

Stigmatisierung in der beruflichen Rehabilitation ist nicht ein subtiles, unterschwelliges, individuelles, harmloses oder nur in Einzelfällen beobachtetes Phänomen. Wenn man mit psychisch Kranken arbeitet oder sie befragt [1], erscheint einem dieses Phänomen eher als eine Ansammlung von Konzeptionen, an die sich die Rehabilitation klammert wie ein Schiffbrüchiger an ein Holzbrett. Dazu gehören die Verleugnung von Leiden und chronischer Krankheit (man fokussiert Gesundheit), die Pädagogisierung der Rehabilitation (man trainiert Normalität) und die Überbewertung des Willens (man erwartet Motivation).

Diese Konzeptideen basieren mehr auf pädagogischen und moralisch-protestantischen Prämissen denn auf psychologischem Wissen. Indem sich die Rehabilitation vom ausschließlich medizinisch-psychiatrischen Menschenbild löste, den Menschen als förderbares, soziales Wesen zu begreifen begann und sich zunehmend der (Sozial-)Pädagogik zuwandte, vergaß sie stellenweise, die Psychologie miteinzubeziehen. Damit sind nicht nur Erkenntnisse über psychologische Mechanismen gemeint (Beispiel: Die Erwartungen von Betreuenden und KlientInnen haben einen Effekt auf das rehabilitative Resultat), sondern auch psychiatrische Kenntnisse (z.B. Negativsymptome bei einer Schizophrenie können Initiative und Entschlussfähigkeit schwächen, weshalb Rehaprogramme auch KlientInnen aufnehmen sollten, die ihre Arbeitsmotivation nicht so deutlich äußern können) und nicht zuletzt auch Auffassungen der Humanistischen Psychologie und Existenzphilosophie über Grundzüge menschlichen Seins, die hilfreich für die rehabilitative Haltung sein können (z.B. menschliche Existenz ist wesentlich individuell, subjektiv, selbstverantwortlich, prozesshaft und wachstumsorientiert).

Als Folge der Auftrennung von Psychiatrie und Rehabilitation wurden psychologische und psychotherapeutische Kenntnisse nur noch im psychotherapeutischen Setting als relevant betrach-

tet, begleitet von der Vorstellung, dass klare Grenzen zwischen Psychiatrie, Psychotherapie und beruflicher Rehabilitation wichtig und hilfreich seien. Politische, finanzielle und sozialversicherungsrechtliche Aufteilungen haben zudem maßgeblich dazu beigetragen, dass die Sozialpsychiatrie als gemeinsam tragende, biopsychosoziale Verständnisbasis geschwächt wurde. Daher fehlen der rehabilitativen Praxis psychologische und psychotherapeutische Grundkenntnisse, ohne die der psychisch kranke Mensch nicht wirklich verstanden und nicht in seinem vollen Potenzial gefördert werden kann. Das Ignorieren psychologischer Zusammenhänge hat stigmatisierenden Ideen und Haltungen in der Rehabilitation Raum gegeben und schließlich verschiedentlich zu Resignation und institutioneller Stagnation geführt.

Die tägliche Arbeit mit psychisch leidenden Menschen ist hart. Diese Arbeit klientengerecht auszuüben und selber im Gleichgewicht zu bleiben, ist anspruchsvoll. Alle, die mit psychisch kranken Menschen arbeiten, wissen, wie oft man sich hilflos, frustriert, verärgert fühlt und wie schwierig es ist, Menschen zu begegnen, die große Fähigkeiten haben und diese wegen ihrer Krankheit nicht umsetzen können. Das Aushalten dieser Tatsache ist enorm anstrengend und oft eben „kaum auszuhalten“. Das „nichtaushalten“ dieser Realität kann dazu führen, dass es diese Realität nicht mehr geben darf. Die psychische Krankheit selbst und die negativen Gefühle, die sie bei den Betreuenden auslösen kann, haben denn auch oft wenig Platz in der Rehabilitation. Das Verleugnen der Krankheit und deren Folgen ist eine typische Abwehrstrategie, die dazu dienen sollte, den Umgang mit der hoch belastenden Realität psychisch Kranker zu erleichtern. Das Abwehren bringt jedoch gravierende kontraproduktive Konsequenzen mit sich.

Krankheit, Behinderung, Defizite und Leiden gehören zu psychisch kranken Menschen ebenso wie ihre Persönlichkeitsmerkmale, ihre Fähigkeiten und ihre Ressourcen. Das ganze Individu-

Korrespondenzadresse

Anna Domingo, Psychotherapeutin · Engelgasse 126 · 4052 Basel · Schweiz · E-mail: fagardom@bluewi.ch
Niklas Baer · Kantonale Psychiatrische Klinik · Ärztlicher Dienst · Biententalstraße 7 ·
4410 Liestal · Schweiz · E-mail: niklas.baer@kpd.ch

Bibliografie

Psychiat Prax 2003; 30: 355 – 357 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0303-4259

um muss in der Rehabilitation Raum haben. Das Eingehen auf Leiden und Kompetenzen eines Menschen darf nicht aus administrativen oder sozialpolitischen Gründen aufgetrennt und an verschiedene Versorgungsbereiche und Berufsgruppen delegiert werden wie: In der Psychotherapie geht es nur um innere Prozesse und Gefühle, in der Rehabilitation nur um äußere Veränderungen und Leistung.

In der inneren Welt eines psychisch kranken Menschen gibt es andere Prioritäten als Ordnung. Ihr Alltag ist oft mit einer einzelnen Frage besetzt: Wie kann ich meinen psychischen Schmerz etwas lindern? Die Rehabilitation sollte zum Ziel haben, das Leiden, die inneren Prozesse und die persönlichen Bedeutungszusammenhänge der KlientInnen – Bedürfnisse, Wünsche, Fähigkeiten, Kompetenzen, Ideen und Gefühle – zu verstehen und dadurch ihre Identität zu stärken [2]. Es ist nicht hilfreich, der intrapsychischen Welt des psychisch Leidenden eine äußere Ordnung und – von psychisch nicht kranken Menschen festgelegte – Normalitätskriterien aufzudrängen. Es sollte möglich sein, dass psychisch Kranke in der Rehabilitation die eigenen Bedürfnisse erkennen lernen, Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl gewinnen, sich selbst behaupten lernen, die Krankheit integrieren können und ihre Talente umsetzen lernen. Auch in der Rehabilitation ist es zentral, dass die Klientinnen ihren gesunden und ihren kranken Teil als zu sich selbst gehörig betrachten lernen. In keiner Institution oder Praxis ist es sinnvoll, diese zwei Aspekte eines Menschen zu spalten, denn dies geschieht ja oft im Alltag mit Familie und Freunden, die keinen psychosozialen Beruf gewählt haben und verständlicherweise mit dem psychischen Leiden oft überfordert sind. Wenn es den Fachleuten jedoch gelingt, ihre KlientInnen bei der Integration von gesunden und kranken Anteilen zu unterstützen, dann erfüllen sie damit eine zentrale Aufgabe: Die Person psychisch fördern und stärken, damit sie ihr volles Potenzial sozial leben kann.

Die Rehabilitation hat sich jedoch zunehmend erzieherischen Prinzipien angenähert, die zum Ziel haben, die psychisch kranke Person durch pädagogische Interventionen „zu verbessern“. Psychisch kranke Menschen werden in der Rehabilitation trainiert, das heißt, ihre Arbeitsfähigkeit wird trainiert mit der Absicht, höhere Leistungen zu erreichen. Zu den traditionellen Leistungskriterien gehören Pünktlichkeit, Geschwindigkeit, Initiative, Konzentrationsfähigkeit und vor allem wenig Absenzen. Je ähnlicher ihre Leistung der Leistung von Gesunden ist, desto erfolgreicher war die Rehabilitation. Leistungen erhöhen ist selbstverständlich ein Fortschritt, aber Leistung darf nicht das einzige Kriterium für die Entwicklung eines Menschen werden. Dazu kommt, dass sich zwar spezifische Fertigkeiten trainieren lassen, dass aber der Versuch, „Normalität“ zu trainieren, immer eine wertende Komponente mit sich bringt. Hier ein Beispiel: An einem Auswertungsgespräch einer Klientin mit einer posttraumatischen Belastungsstörung in einer geschützten Werkstätte wurde unter anderem bemängelt, dass sie pro Tag drei Dekorationen hätte häkeln sollen, aber nur zwei gehäkelt habe. Außerdem sei ihre Erscheinung immer noch nicht genug gepflegt für einen normalen Arbeitsplatz und das „Problem mit dem Geruch“ sei immer noch nicht gelöst. Ob die Klientin wirklich gerne häkelt, warum sie sich nicht pflegen kann und warum sie schnell zu schwitzen beginnt oder wie stark ihre psychische Krankheit das Häkeln beeinträchtigt, waren keine vorgesehenen Themen des

ausführlichen Auswertungsbogens im hoch strukturierten Abschlussgespräch. Die Klientin brach ihre Ausbildung ab und sieht jetzt die meiste Zeit des Tages fern.

Erfolg bedeutet in der Rehabilitation, normal zu funktionieren und zurückzukehren in den allgemeinen Arbeitsmarkt, in die Welt der Normalen, die ihr Brot selber verdienen. Je nach Rehabilitationseinrichtung schaffen das etwa 70–95% der Klientinnen nicht, und wir wissen im Voraus, dass dieses Ziel unter den heutigen Bedingungen oft nicht erreicht werden kann. Die meisten Menschen, die berufliche Rehabilitation benötigen, sind sehr krank, und viele von ihnen werden nie ein ganzes Pensum arbeiten können. Sie werden jedoch weitertrainiert, um dieses unerreichbare Ziel zu erreichen – die Normalität. Psychisch Behinderte normalisieren zu wollen, beinhaltet eine klare Wertung: Normal sein hat mehr Wert als psychisch krank zu sein. Das ist stigmatisierend.

Aus diesem Grund bemühen sich manche Einrichtungen, von außen möglichst normal und modern auszusehen (das heißt auch, die Krankheit zu verstecken). Die Arbeitsplätze gleichen sich äußerlich möglichst stark normalen Arbeitsplätzen an und die Anforderungen entsprechen möglichst den normalen Anforderungen – anstatt der spezifischen Behinderung. Im obigen Beispiel: „Wenn sie weiterhin nur zwei Dekorationen pro Tag häkeln, können sie nicht zurück in die freie Wirtschaft, dort werden vier Dekorationen pro Tag gehäkelt“. Wir wissen, dass es sehr lange dauern wird, bis diese Klientin vier Dekorationen pro Tag häkeln kann. Vielleicht wird sie es nie können, trotz ihrer überdurchschnittlichen Intelligenz.

So entsteht eine fiktive Realität, in der man nach einer Illusion lebt, nämlich „wir sind auch normal“ oder „wir werden bald auch normal“. Die Wahrheit hinter dieser äußerlichen Normalität sieht jedoch nicht selten anders aus: Die Arbeit in den geschützten Werkstätten ist mancherorts monoton und langweilig, die Einrichtungen sind oft abgesondert und die Entlohnung ist sehr gering. Der Kontakt zu nicht kranken Menschen ist auf die Betreuenden beschränkt, die sich wegen der Angleichung an die Wirtschaft in vielen Institutionen als „Vorgesetzte“ verstehen und mit den KlientInnen qualitätszertifizierte „Mitarbeitergespräche“ mit „Zielvereinbarungen“ durchführen sollen. Abgesehen davon, dass die Übernahme von Rollen aus der Arbeitswelt letztlich nur dort nachvollziehbar ist, wo KlientInnen im geschützten Rahmen eine Ausbildung absolvieren, liegt das tiefere Problem darin, dass damit die tägliche Beziehungsarbeit der Betreuenden entwertet wird. Diese beinhaltet jedoch die eigentliche rehabilitative Leistung.

Ein weiteres Konzept verhindert die Integration psychisch kranker Menschen in der Gesellschaft: Die Überbewertung des Willens. Psychisch kranke Menschen müssten arbeiten wollen und höhere Leistungen bringen wollen, sonst sei eine Eingliederung nicht möglich. Können und wollen werden leicht verwechselt, da die Behinderung des psychisch Kranken nicht äußerlich zu erkennen ist wie bei anderen Behinderungen. Deswegen schwebt immer ein Verdacht in der Luft, wenn die Arbeitsfähigkeit beurteilt wird: Kann er wirklich nicht oder ist er nur zu faul?

Es wird immer wieder von psychisch Kranken erwartet, dass sie sich zusammenreißen nach dem Motto „Wenn Sie sich nur genug Mühe geben, werden Sie es schon schaffen“. Dabei wird vergessen, dass – am Beispiel der oben erwähnten Klientin – der Wille einer 18-jährigen Frau, die in ihren 16 ersten Lebensjahren nicht viel anderes erlebt hat als Missbrauch, nicht ausreicht, um erfolgreich eine Lehre abzuschließen. Ihr vorzuwerfen, dass sie sich nicht genug Mühe gibt, ist ein Fehler mit einer stigmatisierenden Wirkung. Solange verlangt wird, sie müsse dieselben Leistungen bringen wie Gesunde, ohne echtes Verständnis und Interesse für ihre innere Welt, wird sie diskriminiert von Fachpersonen, die eigentlich eine rehabilitative und damit entdiskriminierende Aufgabe haben. Schließlich ist der kontraproduktive Effekt solcher Aussagen in der Rehabilitation von physisch Behinderten für alle deutlich: Niemand würde einem blinden Jugendlichen sagen, er solle sich mehr Mühe geben, dann werde er wieder besser sehen und normal arbeiten können.

„Wollen“ kann gerade bei psychisch kranken Menschen mit ihren Erfahrungen von krankheitsbedingter Erschütterung, beruflichem Scheitern und Stigmatisierung nicht vorausgesetzt werden. Exemplarisch zeigt dies eine im Jahr 2000 im Rahmen einer Psychiatrieplanung durchgeführte Befragung der Betreuenden in zwölf rehabilitativen Einrichtungen im Kanton Baselland in der Schweiz zur Situation ihrer rund 300 KlientInnen [3]: Die große Mehrheit der KlientInnen hat das Bedürfnis, „normal“ zu arbeiten und zu wohnen. Mehr als die Hälfte aller KlientInnen könnte laut Einschätzung der Betreuenden realistischweise sofort „normaler“ arbeiten und wohnen als dies der Fall ist. Die Antwort auf die Frage, warum die KlientInnen dies dann trotz gleichlautenden Bedürfnissen nicht tun, lautet für die große Mehrheit: „Patient will nicht“. Diese Begründung korreliert hoch mit zunehmender Dauer der Institutionalisierung. Bei KlientInnen, die erst seit kurzem in der Rehabilitation sind, lautet die häufigste Begründung, warum mögliche Autonomieschritte nicht vollzogen werden: „Betreuer will nicht“. Das heißt nichts anderes, als dass die KlientInnen mit der Zeit resignieren, respektive sich an einen Zustand anpassen, den sie sich aus Versagensangst nicht zu ändern trauen. Diese Dynamik zwischen eigentlichen Bedürfnissen, geäußertem Willen und resignativem Verhalten ist nicht neu: Sie ist im Kern dieselbe wie in den Anfängen der Dehospitalisierung von stationären LangzeitpatientInnen [4]. Es gibt zudem Untersuchungen, die zeigen, dass der bei Eintritt in ein Rehabilitationsprogramm geäußerte Arbeitswille (ein Hauptkriterium der BerufsberaterInnen für die Gewährung von beruflichen Eingliederungsmaßnahmen der Schweizerischen Invalidenversicherung) kaum zusammenhängt mit dem Arbeitsstatus nach einiger Zeit: Entweder die KlientInnen beginnen, sich wieder etwas zuzutrauen und machen dann ihren beruflichen Weg oder nicht [5].

Psychisch Kranke möchten schon arbeiten, aber sie „wollen“ mit der Zeit nicht mehr. „Wollen“ ist das Resultat von positiven rehabilitativen Prozessen, die Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl geben konnten. Wie sehr psychisch Kranke Lust bekommen auf „Arbeiten-wollen“, hängt von der Qualität der rehabilitativen Versorgung, ihren Rahmenbedingungen und der Qualität der dort stattfindenden Beziehungen ab.

Die genannten Tendenzen:

- forcierte Angleichung von Rehabilitationsbetrieben an Betriebe für Gesunde und Abwehren der Krankheit infolge Stress durch die Art, Schwere und Dauer psychischen Leidens,
- Pädagogisierung der psychiatrischen Rehabilitation mit dem Ziel, Normalität zu trainieren,
- Überbewertung des Willens

boykottieren gerade jene Motivation der psychisch Kranken, sich wieder in der Gesellschaft zu integrieren, die die Rehabilitation fördern will. Eine motivierende und fördernde Rehabilitation setzt echte Beziehungen zwischen KlientInnen und Betreuenden voraus, in denen die Betreuenden die belastende und teils andersartige Realität psychisch Kranker sehen, verstehen und mittragen wollen. Diese manchmal „kaum auszuhaltende“, aber entstigmatisierende rehabilitative Leistung würde die tägliche Arbeit aufwerten und zu klientenzentrierteren Rehazielen und -prozessen sowie -rahmenbedingungen führen. Gleichzeitig würde dies schließlich der psychiatrischen Rehabilitation ein selbstbewussteres Auftreten gegenüber dem „normalen“ Arbeitsmarkt ermöglichen.

Es wäre dann nicht mehr nötig, einem potenziellen und etwas skeptischen Arbeitgeber händeringend einen Klienten anzupreisen mit Begründungen wie: „Er ist eigentlich nett, pünktlich, gewissenhaft, hilfsbereit und sozial kompetent“ etc. Es würde leichter fallen, ehrlich zu sagen: „Hier ist ein Klient, der sehr gerne arbeiten würde und das auch kann, aber er hat Absenzen, wenn es ihm nicht gut geht, er ist besonders sensibel für unausgesprochene Konflikte, er hat schnell das Gefühl, man schätze seine Arbeit nicht, man kann ihm mit gutem Willen allein nicht dauerhaft helfen und zum Betriebsfest kommt er auch nur, wenn ihn jemand begleitet. Aber wir werden ihn am Arbeitsplatz betreuen und können den Arbeitskollegen genaue Informationen über seine Probleme und Fähigkeiten sowie über nötige konkrete Anpassungen am Arbeitsplatz vermitteln“. KlientInnen, Arbeitgeber und BetreuerInnen werden entlastet durch eine solche rehabilitative Haltung, in der psychisches Leiden, Überforderung, Stress, Frustration und Defizite ganz sein dürfen, gemeinsam mit Ressourcen, Fähigkeiten, Engagement und Willen. Die Energie, die heute durch einen unerfüllbaren und deshalb resignationsfördernden Normalitätsanspruch gebunden wird, wäre wieder frei. Diese Energie wird dringend benötigt, um die fachliche Weiterentwicklung zu fördern und um die Idee umzusetzen, dass psychisch kranke Menschen viel beitragen können, wenn sie sich unterscheiden dürfen.

Literatur

- ¹ Baer N, Domingo A, Amsler F. Diskriminiert – Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens. Darstellung, Auswertung, Konsequenzen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2003
- ² Biermann-Ratjen EM, Eckert J, Schwartz HJ. Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer, 1997
- ³ Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft. Bericht der Projektkommission. 2003 (im Druck)
- ⁴ Diesen Hinweis verdanken wir Herrn Dr. med. Theodor Cahn, Chefarzt der Kantonalen Psychiatrischen Klinik des Kantons Baselland in der Schweiz, der maßgeblich an der Dehospitalisierung und am Aufbau einer modernen Sozialpsychiatrie im Kanton Baselland beteiligt war.
- ⁵ Macias C, DeCarlo L, Wang Q, Frey J, Barreira P. Work interest as a predictor of competitive employment: Policy implications for psychiatric rehabilitation. Administration and Policy in Mental Health 2001; 28: 279 – 297