisch hochbedeutsamen Besserung. Diese äussert sich objektiv oft nur in einer eher unspektakulären Reduktion der motorischen Auffälligkeiten, wie z.B. des Parkinsonoids, subjektiv aber ist die Veränderung mit besserem Körpererleben und daraus resultierender besserer Lebensqualität oft eindrucksvoll.“

( Naber, 2001)

Aber das wichtigste ist und bleibt die Kommunikation. In der Therapie Gehörloser ist es wenig sinnvoll, ausschliesslich abstrakt über bestimmte Sachverhalte zu reden; vielmehr ist es notwendig, therapeutisch relevante Themen an Alltagserfahrungen zu konkretisieren, um das Verständnis sicherzustellen und einen Transfer in den Alltag zu ermöglichen.

Unter diesen Umständen wäre es vielleicht möglich, auch der „Minderheit in der Minderheit“ unter den psychiatrischen Patienten zu einer Behandlung zu verhelfen, die ihnen den Weg aus einem sonst unvermeidbar chronischen Krankheitsverlauf weisen kann.

# Literatur

- Achtergarde, D. (1995): Untersuchung des aktuellen sozialpsychologischen Hintergrundes Gehörloser Patienten einer Kurklinik. Diplomarbeit, Fachbereich Psychologie der Universität Münster.
- Andreasen, N.C. (1982): Negative symptoms in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 39: 784 – 787
- BCIC- Bayerisches Cochlear Implant Centrum Regensburg-Straubing: Betreuung implantierter Kinder
- Bleuler, E. (1960): Lehrbuch der Psychiatrie, 10. Auflage, Springer, Berlin
- Brosch, L./ Kampert, K. (1991): Rehabilitation psychischer Störungen von Hörberhinderten Stationäre Therapie auf der Gehörlosenstation in Lengerich. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Referat Öffentlichkeitsarbeit
- Breiner, H. L. (1985): Absage an die Gebärdensprache zugunsten der Gemik. *Hörgeschädigtenpädagogik*, 5, 1985, 251 - 259
- Buchkremer, G./ Hornung, W.P./ Bruns, U./Erim, Y./Franzen, U./Holle, R./Kieserg, A./ Klingberg, S./ Lemke, R./Minneker, E./ Remiasch, M./Schäfer, A./ Schmitz-Niehues, B./ Wiesemann, C. (1994): Kombination von psychoedukativem Medikamententraining, kognitiver Psychotherapie und Bezugspersonenberatung zur Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Patienten. Abschlussbericht zum Projekt 0701634.7 des Bundesministeriums für Forschung und Technologie, Münster
- Cramer, A. (1896): Ueber Sinnestäuschungen bei geisteskranken Taubstummen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 28: 875- 897
- Endicott, J./ Spitzer, R.L./ Fleiss, J./ Cohen, J. (1976): The global assessment scale – A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbances. *Archives of General Psychiatry* 33: 766 – 771

- ESMHD [European Society for Mental Health and Deafness] (1989): European Congress on Mental Health and Deafness Rotterdam 9/11-11/11/1988 – Proceedings. Utrecht
- Fehrmann, G./ Huber, W./ Jäger, L./ Sieprath, H./ Werth, I. (1994): Aachener Test zur Deutschen Gebärdensprache. Vortrag im Rahmen einer Arbeitstagung der „Forschungsarbeitsgemeinschaft Gehörlosenkultur und Gebärdensprachen“ am 18.11.1994 in Köln.
- Gonsoulin, T. P. (2001): Cochlear Implant/Deaf World Dispute: Different bottom elephants. Otolaryngology- Head and Neck Surgery, Volume 125, Number 5
- Gotthardt, U. (1995): Erfahrungen zur psychischen Entwicklung nach Cochlear-Implant. Das Zeichen 9: 311-317
- Hansen, V. C. (1929): Beretning om sindlidelse blandt Danmarks dovstumme. Kopenhagen: Johansen
- Hecht, H./ Wittchen, H. U. (1988): The frequency of social dysfunction in a general population sample and in patients with mental disorders. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 23, 17 – 29
- Jacobs, H. (1970): Das Problem der psychisch gestörten Gehörlosen. Hamburg: unveröffentl. Manuskript [Examensarbeit zur Prüfung für das Lehramt an Sonderschulen, Fachrichtung Hörgeschädigten- und Sprachheilpädagogik]
- Köppe, ? [Vorname n. dokumentiert] (1867): Gehörstörungen und Psychosen – Studien über einige Beziehungen peripherischer Erkrankungen der Sinnesorgane zu psychischen Krankheitserscheinungen . Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 24: 10 – 73
- Kraepelin, Emil (1915): Psychiatrie – Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 8. Aufl., IV. Band, III. Teil. Leipzig: Barth
- Lane, H. (1989): Mit der Seele hören. München: Hanser, S. 454 ff.
- Merz, J./ Lehrl, S./ Galster, V./ Erzigkeit, H. (1975): MWT-B – ein Intelligenzkurztest. Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie (Leipzig) 7: 423 – 428
- Naber, D. (1998): Unerwünschte Wirkungen von Neuroleptika und ihr Einfluss auf die Lebensqualität schizophrener Patienten, Schizophrenie - Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie, Springer, 235 – 24

- Overall, J. E./ Gorham, D. R. (1962): The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*. 10: 799 – 812
- Prillwitz, S. (1990): Der lange Weg zur Zweisprachigkeit Gehörloser im deutschen Sprachraum. *Das Zeichen* 4: 133
- Prillwitz, S. (1982): Zum Zusammenhang von Kognition, Kommunikation und Sprache mit Bezug auf die Gehörlosenproblematik. Stuttgart: Kohlhammer
- Rainer, J.D./ Altshuler, K. Z./ Kallmann, F. J. (1963): *Family and Mental Health Problems in a Deaf Population*. New York/N.Y.: Columbia University Press
- Raven, J.C. (1958): *Guide to using the coloured progressive matrices*, Seta A. Ab, B. London: Lewis
- Remvig, J. (1969a,b,c): Three Clinical Studies of Deaf-Mutism and Psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.* 210, 1-120
- Shaffer, D./ Gould, M.S./ Brasic, J./ Ambrosini, P./ Fisher, P./ Bird, H./ Aluwahlia, S. (1983): A children's Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry* 40: 1228 – 1231
- Simpson, G.M./ Lee, J.H./ Zoubok, B./ Gardos, G. (1979): A Rating Scale for Tardive Dyskinesia. *Psychopharmacology* 64: 171 – 179
- Spitzer, M./ Braun, U./ Hermle, L./ Maier, S. (1993): Associative Semantic Network Dysfunction In Thought-Disordered Schizophrenic Patients: Direct Evidence from Indirect Semantic Priming. *Biological Psychiatry* 34: 864 - 877
- Surtees, P. G. (1980): Social Support, Residual Adversity and Depressive Outcome. *Social Psychiatry*: 15: 71 – 80

# Curriculum Vitae

**Ilja Spellmann, geb. am 22.07.1972 in Werther/Westf.**

## **Schulische Ausbildung:**

08/1979 – 07/1983: Grundschule Bockhorst/Versmold in Westfalen

08/1983 – 06/1992: CJD – Christliches Jugenddorfwerk Versmold Gymnasium

## **Zivildienst:**

08/1992 – 11/1993: Schüchtermann-Klinik Bad Rothenfelde

## **Hochschulausbildung:**

04/1994 – 03/1996: Vorklinisches Studium der Humanmedizin an der Westfälischen  
Wilhelms-Universität Münster

04/1996 – 03/2000: Klinisches Studium der Humanmedizin an der Westfälischen  
Wilhelms-Universität Münster

04/2000 – 04/2002: Praktisches Jahr am Klinikum der Westfälischen Wilhelms-  
Universität Münster

27.06.2002: III. Staatsexamen an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

## **Arzt im Praktikum:**

Seit dem 15.07.2002: Tätigkeit als Arzt im Praktikum an der Klinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie der LMU München

## **Arzt in Weiterbildung:**

Seit dem 15.01.2004: Tätigkeit an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der  
LMU München: Arbeitsgruppe für Klinische Pharmakologie

München, den 20.06.2004

Unterschrift: