

Begrenzende Faktoren sozialer Integration und Prävention sekundärer Neurotisierung bei Behinderten

Von Jörn Greve

1. Einführung

Der Rückkopplungsmechanismus zwischen neuropsychologischer Entwicklung und sozialer Stimulation ist nicht nur eine These der sowjetischen Psychologie (*Leontjew, Luria* 1969), sondern auch eine belegbare Folgerung aus tierexperimentellen Deprivationsversuchen (*Harlow, Harlow* 1965). Außerdem vermitteln auch die Ergebnisse der Lerntheorie die Bedeutung sozialer Imitation, Interaktion und die Wichtigkeit sekundärer sozialer Verstärker (*Bandura* 1969, 1976).

Über den Extremfall menschlicher Deprivation im frühen Kindesalter haben wir außer den tödlich endenden Deprivationsexperimenten Friedrich II. von Sizilien (Lit. s. *Peiper* 1949), der Biographie Kaspar Hausers und den fragwürdigen, aber sehr interessanten Zeugnissen über Wolfskinder (*Singh* 1964) keine exakten Unterlagen.

Die Wolfskinder zeigten als Verhaltensabweichungen das Überwiegen von Vermeidungsreaktionen – auch auf positive soziale Zuwendung.

Diese Symptomatik findet sich ebenfalls beim Autistischen Syndrom (*Gottwald, Redlin* 1975, *Harbauer et al.* 1976, *Rutter* 1971), bei dem eine Wahrnehmungsstörung causal-ätiologisch diskutiert werden kann (*Rutter* 1971, *Hermelin, O'Connor* 1970).

Außerdem zeigten die Wolfskinder Wahrnehmungsstörungen im takto-taktilen Bereich und bei komplexerer Reizdiskriminierung. Die beschriebenen Verhaltensdevianzen einschließlich Selbststimulation treten unter folgenden tierexperimentellen Bedingungen auf:

- a) beim Fehlen der Gegenwart der Mutter in neuen Situationen
- b) bei der Unwirksamkeit des Draht-Mutter-Surrogats in diesen Situationen im „stage of sensitivity“ (*Harlow, Harlow* 1965) oder der Prägungsphase (*Ploog, Gottwald* 1974).

Ähnliche Verhaltensdefizite sind auch z. B. in Abhängigkeit vom operativen Ausmaß bei fronto-temporalen Lobektomie (*Pribram, Luria* 1973) zu verzeichnen. Es entsteht eine Unfähigkeit, soziale Komplexmuster zu erkennen und eigene Signale der Umgebung zu vermitteln, weil das Ausdrucksverhalten reduziert ist. Auch bei schweren cerebralen Dysfunktionen bei behinderten Kindern begrenzt der Differenzierungsgrad des Reiz-Antwort-Verhaltens die Möglichkeit des sozialen Feedback (*Greve* 1976).

Aus diesen Ausführungen wird deutlich, daß die Basis für die soziale Interaktion eine relative Intaktheit der perzeptiven Funktionen und die Fähigkeit zur Vermittlung motivationaler Impulse ist.

Daraus ergeben sich zusammengefaßt folgende Faktoren für die soziale Integration Behinderter:

1. die Fähigkeit zur Signal-Perzeption (neuropsychologischer Innenfaktor)
2. die Fähigkeit zur Signalbeantwortung durch die Differenzierung des Reiz-Antwort-Verhaltens (neuro-ethologischer Innenfaktor)
3. die Fähigkeit der Umwelt, adäquat auf diese Verhaltensänderungen zu reagieren und ein Korrespondenzverhalten anzubahnen (sozial-psychologischer Außenfaktor)
4. dieses Korrespondenzverhalten müßte mit den sensiblen Phasen eingeleitet sein, um die Entwicklung perceptiver Funktionen nicht zu gefährden und eine sekundäre Neurotisierung früh zu vermeiden (Innen-Außenfaktor-Relation)

Für die frühe Prävention sekundärer Neurotisierung (*Stutte, v. Bracken 1969*) ist die Berücksichtigung der genannten Faktoren, insbesondere die Beziehung zwischen Innen- und Außenvariablen wichtig.

2. Regulation der Innenfaktoren (Frühtherapie)

Frühtherapie (Anbahnung neurophysiologischer Bewegungsmuster, sensorisches Training, Ergotherapie) versucht einen den Defiziten der Behinderung adäquaten Signalfluß zu fascilitieren (*Bobath 1967, Vojta 1974*).

Diese Methoden der Innenfaktorregulierung versuchen, den Folgen möglicher neuro-dendritischer Fehlsprossung (*Haase 1976, Llinas 1973*) und fehlerhafter Signalverarbeitung vorzubeugen und Kompensative Mechanismen in den zerstörten Zellgebieten aufzubauen.

Werden diese Vorgänge lerntheoretisch interpretiert, zeigt sich, worauf die Beobachtungen tatsächlich hinweisen (s. u.), daß nämlich therapeutische Effekte vergeblich sind, wenn keine Fortsetzung der therapeutischen Konsequenzen im häuslichen Milieu oder im weiteren sozialen Umfeld erfolgt.

Eine Löschung des erlernten Verhaltens oder eine irreversible sekundäre Neurotisierung wäre die Folge (*Patterson 1971, Sharp, Wetzel 1975*). Lerntheoretische Überlegungen zum sensomotorischen Training liegen jedoch nicht vor (Hinweise finden sich bei *J. P. Pawlow* in den Auseinandersetzungen mit den Befunden von *Bechterew, 1954*).

Wie ist es möglich, eine adäquate Außen-Innenfaktor-Relation herzustellen und wie könnte man sekundären Neurotisierungsprozessen vorbeugen?

3. Die Außenfaktoren (Sozialfaktoren des engeren Rahmens)

Es erscheint angesichts sozio-kultureller Änderungen als nostalgisch, den Austragungsort der Prävention ausschließlich im Bereich der Kleinfamilie zu suchen (*Pechstein 1974*). Gerade dieser Bereich muß aber zur Aufarbeitung neurotisierender Faktoren herangezogen werden, um eine Verhaltensstabilisierung zu erreichen (*Innerhofer et al. 1974, Patterson 1971*).

Die Langzeitbeobachtungen von *Köng* (1975) deuten darauf hin, in welcher Weise ein negatives Feedback sich in diesem Bereich für den Behinderten auswirkt. Die Autorin stellte einen Stillstand therapeutischer Interventionsergebnisse und eine faßbare neurologische Verschlechterung fest, als es innerhalb der Familie Zwistigkeiten gab.

Inadäquate mütterliche Stimulation kann sogar neurologische Symptome, wie Spastizität, hervorrufen, ganz abgesehen davon, daß sich der Entwicklungsquotient erniedrigt (*Spitz* 1973).

Der Autor dieses Artikels hat in einer eigenen Studie auf die Bedeutung elterlicher Variablen für Verhaltensdefizite hingewiesen und diese Faktoren näher beschrieben (*Greve* 1977).

Aus diesen Ausführungen ergibt sich die Notwendigkeit, möglichst früh zu einer entsprechenden Innen-Außenfaktor-Relation zu kommen, die das weitere soziale Umfeld einbezieht.

Dies könnte nur mit der größtmöglichen, frühen Teilnahme der Eltern Behinderter an den Sozialaktivitäten des Umfeldes erreicht werden.

4. Die Innen-Außenfaktor-Relationen (Sozialfaktoren des weiteren Rahmens)

Die sozialintegrativen Modelle und staatlichen Bemühungen um Eingliederung (BSGH § 40,1 Abs. 8, AVEH, 1976) fordern eine maximale Teilnahme an den Aktivitäten des sozialen Umfeldes, um dadurch gesellschaftlicher Isolation und sekundärer Neurotisierung (§ 39,2 BSHG) vorzubeugen.

Es gibt eine Reihe sozial-integrativer Modelleinrichtungen in den Niederlanden, Schweden, Italien sowie in Berlin und der Bundesrepublik.

Jedes dieser Modelle hat seine sozio-ethnologisch-historischen Hintergründe, die die Reaktionen des sozialen Umfeldes mitbestimmen und von ihnen auch mitbestimmt werden, und damit die Variablen ausmachen, die die soziale Partizipation begrenzen.

Trotz der relativen Vielzahl der integrativen Modelle bleiben sie für das Gesamtproblem der Behinderten irrelevant, weil sie strukturgemäß regional begrenzt sind. Somit können eher Illusionen bezüglich der sozialen Partizipation entstehen. Sie sind auch in sich als Modelleinrichtung zu begrenzt und lassen keine Folgen für eine allgemeine Prävention bzw. Partizipation Behinderter auf breiterer Basis erkennen.

Das Italienische Modell (z. B. *Milani-Comparetti* 1976, *Basaglia* 1973) entstand angesichts einer vergleichsweise nahezu „unterentwickelten“ Nachkriegssituation mit einem relativ geringen Grad der Industrialisierung sowie der relativen Intaktheit der Großfamilienstruktur. Die sozialpolitischen Aktivitäten basieren auf Selbsthilfe und lassen Spielraum für einen hohen Anteil an Freiwilligkeit, Selbstverwaltung und Eigeninitiative, so daß soziale Integration eine partielle Realität ist.

Diese Voraussetzungen machen das Italienische Modell auf die hiesigen Verhältnisse unübertragbar.

Hellbrügges Münchener heilpädagogisches Modell (1974) hatte extreme Schwierigkeiten, für seine Kindergruppen die Teilnahme gesunder Kinder zu erwirken. Schließlich waren es die Kinder seiner Mitarbeiter, die teil-

nahmen. Außerdem sah dieses Modell ein Aufnahmealter erst ab 3. Lebensjahr vor. Zu diesem Zeitpunkt könnte aber eine neurotisierende Entwicklung und die soziale Isolation der Eltern, die kaum an der heilpädagogischen Konzeption beteiligt waren, bereits eingesetzt haben. Dieses Modell hat also keinen frühpräventiven Charakter.

Das Friedenauer Modell (1975) ist eine seit 1971 bestehende Elterninitiative. Die Eltern begannen mit individuell-antiautoritären Gruppenkonzepten bereits bei einem Kindesalter von 18 Monaten. Die Familien-Sozialstruktur ist seit der Gründung nahezu gleichbleibend mit einem Anteil der unteren Sozialschicht von etwa 10%. Der Behindertenanteil unterschiedlichster Graduierung beträgt bei dem Modell nicht einmal 40%.

Diese Situation und der immense einzeltherapeutische Aufwand sind gesellschaftlich irrelevant.

Beide deutschen Modelle (auch das Modell in Pasing 1973) sind mittelklassenorientiert. Wie aber sieht es im weiteren sozialen Umfeld aus? Gibt es eine kognitive und operante Basis für soziale Integration?

5. Die aktuelle Situation

Die Literaturübersicht zu Ergebnissen über Einstellungen zu Behinderten ist beschämend. Mit besserem Sozialstatus scheint das Umfeld kognitiv einer Integration positiv gegenüberzustehen. Eine Korrelation zwischen sozialer Distanz und kognitiver Akzeptierung läßt sich aus der Literatur aber nicht ersehen (*Scherer-Zürndorf* 1976). Die Aufhebung der sozialen Distanz zum Behinderten wäre aber eine Voraussetzung für die Integration.

Es gibt noch andere Faktoren, die die Innen-Außen-Relation beeinflussen:

Die sozialen Unterschichten sind vermehrt mit Problemen der Behinderung konfrontiert: es findet sich eine erhöhte Geburts-Risikobelastung (*Hommers, Kendall* 1976), eine Häufung von Verhaltensstörungen (*Essen, Peckham* 1976) und eine sozial determinierte ungünstigere Schulentwicklung (*Bell et al.* 1976). Diese Fakten ließen sich sämtlich auf den höheren ökonomischen Stress (*Gleiss, Abholz* 1973) zurückführen, der differenziertes Soziallernen ausschließt.

Statistische Aufarbeitung der Sozialdaten zeigt, daß im Gegensatz zur verallgemeinernden positivistischen Darstellung die gesellschaftliche Entwicklung bezüglich der Sozialstrukturen stationär ist (*v. Ferber* 1975).

Daher könnte die durch das BSHG geschaffene ökonomische Entlastung der Unterschicht-Behindertenfamilie eher eine doppelte Alibifunktion haben: die Familien an die betreuenden Institutionen zu binden und das soziale Distanzverhalten des weiteren sozialen Umfeldes noch zu verstärken.

Herr *Krais*, Präsident des Bundesverbandes für Spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte, umschreibt diese Situation als eine größere Abhängigkeit sowohl vom Therapeuten als auch von den (staatlichen) Institutionen, die Selbsthilfe und Spontankontakte des sozialen Umfeldes reduzieren.

Literatur

- Bandura, A.*: Principles of behavior modification. New York, Sydney (*Holt, Rinehart and Winston*) 1969
- Bandura, A.*: Lernen am Modell. Stuttgart (*Klett*) 1976
- Basaglia, F.*: Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Frankfurt/M. (*Suhrkamp*) 1973
- Bell, A. E., Aftanas, M. S., Abrahamson, D. S.*: Scholastic progress of children from different socio-economic groups. *Develop. Med. Child Neurol.* 18, 717–727, 1976
- Bobath, B.*: The very early treatment of cerebral palsy. *Develop. Med. Child Neurol.* 9, 373–390, 1967
- BSHG, AVEH Bundessozialhilfegesetz vom 21. 5. 1962 (GVBL Sb II 2170-2) mit Ausführungsvorschriften zur Eingliederungshilfe (AVEH) vom 13. 2. 1976 (GVBL 366) in: Dienstblätter der Bundesländer
- Essen, J., Peckham, C.*: Nocturnal enuresis in childhood. *Develop. Med. Child Neurol.* 18, 577–589, 1976
- v. *Ferber, C.*: Sozialwissenschaftliche Theorien der psychiatrischen Praxis; in: *Kisker, K. P., Meyer, J. E., Müller, C., Strömngren, E.*: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. III, 39–80. Berlin, Heidelberg, New York (*Springer*) 1975
- Friedenauer Modell in: Frühbehandlung und Integration behinderter Kleinkinder. Therapiezentrum Friedenauer 1975 (Eigenpublikation)
- Gleiss, I., Seidel, R., Abholz, H.*: Soziale Psychiatrie. Frankfurt/M. (*Fischer*) 1973
- Gottwald, P., Redlin, W.*: Verhaltenstherapie bei geistig behinderten Kindern. Göttingen, Toronto, Zürich (*Hogrefe*) 1975
- Greve, J.*: Problems of visual perception in severe brain dysfunction. Diskussionsbeitrag ICPS-Seminar Groningen Februar 1976 (zur Veröffentlichung eingereicht): Ein Beitrag zur Symptomen-genese des Autistischen Verhaltens. Die Eltern-Kind-Beziehung (unveröffentlicht)
- Haase, J.*: Haltung und Bewegung und ihre spinale Kontrolle; in: *Haase, J., Henatsch, H. D., Jung, R., Strata, P., Thoden, U.*: Sensomotorik, 99–191. (Physiologie des Menschen Bd. 14) München, Berlin, Wien (*Urban und Schwarzenberg*) 1976
- Harbauer, H., Lempp, R., Nissen, G., Strunk, P.*: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York (*Springer*) 1976
- Harlow, H. F., Harlow, M. K.*: The affectional systems; in: *Schrier, A. M., Harlow, H. F., Stollnitz, F.*: Behavior of nonhuman primates. Vol. II, 287–334. New York. London (*Academic Press*) 1965
- Hellbrügge, Th. z. B.* in: *Prell, S., Link, P.*: Das Münchener Modell der schulischen Integration behinderter und nichtbehinderter Kinder. *Zschr. f. Heilpädagogik* 10, 619–644, 1974
- Hermelin, B., O'Connor, N.*: Psychological experiments with autistic children. London (*Pergamon Press*) 1970
- Hommers, M., Kendall, A. C.*: The prognosis of very low-birthweight infants. *Develop. Med. Child Neurol.* 18, 745–752, 1976
- Innerhofer, P., Müller, G. F.*: Elternarbeit in der Verhaltenstherapie. Sonderheft 1/1974 Mitteilungen der GVT (Herausgeb.: *Gottwald, P., Egetmeyer, A.*), München 1974
- Köng, E.*: Plastizität des Gehirns als Grundlage der neurophysiologischen Therapie. *der Kinderarzt*, 9, 903–906, 1975
- Krais, R.* in: Das Band (Organ des Bundesverbandes für Spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte e. V. Düsseldorf) I, 1–5, 1977
- Leontjew, A. N.*: Der historische Aspekt bei der Untersuchung der menschlichen Psyche; in: *Hiebsch, H.*: Ergebnisse der sowjetischen Psychologie, 1–44. Stuttgart (*Klett*) 1969
- Llinás, R., Hillman, D. E., Precht, W.*: Neuronal circuit reorganization in mammalian agranular cerebral cortex. *J. Neurobiol.* 4, 69–94, 1973
- Luria, A. R.*: Die Entwicklung der Sprache und die Entstehung psychischer Prozesse; in: *Hiebsch, H.*: Ergebnisse der sowjetischen Psychologie, 465–546. Stuttgart (*Klett*) 1969

- Milani-Comparetti, A.*: The co-operation of parents and doctors in the treatment of children. International Cerebral Palsy Society (ICPS) Seminar Münster Oktober 1976
- Pasing in: *Ullner, K., Ullner, R.*: Repressionsfreie Erziehung von behinderten und nicht-behinderten Kindern im Vorschulalter. Rheinstetten (*Schindele*) 1973
- Patterson, G. R.*: Behavioral intervention procedures in the classroom and in the home; in: *Bergin, E. A., Garfield, S. L.*: Handbook of psychotherapy and behavior change, 751–775. New York, London, Sydney (*John Wiley*) 1971
- Pawlow, I. P.*: Sämtliche Werke. (insbes.: Bd. III/2, 463 ff.; Bd. V, 371 ff.) Berlin (*Akademie-Verlag*) 1954
- Pechstein, J.*: Umweltsabhängigkeit der frühkindlichen zentralnervösen Entwicklung. Stuttgart (*Thieme*) 1974
- Peiper, A.*: Die Eigenart der kindlichen Hirntätigkeit. Leipzig (*Thieme*) 1949
- Plöog, D., Gottwald, P.*: Verhaltensforschung. München, Berlin, Wien (*Urban und Schwarzenberg*) 1974
- Pribram, K. H., Luria, A. R.*: Psychophysiology of the frontal lobes. New York. London (*Academic Press*) 1973
- Rutter, M.* (Hrsg.): Infantile autism: concepts, characteristics and treatment. Edinburgh, London (*Churchill Livingstone*) 1971
- Scherer-Zürndorf, U.*: Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und geistig Behinderten. Köln (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) 1976
- Singh, I. A. L.*: Die Wolfskinder von Midnapore. Heidelberg (*Quelle und Meyer*) 1964
- Spitz, R. A.*: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Stuttgart (*Klett*) 1973
- Sutte, H., v. Bracken, H.*: Vernachlässigte Kinder. 3. Beiheft Heilpäd. Forschung 1969
- Tharp, R. G., Wetzel, R. J.*: Verhaltensänderung im gegebenen Sozialfeld. Fortschritte der klinischen Psychologie; 7. München, Berlin, Wien (*Urban und Schwarzenberg*) 1975
- Vojta, V.*: Die cerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter. Stuttgart (*Enke*) 1974

Anschrift des Verfassers:

OA. Dr. med. Jörn Greve
 Hephata, Hessisches Diakoniezentrum
 3578 Schwalmstadt-Treysa

Zum Gedenken

Kurt Prautzsch

17. 7. 1890 bis 21. 4. 1978

Am 21. April 1978 verstarb im Alter von 87 Jahren Dr. Phil. *Kurt Prautzsch*, emeritierter Professor der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg und ehemaliger Direktor des Instituts für Sonderschulpädagogik. Mit ihm verliert die Hilfsschullehrerschaft der DDR eine verdienstvolle Persönlichkeit, die sich über die Landesgrenzen hinaus internationale Anerkennung erworben hat. *Kurt Prautzsch* wurde im Jahre 1949 die Ehre zuteil, am Internationalen Kongreß für Heilpädagogik in Amsterdam teilzunehmen.

Kurt Prautzsch wurde am 17. Juli 1890 in Werderthau/Saalkreis als Sohn eines Dorfschullehrers geboren. Nach Absolvierung des Lehrerseminars Elsterwerda unterrichtete er noch vor Beginn des 1. Weltkrieges in Annaburg/

Kr. Torgau. Seit 1919 stand er im Schuldienst der Stadt Halle a. d. Saale, wo er sich für die schwere Arbeit mit schwachsinnigen Kindern entschloß und 1922 die Hilfsschullehrerprüfung bestand. Von 1924 bis 1930 studierte er an der Universität Halle Psychologie, Geschichte und Geographie, um abschließend bei Prof. *Theodor Ziehen* mit einer Arbeit über den Willensvorgang bei Schwachsinnigen zu promovieren.

Nach 1945 kam *Kurt Prautzsch*, der zwischendurch als Studienrat für Geschichte und als Referent für Sonderschulen in Sachsen-Anhalt tätig gewesen war, in den Hochschuldienst. Im Jahre 1949 wurde er auf den neuerrichteten Lehrstuhl für Sonderpädagogik berufen und somit Begründer des Instituts für Sonderschulwesen, das sich fortan in mehrsemestrigen Studiengängen der Ausbildung von Hilfsschulpädagogen widmete. Das in den berühmten *Franckeschen Stiftungen* untergebrachte Institut bedeutete für ihn den Höhepunkt seiner Lebensleistung. Als Hochschullehrer bemühte sich *Kurt Prautzsch* ständig, seine in zwanzigjähriger Praxis gewonnenen Erfahrungen an die künftige Lehrergeneration weiterzugeben. In Verbindung mit den Professoren *Pönitz* (Psychiatrie) und *Barczy* (Budapest; Heilpädagogik) baute er am Fundament einer modernen Rehabilitationspädagogik. Von 1950 bis 1956 erschienen aus dem Hallenser Institut mehrere Beiträge zu den theoretischen Grundlagen der Hilfsschulpädagogik, zum Problem der Auslese und zur Lernschwäche des Hilfsschulkindes.

Alle, die ihn kannten, wußten um seine humanistische Haltung und das Verständnis, das er in väterlicher Weise den studentischen Nöten entgegenbrachte. Er gehört mit seinem Freund *Max Enke* zu denjenigen Pädagogen, die zur Errichtung der Grundmauern für das Hilfsschulwesen der DDR beigetragen haben.

Seinen Freunden, Kollegen und ehemaligen Studenten wird *Kurt Prautzsch* als liebenswerter und vorbildlicher Hochschullehrer der alma mater halensis unvergessen bleiben.