

Eingliederungsfragen beim Gehörgeschädigten

Autor(en): **Ammann, H.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche**

Band (Jahr): **28 (1972)**

PDF erstellt am: **24.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-307903>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Eingliederungsfragen beim Gehörgeschädigten

H. AMMANN

Wenn wir allgemein vom Gehörgeschädigten sprechen, müssen wir uns klar sein, dass wir es, wie auf anderen Gebieten, innerhalb dieser Gruppe mit recht verschiedenen Krankheitsbildern zu tun haben. Diese Verschiedenartigkeit wird bedingt durch den verschiedenen Sitz des Leidens (Mittelohr, Innenohr, zentrale Hörzentren), die Stärke der Störung (leichte bis schwere Schwerhörigkeit, Teilschwerhörigkeit, Taubheit), das Auslösungsalter, die Ursache (Vererbung, vorgeburtlich-zerebrale Störung, Krankheit, Unfall, Abnützung usw.), aber auch durch den Bildungsstand und die betreffende psychische und soziale Konstellation. Dies zeigt, dass jeder einzelne Fall seine besonderen Probleme hat und dass der Arzt allein nicht immer eine volle Rehabilitation erreichen kann, dass vielmehr auch hier die Zusammenarbeit verschiedenster Stellen notwendig ist. Wenn in vielen Fällen der Arzt die zentrale Stelle ist, müssen wir in andern Fällen dem speziellen Heilpädagogen die Hauptaufgabe zuweisen, z. B. bei einem taub geborenen oder einem ertaubten Kind, während bei einem Erwachsenen sehr oft der Absehrer, der Psychotherapeut oder der Berufsberater die wichtigsten Helfer sein werden. Nur eine gute Zusammenarbeit wird ein maximales Resultat ermöglichen. Wir müssen uns immer wieder klar werden, dass bei einer wesentlichen Hörstörung auch eine andere Funktion gestört wird, die in unserem Leben nicht nur materiell, sondern vor allem sozial und psychisch von grösster Bedeutung ist: das Gespräch! GOETHE, das Genie der Sprache, hat schon seine Erkenntnis geprägt: «Das höchste Gut des Menschen ist das Gespräch.» Er sagte nicht wie verschiedene Psychologen «die Sprache», sondern meinte wirklich das Gespräch als Aufnahme, Verarbeitung und Ausgabe.

Wenden wir uns zuerst der medizinischen Seite zu. Noch 1952 schrieb ein medizinischer Spezialist in der «Ärztlichen Wochenschrift»: «Die Behebung von Hörstörungen ist bislang eine schwierige und wenig dankbare Aufgabe gewesen. Dennoch kommt dieser Frage eine zunehmende Bedeutung zu. Man rechnet heute mit 5% Schwerhörigen in der Bevölkerung. Dieser Anteil erhöht sich bei den über 65jährigen bereits auf 17%. Die Ursachen, die eine kausal fundierte Therapie der Hörstörungen so erschweren, waren in der ungenügenden Kenntnis der normalen und pathologischen Bedingungen zu suchen, die für die Gehörfunktion, speziell des Innenohres, massgebend sind.

Infolge der Kleinheit des Gehörorgans, seines verwickelten Aufbaues und seiner versteckten Lage in den harten Labyrinthknochen standen seiner Erforschung ausserordentliche Widerstände entgegen. Dadurch blieb die Pathogenese und mit ihr die Diagnose vieler Gehörerkrankungen unklar.»

Zu der heutigen Situation auf dem Gebiet der medizinischen Rehabilitation von Schwerhörigen nimmt Prof. STRUPLER wie folgt Stellung: «Das Wesen der Schwerhörigkeit bestimmt die zu treffenden Massnahmen. Je nach Art der Schwerhörigkeit können diese *chirurgisch, apparativ, phonoaudiopädagogisch* oder kombinierter Natur sein.»

Die *chirurgische Rehabilitation* basiert auf den sogenannten *gehörverbessernden Operationen*. Letztere erstrecken sich vorderhand fast ausschliesslich auf die Wiederherstellung einer durch Missbildung, Krankheit oder Unfall gestörten Zuleitung des Schalls von der Aussenwelt und seiner Transmission zum Innenohr (äusseres Ohr inkl. Gehörgang bzw. Mittelohr inkl. Labyrinthfenster). Neuerdings liegen Ansätze zur operativen Beeinflussung gewisser Innenohrschwerhörigkeiten durch Eingriffe am retrolabyrinthären Anteil des Hörnervs vor. Je nach Sitz, Ausmass und Art der Schalleitungsstörung variieren die otochirurgischen Eingriffe, die heute stets unter mikroskopischer Sicht durchgeführt werden, in Ausdehnung und operativer Technik erheblich. Das Idealziel einer gehörverbessernden Operation ist die Beseitigung der Schalleitungsstörung. Dieses Ziel wird mit einer sehr hohen Erfolgsquote nahezu oder vollständig erreicht bei der reinen otosklerotischen Stapesankylose und bei einfacheren Tympanoplastiken (z. B. Myringoplastik). Demzufolge ist in der Regel bei einer *Otosklerose* stets die gehörverbessernde Operation in Betracht zu ziehen und nicht die Ausrüstung mit einem Hörapparat. Die gelungene Stapesinterpositionsoperation gewährleistet eine integrierte Schalleitung ohne Beschneidung des Frequenzspektrums und ohne Beeinträchtigung der Leistungsdynamik; ausserdem scheint diese Operation einen bremsenden Einfluss auf die Entwicklung der mit der Stapesankylose oft einhergehenden Innenohrstörung auszuüben.

Die *chronische Entzündung* und deren Folgezustände in den Mittelohrräumen bildet zahlenmässig das grösste Kontingent der operativ korrigierbaren Schwerhörigkeit. Neben der schon früher geübten operativen Beseitigung des pathologischen Prozesses ist der moderne Ohrchirurg bestrebt, den gestörten Schalleitungsmechanismus nach Möglichkeit zu rekonstruieren, d. h. eine eigentliche Tympanoplastik vorzunehmen. Art der angetroffenen Affektion und der durch sie bedingten Schädigung der Schalleitungsmechanik bestimmen das operative Vorgehen und damit auch weitgehend den Umfang des Hörgewinnes. Das gute funktionelle Ergebnis der Tympanoplastik ist ein bedeutungsvoller Schritt vorwärts in der medizinischen Rehabilitation Schwerhöriger. Ähnliche Erfahrungen liegen auch vor über die mikrochirurgische Versorgung *traumatischer Läsionen des Schalleitungsapparates* (Trommelfellruptur; Luxation und/oder Fraktur der Ossikularkette bei Felsenbeinbrüchen usw.).

Die *Missbildungen* des äusseren und des Mittelohrs sind ebenfalls Gegen-

stand konstruktiver bzw. rekonstruktiver Operationen. Stärkere Mikrotie und Anotie sind fast ausnahmslos vergesellschaftet mit einer Gehörgangsaplasie; zudem finden sich meist Missbildungen an den Ossikula (Gehörknöchelchen) bei sonst normaler Paukenhöhle und guter Funktion des Innenohrs. Funktionell resultiert eine totale Schalleitungsblockade. Von allen Wiederherstellungsmassnahmen am Schalleitungsapparat erheischt wohl die Missbildungschirurgie des Ohrs die höchsten Anforderungen.

Trotz grösster Kunstfertigkeit und subtiler Operationstechnik gelingt in der Entzündungs- und Missbildungschirurgie des Ohrs manchmal nur eine teilweise Rekonstruktion der Leitungsmechanik, so dass bei bescheidenem Hörerfolg zusätzlich die Anpassung eines Hörapparates nötig sein kann.

Der *apparativen Hörhilfe* bedürfen Patienten mit schwerer gemischter (Leitungs- und Perzeptions-)Schwerhörigkeit auch dann, wenn durch die gehörverbessernde Operation die Leitungsstörung eliminiert werden kann, die Perzeptionsschwerhörigkeit an sich allein aber ein sozial noch ungenügendes Gehör bedingt (z. B. inveterierte Otosklerose, wo weder die Operation noch die alleinige Ausrüstung mit einem Hörapparat ein ausreichendes Hörvermögen herbeizuführen vermag, sondern nur die Kombination beider).

Die *grosse Gruppe der Perzeptionsschwerhörigen*, deren Grundleiden nicht oder nicht mehr beeinflusst werden kann, ist für ihre Rehabilitation auf *elektronische Hörhilfen* angewiesen. Auf Grund des Typus und Grades der Schwerhörigkeit und unter Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit (Aufassungsvermögen, Lernfähigkeit, manuelle Geschicklichkeit usw.) des Patienten und seiner beruflichen Tätigkeit hat der ohrenärztliche Experte das individuell bestgeeignete Hörgerät zu verschreiben. Der Patient seinerseits muss durch ständiges Tragen seines Hörapparates nicht nur sein Gerät korrekt handhaben, sondern auch sein «neuartiges akustisches Milieu» kennenlernen.

Nach neuesten Anschauungen ist sowohl operativ wie apparativ ein möglichst *stereophones* Hören anzustreben. Neben der Ortung von Schallquellen (Richtungshören im Strassenverkehr!) wird dadurch das Sprachverständnis wesentlich begünstigt. Ein ursprünglich beidseitig Schwerhöriger wird durch eine nur einseitige Verbesserung des Gehörs zum «Einohrigen». Während es bei den gehörverbessernden Interventionen schon seit längerer Zeit selbstverständlich ist, mit einem dazwischenliegenden Intervall beide Ohren zu operieren, braucht es noch viel Mühe bei annähernd symmetrischer Schwerhörigkeit, die echte stereophone Verpassung von Hörapparaten durchzusetzen. Von grösster Bedeutung ist die frühe Diagnostik von Hörstörungen im Säuglings- und Kleinkindesalter und die gezielte, alterskonforme, phono-audio-pädagogische Langzeitbetreuung. Die Eingliederungsmassnahmen früherfasster und zeitgerecht betreuter Hörrestiger wird sich in Zukunft günstiger gestalten als bisher.

Wenn wir diese fachärztliche Stellungnahme kritisch betrachten, sehen wir: a) dass die spezielle Behandlung und Chirurgie in den Jahren seit dem

2. Weltkrieg grosse Fortschritte gemacht hat, b) dass aber auch heute noch lange nicht alle Fälle (z. B. Geburtstaube, Taubheit als Folge von frühkindlichen Gehirnentzündungen oder als Folge von Schädelverletzungen usw.) medizinisch geheilt oder auch nur wesentlich gebessert werden können, c) dass die apparative Versorgung wohl sehr grosse Fortschritte gemacht hat, aber in den seltensten Fällen allein eine volle Rehabilitation ermöglicht und in vielen Fällen sogar noch ohne jede Wirkung ist, d) dass heute eine volle individuelle Erfassung und Beurteilung des gesamten Individuums vor der Anordnung der Hilfe allgemein üblich geworden ist.

Diese Erkenntnisse führten dazu, dass die Zusammenarbeit Medizin/Technik/Heilpädagogik/Sonderschule/Fürsorge allgemein als nötig erachtet worden ist und meistens auch angewendet wird, wobei das Schwergewicht der Hauptbehandlung nach Art des Leidens und Alter des Patienten sich verlagern kann, ja oft im Verlaufe der Behandlung wechselt.

Besonders wirksam wurde die Einführung der sogenannten *Audiologie*, d. h. die Zusammenarbeit aller Fachleute, die mit dem Schwerhörigen oder Gehörgeschädigten zu tun haben. Sie entwickelte sich während des Krieges, wo man einsah, dass eine wirklich wirksame Hilfe nur möglich wurde, wenn in einem Zentrum die verschiedensten Spezialisten (Ohrenarzt, Neurologe, Chirurg, Psychologe, Techniker, Sprach- und Absehrer, Berufsberater) vereinigt arbeiten. In solchen *Audiologiezentren* wurde die Zusammenarbeit in der Abklärung und Durchführung der Hilfsmassnahmen mit aller Konsequenz durchgeführt. Wichtig dabei war, dass es keine Prestigefragen gab, sondern jeder Einzelne seine Möglichkeiten und Grenzen erkannte und jeder seine Mitarbeiter als notwendig und eine maximale Hilfe ermöglichend anerkannte.

Wenn wir nun auf die heutige Hilfe eintreten, möchte ich zuerst auf die sogenannten kinderaudiologischen oder pädo-audiologischen Stellen hinweisen. Man hat erkannt, dass die medizinische und pädagogische Arbeit nicht wie früher erst mit dem Schulalter einsetzen darf, weil dann der Mensch in seinem Gesamt bereits geprägt ist und viele Funktionen erst zu spät angeregt werden. Man hat aber auch erkannt, dass das Kind-Mutter-Verhältnis ohne das «Gespräch» sich oft gar nicht entwickeln kann und so der stark gehörgeschädigte Mensch nicht nur auf diesem Sektor behindert bleibt, sondern sich in seinem ganzen Wesen anomal entwickeln muss. Diese pädo-audiologischen Stellen haben denn auch als Hauptaufgabe «die Erfassung und Betreuung des gehörgeschädigten Kleinkindes». Die kinderaudiologische Abteilung des Kantonsspitals St. Gallen ist wie folgt organisiert:

Personen:

Ohrenarzt
 Kinderaudiologe }
 Psychologe

Logopäde

Aufgabe:

Erfassen des nicht sprechenden und nicht hörenden Kindes: Abgrenzung von Hörschädigung, Geisteschwäche, zentrale Sprachschädigung, organische Schädigung der Sprechwerkzeuge.

Anpassung von Hörgeräten, Aufstellung eines heilpädagogischen Programms.

Personen:

Audiopädagoge
Audiometristin
Logopäde

Aufgabe:

Mithilfe bei der Erfassung.
Hörgeräteanpassung.
Kontrollen. – Früherziehung: Hörerziehung, Sprach-
anbahnung, Elternberatung.

Diese Stelle kann bereits bei Kindern im Alter von acht Monaten an beigezogen werden. Sie übernimmt Hauptberatung, Hörerziehung, Sprachanbahnung und Elternberatung bis zum Eintritt in den speziellen Kindergarten. Bei nur schwerhörigen Kindern, die mit Hilfe des Geräts genügend auffassen können, kann sie nach der Anpassung auch als Kontrollorgan bis zum Schulaustritt wirksam sein. Kinder, die in eine Schule für Schwerhörige oder Taube eintreten müssen, wird sie ebenfalls regelmässig audiometrisch kontrollieren und eventuell neue notwendige Massnahmen anordnen.

Wenn wir nun zur Schulung der gehörgeschädigten Kinder kommen, muss man sich klar sein, dass dabei eine Differenzierung vorgenommen werden muss. Gemeinsam haben alle Gehörgeschädigten zusätzlich zum Schulunterricht ein spezielles Hörtraining, die Entwicklung der Absehfertigkeit, eine spezielle Sprachanbahnung oder Weiterentwicklung der Sprache. Dies alles hat bereits möglichst intensiv im Vorschulalter einzusetzen. Wir wissen von den Normalen her, aber ganz besonders von den hörenden Sprachgebrechlichen, dass die maximale Ansprechbarkeit der Sprachzentren ungefähr bis zum Zahnwechsel dauert. Wenn die Zentren bis zu dieser Phase nicht geweckt wurden und nicht funktioniert haben, ist es nachher nur sehr schwer, eine praktisch vollwertige Funktion und vor allem eine genügende Engrammbildung zu erreichen. Jeder spätere Einsatz wird mit viel grösserem Kraftaufwand ein nur kleineres Resultat erreichen. Bei Schwerhörigen genügt sehr oft ein gutes ambulantes Training, während Hörrestige und Taube ein sehr intensives Arbeiten an modernen Hörapparaturen, das Erlernen des Absehens, die Entwicklung der Begriffe und einfacher Satzformen, das spielerische Einführen in das Lesen und Schreiben benötigen. Ich betone, dass dies alles bereits im Kindergartenalter zu geschehen hat.

Die eigentliche Schulzeit bringt ganz besondere Probleme. Leichtere Schwerhörige oder Teilhörige (z. B. gutes Hören bei tiefen Frequenzen) werden sehr oft erst nach Tragödien erkannt. Recht oft kommen diese Kinder als Sprachgebrechliche (Stammler) zur Anmeldung und werden erst dort erkannt. Selbstverständlich werden solche Kinder der Päd-Audiologie oder einem Ohrenarzt zugewiesen. In der Invalidenversicherung sehe ich, dass Ohrenärzte sich oft mit der Abgabe von Hörgeräten begnügen und nicht auf einem unbedingt notwendigen Hör-Abseh-Training bestehen. Bei der Beurteilung der Schulung muss man sich klar sein, dass Hörgeräte allein in der Normalschule nicht genügen können; einmal kann im normalen Schulgespräch das lückenhafte Hören nicht mit Absehen ergänzt werden, und zudem muss man sich klar sein, dass in der Masse der allgemeine Lärm ein richtiges Verstehen über das Hörgerät sehr erschwert oder gar unmöglich macht. In Sonderschulen ist es aber möglich, auch stark Schwerhörige durch

ständiges individuelles Training im Hören und Absehen, in Mundart und Schriftsprache so weit zu bringen, dass Aussenstehende kaum mehr eine Behinderung realisieren können. Hörrestige können vielleicht mit dem Apparat, selbst nach längerem Training, nur eine ganz reduzierte Anzahl Selbstlaute aufnehmen. Trotzdem ist es ein Gewinn, der, richtig verwertet, das Sprechen natürlicher entwickeln lässt. Wenn auch nur ein Vokal realisiert wird, ist doch über diesen Laut eine Brücke in die Welt der Töne geschlagen.

Als nach dem Weltkrieg die Technik viele neue Möglichkeiten eröffnete, hofften viele Taubstummenlehrer auch für die eigentlichen Taubstummen «Wunder» erwarten zu können, und stützten sich auf die modernsten Apparaturen. Doch wurden sie enttäuscht, denn totale Taubheit bleibt totale Taubheit. Überall dort, wo der Unterricht ausschliesslich über die Apparate erteilt wurde, fielen die eigentlichen Taubstummen aus. Überall dort suchte man das Heil in einer reinen oder einer nur begleitenden Fingersprache, was im Prinzip dem früheren Mund-Hand-System entspricht. Man muss zugeben, dass mit diesen Mitteln ein grösseres Wissen erreicht werden kann; erschwert wird aber damit die berufliche und soziale Eingliederung in unsere hörende Welt, was ja das Ziel unseres ganzen Tuns sein muss. Wieviele Eltern, wieviele Meister, wieviele Aussenstehende lernen die Fingersprache? Wir haben eingangs betont, wie wichtig für unsere psychische Gesundheit das Gespräch ist. Wie soll aber ausserhalb der Schule mit der Fingersprache das Gespräch ermöglicht werden? Was folgt, ist die Isolation! Ich bin dagegen überzeugt, dass heute bei der Früherfassung, dem Kindergarten, der verlängerten Schulzeit auch Taube so zum Sprechen kommen können, dass eine Eingliederung in die Welt der Hörenden möglich ist. Natürlich bleibt immer eine Barrikade! Taubheit ist wie die Blindheit ein Leiden, das nie restlos überwunden werden kann, aber doch so, dass der Betroffene als voll erwerbsfähiger und lebensbejahender Mensch ein glückliches Leben führen kann.

Weil der anfänglich taubstumme Mensch auch nach der Schule gehörlos bleibt, benötigen wir eine spezielle Fürsorge, wobei Fürsorge nie im Sinne einer sogenannten «Armenfürsorge» verstanden werden darf. Da Taubheit immer irgendwie isoliert, reduziert, die Gehörlosen immer eine kleine, andersartige Minderheit bleiben, dürfen wir mit den besonderen Massnahmen nie aufhören. Unsere Fürsorge hat darum folgende Aufgaben: Berufsberatung, Lehrstellenvermittlung, eigene Gewerbeschule, dauernde Fortbildung, Gemeinschaft, Ermöglichung des Gesprächs, also berufliche, soziale und psychotherapeutische Massnahmen. So kommt es, dass heute die grosse Mehrzahl der auch völlig Tauben voll verdienen können, am Arbeitsplatz meist sehr geschätzt sind und meist unbeschwert, lebensbejahend, psychisch gesund und materiell unabhängig ihren Lebensweg selbst bestimmen. Es sind nur noch wenige, meistens Mehrfachgeschädigte, bei denen der Hörschaden einfach eines der auffallendsten Symptome ist, die in geschützten Werkstätten leben müssen. Es sind heute auch immer weniger Taube, die wegen dieses Leidens psychisch krank werden. Auf alle Fälle ist der Prozent-

satz nicht höher als bei den Hörenden. Notwendig ist aber, dass Arzt, Schule und Fürsorge nicht nur die Taubheit behandeln, sondern den Menschen als Ganzes sehen; notwendig ist die Befähigung zum Gespräch, das Bekenntnis zum Defekt, der Wille zur Gemeinschaft. Der Taubstumme will nicht Mitleid, sondern die Anerkennung seines Leidens, das als gegebene Tatsache medizinisch nicht geheilt werden kann.

Besondere Probleme werfen heute die Spätertaubten (schwere Auto-unfälle, Folgen von Krankheiten) und die sensorischen Aphasien auf. Auch da sollte der Arzt schon im Spital dafür sorgen, dass der betreffende Spezialunterricht so rasch als möglich einsetzen kann. Dort, wo im Spital keine entsprechend geschulte Equipe zur Verfügung steht, sollte unbedingt mit einem aussenstehenden Fachmann Fühlung aufgenommen werden, dass eine Abklärung so rasch als möglich eingesetzt und damit schon im Spital mit den Übungen begonnen werden kann, sobald es der allgemeine gesundheitliche Zustand erlaubt.

Ein weiteres Problem ist mit der zunehmenden Überalterung die Altersschwerhörigkeit. Ich kenne viele, die sich deswegen aus dem gewohnten Lebenskreis zurückziehen. Dagegen kämpft mit allen Mitteln der Bund Schweizerischer Schwerhörigenvereine, deren Leiter seit langer Zeit jeweils ein Ohrenarzt ist. Erschwerend wirkt, dass die Invalidenversicherung in diesem Alter keine Hörgeräte mehr abgeben kann, da sie bisher im Gesetz vor allem den Grundsatz der beruflichen Eingliederung kennt. Aber gerade hier erlebt man täglich, dass die soziale Eingliederung ebenso wichtig bleibt. Die Invalidenversicherung hat vorläufig der Stiftung für das Alter einen grösseren Beitrag zur Verfügung gestellt, damit daraus bedürftigen Alten Hörgeräte angeschafft werden können.

Zusammenfassend müssen wir nochmals hervorheben, wie wichtig das Hören für die Sprache und ganz besonders für das Gespräch ist. Sprache, die uns begleitet vom Morgen bis zum Abend, von der Wiege bis zur Bahre, uns den Weg zum Geistigen öffnet, die Grundlage des Denkens ist; das Gespräch, das uns zum sozialen Wesen macht und für die psychische Gesundheit so wichtig ist, wie die Luft zum Leben. Nicht oder «nicht gut hören» ist immer eine Behinderung. Nur das Zusammenwirken von Medizin, Technik, Pädagogik und Fürsorge kann diese Behinderung überwinden oder mindestens wesentlich lindern. Jeder Mensch möchte glücklich leben. Dieses Glück können wir auch dem Schwerhörigen und dem Tauben geben, wenn wir zusammen wirken. Wir haben viel erreicht und bereits grosse Fortschritte gemacht. Ein «Mehr» wird aber vor allem von der Medizin noch möglich sein.

Zusammenfassung

Gehörschäden beeinflussen fast immer auch den Ablauf des menschlichen Gesprächs, das für unsere psychische Gesundheit von ausserordentlicher Bedeutung ist. Bei der Erfassung und Behandlung hat der Ohrenarzt eine zentrale Funktion. Je nach Art des Gehörschadens wird er chirurgische,

apparative, phono-audiopädagogische, heilpädagogische oder kombinierte Hilfe anordnen. Obwohl die Medizin auch auf diesem Gebiet grosse Fortschritte gemacht hat, können lange nicht alle Fälle (Geburtsschäden, Krankheits- oder Unfalltaubheit usw.) geheilt oder genügend gebessert werden. Auch die Technik, die apparative Versorgung hat grosse Fortschritte gemacht, kann aber in den seltensten Fällen eine volle Rehabilitation ermöglichen. Ein grosser Fortschritt war die Audiologie, die die Zusammenarbeit Medizin/Technik/Heilpädagogik/Fürsorge und eventuell der Psychotherapie verlangt. Pædo-audiologische Zentren ermöglichen vor allem die Früherfassung und Früheinwirkung. Stark Gehörgeschädigte bedürfen auch heute noch der Sonderschulung, die differenzierter als früher die Behandlung und Schulung der verschiedenen Grade ermöglicht. Die apparative Hilfe kommt erst zur vollen Auswirkung, wenn Hör- und Absehkurse eine maximale Aufnahme entwickeln. In vielen Fällen wird eine volle Rehabilitation erst durch eine umfassende spezielle Fürsorge ermöglicht (Berufsberatung, Arbeitsvermittlung, soziale Eingliederung, Gemeinschaft). Die moderne Hilfe umfasst also medizinische, apparative, schulische, berufliche, soziale, geistige und psychotherapeutische Massnahmen.

Résumé

Les troubles de l'audition ont une influence presque constante sur le déroulement d'une conversation, qui, elle, est de toute importance pour la santé psychique de l'individu. Le spécialiste otologue a une importance primordiale dans le dépistage et le traitement des troubles de l'oreille. Selon le genre du trouble auditif, il décidera de conseiller un traitement chirurgical, l'utilisation d'un appareil, ou de méthodes phono-audio-pédagogiques, pédagogiques médicales ou une combinaison de celles-ci. Bien que la médecine ait fait dans ce domaine de gros progrès, l'on n'arrive cependant pas de loin à guérir tous les cas qui se présentent (troubles héréditaires, surdité consécutive à un accident ou à une maladie, etc.), ni toujours à les corriger de manière satisfaisante. La technique elle aussi, les appareils, ont fait de grands progrès, mais ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'on arrive à une réhabilitation complète. L'audiologie a été un réel progrès, car elle exige la collaboration du médecin, du technicien, du pédagogue, de la prévoyante sociale et même du psycho-thérapeute. Des centres pédo-audiologiques donnent la possibilité de faire un diagnostic précoce et un traitement préventif. Des troubles de l'oreille importants nécessitent aujourd'hui encore une éducation spéciale, qui permet actuellement de faire d'une façon plus différenciée qu'autrefois un traitement et un entraînement à des différents degrés de la surdité. L'aide avec un appareil n'aura son plein effet que lorsque les cours d'audition et de lecture des lèvres fonctionneront parfaitement. Dans beaucoup de cas une pleine réhabilitation ne sera possible qu'à l'aide d'une prévoyance sociale spécialisée et très large (office médico-pédagogique, orientation professionnelle, centre de travail, de recyclage, de rééducation

sociale). Une aide efficace moderne comprend donc des mesures médicales, techniques, éducatrices, d'aide professionnelle, sociale, intellectuelle et psycho-thérapeutique.

Riassunto

I disturbi uditivi influenzano quasi sempre anche lo svolgersi di una discussione umana, di importanza vitale per l'equilibrio psichico. L'otoiatra, nel diagnosticare e curare tali disturbi, occupa una posizione chiave. Secondo la natura dei disturbi esso ordinerà una terapia chirurgica, apparativa, fonopedagogica, pedagogica o combinata. Malgrado i progressi considerevoli della medicina anche in questo campo, non è ancora possibile di guarire o migliorare in maniera soddisfacente tutti i casi (difetti di nascita, sordità in seguito a malattia o incidente). Anche se la tecnica e gli apparecchi hanno fatto grandi progressi, una riabilitazione completa è possibile solo in casi eccezionali. L'audiologia rappresenta un grande progresso; essa richiede la collaborazione della medicina, della tecnica, della pedagogia curativa, dell'assistenza sociale, eventualmente anche della psicoterapia. I centri pedoaudiologici permettono in primo luogo degli esami precoci e delle azioni rapide. Pazienti con gravi lesioni dell'udito hanno bisogno anche oggi di un insegnamento speciale. Tale insegnamento permette in maniera più differenziata che prima una terapia e formazione adattate ai differenti gradi di lesioni. L'aiuto tramite gli apparecchi entra in linea di conto quando i corsi acustici e visuali arrivano a sviluppare una massima ricezione. In molti casi, una riabilitazione completa è possibile soltanto grazie ad un'assistenza sociale ampia e specializzata (centro d'orientazione professionale e di piazzamento, riadattamento sociale, vita in comune). Un'assistenza moderna comprende dunque delle misure mediche, apparative, scolastiche, professionali, spirituali e psicoterapeutiche.

Summary

Disturbances in hearing almost always also affect the human power of speech, which has a very special significance for the psychic health. In the understanding and treatment of deafness, the ear specialist has a central function. Depending on the type of the disturbance in hearing, he will prescribe surgical, apparative, phono-audio-training, curative training, or combined measures. Although medicine has made great strides in this field, there are many cases which cannot be cured or sufficiently improved (congenital disorders, deafness due to illness or accident). Also the technique of apparative aid has made great progress, but it can achieve complete rehabilitation only in rare cases. Greater progress has been made in audiology, which requires the collaboration of medical, technical training, social supervision and sometimes also psychotherapy. Paedo-audiological centres make possible an early diagnosis and early treatment. Severe cases of deafness still need the special schooling, which is more differentiated than formerly and

so permits treatment and schooling of the different grades of deafness. Apparative aids only have their full use when the hearing and reading courses have developed a maximal capacity of reception. In many cases the complete rehabilitation is only possible with a comprehensive, special welfare care (job advising, supervision of work, social acceptance in the community, etc.). Modern aid for the deaf thus involves medical, apparative, training, professional, social, mental and psycho-therapeutic measures.

Adresse des Autors: Dr. h. c. H. Ammann, Direktion der Taubstummen- und Sprachheilschule, Höhenweg 64, CH-9000 St. Gallen.