

Seelische Behinderung

Als S wird ein langfristiger oder andauernder Folgezustand einer Erkrankung bezeichnet, der die Ausübung sozialer Funktionen und Rollen erheblich beeinträchtigt. Hier gilt, wie allgemein bei → Behinderten, daß das Ausmaß der Behinderung abhängig ist vom Zusammenwirken innerer und äußerer Faktoren. Für die von S Betroffenen heißt dies unter den herrschenden gesellschaftlichen Bedingungen auch und vor allem soziale

Benachteiligung (siehe Abb.). Demgegenüber kennt das Begriffsrepertoire der → Rehabilitationsmedizin nur den Schaden (impairment), die funktionelle Einschränkung (disability) sowie die soziale Beeinträchtigung (handicap) des Betroffenen und kann so den Anteil der Solidargemeinschaft an der → Behinderung des seelisch Erkrankten konsequent ausblenden.

Die einer S zugrundeliegenden Schadensbilder ergeben sich aus der Symptomatik der diagnostizierten chronischen psychiatrischen Störung und betreffen Pathologien des Antriebs, der Stimmung, der Affekte, des Denkens, der Konzentration oder der Merkfähigkeit. Ihre Eingruppierung erfolgt in die Formkreise der endogenen Psychosen (insb. Schizophrenien und gelegentlich sehr hartnäckig verlaufende endogene Depressionen), der psychischen Veränderungen bei organischen Hirnschädigungen und anderen körperlich begründbaren Psychosen, der sog. Fehlentwicklungen (v.a. chronifizierende schwere Neurosen und Persönlichkeitsstörungen) sowie der → Suchterkrankungen (Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit).

Funktionseinbußen seelisch Behinderter und ihre Folgen für das Leben in der Gemeinschaft zeigen gegenüber der Lage von → Körperbehinderten und Geistigbehinderten eine Reihe von gravierenden Unterschieden. Im Vordergrund stehen Einschränkungen der Fähigkeit, die von der sozialen Umwelt geforderten Rollen auszufüllen. Einsicht in die eigene Hilfebedürftigkeit und Nutzung vorhandener Hilfeangebote gelingt häufig nicht – ein Faktor für die große Gefahr sozialer → Isolation. Ein anderer Unterschied ist das eingeschränkte Potential an spontaner → Fremdhilfe, da die Funktionseinbußen von der Umwelt nicht klar als solche erkannt werden können und schwer vorhersehbaren Schwankungen unterworfen sind. Die nicht selten durch intensive widersprüchliche Gefühle

(→ Emotionen) aufgeladenen Beziehungen (gerade zu den nächsten Angehörigen) lassen deren Hilfebemühungen oft genug scheitern und zerreißen so lebensweltliche Netze (→ informelle Sphäre; → Netzwerke). Die sozialen Beeinträchtigungen wirken sich in allen Lebensbereichen (Arbeit, Wohnen, → Freizeit usw.) aus, und je nach deren Zustand entfalten sich stabilisierende oder zusätzlich belastende Rückkoppelungseffekte.

Die Lebenssituation bei S ist in der Regel gekennzeichnet durch soziale Isolation, materielle → Armut und rechtliche Ohnmacht. Nichterfüllte Rollenerwartungen im sozialen Kontakt mit Familienangehörigen, Arbeitskollegen, Partnern und professionellen Helfern können zu Abkapselung und Verlust des Arbeitsplatzes führen, zum Scheitern bei alltäglichen Aufgaben im Haushalt und bei Körperpflege, schließlich oft genug zu → Wohnungslosigkeit, Psychiatrisierung (→ Psychiatrie), finanzieller Abhängigkeit vom → Sozialamt und Verlust von Bürgerrechten durch Zwangsbehandlung, → Pflegerschaft oder → Vormundschaft.

Die Begriffe ‚chronische → Krankheit‘ und ‚Behinderung‘ werden im Sprachgebrauch der psychiatrisch Tätigen meistens synonym verwandt. Dies ist insofern gerechtfertigt, als die Auswirkungen chronisch verlaufender psychischer Krankheiten nach Art, Schwere und Dauer regelmäßig den Kriterien einer Behinderung entsprechen. Eine exakte Differenzierung ist jedoch im Terrain des Systems der sozialen Sicherung (→ Sozialversicherung) nötig, da sich hier die Betroffenen je nach Zuordnung bei ihren Ansprüchen nach Hilfe unterschiedlichen Kostenträgern mit unterschiedlichem Leistungsangebot gegenübersehen. Ursache dafür ist die (für den Bereich körperlicher Erkrankungen brauchbare) Annahme, daß sich Krankheit und Behinderung als regelwidrige Gesundheitszustände voneinander abgrenzen und in ihrer Zukunftsperspektive zuverlässig beurteilen lassen. Für

chronische psychische Krankheitszustände ist dies nicht möglich, und im Chor der sich jeweils für nicht zuständig erklärenden Teilsysteme der sozialen Sicherung sind schon massenweise berechnete Hilferufe untergegangen.

So ist S über den klinisch erfaßbaren Einzelfall hinaus v.a. und zunächst eine soziale Kategorie. Dies gilt im Gegensatz zur psychischen Krankheit, bei deren Betrachtung legitimerweise am Einzelindividuum festgemachte, psychodynamische oder biologische Bezugsrahmen verwandt werden, zu denen dann eventuell noch eine ‚soziale Diagnose‘ hinzutritt. Dabei haben soziale Variablen für die Pathogenese psychiatrischer Störungen, Behandlungsformen, Rehabilitationschancen und Wiedererkrankungsrisiken erwiesenermaßen einen größeren prädiktiven Wert als medizinisch-psychologische Variablen. Während bei schizophrenen Psychosen die Inzidenz (= Neuauftritt der Erkrankung) in den unteren Sozialschichten gegenüber dem Durchschnitt dreifach erhöht ist, liegt die Prävalenz (= Gesamtvorkommen zum Erhebungszeitpunkt) bei ihnen um das Neunfache höher. Andererseits befindet sich die Hälfte der als psychotisch diagnostizierten Individuen nicht in Behandlung.

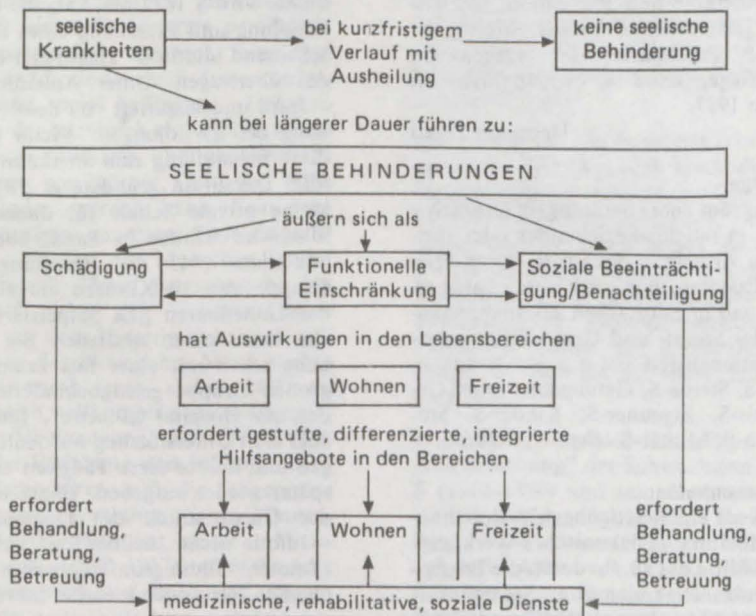
Die gemeinsame soziale Lage der seelisch Behinderten ist die, daß eine soziale Majorität ihnen als sozialer → Minderheit Merkmale zuordnet, die sie als sozial auffällig und therapiebedürftig definieren. Dabei handelt es sich um soziale Kriterien auf dem Hintergrund sozialer Interaktionsprozesse und nicht um psychiatrische Symptome. Das Stigma ‚seelisch behindert‘ beschreibt die gesellschaftliche Ausgrenzung eines sozial weniger Leistungsfähigen (im Sinne herrschender Normen) und rechtfertigt gleichzeitig Rehabilitationsbemühungen (im Sinne von Eingliederung bzw. Anpassung an die herrschende Norm). Der angesichts von Massenarbeitslosigkeit, Wohnungsnot und Verknappung von Sozialleistungen traurige

Zustand der Rehabilitationspraxis bedeutet dann allerdings häufig auch ein Festschreiben eben jener gesellschaftlichen Ausgrenzung.

Hilfe für seelisch Behinderte setzt zunächst voraus, daß sich die potentiellen Helfer dem Umfang und der Komplexität der Behinderung stellen, die zugrundeliegende Krankheit und jeden einzelnen Hilfebedürftigen neu aus Lebensgeschichte, sozialem Kontext und persönlichen Erwartungen verstehen lernen. Noch vorhandene oder wiedererweckbare Ressourcen, eventuell mit Unterstützung durch Laien- oder → Nachbarschaftshilfe, sind ebenso zu orten wie die regional überhaupt zur Verfügung stehenden Einrichtungen für → Rehabilitation. Erst dann kann mit dem Betroffenen und ggf. auch seinen Angehörigen ein auf das Mögliche und Notwendige ausgerichtetes Hilfeangebot abgestimmt werden, das eine für den Einzelfall sinnvolle Auswahl der therapeutischen Verfahren in der Psychiatrie enthält. Dabei

sind Leistungsansprüche des Behinderten aus den einschlägigen Gesetzen (der → Reichsversicherungsordnung, dem → Schwerbehindertenrecht, dem → Bundessozialhilfegesetz, dem → Arbeitsförderungs-gesetz und dem Rehabilitations-Angleichungs-Gesetz) zu prüfen und gegenüber den in Frage kommenden Kostenträgern geltend zu machen (→ Rehabilitationsrecht).

Im günstigsten Fall kann ein – auf die von der Behinderung betroffenen einzelnen Lebensbereiche bezogenes – Hilfeangebot durchgeführt werden, das jeweils in sich gestuft, nach der spezifischen Behinderung differenziert und in einem einheitlichen, durchschaubaren Konzept integriert ist. Es sollte nach dem Prinzip abnehmender Betreuung und zunehmender Eigenverantwortlichkeit in den einzelnen Lebensbereichen aufgebaut sein. Dabei darf die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der zugrundeliegenden Krankheit nicht auf Medikamentengabe reduziert oder



gar völlig vernachlässigt werden. Denn auch bei langfristigem Verlauf sind wesentliche Besserungen denkbar und auch Gesundungen nicht ausgeschlossen. Wenn ein solches Konzept durch einen langfristig verfügbaren, kompetenten und geduldigen Therapeuten repräsentiert wird, lassen sich viele Rückschläge und Stillstände im Rehabilitationsprozeß in der helfenden Beziehung zwischen Begleiter und Begleitetem ertragen.

L.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.): Die Rehabilitation Behinderter; Köln, 1984. Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich; Bonn, 1988. Kobus, W, Seelisch Behinderte; in: Blohmke/v. Ferber/Kisker/Schaefer (Hg.): Handbuch der Sozialmedizin, Band III; Stuttgart, 1976. Runde, Peter: Die soziale Situation der psychisch Behinderten und ihre Rehabilitation; München, 1971. Wing, J. K., Rehabilitation, Soziotherapie und Prävention; in: Kisker/Lauter/Meyer/Müller/Strömgen (Hg.); Psychiatrie der Gegenwart, 3. Auflage, Band 4 (Schizophrenien); Berlin 1987.