Chronifizierung vermeiden

Stigmatisierung vorbeugen, Wiedereingliederung fördern

Marius Poersch
Dr. von Ehrenwall'sche Klinik, Bad Neuenahr-Ahrweiler
(Ärztlicher Direktor: Dr. C. Smolenski)

Die zeitgemäße berufliche Wiedereingliederung psychisch kranker Erwerbstätiger – mit und ohne Behinderung – ist dringend reformbedürftig, da unter anderem die Arbeitsunfähigkeitstage und die Frühberentungszahlen gerade bei den psychisch erkrankten Menschen überproportional ansteigen. Obwohl die Ursachen kontrovers diskutiert werden, gibt es zunehmend Hinweise darauf, dass depressive Störungen häufiger und früher auftreten als noch vor einigen Jahren.

Für eine gelingende berufliche Wiedereingliederung und vorzeitige Berentungen bei unterschiedlichen psychischen Erkrankungen sind krankheitsferne Faktoren – wie die Lage auf dem lokalen Arbeitsmarkt sowie psychische Faktoren wie etwa eine positive Selbstwirksamkeitserwartung oder eine noch nicht abgeschlossene Erwerbsprognose – möglicherweise von größerer Bedeutung als störungsspezifische (8). Dies bedeutet, dass eine große und wahrscheinlich zunehmende Anzahl leicht- bis mittelgradig depressiver/somatoformer Störungen (13) einen bedeutenden Anteil sowohl an den überproportional zunehmenden Arbeitsunfähigkeitstagen als auch an der steigenden Frühberentungsquote hat (12). Diese Aussage findet sich in ähnlicher Form in vielen sozialmedizinischen Untersuchungen. Demnach werden psychisch kranke und „kränkelnde" Erwerbstätige sowie auch „kranke Gesunde" (Stichwort: Präsentismus) (3) z. B. für eine berufliche Wiedereingliederung unzureichend diagnostiziert, klassifiziert und behandelt. Entsprechend gibt es in den Behandlungsleitlinien depressiver Störungen noch immer keine Hinweise, wie z. B. mit Konflikten am Arbeitsplatz, resultierenden Vermeidungsstrategien therapeutisch umgegangen werden kann (9). Kliniker vermuten zunehmend, dass die unscharfen Begriffe 'Chronifizierung' und 'Stigmatisierung' eine größere Rolle spielen als bisher angenommen. Allerdings wird noch überwiegend von Krankheitschronifizierung gesprochen, nicht von einem chronifizierenden Lebensweg eines psychisch kränkelnden oder erkrankten Menschen.

Der klinisch, sozial- und gesundheitspolitisch geläufige Begriff der Chronifizierung ist nicht einheitlich definiert (5) und ist somit weder messbar noch mit den in der evidenzbasierten Forschung üblichen Methoden zu untersuchen. Entsprechend gibt es keine direkte „Chronifizierungsforschung" depressiv gestörter Menschen – allerdings weltweit eine zunehmende Recovery-Bewegung psychisch gestörter Menschen und deren Unterstützer (1, 7).

Recovery und Chronifizierung

Recovery kann man als das Gegenteil von Chronifizierung betrachten, als den intrapsychischen Prozess eines psychisch gestörten Menschen, seine krankhaften und gesunden Anteile gleichzeitig und ggf. auf verschiedenen Ebenen so in seine Persönlichkeit zu integrieren, dass er sich möglichst „gut" in seinen zwischenmenschlichen und gesellschaftlichen Beziehungen bei möglichst hoher Lebensqualität zurechtfinden und weiterentwickeln kann.

Recovery bedeutet demnach nicht immer die vollständige Gesundung im herkömmlichen Sinn. Sie besitzt große inhaltliche Überschneidungen mit den Begriffen Empowerment, Resilienz, Antistigmatisierung und Integration sinnvoller, positiver und kreativer Bewältigungserfahrungen der Betroffenen. Obwohl die überwiegende Anzahl der Forschungsbemühungen bezüglich Resilienz und Recovery primär durch die beeindruckenden Erfahrungen schizophren erkrankter Menschen (und insbesondere deren gesunden Kindern) angestoßen wurde, breitet sich die Bewegung zunehmend auf alle psychisch kränkelnden und erkrankten Menschen aus.

Die Stigmatisierung ist im Vergleich dazu länger und intensiver erforscht (10). Der Titel einer Arbeit von Norman Sartorius provoziert

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Tab. 1 Chronifizierung vs. Stigmatisiereng – Der Versuch eines Begriffsvergleichs aus der aktuellen psychiatrischen Sicht.

Chronifizierung	Stigmatisierung
• die Ursachen sind meist multifaktoriell • ist primär zeitabhängig (griech.: chronos: Zeit) • wird überwiegend krankheitsabhängig gesehen • hat einen eher reduktionistischen, biomedizinischen Forschungsansatz	• hat initial zunächst mono- bzw. oligofaktorielle Ursachen • ist primär abhängig von Ansicht und Weltbild • wird bereits relativ krankheitsunabhängig gesehen • hat einen eher systemischen, sozialwissenschaftlichen Forschungsansatz

und macht sehr nachdenklich (11): „Iatrogenic stigma of mental illness begins with behavior and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists“. Einen kurzen Überblick über die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Begriffe ‘Chronifizierung’ und ‘Stigmatisierung’ versucht Tab. 1.

Jeder Kliniker kennt Geschichten depressiver Menschen in subjektiv und auch objektiv verzweifelten Situationen, in denen es sogenannte negative Turning points gab (7), d.h. Situationen, Gespräche, Erfahrungen, Kränkungen, welche nach unserer und/oder der Einschätzung des Patienten den Lebensweg und die Erwerbsbiografie entscheidend verändert haben. Wir kennen alle auch positive Turning points, in denen sich die Lebenswege und ggf. auch die Erwerbsbiografien psychisch erkrankter Menschen in eine positive Richtung veränderten bzw. diese selber die Kraft zu einer Veränderung bekamen. Die Recovery-Bewegung hat eine Vielzahl von Menschen mit erfolgreichen Lebenswegen – ähnlich wie in der Resilienzforschung – retrospektiv befragt und immer ähnliche hilfreiche Faktoren gefunden (Tab. 2). Die wissenschaftliche Arbeitshypothese in der Unterstützung psychisch kranker Erwerbstätiger und -fähiger lautet dementsprechend: Wenn diese Faktoren in eine therapeutisch-coachende Beleitung mit eindeutigen Zielen integriert werden (z.B. durch zufriedenstellende Erwerbsbeziehungen und eine zufriedenstellende Erwerbstätigkeit trotz und ggf. auch mit störenden Symptomen), dann kann sich die objektiv messbare berufliche Wiedereingliederungsquote erhöhen.

Dies bedeutet, dass zusätzlich zur kurativen Behandlung von Krankheitssymptomen und zusätzlich zur rehabilitativen Förderung allgemeiner Bewältigungsfähigkeiten (Stressreduktion, Zunahme der Kontaktfähigkeit etc.) relativ bald und schrittweise zunehmend eine individuelle resiliente Persönlichkeitsentwicklung (Recovery) mit weitgehend neuen Interventionsfaktoren und Interaktionsstilen gefunden und gefördert werden sollte.

Tab. 2 Eine Auswahl verschiedener Recovery-Faktoren.

nach Mead und Copeland, 2005 (6)
• es gibt Hoffnung • jeder Einzelne ist verantwortlich für sein Wohlbefinden • Information und Bildung sind Teil eines Prozesses, der uns auf dieser Reise begleiten muss • wir müssen uns selbst vertreten, um zu erhalten was wir möchten, brauchen und verdienen • alle Menschen wachsen, indem sie „positive“ Risiken übernehmen • Beziehungen und die wechselseitige Unterstützung sind ein wichtiger Baustein
nach Corrigan, 2006 (4)
• Empowerment • das Gefühl, sich mit der Erkrankung und den Hilfesystemen auszukennen • Zufriedenheit mit der Lebensqualität • Hoffnung und Optimismus
nach Badstreet, 2007 (2)
• Hoffnung • Bedeutung und Sinn • Potenzial zur Veränderung • aktive Teilnahme • ganzheitlicher Ansatz und soziale Einbeziehung • Umwelt • optimistischer und realistischer Ansatz • kreativer Umgang mit Risiken

Ausblick

Da persönliche Recovery-Prozesse automatisch antichronifizierend und antistigmatisierend wirken, erscheint es aus salutogenetischer und resilienzorientierter Sicht kaum nötig, eine zusätzliche pathogenetische Forschung mit objektiv messbaren Chronifizierungs- und Stigmatisierungseffekten aufzubauen. Viel sinnvoller wäre es, auch unter Berücksichtigung knapper Ressourcen, ohne „pathogenetische Umwege“ direkte Resilienz- und Recovery-Strategien für klare sozialmedizinische Ziele, wie etwa die berufliche Wiedereingliederung, zu fördern und ergebnisorientiert wissenschaftlich zu untersuchen.

Literatur

1 Amering M, Schmolke M. Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2007
2 Badstreet S, zitiert in: Amering M, Schmolke M. In: Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2007: 100–101
3 Badura B, Walter U. Lohnen Investition in die Gesundheit der Mitarbeiter. Dtsch Ärztebl 2008; 105: B79–B81
4 Corrigan PW. Recovering from schizophrenia and the role of evidence based psychosocial interventions. Expert Rev Neurother 2006; 6: 993–1004
5 Eikelmann B, Zacharias B. Sozialpsychiatrische Aspekte psychischer Krankheiten. In : Möller HJ, Laux G, Kampfhammer HP, Hrsg. Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Aufl. Heidelberg: Springer; 2003: 208–224
6 Mead S, Copeland ME. What recovery means to us.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Avoiding chronification – Preventing stigmatization, promoting reinstatement

So far, no special "return-to-work" concepts exist in Germany, although there is an undeniable increase in the number of mentally ill employees and employers. The possible reasons for this phenomenon are multiple and complex, but the dominance of classical therapeutic strategies (diagnosis of pathogenicity, and therapy derived therefrom) may be important. Patients and physicians may be following these classical strategies too often, too early and for too long in the course of development from individual "not being well" to illness, finally leading to complex interactions. In this context, Norman Sartorius points out that "the iatrogenic stigma of mental illness begins with the behavior and attitude of medical professionals, especially psychiatrists". This article encourages physicians to change their therapeutic attitudes earlier and more often to update strategies promoting individual self-expectancy of effectualness, resilience, etc. It may be that mentally ill employees and employers are more often able to learn their individual resilient style of working than is generally assumed. These processes to individual recovery require a carefully planned mixture of classical psychiatric therapies and update coaching strategies and, last but not least, psychiatrists who have changed their usual attitudes and approaches. While doing so, medical professionals and psychiatrists are generally also strongly engaging themselves against chronification and stigmatization of mentally ill employees and employers.

Key words

Chronification – stigmatization – professional reinstatement – restoration

In: Davidson L, Harding C, Spaniol L, eds. Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation; 2005

7 Mezzich JE. Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. World Psychiatry 2007; 6: 1–3

8 Poersch M. Wiedereingliederungstherapie psychisch kranker Erwerbstätiger: Erfahrungen aus dem Case Management im Auftrag privater Krankenversicherer. Versicherungsmedizin 2006; 58: 174–180

9 Poersch M. Wiedereingliederungstherapie in das Erwerbsleben für depressiv/psychosomatisch kranke Erwerbstätige mit initial stabiler Erwerbsbiografie. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2007; 42: 228–235

10 Rössler W, Lauber C, Hrsg. Psychiatrische Rehabilitation. Heidelberg: Springer; 2004

11 Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. BMJ 2002; 324: 1470–1471

12 Stamm K, Salize HJ. Volkswirtschaftliche Konsequenzen. In: Stoppe G, Bramsfeld A, Schwartz FW, Hrsg. Volkskrankheit Depression? Heidelberg: Springer; 2006: 109–120

13 Wittchen HU, Jakobi F. Epidemiologie. In: Stoppe G, Bramsfeld A, Schwartz FW, Hrsg. Volkskrankheit Depression? Heidelberg: Springer; 2006: 15–38

Korrespondenz
Dr. med. Marius Poersch
Dr. von Ehrenwall'sche Klinik
Walporzheimerstraße 2
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Marius.Poersch@Ehrenwall.de

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.