

Ziel- und ressourcenorientiertes Coaching in der beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen

Joachim Heiber-Stiepani

Zusammenfassung

In diesem Beitrag möchte ich über meine Erfahrungen mit ziel- und ressourcenorientiertem Coaching im Rahmen der beruflichen (Wieder-)Eingliederung psychisch erkrankter junger Erwachsener berichten. Ausgehend von der ambivalent erlebten Übergangssituation vom Psychiatrie- in den Arbeitskontext werden anhand von Beispielen aus der beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen ressourcen- und lösungsorientierte Vorgehensweisen im Coaching vorgestellt (Zielorientierung, time-line-Arbeit, Umgang mit Ziele behindernden Grundüberzeugungen und familiären Delegationen).

Der Kontext

Ich arbeite als Psychologe in einem vom Arbeitsamt finanzierten Lehrgang zur beruflichen Orientierung und Erprobung für junge Erwachsene zwischen 17 und 35 Jahren, bei denen eine psychische Störung diagnostiziert wurde. Dabei handelt es sich meist um Diagnosen aus den Bereichen Psychose und Persönlichkeitsstörung (v.a. Borderline). Häufig gingen diesem Lehrgang Aufenthalte an psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken voraus; bei „chronischen Verläufen“ über viele Jahre verteilt. Viele TeilnehmerInnen (TN) haben sich schon jahrelang, vielfach seit ihrer Jugendzeit mit deutlichen Symptomen (wie schwere Angst- und depressive Reaktionen, selbstschädigende Verhaltensweisen, Sucht, Essstörungen, Bulimie) mit oder ohne therapeutische Unterstützung durchgeschlagen. Die meisten der TN lebten zuvor von Sozialhilfe. Das Arbeitsamt prüft vor Beginn der Maßnahme die Rehabilitationsberechtigung; die TN werden zum Personenkreis der Behinderten gerechnet. Ein wesentliches Ziel des Lehrgangs ist es, in mehreren betrieblichen Praktika eine realistische berufliche Perspektive während der einjährigen Lehrgangszeit zu entwickeln (Berufsausbildung, Weiterqualifizierung, Arbeitsaufnahme) und die Lebensziele mit den aktuell bestehenden Fähigkeiten und Möglichkeiten in Einklang zu bringen. Die TN werden durch Unterricht und Gruppenarbeit, Praktikumsbegleitung und Coaching gefördert und unterstützt¹.

1) Weitere Informationen zum Rehabilitationslehrgang können beim Autor angefordert werden.

Vom problemdeterminierenden zum lösungs- und ressourcenorientierten Kontext

Nach (z.T. jahrelanger) Behandlung, Betreuung und Versorgung in ambulanten und stationären (sozial-)psychiatrischen Einrichtungen und damit im Umkreis von Psychiatrie als einem tendenziell problem-determinierenden System stehen Menschen mit einer psychischen Erkrankung während der beruflichen (Wieder-)Eingliederung an der Schwelle zur „Normalität“ in dieser Gesellschaft. Damit verbunden ist die Aufgabe, sich im Übergang von der Patienten- in die Arbeitnehmerrolle selbst zu definieren.

Im Unterschied zur „psychiatrischen Welt“ lässt sich der Rehabilitationsprozess durch folgende Merkmale definieren (sinngemäß nach Lauterbach 1995, S. 213):

- der zentrale Orientierungspunkt „Diagnose“ wird durch eine *konkrete Zielorientierung* ersetzt; dadurch werden Zukunftsperspektiven möglich;
- defizitorientierte Zukunftsmodelle werden ersetzt durch *Fokussierung auf Ressourcen* und ihre Grenzen;
- Zweifel an der Selbstverantwortlichkeit der Klienten wird ersetzt durch *Vertrauen auf deren Autonomie* und
- der Entzug von Glaubwürdigkeit wird ersetzt durch *Respekt vor den von KlientInnen gezogenen Grenzen*.

Darüber hinaus sollte m.E. Zuversicht spürbar werden, indem sich die Betroffenen in die Lage versetzt fühlen, ihre Lebensgestaltung in die eigene Hand zu nehmen. Letztendlich bedeutet dies, dass die Verantwortung für zu treffende Entscheidungen an die KlientInnen zurückgegeben wird und RehabilitationsmitarbeiterInnen sich als BeraterIn oder Coach in den Dienst der KlientInnen und *deren* Ziele stellen. Die Rückgabe von Verantwortung wirkt einer „Chronifizierung psychosozialer Probleme“ (vgl. hierzu: Mücke 2000) durch professionelle Hilfssysteme entgegen. Damit wird ein entscheidender *Unterschied gemacht, der einen Unterschied macht* (entsprechend Batesons berühmter Definition von Information (1983, S. 582)). So besteht die Chance, dass KlientInnen Arbeitsprozessen mit anderen Erwartungen begegnen als (sozial-)psychiatrischen Angeboten – Erwartungen, die dem „Normalitätsprinzip“ viel eher entsprechen und damit als Sprungbrett in die Arbeitswelt dienen. Berufliche Rehabilitation findet an der Schnittstelle von psychiatrischer Welt und Arbeitswelt statt, RehabilitandInnen befinden sich in einer Übergangssituation: nicht mehr (ganz) der einen und noch nicht der anderen Welt zugehörig.

Verstörung durch Normalisierung

Zur „Normalität“ des Einstiegs in die Arbeitswelt gehört aber auch das Erfüllen bestimmter Leistungsanforderungen und sozialer Fähigkeiten. Spielt sich der berufliche Rehabilitationsalltag überwiegend on-the-job ab (also nicht in den klassischen Reha-Einrichtungen mit pädagogisch und psychologisch ausgebildetem Personal, sondern unter alltäglichen Arbeitsbedingungen in „normalen“ Betrieben) – so wie es in Praktika geschieht, sind also die

Bedingungen lebenswirklicher, so wird sich allerdings der Verlauf für die TN auch krisenanfälliger gestalten. Eine Krise kann allerdings die persönliche Weiterentwicklung verzögern, wobei diese „meist nicht die Auseinandersetzung mit der Leistungsanforderung selbst betrifft, sondern es zu Krisen im Kontext des Klienten [...] oder in seinen sozialen Arbeitsbezügen kommt [...]“ (Lauterbach 1995, S. 220).

Diese Übergangssituation kommt einer „Verstörung durch Normalisierung“ gleich: gewohnte Handlungsmuster passen nicht mehr in diesen neuen Rahmen und auch nicht mehr zu einer sich neu entwickelnden Selbstdefinition (z.B. als Arbeitnehmer statt als psychisch Kranker). Auf diesem Hintergrund ist es nur zu verständlich, dass RehabilitandInnen ihrem eigenen Veränderungsprozess häufig ambivalent gegenüberstehen.

Diese Ambivalenz drückt sich auch in Krisen während des Rehabilitationsprozesses aus, welche als Verstörung anstelle Störung, als „Vorfall“ anstelle Rückfall konnotiert werden (vgl. hierzu: Simon & Weber 1992). Individuelle Krisen werden im Kontext von Rehabilitation als „Ergebnis der Balance solcher Ambivalenzen“ (Lauterbach 1995, S. 224) gewertet: Der Wunsch nach Eintritt oder Rückkehr in den allgemeinen Arbeitsmarkt wird als *Gewinn* betrachtet – gleichzeitig stellt sich das, was dafür aufgegeben werden müsste (ein geschützter Status als Patient oder Rehabilitand oder liebgewordene Verhaltensweisen) als ein *Verlust* dar.

Rückgabe von Verantwortung

Mit dem (zunächst befristeten) Einstieg in die Arbeitswelt und der Fokussierung auf Ziele und Ressourcen wird den KlientInnen eine aktivere Rolle und mehr Selbstverantwortung zugemutet als dies ihren bisherigen Erfahrungen in der Klinik oder in ihrem sozialen und familiären Umfeld entsprach. Hierzu zwei Beispiele:

Ein 29-jähriger Mann, der immer häufiger nicht im Lehrgang erschien, was er mit seinen Depressionen erklärte, mit denen er sich seit seiner Jugendzeit arrangiert hatte, erwachte in einem Praktikum in der Bühnenbeleuchtung eines Theaters zu neuem Leben, in dessen Verlauf ihm Abend für Abend während der laufenden Vorstellung alleinige Verantwortung für eine Scheinwerferposition übertragen wurde. Er erschien auch im Lehrgang wieder regelmäßig, nachdem wir zuvor bereits einen Lehrgangsabbruch erwogen hatten; er fand Zugang zu seinen Fähigkeiten, entwickelte neues Selbstvertrauen und Zuversicht – mit der er sich schließlich um eine Ausbildung bewarb.

Einem anderen TN mit einem „chronischen“ Verlauf (mit mehreren Psychiatrie-Aufenthalten und der Tätigkeit in einer „Kleinwerkstatt für psychisch kranke Menschen“ vor Lehrgangsbeginn), der weiterhin Stimmen hörte (akustische Halluzinationen), die ihn im Ausüben seiner Tätigkeiten während des Praktikums ablenkten, gab ich einen Vorschlag mit auf den Weg, mit „seinen Stimmen“ zu reden und ein „deal“ zu machen: sie lassen ihn während des Tages in Ruhe; im Gegenzug gestattet er ihnen, sich abends zu melden. Dieser TN folgte meinem Vorschlag sehr gewissenhaft und machte (vielleicht erstmals seit Jahren) die

Erfahrung, wieder „Herr in seinem Haus“ zu sein, nämlich selbst zu entscheiden, wann die „Stimmen“ da sind und wann nicht. Ein simpler Vorschlag, eine kleine Intervention mit für diesen Mann nicht geringer Wirkung.

Nicht unerwähnt sollen aber auch gegenteilige Erfahrungen bleiben, die mir Grenzen ressourcen- und lösungsorientierten Vorgehens im Kontext dieser Arbeit deutlich machen, insbesondere bei TN, die in selbstschädigenden und depressiven Verhaltensmustern verfangen bleiben oder bei denen das Lebensumfeld einen gegenteiligen Sog ausübt.

Coaching in Zeiten des Übergangs

Der gesamte Rehabilitationsprozess kann als Übergang gerahmt werden, als Übergang vom Kontext von „krank-sein“ und von Versagen, von einer Problemhypnose zu einem Kontext von Kompetenz, Erfolg und Lösungen (finden). Coaching als ein aus der Arbeitswelt stammender Beratungsansatz ermöglicht Abgrenzung und Abnabelung von defizitorientierten Einstellungen und Selbstzuschreibungen und ist als systemisches Coaching ressourcen- und lösungsorientiert. Es umfasst Aspekte der Beratung, der Therapie und des Trainings. Dabei geht es „um den Erwerb neuer Fähigkeiten [...], um das Auswerten gemachter Erfahrungen, um emotionale Entlastung, um gemeinsames Nachdenken, Konfliktbearbeitungen, Ausprobieren neuer Verhaltensweisen, die Vorbereitung persönlicher Entscheidungen oder noch anderer sehr persönlicher Absichten und Fragestellungen“ (Looss 1993, S. 15).

Für mich stellt Coaching in dem hier beschriebenen Kontext auch eine *persönliche Begleitung* dar, die ein gewisses Maß an Nähe, Vertrauen sowie eine tragfähige Beziehung, zumindest die Bereitschaft hierzu voraussetzt oder herstellen kann. Damit wird Verständigung und Verständnis *über Kommunikation* ermöglicht, was gerade für Menschen, die vielfach unverständlich kommunizierten oder sich unverständlich verhielten eine enorme Chance bedeutet. Hierfür prägte Retzer den treffenden Begriff der „Wiedereinführung des Exkommunizierten in Kommunikation“ (Retzer 2000, S. 72).

Haltungen und Einstellungen, die aus dem systemischen Ansatz bekannt sind, stellen nicht nur im Coaching von psychisch erkrankten Menschen eine wesentliche Voraussetzung zum Verstehen und ressourcengeleiteten Handeln dar. Hierzu zähle ich *Empathie*, *Wertschätzung* und die *Annahme der inneren Realität* (der „inneren Landkarte“) des Klienten sowie *Neugier* und *Neutralität*. Neutralität stellt vermutlich die am schwierigsten zu realisierende Einstellung dar, wenn es nicht nur um Lebensentwürfe, Werte und Überzeugungen des Klienten geht, sondern um Neutralität gegenüber Veränderung bzw Nicht-Veränderung.

Der Umgang mit Veränderung

Veränderungsneutralität stellt m. E. eine enorme Herausforderung dar: bedeutet diese doch, sich auch gegenüber Nicht-Veränderung neutral zu verhalten und diese zu akzeptieren. Paradoxerweise kann gerade diese Haltung die Chance eröffnen, dass Veränderung für

KlientInnen möglich wird (vgl. Retzer 2000). Bei Menschen, die durch die Erfahrung einer psychotischen Krise dermaßen in ihrem Grundvertrauen an sich und die Umwelt verunsichert sind, sollte der gleichzeitig vorhandene Wunsch nach Nicht-Veränderung respektiert werden.

Eine Verringerung von Erwartungshaltungen seitens der KlientInnen, ihrer Familien, des Arbeitsamtes und von Reha-Einrichtungen hinsichtlich Ausmaß und Tempo von Veränderung schafft oftmals erst die Möglichkeit von Veränderung und ermöglicht damit erst Erfolg. Häufig war es gerade Erwartungs-(Veränderungs-)druck, der bei vielen jungen Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose an der Entwicklung von Denk-, Kommunikations- und Verhaltensstrukturen beteiligt war, die zu Leiden führten.

Sich abzeichnende Veränderungen oder selbst schon die Rehabilitationsplanung können bei den Betroffenen Ängste auslösen, auf die häufig mit einer mitunter schweren Krise reagiert wird. Hierbei sollte die „komplementäre Rollenverteilung“ zwischen professionellem Helfer und RehabilitandIn berücksichtigt werden. Verstärkt sich der Veränderungsdruck, können Helfer statt der Rolle der „Antreiber“ die Rolle der „Bremsen“ übernehmen. Dies erleichtert es den KlientInnen komplementär die Position des Schrittmachers einzunehmen (vgl. Schweitzer et al. 1995).

Coaching in der beruflichen Rehabilitation ermöglicht eine Klärung hinsichtlich der Frage, (in)wieweit KlientInnen bereit sind, sich zu verändern bzw. sich anzupassen an Leistungsanforderungen und vorgegebene Arbeitsstrukturen – oder aber, welche Rahmenbedingungen sie unter Beibehaltung ihres So-Seins brauchen, damit sie arbeiten können. Aus dieser Klärung gehen sie allerdings nicht ganz unverändert heraus.

Die Macht einschränkender Grundüberzeugungen

Die Erhöhung von Wahlmöglichkeiten ist zentraler Bestandteil des Coaching. Dies stellt für viele psychisch Kranke im Rehabilitationsverlauf jedoch ein Problem dar: *die Wahl zu haben* und sich für oder gegen etwas zu entscheiden, kann eine Anforderung bedeuten, die als Überforderung erlebt, abgelehnt oder umgangen wird. Wird keine Erweiterung der Perspektiven möglich oder zugelassen, lassen manche Krankheitssymptome entscheiden. Hier kann die Frage nach der „positiven Absicht“ oder dem „Nutzen“ von Symptomen und Verhaltensweisen sowie hinter diesen liegenden Fähigkeiten, Grundüberzeugungen und Werten aufgeworfen werden.

Einschränkende Grundüberzeugungen, familiäre Botschaften und Delegationen (Stierlin 1978) sind mitverantwortlich für das Aufrechterhalten von Schwierigkeiten in der Kommunikation, in der Einschätzung sozialer Situationen und der Selbsteinschätzung, welche häufig ein Arbeitsverhältnis unmöglich werden lassen. Das Bewusstwerden dieser unbewusst wirkenden Mechanismen stellt eine wichtige Voraussetzung zur Erreichung der formulierten Ziele dar und kann Anstoß sein für neue Entwicklungen. Hierzu ein Beispiel:

Nach erfolgreichen Praktika in den Bereichen Büro und Verwaltung stand eine 28-jährige TN, die vor Ausbruch einer psychotischen Krise studierte, vor der Entscheidung, eine Ausbildung als Bürokauffrau zu beginnen oder wieder ein Studium aufzunehmen. In einem ihren Entscheidungsprozess unterstützenden Coaching konnte sie eine (bewusste) Botschaft ihrer Mutter („sei erfolgreich und mach es anders wie ich“) und (unbewusste) Delegation („sei nicht erfolgreich“) aufspüren. Ihre Mutter hatte ihre Karriere (Studium) für Kinder und Familie geopfert und arbeitet heute als Ernährungsberaterin. Die TN selbst schreckte – trotz der positiven Rückmeldungen über ihr selbständiges Arbeiten und kompetentes Auftreten in den Praktika selbst im Vorzimmer des Leiters eines Universitäts-Instituts – vor einem Ausbildungsberuf zurück angesichts der Macht dieser familiären Delegation. Nach deren Offenlegen entschied sie sich mit Hilfe von time-line-Arbeit zur Entscheidungsfindung und nach der Auswertung ihrer Praktika-Erfahrungen zu einer Ausbildung als Bürokauffrau, die sie bisher erfolgreich bewältigt. Ein für sie nicht unwesentliches Kriterium stellte dabei die für ihr psychisches Wohlbefinden wichtige vorgegebene Strukturierung in einer Ausbildung dar, die sie in einer Berufsausbildung eher als in einem Studium erwarten kann.

Zielorientierung und time-line-Arbeit

Zielorientierung einzuführen bedeutet, dass Ziele und Lösungen der KlientInnen anhand von neu erworbenen Erfahrungen immer wieder auf ihre Aktualität und ihre Realisierbarkeit hin überprüft, erweitert oder verworfen werden. Der Verträglichkeit von Zielen der KlientInnen mit ihrem Lebenskontext wird im sog. Öko-check nachgegangen und mögliche, das Erreichen von Zielen behindernde innere Einwände werden aufgespürt. Das Aufgeben eines ursprünglichen Zieles kann dabei Optionen für andere Entwicklungen eröffnen. Damit wird ein Ausbalancieren zwischen oftmals unrealistisch hohen Ansprüchen der TN an sich selbst oder an Arbeitsbedingungen und einem darauf folgenden Resignieren und Sichzurückziehen ermöglicht.

Coaching bezieht sich sowohl auf die zunächst nur gedanklich gefasste, immer wieder neu formulierte Entwicklung und Überprüfung von Zielen und das Umsetzen dieser Ziele und damit neuer Handlungsmöglichkeiten im Lern- und Arbeitsalltag einschließlich der damit einhergehenden ständigen Rückkopplung.

Mit der Arbeit auf der Zeitlinie (time-line) können Ziele oder zu treffende Entscheidungen räumlich dargestellt, somit durchschritten und mögliche Ergebnisse vorweggenommen werden (vgl. Schindler 1995, James & Woodsmall 1998, Bodenhamer & Hall 2000). Hierzu ein Beispiel: vor Beginn eines Praktikums stellen sich TN der beruflichen Reha-Maßnahme vor, wie es ist, wenn dieses Praktikum erfolgreich gewesen ist und sie ein selbst formuliertes Ziel erreicht haben und ihnen diese Veränderung auch gelungen ist. Mit diesem „So-tun-als-ob“ wird vorweggenommen, was noch gar nicht da ist: man tut so, als sei das angestrebte Ziel bereits erreicht. Hierbei kann der „Gewinn“ von einem Verhalten, das jemand ablegen möchte oder von einem Leben im beschützenden psychiatrischen Kontext erkannt werden. Bevor sich aber nicht die Bereitschaft einstellt, auf diesen Gewinn zu verzichten, kann auch

das Ziel nicht erreicht werden. An diesem für das weitere Vorankommen so wichtigen Punkt setzen weitere klärende Schritte, auch (kurzzeit)therapeutische Interventionen an.

Ein weiteres Beispiel aus dem Lehrgang: Eine Teilnehmerin hatte folgende Ziele entwickelt: (1) gewissenhaft und konzentriert arbeiten – auch bei Aufgaben im Praktikum, deren Sinnhaftigkeit sie nicht erkennen kann; (2) Lob und Anerkennung für geleistete Arbeit annehmen (dies bedeutete für sie, sich selbst „nicht kleinzumachen“). Hinter beiden Zielen standen große Schwierigkeiten mit diesen gewünschten Einstellungen. Während der mit ihr durchgeführten time-line-Arbeit schritt sie vom gegenwärtigen Zustand (GZ) zum wünschenswerten (Ziel-)Zustand (WZ). Als möglichen Gewinn für ihr jetziges Verhalten entdeckte sie: sich zu schützen – auch vor ihren Größenphantasien, sowie Angst, wieder das zu verlieren, was sie erreichen könnte. Eine das Erreichen dieser Ziele erschwerende Grundüberzeugung lautete: „Was ich nicht habe, kann ich auch nicht verlieren“. Während der time-line-Arbeit fühlte sie sich im WZ stehend „euphorisch“; ihre Körperhaltung war jetzt aufrecht. Auf meine Frage, ob sie dort noch etwas bräuchte von dem, was sie zurzeit (GZ) zur Verfügung hat, nannte sie „Angst“. Sie nahm „eine Handvoll Angst“ vom GZ mit in den WZ und empfand im Ziel-Zustand, dass ihre euphorische Stimmung einer realistischen Einschätzung gewichen ist und sie ihren Berufswunsch somit ernster nimmt. Auf eine weitere Rückfrage, ob denn noch etwas fehle, holte sie sich aus dem GZ noch „eine Portion Schutz“ mit in den WZ. Dieser bestand für sie in Unterstützung durch andere Menschen und speziell in diesem Lehrgang, um zu ihrem Ziel zu gelangen. Wieder im WZ stehend, schüttete sie sich mit einer spontanen Geste diesen als Ressource umgerahmten Nutzen des alten Verhaltens über sich. Diese Teilnehmerin konnte tatsächlich in weiteren Praktika sehr erfolgreich ihre Kompetenzen einbringen und bewältigte souverän Arbeiten, die sie sich zuvor überhaupt nicht zugetraut hatte.

Es folgt ein Beispiel für eine langfristige Veränderung einer einschränkenden Grundüberzeugung in Verbindung mit time-line-Arbeit zu den eigenen Zielen.

Ein 26-jähriger TN, der seine Ausbildung als Krankenpfleger wegen psychotischer Zustände abbrechen musste, wobei er sich äußerst ehrgeizig Fachwissen aneignete und sich völlig überforderte, hatte dabei laut seinen eigenen Angaben „jedes Maß verloren“. Er ließ sich auch im Lehrgang noch von der Grundüberzeugung „Ich muss alles perfekt machen und besser sein als mein Bruder“ leiten. Zunächst wollte er den gleichen (technischen) Beruf erlernen wie sein Bruder, in dessen Schatten er ständig gestanden und sich gestellt hatte – eine Berufsausbildung, die ihm sicherlich viel abverlangt hätte. Als er sich schließlich auf das Risiko einließ, ein Praktikum als Schneider zu absolvieren, eine Tätigkeit, die ihn spontan sehr ansprach, verheimlichte er zunächst diesen Schritt vor seiner Familie und seinen Freunden. In der time-line-Arbeit zu seinen Zielen wurde ihm die ihn jahrelang beherrschende Grundüberzeugung vor Augen geführt. Eines seiner Ziele für dieses Praktikum und die von ihm im weiteren Verlauf angestrebte Ausbildung als Schneider („Mich in einem angemessenen und gesunden Rahmen wissbegierig und interessiert zeigen“) stellte einen Gegenpol zu seinem Perfektionsanspruch dar – ohne jedoch seinen Ehrgeiz aufzugeben. Während der time-line-Arbeit entwarf er Zwischenschritte, Strategien und Methoden, wie er dieses Ziel erreichen kann („Einen Schritt vor den nächsten“; „Mich auf eine Aufgabe zur Zeit konzentrieren“). Die Umsetzung dieses kleinschrittigen Vorgehens war langwierig und

gelang ihm in den folgenden Monaten häufiger – mit Hilfe eines enormen Ehrgeizes und seiner Motivation, dieser Grundüberzeugung nicht wieder Macht zu verschaffen. Letztendlich begann er eine betriebliche Ausbildung als Schneider, nachdem er sich außerordentlich engagiert auf mehrere Ausbildungsplätze in verschiedenen Städten beworben hatte.

Neue Ufer wagen?

Nach einer „nicht zu unterschätzenden Sozialisation innerhalb der Psychiatriegemeinde“ (Schweitzer & Schumacher 1995, S.299) stellt sich in der Rehabilitation neben der Übernahme von Verantwortung für das eigene Leben auch die Aufgabe, Enttäuschungen zu verarbeiten, die auftauchen, wenn jemand auf einmal Wahlchancen entdeckt und sich die Frage nach scheinbar „verlorenen Jahren“ stellt.

Abschließend möchte ich das Beispiel einer Teilnehmerin anführen, die sich bei Beendigung ihrer beruflichen Orientierung und Erprobung am Übergang vom (sozial)psychiatrischen Kontext in den Kontext von Normalität in einer von großer Ambivalenz geprägten Übergangskrise befand.

In der Abschlussphase sprachen wir mit den TeilnehmerInnen dieser Gruppe über die für sie alle unsicher erlebte Situation im Übergang in eine noch ungewisse Zukunft. So auch diese 30-jährige Frau, die seit etwa zehn Jahren durch (sozial)psychiatrische Einrichtungen betreut wurde, sich darüber „stabilisiert“ und sozialisiert und in der „psychiatrischen Welt“ eingerichtet hatte (Klinik, Tagesklinik, Arbeitstherapie, Sozialpsychiatrischer Dienst, Betreutes Wohnen sowie Zuverdienstarbeit, verschiedene Arbeitserprobungen und Qualifizierungsmaßnahmen). Zuletzt arbeitete sie in einer „Kleinwerkstatt für psychisch kranke Menschen“. Ihre erfolgreichen Praktika in der beruflichen Erprobung waren für sie vermutlich der letzte Auslöser, sich aus diesem beschützenden Kontext herauszuwagen.

Diese Frau verglich ihre augenblickliche Situation (am Schnittpunkt von den zwei grundverschiedenen Kontexten) mit der einer Jugendlichen, die aus dem Elternhaus auszieht, ähnlich einem zweiten Auszug in die Selbständigkeit. Sie ortete die Werte, die ihr vor der ersten psychotischen Episode fehlten: das „Gefühl von Zugehörigkeit“ und „Orientierung“. Ihr wurde daraufhin deutlich, dass diese Werte in ihrer Übergangssituation für sie von großer Bedeutung sind und eine Hilfe, eine persönlichen Ressource darstellen. Wichtig war ihr außerdem: „Sinn erfahren über das Zusammenwohnen mit anderen Menschen“ sowie das Bedürfnis, in Beziehung zu stehen zu Menschen mit dem Wissen, „zu denen kann ich jederzeit hingehen“, um für sich in Gesprächen Orientierung zu erlangen. Bedeutung und Inhalt dieser Werte in der jetzigen – von Unsicherheit und Angst geprägten – Situation und für die Zukunft wurden im Coaching ausdifferenziert und daraus die nächsten konkreten Schritte abgeleitet. Diese TN stand zu diesem Zeitpunkt neben dem bevorstehenden Beginn einer Ausbildung gleichzeitig vor dem großen Schritt, nach vielen Jahren aus der betreuten Wohngemeinschaft in eine eigene Wohnung zu ziehen.

Solche Übergangskrisen sind Bewährungsproben für das geschilderte Angebot. Ein zielorientiertes und ressourcenaktivierendes Coaching in der Rehabilitation fördert die Rückgabe von Verantwortung an die KlientInnen und deren Individuationsprozess. Dadurch wird

eine Entscheidung möglich, ob dauerhaft auf ein Leben in der „psychiatrischen Welt“ (und damit als Sozialhilfe-EmpfängerIn) mit all seinen Auswirkungen auf Wohnen, Arbeiten und soziale Beziehungen verzichtet wird – und ob die sich entwickelnden Perspektiven erstrebenswert genug erscheinen.

Literatur

- Bateson, G. (1983). Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bodenhamer, B. G. & L. M. Hall (2000). Time-Lining in Aktion. Paderborn: Junfermann.
- James, T. & W. Woodsmall (1998). Time-Line. NLP-Konzepte zur Grundstruktur der Persönlichkeit. Paderborn: Junfermann.
- Lauterbach, M. (1995). Die Firma – Zur Konstruktion von Rehabilitation. In: Schweitzer, J. & B. Schumacher, S. 202-228.
- Loos, W. (1993). Coaching für Manager. Landsberg: Verlag moderne Industrie.
- Mücke, K. (2000). Zur professionellen Chronifizierung psychosozialer Probleme. report psychologie 25(8), pp. 508-518.
- Retzer, A. (2000). Psychotherapie der Psychosen: Der systemische Ansatz. In: Urban, M. [Hrsg.]. Psychotherapie der Psychosen. Lengerich: Pabst, S. 67-80.
- Schindler, H. (1995). Die Zeitlinie – eine Möglichkeit zur erlebnisintensiven systemischen Therapie mit EinzelklientInnen. Systema 9(1), pp. 53-60.
- Schweitzer, J. & B. Schumacher (1995). Die unendliche und die endliche Psychiatrie. Zur (De)Konstruktion von Chronizität. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Schweitzer, J.; J. Armbruster, K.-H. Menzler-Fröhlich, G. Rein & R. Bürgy (1995). Der ambulante Umgang mit „Pathologie“ und „Chronizität“ im Sozialpsychiatrischen Dienst mit betreutem Wohnangebot. In: Schweitzer, J. & B. Schumacher, S. 156-200.
- Simon, F.B. & G. Weber (1992). Vorfall oder Rückfall. Familiendynamik 17(1), pp. 93-99.
- Stierlin, H. (1978). Delegation und Familie. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Joachim Heiber-Stiepani
Delmestraße 121
28199 Bremen
e-mail: heipani@t-online.de