

RECOVERY UND ARBEITSINTEGRATION

Damit Recovery als Paradigma eine Relevanz bekommt, die über Einzelschicksale hinausgeht, muss es die professionelle Hilfe einbeziehen, die psychische Krankheit und ihre Folgen würdigen und auf Integration in den ersten Arbeitsmarkt zielen.

Von Niklas Baer



Der Recovery-Begriff und die damit in Gang gesetzte Bewegung von Personen, die selbst an einer meist schweren psychischen Störung leiden oder gelitten haben, hat das Denken von psychiatrischen Fachleuten und Politikern sehr beeinflusst. Einer der grossen Verdienste dieser Bewegung liegt darin, die Individualität psychisch kranker Menschen ins Zentrum gestellt zu haben: Jede Person hat ihren eigenen Weg, wie sie mit ihrer Erkrankung und deren oft markanten Konsequenzen umgeht, wie sie also ihr Schicksal bewältigt. Auf diesem Weg soll sie von Fachleuten begleitet werden, die versuchen, das persönliche Erleben der Betroffenen zu verstehen und sich in eine echte Beziehung mit ihnen zu begeben, statt sie nur technisch zu behandeln, und ihnen etwas zutrauen.

DIE BEDEUTUNG EINER ECHTEN PROFESSIONELLEN BEZIEHUNG

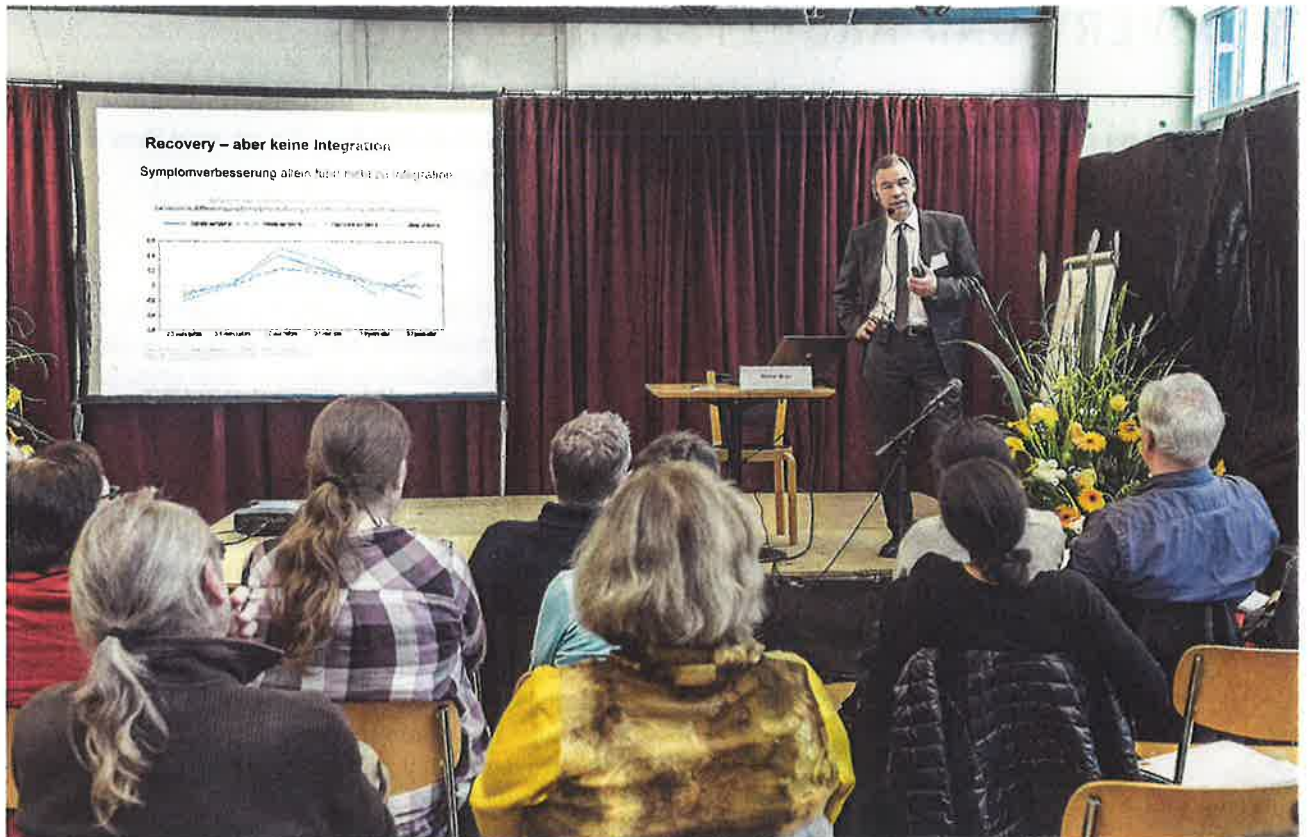
Untersuchungen haben gezeigt, dass die Qualität der psychotherapeutisch-psychiatrischen Beziehung für das Erleben der Patientinnen und Patienten entscheidend ist (Baer, Domingo, Amsler, 2003). Dazu gehört das Gefühl, ernst genommen zu werden, in der behandelnden Person ein echtes und emotionales Gegenüber zu haben, welches einen zu verstehen versucht, mit all den Schwierigkeiten aushält und einen gleichzeitig zuversichtlich ermutigt. Es darf und muss vielleicht auch Kon-

flikte geben in der professionellen Beziehung, Hauptsache, die Behandelnden sind authentisch, engagiert und würdigen das psychische Leiden – aber ohne deswegen zu resignieren.

Die Recovery-Idee geht davon aus, dass psychisch kranke Personen nicht in erster Linie PatientInnen sind, sondern eine Rolle in unserer Gesellschaft haben können und sollen. Eine solche Sichtweise ist gegenüber den früheren pessimistischen Erwartungen und teils paternalistischen Rollenverteilungen in Behandlung und Betreuung ein grosser Fortschritt. Das bedeutet, dass psychisch Kranke Behandelnde benötigen, die sich für ihr soziales und berufliches Leben interessieren. Gerade schwer und chronisch psychisch kranke Menschen brauchen das Gefühl, dass sie zugehörig, kompetent und gesellschaftlich „nützlich“ sind (Baer, Domingo, Amsler, 2003). Das Bedürfnis, dabei zu sein und einen Beitrag zu leisten, ist sehr stark – häufig gerade bei Personen mit schweren psychischen Problemen.

ERWERBSTÄTIGKEIT IST VON ZENTRALER BEDEUTUNG

Erwerbstätigkeit ist das gängigste und wichtigste Ticket, um dabei zu sein. Auch in Bezug auf die Möglichkeit zu sozialen Kontakten. Erwerbstätigkeit stärkt die persönliche Identität. Es ist deshalb kein Zufall, dass erwerbstätige Personen, unabhängig vom Schweregrad ihrer psychischen Erkrankung, rascher und besser genesen. Wenn wir also Recovery wollen, dann sollten wir alles tun, damit psychisch Kranke arbeiten können. Natürlich ist hier zu unterscheiden: Nicht alle psychisch kranken Menschen können im ersten Arbeitsmarkt erwerbstätig sein. Wo dies nicht möglich ist, sind Arbeiten im geschützten Rahmen, Freiwilligenarbeit etc. sehr wichtig und vermitteln ebenfalls das Gefühl, gebraucht zu werden. Dennoch: Die meisten psychisch Kranken haben das Bedürfnis, „normal“ zu arbeiten. Und die grosse Mehrheit psychisch Kranker kann oder könnte auch relevante Leistungen bringen. Zudem ist der Arbeitsmarkt in der Schweiz mit sehr hohen Erwerbsquoten (auch bei Personen mit psychischen Störungen) im internationalen Vergleich in hervorragender Verfassung. „Normale“ Erwerbstätigkeit sollte für die allermeisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung ein vordringliches Ziel sein und der Erfolg der Recovery-Bewegung sollte in erster Linie daran gemessen werden, ob auch schwer und chronisch psychisch kranke Menschen ihre fast immer vorhandene (Teil-)Leistungsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt einbringen können oder nicht.



Wenn Recovery bedeutet, dass man psychisch Kranke wirklich am Arbeitsleben teilhaben lassen will, sollte man den folgenden Fall aus dem Weg gehen: a) die psychische Krankheit zugunsten einer einseitigen Ressourcenorientierung verleugnen oder bagatellisieren, b) professionelle psychiatrische Behandlung und Selbsthilfe gegeneinander ausspielen, c) sich nur auf die schwerst und chronisch kranken Personen konzentrieren und die überwiegende Mehrheit der Personen mit einer „leichteren“, aber dennoch behindernden psychischen Erkrankung aussen vor zu lassen, und schliesslich, d) ausschliesslich das Erleben der Betroffenen als Richtschnur zu nehmen.

DEFIZIT- UND RESSOURCENORIENTIERUNG SIND KEINE GEGENSÄTZE

Ein Risiko besteht zum Beispiel darin, dass die Recovery-Bewegung – und damit auch der berechtigte Kampf gegen die (frühere) pessimistische medizinische Defizitorientierung – dazu führt, dass die psychischen Krankheiten, das damit verbundene Leid (auch dasjenige des nahen sozialen Umfeldes) und die mit ihnen direkt verbundenen Funktionsdefizite bagatellisiert oder gar verleugnet werden. Heute ist es in vielen rehabilitativen Einrichtungen – aber auch bei Fachpersonen von (Sozial-)Versicherungen und Sozialhilfe – courant normal, dass die eigentliche Behinderung gar nicht präzise bekannt ist. Auch bei IV-Berenteten ist trotz langen medizinischen Abklärungen oft nicht wirklich festgehalten, was sie eigentlich nicht leisten können. Das heisst, die Behinderung – also der Grund, warum wir überhaupt mit die-

sen Personen zu tun haben – ist häufig nicht klar. Aber: Wie soll man eine Person fördern oder integrieren, wenn man nicht einmal genau weiss, woran sie (immer wieder) gescheitert ist? Das ist letztlich keine ressourcenorientierte Haltung, im Gegenteil: Ohne eine präzise Problemanalyse kann man keinen wirksamen Eingliederungsplan erstellen. Krankheit, Defizit, Leiden und individuelles Potenzial sind keine Gegensätze. Um die Gesundheit zu unterstützen, ist die Würdigung des individuellen Leidens und auch die Würdigung der krankheitsbedingt verpasssten Lebensmöglichkeiten (z. B. ein Universitätsstudium wegen früher Psychose und folgender Denkstörungen) unerlässlich.

SELBSTHILFE UND PROFESSIONELLE BEHANDLUNG ERGÄNZEN EINANDER

Ein anderes Risiko besteht darin, dass professionelle Behandlung und subjektives Erleben gegeneinander ausgespielt werden. Es gibt natürlich ungenügende Behandlung, aber es gibt auch verzerrtes subjektives Erleben. Die heute bei uns zunehmend beliebte Idee „die Behinderten sind Experten in eigener Sache“ stimmt nur zum Teil: Betroffene sind keine Experten, aber ihr subjektives Erleben ist zentral und muss ernst genommen werden. Die Betroffenen sind Experten dafür, wie sie etwas empfinden. Aber sie sind natürlich nicht immer Experten dafür, was ihnen am besten helfen würde – wie sollten sie dies auch sein können? Dort, wo die Recovery-Bewegung antipsychiatrisch und generell antiprofessionell wird, ist sie potenziell auch gefährlich. Recovery ist keine Alternative für eine professionell fundierte Diagnose/

Problemanalyse und eine fundierte Eingliederungs- und Behandlungsplanung. Hingegen müssen die Professionellen sich noch mehr bemühen, das subjektive Erleben der Betroffenen ernst zu nehmen. Dies ist gerade in der Arbeitsrehabilitation entscheidend: Solange wir nicht genau verstehen, welche Befürchtungen unsere KlientInnen genau haben in Bezug auf einen beruflichen Wiedereinstieg, können wir ihnen nicht genügend Sicherheit anbieten. Gerade solche Ängste sind aber wahrscheinlich einer der Hauptgründe, warum eine Wiedereingliederung aus der IV-Rente so gut wie nie nachhaltig realisiert werden kann.

FOKUS NICHT NUR AUF DIE SCHWERST PSYCHISCH KRANKEN RICHTEN

Weiter hatte die Recovery-Bewegung bisher vor allem dort Einfluss, wo es um Personen mit besonders schweren psychischen Krankheiten geht. Gerade bei diesen wollte man zeigen, dass „etwas möglich ist“. Dies ist zum einen sehr wichtig, weil gerade diese Personen besonderer Aufmerksamkeit bedürfen und weil sie von Professionellen häufig mit einer gewissen resignativen Haltung begleitet wurden oder werden („da ist sowieso nicht mehr möglich“). Die heutige Situation zeichnet sich dadurch aus, dass Recovery-Massnahmen oft in der Psychiatrie oder in verwandten sozialen Einrichtungen stattfinden, Peer-Arbeit als Stichwort.

Hier muss man abwägen – ohne abzuwerten, aber auch ohne ideologisch zu sein: Wie viel Energie soll man als Institution, Verband oder Behörde in die Förderung einer sehr kleinen Personengruppe von schwer und chronisch Kranken mit entsprechend schlechter Prognose investieren, und wie viel soll man tun für die sehr grosse Gruppe nicht ganz so schwer behinderter Personen mit besserer Prognose? Wenn z. B. Pro Mente Sana wie auch andere Behindertenverbände an politischer Relevanz gewinnen und Ansprechpartner für alle Personen mit einer relevanten psychischen Beeinträchtigung sein wollen, dann sollten sie sich einem Recovery-Begriff annähern, den auch die grosse Gruppe der Menschen mit mittelschweren psychischen Problemen, die noch halbwegs integriert und schon halbwegs desintegriert sind, etwas angeht. Das würde aber bedeuten, dass Recovery sich mit Fragen auseinandersetzt wie „Wie kann man am besten zum Arbeitsplatzhalt einer von Kündigung gefährdeten psychisch kranken Person beitragen?“, „Welche Arbeitsplatzanpassungen können bei spezifischen psychischen Erkrankungen hilfreich sein?“ oder „Wann wäre auch ein gewisser Druck hilfreich für Arbeitsplatzhalt oder Wiedereingliederung, um den Ängsten und dem Vermeidungsverhalten zu begegnen?“ und schliesslich „Wann darf man sich (krankheitsbedingt) eben nicht auf das Erleben der Betroffenen verlassen, sondern muss die Sichtweisen des (Arbeits-)Umfeldes erheben?“. Die Recovery-Idee ist zu wichtig, um sie ausschliesslich zu reduzieren auf eine sehr kleine Gruppe von schwerst psychisch kranken Menschen, für die Nischenlösungen,



weit weg vom Arbeitsmarkt, gesucht werden. Recovery muss angereichert (nicht ersetzt!) werden durch ein Zugehen auf die Mehrheit der nicht ganz so Kranken, auf die Professionellen, auf die Arbeitgeber – und auf die Wissenschaft: Wir benötigen endlich mehr Wissen, was wem in welcher Situation wirklich hilft, um (besser) teilhaben zu können.

Literatur beim Autor.



Dr. Niklas Baer, Psychologe, ist Leiter der Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation der Psychiatrie Baselland. Im Zentrum seiner Tätigkeit stehen Fragen zu Arbeitsplatzhalt, Wiedereingliederung, Lebensqualität und Stigma psychisch kranker Menschen.