

Zur Psychologie des hypophysären Zwergwuchses

J. E. MEYER

Psychiatrische Klinik der Universität Göttingen
(Direktor: Professor Dr. J. E. MEYER)

Eingegangen am 4. November 1966

Für die sozial-psychiatrische Forschung gewinnen diejenigen Krankheiten an Interesse, bei denen das Abnorme in ihrer Erscheinung „auf den ersten Blick“ erkennbar ist. Dazu gehören vor allem die Fettsucht und die Anorexia nervosa, aber auch solche Auffälligkeiten der Gestalt, die die Übernahme der männlichen oder weiblichen Geschlechtsrolle erschweren.

Wir berichten im folgenden über zwei eingehend beobachtete Fälle von hypophysärem Zwergwuchs. Mit diesen beiden körperlich weitgehend vergleichbaren, in ihrer Psyche kontrastierenden Falldarstellungen möchten wir die Aufmerksamkeit auf folgende Fragen lenken:

1. Wie wirken sich grobe Auffälligkeiten in der körperlichen Erscheinung auf die zwischenmenschlichen Beziehungen aus?

2. Spielt für die seelische Entwicklung solcher Menschen nicht nur die Reaktion der Umwelt auf ihr abweichendes Äußeres eine Rolle, sondern auch die Selbsterfahrung (vom eigenen Körper)?

3. Ist das Defiziente in der Erfüllung der Geschlechtsrolle abhängig von der Diskrepanz zwischen Triebimpuls (Libido) und den Möglichkeiten seiner Realisierung, oder kann es auch bei unentwickelten sexuellen Interessen und fehlender Androgenproduktion in Erscheinung treten?

Fall I. Günter R. (KG Göttingen/01042), geb. 1926, (Abb. 1 und 2).

Kein Minderwuchs in der Familie. Komplizierte Geburt in Beckenendlage. Mit 8 Jahren Gehirnhautentzündung ohne klinische Behandlung (alle näheren Angaben fehlen). Volksschule, Handelsschule, abgeschlossene kaufmännische Lehre. Von 1945/46—1955 ohne Arbeit, dann in einer Glasbläserei, wo auch der Vater tätig war; hat seit 1962 nicht mehr gearbeitet. Vom 9. Lebensjahr an im Wachstum zurückgeblieben, seit dem 25. Lebensjahr psychisch auffällig, erste klinisch-psychiatrische Behandlung mit 30 Jahren. Ab 1962 bis auf kurze Unterbrechungen ständig in psychiatrischen Krankenhäusern. Schwere Konflikte mit Tätlichkeiten gegen die Mutter führten immer wieder zur Einweisung.

Körperliche Befunde. 1941: 128 cm (29 kg); 1956: 147 cm; 1964: 159 cm (45 kg). Für die Kleinheit relativ lange Extremitäten. Die Gesichtszüge wirken kindlich und zugleich vorgealtert, um die Augen etwas gedunsen. Gefältelte spröde Haut, schütteres Haar, blasse Hautfarbe mit zahlreichen Epheliden. Leichte Gynäkomastie, schwache Pigmentierung der Brustwarzen. Kleines Genitale: linker Hoden kleinbohnengroß, rechts nicht zu tasten. Sehr kleines Scrotum bei großem Mons pubis.

Penis kleinfingergroß. Kein Bartwuchs, minimale Achsel- und Schambehaarung. Knochenalter nach GREULICH-PYLE: 15,6 Jahre. Mäßige Anämie mit Werten um Hb 65 g-% und Ery 3,2 Millionen. RR um 90/60. Cholesterin: 218 mg-%. 17 Keto-steroide 1,7 mg/24 Std, Corticoide (nach PORTER-SILBER) 0,7 mg/24 Std, nach ACTH 1,5 mg/24 Std. Im Metopiron-Test verminderte Funktionsreserve der Hypophyse. Gonadotropine nicht nachweisbar (Doz. Dr. REISERT, Mediz. Klinik). Cytologische



Abb.1. Fall I



Abb.2. Fall I

Geschlechtskernuntersuchung: BARR-Körperchen negativ. Chromosomenuntersuchung (Lymphocytenkultur) ergab normales männliches Kariogramm: 44 Autosomen, 1 X, 1 Y-Chromosom, keine Strukturabnormitäten (Doz. Dr. EBERLE, Institut für Humangenetik). Pneumencephalogramm zeigt nur Außenfüllung ohne pathologischen Befund, Liquor o. B. EEG: ungewöhnlich großamplitudiger (50 bis 100, maximal 150 μ V) und verlangsamer (7–8/sec) Alpharhythmus. Verlangsamung und Amplitudensteigerung lassen sich im Sinne einer erheblichen Retardierung in der Entwicklung der corticalen Spannungsproduktion interpretieren (Prof. Dr. DUENSING).

Der psychische Befund und seine Entwicklung. Die erste psychiatrische Aufnahme (1956) erfolgte unter der Einweisungsdiagnose: Verdacht auf Schizophrenie, Autismus, religiösen Wahnvorstellungen, Suicidgedanken. Pat. äußerte einen „dämonischen Haß“ gegen den Vater, von dem er sich bedroht fühlte. Pat. hatte in der letzten Zeit viel im Bett gelegen und alle erreichbaren Bücher verschlungen, war mehrfach von zu Hause weggelaufen. Über seine religiöse Einstellung in dieser Zeit: „Ich habe ein religiöses Erlebnis gehabt, ich habe die Ausgießung des Heiligen Geistes erlebt, als ob ein Engel mein Herz berührte. Es schien nicht nur so, es war auch so.“ Pat. gibt an, den Bibelforschern nahe zu stehen. Zu den Suicidgedanken:

„Laßt mich hinaus, erfrieren ist leichter als dieses Leben zu ertragen.“ Zu den Auseinandersetzungen mit dem Vater: „Das ist die Situation eines überhitzten Dampfkessels ohne Ventil.“

Dabei hat sich der Vater tatsächlich sehr um seinen Sohn bemüht. Er versuchte z. B. dem Sohn eine Arbeitsmöglichkeit zu verschaffen und für den Lohn, ohne daß Pat. davon erfuhr, selbst aufzukommen. Auch die übrigen Verwandten zeigten sich sehr bemüht, wenn auch die Mutter nicht immer geschickt mit dem Sohn umgegangen ist.

Der Vater ist in den nächsten Jahren gestorben, der Haß wendete sich nun gegen die Mutter. Pat. hat sie mehrfach geschlagen und gedroht, ihr den Kopf zu spalten, sie in die Leine zu werfen. Er bezeichnete sie als altes primitives Lustweib, mit dem man sich nicht unterhalten könne. „Sie hat sich immer die ungebildeten Leute ausgesucht, die das schlechteste Mundwerk hatten. — Meine Mutter behandelt mich wie ein Kind, obwohl sie natürlich weiß, daß ich 38 Jahre alt bin.“ Im Verhältnis zur Mutter zeigte sich eine jäh aufschießende Reizbarkeit: Pat. zerrümmerte aus Wut mehrfach das Mobiliar oder alle Fensterscheiben, griff dann seine Mutter und den zu Hilfe eilenden Bruder an und wehrte sich auch noch hartnäckig gegen zwei Polizisten. In der Klinik war Günter R. im allgemeinen ohne Antrieb, verschlossen, schweigsam und mürrisch. Im Gespräch dagegen trat eine höhnisch-abweisende Aggressivität hervor, welche sich in Reizsituationen sehr plötzlich zu elementaren Wutausbrüchen steigern konnte. Körperlich klagte Pat. über Schwäche und rasche Erschöpfbarkeit.

Neben diese Verhaltensauffälligkeiten trat (mit der Zeit immer deutlicher) ein abnormes Geltungsbedürfnis. Er erklärte, er spräche fließend russisch, schwedisch und Latein. Er habe sich mit der Bitte um die Erlangung der schwedischen Staatsangehörigkeit an das Schwedische Königshaus gewandt. Er sei als Tourist schon in Moskau und Leningrad gewesen. Häufig sprach er von einer reichen Verwandtschaft: „Mein Onkel hat eine 3½-Millionenfabrik, an der ich mich finanziell beteiligen will. Der Sohn des Onkels hat keine beruflichen Neigungen, dort sollte ich Juniorchef werden“, Auf Einwände: „Ich segele unter falscher Flagge, ich heiße zwar R., aber ich müßte eigentlich Bertram heißen, weil mein Vater ein uneheliches Kind war.“ Bei anderer Gelegenheit schreibt Pat.: „Ich wurde als zweiter Sohn einer hochangesehenen Familie geboren. Nach Erfüllung meiner mir gesetzten Ziele werde ich wieder in die väterliche Firma eingestellt; ich wäre dort dem Juniorchef, meinem Bruder, eine Stütze.“ Günter R. bezeichnet sich als medizinisches Wunder, um das sich die Universitäten München und Amsterdam streiten. Bei der letzten (5.) Klinikaufnahme erklärte er plötzlich, er sei verheiratet und habe zwei Kinder, seine Frau habe ein Rittergut in die Ehe mitgebracht. Auf Einwand sagt er mit gleichmütigem Gesicht, seine Frau könne ja einmal den Klinikchef besuchen und auch die Kinder mitbringen.

Aus der testpsychologischen Untersuchung 1964 (Dipl.-Psych. A. TUCHELT-GALLWITZ): HAWIE IQ 96 mit auffallender Diskrepanz zwischen Verbal — (108) und Handlungsteil (85), unausgeglichenes Leistungsprofil, relativ hoher Abbauquotient. Im Leistungsbereich kein Durchhaltevermögen, starke Schwankungen von Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit, flüchtiger Arbeitsstil. Einfälle kommen verlangsamt, auch die Reaktionszeit ist verlängert, deutliche Perseverationen. Zum Verhalten: Pat. betont seine Selbständigkeit, will ein vollwertiger Partner sein, zeigt vor allem im Sprachlichen einen Präzisionsanspruch, korrigiert sich selbst. Er reagiert auf Erfolgserlebnisse ausgesprochen positiv, bei Einschränkungen unzugänglich und aggressiv. Pat. ist intellektuell durchaus differenziert genug, die Besonderheiten der eigenen Situation mit verbal treffenden Formulierungen zu erfassen, jedoch gelingt keine emotional adäquate Stellungnahme. Das Erleben der

eigenen Ichhaftigkeit fehlt weitgehend. Pat. hat kompensatorisch eine absonderlich wirkende Vorstellungswelt entwickelt. Er hat sich Alexander d. Gr. und Aristophanes als Vorbilder und Identifizierungsfiguren gewählt, wobei die Welteroberung und das Ausgeliefertsein an die Götter eine Rolle spielen. Die eigene Person wird übersteigert dargestellt. Trotz zeitweiser Bemühungen um Anpassung an die Umwelt ist der Bezug zur Realität weitgehend verloren gegangen. Aus der Zusammenfassung der Testergebnisse: Deutlich veränderte Persönlichkeit, wobei eine wohl hirnganische Schädigung und eine psychogen bedingte Fehlhaltung eng miteinander verflochten sind. Entscheidend für die gesamte Entwicklung ist eine seit der Kindheit immer größer werdende Diskrepanz zwischen körperlicher und geistiger Entwicklung.

Während der Klinikaufnahme kam es unmittelbar nach Injektion von 100 mg Testoviron-Depot zu einer sehr auffallenden Veränderung, die nach einigen Tagen abklang, mit einer weiteren Injektion wieder auftrat, allerdings als Placebo-Effekt nicht sicher reproduzierbar war: Günter R., der sich sonst meist ruhig, still und teilnahmslos verhielt, wurde verspielt, ausgesprochen unruhig, zudringlich zur behandelnden Ärztin. Er bezeichnete sich als ausgewachsenen Hahn, piepste und krächte und flatterte mit den Händen. Er schnitt Grimassen vor dem Spiegel, durchsuchte fremde Nachtkästen nach Essbarem und begann auf dem Flur der Station zu twisten. Die Verhaltensstörung war so schwer, daß die Substitutionstherapie mit Androgenen nicht fortgesetzt werden konnte. — Rein pharmakologisch ist mit der Hormonwirkung erst mehrere Tage nach der Injektion und dann für Wochen zu rechnen, während die Änderung des Verhaltens hier so rasch und kurzfristig auftrat, daß sie wohl überwiegend als psychogen gedeutet werden muß.

Stellungnahme zum eigenen Leiden. „Ich bin ein Wollknäuel, welches durcheinander gekommen ist und nicht mehr aufgewickelt werden kann. Wenn ich in den Spiegel schaue, ist es, als ob meine Enden auseinandergingen, verschiedene Enden, verschiedene Persönlichkeiten in einem Menschen. Biologisch bin ich eigentlich 12 und in Wirklichkeit 38 — als ob ich zwei verschiedenen Generationen angehöre. Ich gehe jetzt auf die 40 zu. Aber in Wirklichkeit werde ich so behandelt und angesehen, als ob ich ein 15-Jähriger oder 16-Jähriger bin. Nicht von allen Leuten. Von manchen gebildeten Leuten werde ich auch wie ein Mensch behandelt. Man nimmt mich nicht für voll, weil ich sexuell auch nicht entwickelt bin. Ich sehe nun mal jung aus, im Körperbau und in der Physiognomie; im Benehmen wirke ich jünger, aber geistig bin ich ein alter Jahrgang, das ist das Problem. Ich habe nie den Job bekommen, den ich wollte. Deshalb ist es mir auch egal, wenn ich kaputtgehe. Ich habe einen Kleiner-Bruder-Komplex. Über mein Leben müßte man noch einmal einen Film drehen, weil es so absonderlich gewesen ist.“

Epikrise. Es handelt sich um einen jetzt 40-jährigen Kranken mit dem Vollbild eines Panhypopituitarismus unbekannter Ursache: Zwergwuchs, ausgeprägter Hypogonadismus, Unterfunktion von Schilddrüse und Nebennierenrinde. Jetzt 159 cm groß erscheint er mit seinem bartlosen, kindlich und zugleich vorgealtert wirkenden Gesicht (Geroderma) ganz wie ein unreifer Jugendlicher — ein Eindruck, der noch besonders durch seine hohe Stimme, durch schmale, hochgezogene Schultern und dünne Kinderarme unterstrichen wird.

Die psychischen Auffälligkeiten, welche sich um das 25. Lebensjahr zu zeigen begannen, lassen sich stichwortartig folgendermaßen zusammenfassen: Gestörtes Selbstwerterleben, welches sich in depressiven Aus-

weichreaktionen, in aggressiver Einstellung zu Erwachsenen, vor allem zu den Eltern, und in einer kompensatorischen Imponierhaltung mit altkluger Überheblichkeit und pseudologischen Konfabulationen äußert. Dazu im Gesamtverhalten antriebsarm, schweigsam, abweisend und außerordentlich reizbar. Dem Leiden an seiner äußeren Gestalt, an dem Nichtmithaltenkönnen mit Gleichaltrigen, an der schweren Störung seiner mitmenschlichen Beziehung überhaupt, kann der Pat. sehr prägnant Ausdruck verleihen. Seine Intelligenz ist durchschnittlich, seine sprachlichen Formulierungen gehen über seinen Bildungsstand erheblich hinaus.

Eine Diskussion unter dem Gesichtspunkt der eingangs formulierten Fragen soll erst nach der Darstellung des 2. Falles erfolgen. In Ergänzung zur Epikrise ist zu Fall 1 noch Folgendes zu bemerken:

Die Diagnose eines Panhypopituitarismus ist eindeutig. Ob die anamnestisch behauptete Gehirnhautentzündung ursächlich für die Hypophyseninsuffizienz anzuschuldigen ist, wird man offen lassen müssen. Ob es, wie dies BLEULER auf Grund des Schrifttums prinzipiell annimmt, zu einer lokalen Hirnschädigung gekommen ist, kann ebenfalls nicht entschieden werden. Es ist u. E. trotz der großen Zahl der zitierten Arbeiten bisher noch nicht bewiesen, daß endokrine Störungen generell zu umschriebenen Hirnläsionen führen. Daß das endokrine Psychosyndrom dem hirnlökalen Psychosyndrom entspricht, beweist nicht, daß schwerere endokrine Störungen in aller Regel mit Hirnläsionen einhergehen. Die psychologische Übereinstimmung zwischen endokrinem und hirnlökalem Psychosyndrom kann auch dahingehend interpretiert werden, daß das Zentralnervensystem nur über eine begrenzte Zahl von Reaktionsmöglichkeiten verfügt.

Eine volle neurologische Diagnostik, die uns zum Ausschluß eines Craniopharyngeoms wünschenswert erschien, konnte nicht durchgeführt werden. Die Carotisangiographie mußte wegen eines bedrohlichen Kollapses, wie er bei Unterfunktion der Nebennierenrinde häufig ist, abgebrochen werden. Röntgenologisch war die Sella klein, sonst am Schädel nichts Auffälliges.

Die Störung im sozialen Bereich ist, wie durch das Mißlingen zahlreicher, fürsorglicher vorbereiteter Entlassungen belegt wird, außerordentlich schwer; mit einer endgültigen Hospitalisierung ist zu rechnen. Für eine primär psychopathische Persönlichkeitsstruktur ergab sich kein Anhalt; die biographische Anamnese spricht auch nicht dafür, daß die psychischen Auffälligkeiten auf Milieufaktoren zurückzuführen sind. Eine schizophrene Psychose, die anfänglich und gelegentlich auch später wegen der verschrobenen Denk- und Redeweise des Pat. differentialdiagnostisch erwogen wurde, läßt sich auf Grund der zahlreichen und langdauernden stationären Beobachtung nunmehr eindeutig ausschließen.

Fall II. Werner H. (KG München 64/59¹), geb. 1935 (Abb. 3).

Einziges Kind, auf dem Lande in einfachen Verhältnissen aufgewachsen. Auf der Volksschule zweimal sitzengeblieben, in welcher Klasse ist unbekannt. Noch in Schulzeit beim Bauern gearbeitet, dabei ein Kopftrauma (durch Sturz von der Tenne ohne Bewußtlosigkeit), das von Mutter und Stiefvater mit starkem Rentenbegehren für das ganze Leiden angeschuldigt wird.

¹ Herrn Professor K. KOLLE danke ich für die Erlaubnis zur Verwertung der klinischen Unterlagen.

1948 Sehverschlechterung, 1953 erblindet. 1951 auf Grund ambulanter Untersuchung Tumorverdacht. Klinische Untersuchung von der Mutter abgelehnt. Erst 1956 Klinikseinweisung wegen eines ersten epileptischen Anfalls, nachdem schon seit 1953 Kopfschmerzen und Erbrechen bestanden. Leichte Halbseitensymptomatik rechts, kalkweiße Papillen, im EEG linksbetonte Allgemeinveränderungen. Radiologisch Wolkenschädel und grobe Destruktion des Türkensattels; im Arteriogramm apfelgroße Raumbeschränkung im Sellabereich und in der vorderen Schädelgrube. 1957 Total(?)entfernung des Tumors (Dozent Dr. WEBER, München). Histologisch: zystisches Craniopharyngeom. Wegen Wiederauftreten von Hirndruckzeichen Röntgen-nachbestrahlung (4500 r).



Abb. 3. Fall II

Körperliche Befunde (1957). Größe 138 cm, Gewicht 29,5 kg. Wann es zum Wachstumsrückstand gekommen ist, ist nicht bekannt. Hochgradige Kachexie, mäßige Anämie (Hb: 63 g-%, Ery 3,2 Millionen), RR 90/60. — Haut zart, blaß und trocken, keine Bartbehaarung, kindlich hohe Stimme. Sehr geringe Achsel- und Schambehaarung, infantiles Genitale.

Psychischer Befund 1958. Abgesehen von den Anfällen stets bewußtseinsklar. Die Intelligenz entspricht nach einer psychologischen Testuntersuchung der eines knapp 11 Jährigen, wobei Wissensstand und Wortschatz besser entwickelt sind als Abstraktionsvermögen, Merk- und Lernfähigkeit. In seinem Verhalten zutrau-

lich, begrüßt Pat. jeden Arzt mit der Bitte, geduzt und mit Vornamen angeredet zu werden. Deutlich euphorisch mit kurzen Zornausbrüchen, macht sich keine Sorgen über die Zukunft, ist trotz seines schlechten Kräftezustandes, trotz Erbrechen, cerebralen Anfällen und vasomotorischen Krisen mit seinem Zustand recht zufrieden. Wirkt dazu ausgesprochen altklug, erklärt über wissenschaftliche Probleme, z. B. über die Erfindung des Autos nachzudenken.

1961, 1964 und 1966 wurde Werner H. zu Hause nachuntersucht. Die Kachexie ist verschwunden, das Körpergewicht liegt jetzt bei 42 kg. Es besteht ein unproportionierter Fettansatz vom Gürteltyp. Die äußere Erscheinung hat sich im übrigen nicht verändert. Er fühlt sich ständig müde, friert sehr leicht und hat ein so gesteigertes Schlafbedürfnis, daß er täglich nur 6—8 Std wach ist. Er gähnt auffallend viel und hat vermehrten Durst bei ausreichender Konzentrationsfähigkeit des Harns. Im Verhalten ist der Zug der Altklugheit noch deutlicher geworden. Er prahlt gern mit seinem Wissen, hört regelmäßig den Schulfunk und erfindet kleine Geschichten oder Märchen, welche er einem 5jährigen Jungen erzählt, mit dem er auch sonst spielt. Pat. liebt förmliche Redensarten wie: „Ich heiße Sie willkommen, Herr Doktor, und hoffe, daß Sie sich gut bei mir fühlen“. Im übrigen verbringt er seine Zeit mit Xylophonspielen, mit Legosteinebau und untätig im Beobachten der entoptischen Phänomene („Farben anschauen“), die in seinem Surrogatblickfeld nach der Operation aufgetreten sind. Pat. ist ausgesprochen schamhaft: Während der neurologischen Untersuchung sucht er die Decke über sich zu ziehen oder das Genitale mit den Händen zu verbergen. Er hat überhaupt kein Interesse an Mädchen: „Die Ärzte haben ja einen Spleen, die wollen ja einen Mann aus mir machen.“ So lange er noch ausgehen konnte, liebt er es, am Arm seiner Mutter durch den Wald zu spazieren und ihr zuzuhören, wenn sie von den Bäumen und Blumen des

Waldes erzählte. Seit 1964 hat er einen Rollstuhl („Die Mama schiebt mich“), seit 1966 ist er weitgehend bettlägerig. Der jetzt 31 Jährige ist zum Mittelpunkt der Familie geworden. Eine Tante sagt von ihm: „Ein kluger Bub, der weiß, daß er von der Mutter alles haben kann.“ Dem Arzt, der ihn zu Hause aufsuchte, gibt er mit folgenden Worten über sich Auskunft: „Ich bin glücklich, auch wenn ich mich mit manchem abfinden muß.“ Die Familie — sehr stolz auf seine Klugheit — wird von ihm barsch zurechtgewiesen: „Rede doch keine Dummheiten, Vater“ (siehe auch KADEGIS).

Epikrise. Es handelt sich um einen jetzt 31 jährigen Pat. mit Hypophyseninsuffizienz auf der Grundlage eines 1957 operativ entfernten Craniopharyngeoms: Zwergwuchs, ausgeprägter Hypogonadismus, Unterfunktion der Nebennierenrinde, fraglich auch der Schilddrüse. Pat. ist jetzt 149 cm groß und wiegt — im Gegensatz zu seiner Kachexie vor und in den ersten Jahren nach der Operation — 42 kg. Zu den genannten endokrinen Ausfällen kommen folgende cerebrale Symptome: Erblindung mit kalkweißen Papillen, geringe rechtsseitige Halbseitensymptome, symptomatische Epilepsie mit einzelnen großen und zahlreichen atypischen Anfällen. Die Polydipsie und wahrscheinlich auch die Schlafsucht mit zwanghaftem Gähnen sind diencephale Lokalsymptome. Für ein Tumorrezidiv fand sich kein Anhalt. Hirndruckzeichen (Kopfschmerzen, Erbrechen) haben noch erhebliche Zeit nach der Operation bestanden, sind aber jetzt verschwunden. Pat. ist seit 1966 weitgehend bettlägerig. — Erscheinungsbildlich ist er durch ein bartloses Kindergesicht (ohne Zeichen einer Voralterung), hohe Stimme, unterentwickeltes Genitale, minimale Sekundärbehaarung und durch eine zarte, blasse Haut ausgezeichnet.

Pat. ist in seinem psychischen Verhalten nicht nur auf der Stufe eines präpubertären Jugendlichen stehengeblieben. Seine jetzige Lebensweise weist vielmehr starke *regressive* Tendenzen auf. Er dominiert in der Familie, wie die Nachuntersuchungen zeigten, in immer stärkerem Maße. Er genießt es, wenn die Mutter vorzeigt, was er mit Legosteinen gebaut hat. Solange Werner H. noch ausgehen oder von Mama ausgefahren werden konnte, verhielt er sich wie ein Kind, welches die Welt nur an der schützenden Hand der Mutter erlebt. Werner H. leidet nicht, sondern ist mit seinem Zustand im Großen und Ganzen zufrieden. Trotz seiner altklugen Anspruchshaltung kommt es niemals zu pseudologischen Konfabulationen. In intellektueller Hinsicht entspricht er einem knapp Elfjährigen, wobei sein Wortschatz relativ groß ist.

Im Fall II überschneiden sich, wie bei der Größe des Tumors verständlich, cerebrale Allgemeinsymptome, diencephale Lokalsymptome und die Zeichen der Hypophyseninsuffizienz. Nach WILKENS sind $\frac{1}{3}$ der Fälle von Panhypopituitarismus durch ein Craniopharyngeom bedingt. Daß die Hypophyse selbst weitgehend zerstört wurde, ergibt sich aus der groben Destruktion am Boden der Sella. Die vasomotorischen Krisen sind wahrscheinlich Folge einer sekundären Nebennierenrindenunterfunktion. Eine erhebliche sekundäre Hypothyreose liegt bei Werner H.

wahrscheinlich nicht vor. SHEEHAN verweist auf die Schwierigkeit, Symptome wie Apathie, Trägheit oder Kälteempfindlichkeit als hypophysär oder hypothyreotisch bedingt zu differenzieren. Die epileptischen Anfälle sind Nachbarschaftssymptome, wie dies bei Craniopharyngeomen und großen Hypophysentumoren häufig ist.

Die entoptischen Phänomene, deren Wahrnehmung Werner H. oft stundenlang hingegeben ist und deren Qualität mit der emotionalen Befindlichkeit wechselt, sind bei spät Erblindeten vor allem in der ersten Zeit nach dem Visusverlust beschrieben worden. JACOB teilt eine sehr ähnliche Beobachtung (Bo) mit, doch handelt es sich in diesem Fall um einen plötzlich Erblindeten. Bei Werner könnte man wegen des Andauerns der Photismen und der bei ihm langsam eingetretenen Erblindung auch an Reizerscheinungen des durch Druck atrophierten Opticus denken.

Diskussion

In ihrem Befinden, Verhalten und Erleben unterscheiden sich beide Kranke, die von unvoreingenommenen Beobachtern auf etwa 14 Jahre geschätzt werden, fast diametral. Bei dem 40jährigen Günter R. haben sich im Laufe der letzten 15 Jahre grobe psychische Auffälligkeiten entwickelt, welche zu beinahe unüberwindlichen sozialen Anpassungsstörungen geführt haben. Günter *leidet* in außerordentlichem Maße an seiner Kleinheit und mangelnden Männlichkeit. Durch die mit den Jahren wachsende Diskrepanz zwischen Lebensalter und seinem erscheinungsbildlichen Reifungsgrad fühlt er sich ständig frustriert und reagiert mit abnormer Kränkbarkeit. In immer neuen Formulierungen und Metaphern gibt er dem Erleben der inneren Zerissenheit Ausdruck, er fühlt sich zwei Generationen zugehörig. Wie wir es gelegentlich bei Kranken sehen, die an Entfremdungs- oder Zwangssymptomen leiden, hat das Bemühen, sich anderen verständlich zu machen, zu einer ungewöhnlichen, die intellektuelle Ausstattung übersteigenden Differenzierung des sprachlichen Ausdrucksvermögens geführt.

Dem Maß seines Leidens entsprechen bei Günter R. seine *Kompensationsversuche*. In jüngeren Jahren äußerten sie sich vor allem in Konflikten mit dem Vater. Er zog sich von den Gleichaltrigen zurück, wurde ein Bücherwurm, lief wiederholt von zu Hause fort; auch wandte er sich religiösen Problemen zu, meinte in einem besonderen Verhältnis zu Gott zu stehen. In dieser ersten Phase gestörter Realitätsanpassung — Günter war damals 30 Jahre alt — erkennt man durchaus die Thematik der normalen Pubertätsentwicklung: Zurückgezogenheit, religiöse Verinnerlichung und Lebensüberdruß, dazu die Auseinandersetzung mit der väterlichen Autorität. In einer zweiten Phase wird das Verhalten weitgehend durch seine Aggressivität bestimmt, die sich nun (der Vater ist inzwischen gestorben) in erster Linie mit massiven Tätlichkeiten gegen die Mutter wendet. Im Krankenhaus ist Günter zu dieser Zeit von einer feindseligen, „bösen“ Menschenverachtung erfüllt, der er mit sarkastischen Worten Ausdruck verleiht. Daneben tritt aber auch schon deutlich die Tendenz hervor, anderen durch seine geistigen Fähigkeiten, durch Sprachkennt-

nisse und kaufmännisches Talent zu imponieren, wobei manchmal bereits die Grenze von Übertreibung zu Pseudologie und Konfabulation überschritten wird. In der letzten Zeit, die man vielleicht noch als eine dritte Phase abgrenzen kann, tritt die Aggressivität zurück, während sich seine Geltungssucht nunmehr in ganz unkontrollierten konfabulatorischen Produktionen äußert. Ohne Rücksicht auf die Nachprüfbarkeit seiner Behauptungen beschreibt er sich als wohlhabend, angesehen, verheiratet usw.

Der 31jährige Werner H., wiewohl körperlich viel schwerer krank, *leidet nicht*. Seine Einstellung zu den Mitmenschen ist ganz durch den Wunsch bestimmt, als ein Kind geliebt und verwöhnt zu werden. Sogar seiner Blindheit weiß er „das Beste abzugewinnen“, indem er stundenlang mit Vergnügen seinen entoptischen Phänomenen zusieht. In seiner infantilen Einstellung weiß er sich der liebevollen Zuwendung seiner Mutter und des Stiefvaters sicher und ist zum Mittelpunkt der Familie geworden. Zu seiner bewußt infantilen Haltung gehört auch die strikte Negierung männlicher Interessen. Er findet es absurd, nach sexuellen Neigungen auch nur gefragt zu werden. Er will nichts davon wissen, ein Mann zu sein. — Auch bei Werner H. ist ein *Kompensationsbedürfnis* unverkennbar. Es entspricht aber viel mehr dem, was man als kindliche Altklugheit bezeichnet. Recht naiv, aber ohne Pseudologismen, prahlt er mit seinem Wissen.

Zur Frage, wie die unterschiedlichen Haltungen unserer beiden Patienten zustandegekommen sind, wird man zunächst noch einmal auf die *somatischen* Befunde verweisen müssen. Diese sind bei Werner H. sicher insofern für seine infantile Regression bedeutungsvoll, als er körperlich schwerkrank ist. Bei seiner ausgeprägten Schlafsucht stehen ihm nur wenige Stunden zur Entfaltung eigener Initiative zur Verfügung, auch wird man bei ihm nicht nur mit einer hypophysären, sondern auch mit einer frontalen Antriebsstörung rechnen müssen. Noch bedeutungsvoller scheinen die *psychologischen* Faktoren: Blindheit, körperliche Schwäche und vor allem die epileptischen Anfälle bedingen Pflege und Schonungsbedürftigkeit. Durch seine Blindheit ist Werner H. weitgehend auf die Hilfe anderer angewiesen. Die starke Beschränkung im selbständigen Handeln, die bei der Mehrzahl der Blinden als „ergebene Haltung“ zum Ausdruck kommt, hat Werner H. in eine Richtung gelenkt, die der Einstellung seiner überbesorgten Familie, besonders seiner Mutter, in jeder Weise entgegenkommt. Hier ist daran zu erinnern, daß die Mutter und der Stiefvater seinerzeit bei schon herabgesetztem Sehvermögen eine Klinikaufnahme und damit eine den Visus rettende Operation ablehnten, wodurch sie für die dann eingetretene Erblindung verantwortlich geworden sind. Die latenten oder manifesten Schuldgefühle haben ihre liebevolle Zuwendung und Überprotektion noch verstärkt. — Andererseits ist Günter R. keineswegs in einem lieblosen Milieu aufgewachsen,

wie durch Briefe und Besuche der Angehörigen während seiner Klinikaufenthalte eindeutig belegt ist. Im Gegensatz zu Werner H. können prägende Kindheitseinflüsse nicht für sein aggressives und expansives Verhalten herangezogen werden.

Der Terminus „Ansehen“ für die Reputation des Individuums in der Gesellschaft läßt erkennen, welche Bedeutung dem optischen Bereich für die Erlangung der Ich-Identität im Sinne von ERIKSON zukommt. Die Kompensationsversuche des Günter R. gehen ganz darauf aus, die Anerkennung durch die Gesellschaft zu erzwingen, „angesehen“, „ansehnlich“ zu werden. Es ist ihm nicht gelungen, eine Übereinstimmung herzustellen zwischen dem, was er selbst von sich hält und dem, was die Gesellschaft angesichts seines Äußeren von ihm erwartet, welche Rolle sie ihm zubilligt. — Unsere beiden Fälle zeigen paradigmatisch, welche Möglichkeiten sich aus der von ERIKSON als Rollendiffusion bezeichneten Situation ergeben: entweder die Regression, das Ausweichen in eine durch den präpuberalen Infantilismus „vorgegebene“ Kindlichkeit oder die aggressive Anspruchshaltung — der biologischen Unreife und dem äußeren Erscheinungsbild zum Trotz.

Den Beziehungen zwischen der Gestalt, als die das Individuum in Erscheinung tritt, und der Mitwelt hat SARTRE besondere Aufmerksamkeit gewidmet: „Ich existiere für mich als vom Anderen als Leib Erkannter . . . Es sieht so aus, als erfülle der Andere für uns eine Funktion: uns zu sehen wie wir sind.“ SARTRE erläutert diese Zusammenhänge noch im Hinblick auf Krankheit und Leiden: „Das Übel, das ich erleide, kann ich in seinem Ansich betrachten, genauer: in seinem Sein-für-den-Anderen. In diesem Augenblick erkenne ich es, d. h. ich betrachte es in seiner Seinsdimension, die sich mir entzieht, nach der Seite, die es dem Anderen zuwendet.“ SARTRE spricht in diesem Zusammenhang von der Allgegenwart des Anderen und von der dadurch bedingten Gegenständlichkeit meines Daseins.

Etwas überspitzt kann man sagen, daß Günter R. für sich ausschließlich in der Weise existiert, wie er von seinen Mitmenschen erkannt wird. Werner H. dagegen gewährt seine Blindheit und die damit fast zwingend verbundene Unselbständigkeit die Chance, sich jeder Konkurrenzsituation, jedem Messen an anderen zu entziehen, sie mindert oder verändert jedenfalls die Allgegenwart des Anderen. Damit wurde Werner H. vor der — in der Sichtbarkeit seiner körperlichen Mängel begründeten — sozialen Mißachtung bewahrt. Die Antwort auf die Frage, warum Werner H. so ganz auf die Stufe eines Kindes regredierte, muß daher lauten: Der mit dem endokrinen Psychosyndrom (wahrscheinlich auch mit einer Frontalhirnschädigung) verbundene Antriebsmangel, seine Blindheit und körperliche Schwäche trafen mit einer überfürsorglichen Familiensituation zusammen. Das Behütetsein daheim und die durch die Blindheit

weitgehend aufgehobene Exposition gegenüber der gesunden Gesellschaft, haben dazu geführt, daß Werner H. nicht leidet, keine Veränderung seines Daseins, vor allem kein Erwachsenwerden wünscht.

KIND, der mehrfach die Psychopathologie der Hypophyseninsuffizienz bearbeitet hat, erwähnt mehrere Fälle mit einer regressiven Entwicklung, darunter auch einen mit Blindheit durch Craniopharyngeom (Nr. 2). Dagegen fand er unter seinen 22 eigenen Fällen keinen, der dem Günter R. entspricht. BLEULER dagegen beschreibt eine 70jährige hypophysäre Zwergin als überempfindsam, mißtrauisch, nachtragend und reizbar mit schweren gehässigen Verstimmungen. KIND bemerkt ausdrücklich, daß kompensatorische Geltungssucht, Egozentrität und rachstüchtiges Benehmen, wie es in der Literatur von zwergwüchsigen Menschen behauptet wird, von ihm nicht festgestellt werden konnte. Unter 17 Zwergen im Kindes- und Jugendalter fanden MONEY u. POLLITT ebenfalls keine aggressiven und destruktiven Verhaltensweisen. Die Autoren möchten dies damit erklären, daß die Zwerge durch ihre kindliche Gestalt bei ihren Mitmenschen eine Eltern-Kind-Einstellung auslösen, welche dem Auftreten von Aggressivität entgegenwirkt. ORTHNER vertritt die Ansicht, daß Menschen, die nie pubertieren, von den Zweifeln und Minderwertigkeitsgefühlen der Halbwüchsigen verschont bleiben.

Wenn man sich die Frage vorlegt, warum die in unserem ersten Fall auffälligen aggressiv-geltungssüchtigen Wesenszüge in einem größeren Krankengut von hypophysärem Zwerg- und Kleinwuchs fehlen, wird man unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten den Zeitpunkt berücksichtigen müssen, an dem der Rückstand im Längenwachstum in Erscheinung trat. KIND erwähnt nur, daß das Wachstum in allen Fällen schon in der Kindheit weitgehend aufhörte; im endokrinologischen Schrifttum wird als Krankheitsbeginn übereinstimmend das 2. bis 4. Lebensjahr genannt [9, 15, 23], wobei es wie auch in unseren Fällen noch über viele Jahre zu einem geringen Weiterwachsen kommen kann. Demgegenüber ist der Entwicklungsrückstand bei Günter R. mit 9 Jahren (1 Jahr nach der Gehirnhautentzündung) bemerkt worden. Die erste klinische Untersuchung erfolgte erst mit 15 Jahren. Bei den besorgten Eltern läßt dies darauf schließen, daß erst im Pubertätsalter der Entwicklungsrückstand alarmierend geworden war, wobei wir allerdings nicht wissen, ob es mehr der Kleinwuchs oder die ausbleibende Genitalentwicklung waren, welche die erste interne Untersuchung veranlaßten.

Erfahrungen an Patienten mit anderen äußerlich sichtbaren Leiden unterstreichen die Bedeutung der Pubertät für den Ausmaß des Leidens an dem sichtbarlich Anderssein. HORROCKS, WILLY u. a. vertreten die Auffassung, daß der Einfluß körperlicher Charakteristica in der Adoleszenz besonders groß ist, weil sich in dieser Lebensphase viele Körperveränderungen, die für unsere soziale Funktion von Bedeutung sind, schnell und offensichtlich vollziehen. Wir haben zusammen mit TUCHELT-GALLWITZ [17] an einer Serie weiblicher Fettsüchtiger zeigen können, daß der Leidensdruck bei denjenigen besonders groß ist, die in der Adoleszenz übergewichtig geworden sind. SCHONFELD beobachtete an

Männern mit Gynäkomastie dann die stärksten seelischen Auswirkungen, wenn sich die übermäßige Entwicklung der Brust in der Pubertät eingestellt hatte. Auch bei einem mit KARL [11] publizierten Fall von Klinefelter-Syndrom mit transvestitischen Neigungen verhielt es sich so. Die Ambivalenz des nach seiner Statur und den Geschlechtsmerkmalen männlichen Kranken gegenüber der Geschlechtsrolle begann, als sich mit der Pubertät eine deutliche Gynäkomastie entwickelte (siehe auch [4]). Schließlich ist noch daran zu erinnern, daß bei Günter R. in der ersten Phase seiner abnormen seelischen Entwicklung eine typische Pubertätsproblematik hervortrat. Wir möchten daher vermuten, daß die Besonderheiten unseres ersten Falles mit der relativ späten Manifestierung des hypophysären Minderwuchses zusammenhängt.

Wir erörtern abschließend die eingangs formulierten Fragen:

1. Körperliche Abweichungen von der Norm, die äußerlich sichtbar sind, exponieren das Individuum gegenüber der Gesellschaft und beeinflussen damit in hohem Maße sein Sozialverhalten. Wie unsere beiden Fälle von Minderwuchs zeigen, kann die seelische Fehlentwicklung entweder in Richtung auf eine (an das körperliche Handicap) überangepaßte und sozial übermäßig abhängige Haltung verlaufen oder sich als eine — der sozialen Mißachtung mit aggressivem Ressentiment begegnende — Einstellung manifestieren. In seiner Studie zur Psychologie verkrüppelter Kinder und Jugendlicher erwähnt VON BAEYER den Rückfall in infantile Verhaltensweisen und andererseits die mehr sensitiven oder aggressiven Abwehrmechanismen (siehe auch WÜRTZ).

Der Kleinwuchs spielt in der Kriminologie eine erhebliche Rolle. VON HENTIG, der der Körpergröße des Rechtsbrechers ein ganzes Kapitel gewidmet hat, erwähnt einen berühmten Gangster, der den Spitznamen Baby Face Nelson führte, aber trotz seiner Kinderstimme mit Big George angeredet zu werden verlangte. In Sagen und Märchen und in der verwandten schönen Literatur taucht — neben den hilfreichen, fleißigen und munteren Zwergen — auch die Gestalt des bösen, heimtückischen und überheblich anspruchsvollen Zwerges auf: Rumpelstilzchen und Klein Zaches von E. T. A. HOFFMANN sind gute Beispiele.

2. Für die Reaktion des Individuums auf seine abnorme äußere Erscheinung ist nicht nur das Erblicktwerden maßgebend, sondern auch die Selbsterfahrung vom eigenen Leibe. Es erscheint natürlich, den Eindruck, den man auf andere macht, etwa im Spiegel zu kontrollieren. In unserer psychologischen Interpretation der infantilen Regression des Werner H. haben wir der durch seine Blindheit beschränkten und veränderten Selbsterfahrung vom eigenen Leib große Bedeutung beigemessen. Die Abhängigkeit des „self concept“ [25] Pubertierender von ihrem körperlichen Reifegrad untersuchten SMITH u. LEBO. Wenn man die vermehrte Leibzuwendung als ein Charakteristicum der beginnenden Pubertät bedenkt, wird auch verständlich, daß die seelischen Auswirkungen

sichtbarer körperlicher Mängel und Auffälligkeiten dann besonders schwer sind, wenn sie im Jugendalter in Erscheinung treten.

3. Minderwuchs kann beim Mann die Erfüllung der Geschlechtsrolle auch ohne Hypogonitalismus beeinträchtigen. Im Hinblick auf die von BRÄUTIGAM stark hervorgehobene Bedeutung des Androgens für die männliche Geschlechtsrolle ist es von Interesse, daß Günter R. an seiner mangelnden Männlichkeit leidet, obwohl er abgesehen von den Zeiten der Androgentherapie weitgehend alibidinös ist. In einer früheren Untersuchung an 100 Hirnverletzten [16] haben wir festgestellt, daß die als Folge der cerebralen Schädigung in über 70 % eingetretene Herabsetzung der Libido — im Gegensatz zu Potenzstörungen — nicht als Minderung des Selbstwertgefühls erlebt wird. Die Hirnverletzten litten durchweg nicht daran, sie machten sich höchstens Gedanken über die Auswirkung ihrer sexuellen Inaktivität auf den Ehepartner. Das zeigt, daß nicht die bei Günter R. durch Androgenmangel, bei den Hirnverletzten cerebrally bedingte Libidoherabsetzung für die Auseinandersetzung mit der Geschlechtsrolle entscheidend ist. Maßgeblich für das Leiden an der Beeinträchtigung der männlichen Geschlechtsrolle sind in erster Linie offenbar die sichtbaren Erscheinungsformen der Männlichkeit². Die Behandlung mit hohen Dosen Testoviron führte bei Günter R. nicht etwa zu einer natürlichen Vitalisierung, sondern zu einer — wohl weitgehend psychogenen — besonders groben Fehlsteuerung des Verhaltens; allein durch den erwarteten Anstoß der Libido wurde bei ihm das Mißverhältnis zwischen dem Image des kindlich wirkenden Zwergwüchsigen und seinem Geltungsanspruch nur noch gesteigert.

BLEULER hat wiederholt davor gewarnt, die seelischen und endokrinen Faktoren voneinander abheben zu wollen; denn es bliebe in der Regel offen, was Ursache und was Folge sei. Endokrine und emotionale Abläufe müssen nach BLEULER als Ausdruck eines einheitlichen Lebensvorganges verstanden werden. Sicher sind bei Werner H. das vermehrte Schlafbedürfnis, die fehlenden sexuellen Strebungen, das geringe Bewegungsbedürfnis und vor allem das Darniederliegen der gesamten Antriebshaftigkeit für seine infantile Regression bedeutungsvoll. Und auch bei Günter R. muß man seinen Mangel an Spontanaktivität und Durchhaltevermögen mit dem endokrinen Psychosyndrom in Zusammenhang bringen. Entscheidend ist bei ihm aber doch — trotz Antriebsmangel und trotz fehlender Libido! — das Leiden an und die Auseinandersetzung mit seiner defizienten Rolle als erwachsener Mann.

² Dem entspricht, daß die bei Frauen mit Hirsutismus anzutreffenden psychischen Störungen nach VON ZERSSEN, MEYER u. AHRENS, weitgehend unabhängig vom Androgenspiegel, verstehbare Reaktionen auf die äußerlichen Zeichen der Virilisierung darstellen.

Zusammenfassung

Es wird über zwei Fälle von hypophysärem Zwergwuchs berichtet, die hinsichtlich Minderwuchs, Hypogonadismus, Beeinträchtigung von Nebennieren- und Schilddrüsenfunktion sowie endokrinem Psychosyndrom einander vergleichbar waren. In einem Fall war die Ursache des Zwergwuchses unbekannt, im anderen lag ein Craniopharyngeom vor, welches zur Erblindung geführt hatte. Bei dem erblindeten Zwerg kam es — unterstützt durch eine überprotektive Umwelt — zu einer infantilen Regression. Der andere Zwerg mit reinem Hypopituitarismus zeigte eine von Aggressivität und Geltungsbedürfnis geprägte Haltung.

Literatur

- [1] BAEYER, W. VON: Zur Psychologie verkrüppelter Kinder und Jugendlicher. *Z. Kinderforsch.* **34**, 229—292 (1928).
- [2] BLEULER, M.: *Endokrinologische Psychiatrie*. Stuttgart: G. Thieme 1954.
- [3] BRÄUTIGAM, W.: Körperliche Faktoren bei der sexuellen Partnerwahl und ihre Bedeutung für die Homosexualität. *Studium Generale* **19**, 303—315 (1966).
- [4] CORBOZ, R. J.: Die Psychopathologie endokriner Erkrankungen im Kindesalter. *Schweiz. med. Wschr.* **96**, 551—556 (1966).
- [5] ERIKSON, E. H.: *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett 1961.
- [6] HENTIG, H. v.: *Das Verbrechen III*. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1963.
- [7] HORROCKS, J. E.: *The psychology of adolescence*. Boston: Houghton Mifflin Comp. 1951.
- [8] JACOB, H.: *Der Erlebniswandel bei Späterblindeten*. Hamburg: H. H. Nölke 1949.
- [9] JORES, A.: Krankheiten der Hypophyse und des Hypophysenzwischenhirnsystems. In: *Hb. Inn. Med.* VII, 1. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1955.
- [10] KADEGIS, A.: Beitrag zur Frage einer hirnorganisch bedingten psychischen Entwicklungsstörung. Diss. München 1962.
- [11] KARL, H. J., u. J. E. MEYER: Die Sexualität beim Klinefelter-Syndrom. *Klin. Wschr.* **42**, 1172—1179 (1964).
- [12] KIND, H.: Die Psychiatrie der Hypophyseninsuffizienz, speziell der Simmonds'schen Krankheit. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **26**, 501—563 (1958).
- [13] — Die Persönlichkeit und ihre Störungen bei präpuberal einsetzender Hypophyseninsuffizienz, speziell beim hypophysären Zwerg- und Kleinwuchs. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **203**, 545—559 (1962).
- [14] — Psychische und endokrine Funktionen und ihre Wechselwirkungen in der Pathogenese des Infantilismus beim hypophysären Minderwuchs. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr.* **91**, 245—250 (1963).
- [15] LABHARDT, A.: *Die Klinik der inneren Sekretion*. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1957.
- [16] MEYER, J. E.: Die sexuellen Störungen der Hirnverletzten. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **193**, 449—469 (1955).
- [17] —, u. A. TUCHELT-GALLWITZ: Psychiatrisch-psychologische Untersuchungen an weiblichen Fettsüchtigen. *Z. psychosom. Med.* (im Druck).
- [17a] MONEY, J., and E. POLLITT: Studies in the psychology of dwarfism. *Pediatrics* **68**, 381—390 (1966).

- [18] ORTHNER, H.: Zur Psychopathologie endokriner Krankheiten. Wien. med. Wschr. **108**, 163—170 (1958).
- [19] SARTRE, P.: Der Leib. Ein Kapitel aus Das Sein und das Nichts. Stuttgart: F. Enke 1956.
- [20] SCHONFELD, W. A.: Gynecomastia in adolescence: Effect on body image and personality adaptation. Psychosom. Med. **24**, 379—389 (1962).
- [21] SHEEHAN, H. L.: Pathologische Anatomie des partiellen Hypopituitarismus. In H. NOWAKOWSKI: Die partielle Hypophysenvorderlappen-Insuffizienz. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1957.
- [22] SMITH, W. D., and D. LEBO: Some changing aspects of the self concept of pubescent males. J. genet. Psychol. **88**, 61—75 (1956).
- [23] WILKENS, L.: The influence of the endocrine glands upon growth and development. In R. H. WILLIAMS (Ed.): Textbook of Endocrinology. 3. Aufl. Philadelphia and London: W. B. Saunders 1963.
- [24] WÜRTZ, H.: Das Seelenleben des Krüppels. Leipzig: L. Voss 1921.
- [25] WYLIE, R. C.: The self concept. Lincoln: Univ. Nebraska Press 1961.
- [26] ZERSSSEN, D. v., A. E. MEYER u. D. AHRENS: Klinische, biochemische und psychologische Untersuchungen an Patientinnen mit gewöhnlichem Hirsutismus. Dtsch. Arch. klin. Med. **206**, 334—360 (1960).

Prof. Dr. J. E. MEYER
34 Göttingen
v. Sieboldstr. 5