

Erwerbsfähig, aber erwerbslos

Spezifische Therapieangebote für Langzeitarbeitslose

Rita Kolling, Johannes Lindenmeyer, Petra Zimdars

Einführung

Die Arbeitslosenquote in den neuen Bundesländern ist sehr hoch. Der Anteil von Langzeitarbeitslosen beträgt in den Suchtkliniken mittlerweile bis zu 50 Prozent. Zwar gelingt es in der Regel, die Erwerbsfähigkeit dieser PatientInnen zu erhalten oder wiederherzustellen. Der Wunsch und die Hoffnung vieler PatientInnen nun auch wieder Arbeit zu bekommen, ist aber häufig trotz intensiver Bemühungen angesichts von Alter und Arbeitsmarktbedingungen unrealistisch. Dies beinhaltet ein hohes Rückfallrisiko und setzt damit insgesamt unseren therapeutischen Bemühungen enge Grenzen.

Unter den PatientInnen der Suchtabteilung unserer Klinik betrug die Arbeitslosenquote im Jahr 2000 66 Prozent. Die Langzeitarbeitslosen machten 43 Prozent aller PatientInnen aus. Die Erwartung, dass Abstinenz gleichzeitig die Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes bedeutet, ist angesichts dieser Zahlen aus unserer Sicht unrealistisch. Es gelang uns trotz intensiver Bemühungen im Jahr 2000 während der stationären Behandlung für nur 7% der PatientInnen einen Arbeitsplatz zu finden. Vor diesem Hintergrund sind stationäre Entwöhnungseinrichtungen verstärkt gefordert, neben einer gezielten Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche, die konkrete Lebensplanung auch ohne Arbeit in den Mittelpunkt ihrer therapeutischen Interventionen zu rücken (Lindenmeyer 2001, Veltrup et al. 1999).

1. Theoretischer Hintergrund

Zahlreiche Längsschnittuntersuchungen zeigen, dass der Prozess der Abstinenzentwicklung weniger durch die Suchtvergangenheit als vielmehr durch die Lebensumstände der Betroffenen im Anschluss an die Suchtbehandlung bestimmt wird (Lindenmeyer, 2001).

Das verhaltensökonomische Rückfallmodell

Das verhaltensökonomische Modell von Vuchinich (1999) besagt, dass der Suchtmittelkonsum einer Person von dem Verhältnis der Verfügbarkeit über das Suchtmittel im Vergleich zur Verfügbarkeit über andere Ressourcen (z.B. Partnerschaft,

Familienbeziehung, soziale Kontakte, beruflicher Erfolg) bestimmt ist. Entscheidend ist hier neben dem Umstand, ob eine Person über alternative Ressourcen anstelle von Suchtmitteln verfügt, auch die zeitliche Nähe dieser Verfügbarkeit. Während Suchtmittel in der Regel sofort verfügbar sind, stehen alternative Ressourcen oft erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung zur Verfügung.

Nach diesem Modell besteht bei abstinent lebenden Suchtmittelabhängigen eine permanente Rückfallgefahr, wenn entweder die Vorteile der Abstinenz gering bzw. unsicher oder ausschließlich langfristig sind. Beides ist für die Mehrheit der stationär behandelten SuchtpatientInnen angesichts des hohen Anteils von Arbeitslosigkeit zumindest in den neuen Bundesländern kennzeichnend. Aus dem Modell von Vuchinich ergibt sich die Notwendigkeit, das Behandlungskonzept so zu erweitern, dass die Verfügbarkeit von alternativen Ressourcen anstelle von Suchtmitteln erhöht wird. Neben der Unterstützung der beruflichen Reintegration geht es also vor allem um die verstärkte Zukunftsorientierung in der Behandlung.

Das Teufelskreismodell bei Langzeitarbeitslosigkeit

Speziell auf die Situation von Langzeitarbeitslosen bezogen zeigten Studien von Strehmel und Ullrich (1990), dass diese sich in mehreren Teufelskreisen befinden können:

- *aktionaler Teufelskreis* bedeutet, dass erfolglose Bemühungen letztendlich zu Apathie und Rückzug führen
- *emotionaler Teufelskreis* bedeutet, dass das Wechselbad zwischen Hoffnung und Enttäuschung zu emotionaler Labilisierung und Depressivität führt
- *kognitiver Teufelskreis* meint, dass die Erwartung eigener Hilflosigkeit habituiert wird und somit das Selbstvertrauen untergräbt
- *motivationaler Teufelskreis*, er ist gekennzeichnet durch das Zusammenbrechen zielstrebigere Aktivitäten.

2. Die indikative Gruppe „Zukunftsplanung“

Vor diesem Hintergrund haben wir in unserer Klinik ein spezifisches Behandlungsangebot innerhalb der indikativen Gruppen mit dem Titel „Zukunftsplanung“ eingerichtet. Dieses Behandlungsangebot hat zum Ziel, PatientInnen Kompetenzen zu vermitteln, um ihr Leben auch ohne bezahlte Arbeit sinnvoll und befriedigend gestalten zu können. Die Arbeit in dieser Gruppe berücksichtigt die konkrete, individuelle Lebenssituation und die subjektive Einschätzung, wie belastet sich die PatientInnen durch ihre Arbeitslosigkeit fühlen und über welche alternativen Ressourcen sie verfügen.

Zufrieden leben lernen, mit und ohne Arbeit

Der thematische Schwerpunkt der Gruppe liegt in der Gestaltung der Zeit ohne bezahlte Arbeit. Die Gruppe findet fünf mal in der Woche für eineinhalb Stunden statt. Sie wird von Diplom-PsychologInnen und Sozialarbeiterinnen geleitet und hat 10 bis 12 TeilnehmerInnen.

Klären:

Was bedeutet Erwerbstätigkeit für mich, was Arbeitslosigkeit?

In einer ersten Klärungsphase wird zunächst die berufliche Entwicklung dargestellt („Berufslinie“). Einflußfaktoren auf diese Entwicklung, die die PatientInnen benennen können, werden herausgearbeitet. Anschließend wird eine subjektive Bewertung vorgenommen, welche Bedeutung der Berufstätigkeit und welche der Arbeitslosigkeit beigemessen wird. Neben der Berufslinie wird ein sogenannter „*Wertekuchen*“ erarbeitet, in den individuell wichtige Aspekte der eigenen beruflichen Entwicklung, an die sich die PatientInnen erinnern, anteilmäßig eingezeichnet werden. Wie groß sind die Stücke für:

<i>Beschäftigung?</i>	<i>Tagesstruktur?</i>	<i>Verdienst?</i>	<i>Kontakte?</i>
<i>Selbstbestätigung?</i>	<i>sinnvolle Aufgabe?</i>	<i>sonstiges?</i>	

Planen:

Welche alternative Lebensgestaltung ist für mich vorstellbar?

Aus den Ergebnissen werden individuelle Schwerpunkte für die therapeutische Arbeit abgeleitet. Je nach Einzelfall geht es eher um Maßnahmen zur Arbeitsbeschaffung oder eher um eine sinnvolle Lebensgestaltung ohne Arbeit. Diese Phase wird die Planungsphase genannt, in der Ziele für jeden Einzelnen formuliert werden und in der aktiv angenehme und sinnvolle Aktivitäten gesammelt werden. Es wird gemeinsam mit den PatientInnen betrachtet, aus welchen Gründen sie in der Vergangenheit nicht wahrgenommen wurden und wie sie wieder aktiviert werden können.

Handeln:

Was kann ich zu Hause vor Ort konkret tun?

In der Handlungsphase wird die Umsetzung der Ideen in konkreten Trainingsschritten in der Realität geübt. Dieser Phase wird zeitlich der größte Platz eingeräumt, da der Schwerpunkt der therapeutischen Bemühungen darin liegt, die Pati-

entInnen zum Üben zu bewegen. In Form von Hausaufgaben, die bis zum nächsten Tag oder auf einer Heimfahrt erledigt werden sollen, werden konkrete Aufgaben bewältigt.

Die Schwierigkeit in dieser Phase besteht unserer Erfahrung nach darin, PatientInnen aus einer resignativen, vielleicht auch anspruchlichen Haltung heraus zu motivieren, aktiv und selbstverantwortlich die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen.

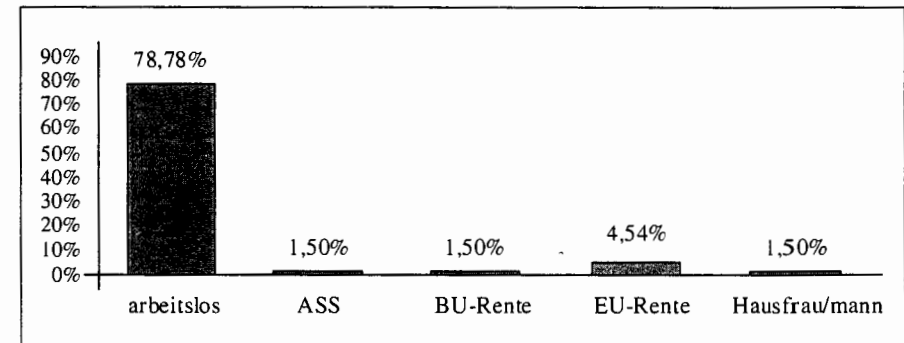
z. Bsp.: eine *Tagesstruktur* erarbeiten
Kontakt(netze) knüpfen
Ehrenamtliche Tätigkeit ausüben.

3. Die Zusammensetzung der Gruppe

Im Folgenden sollen unsere Behandlungsbemühungen an einer Gruppe von PatientInnen exemplarisch dargestellt werden, die in der Zeit von November 2000 bis Mai 2001 an der ersten Maßnahme „Zukunftsplanung“ teilgenommen haben.

Es handelte sich um 66 PatientInnen, die nach unserer Einschätzung keine realistische Chance mehr auf dem Arbeitsmarkt hatten und bei denen es vorrangig darum ging, sie zu einer aktiven und sinnerfüllten Lebensgestaltung ohne bezahlte Arbeit anzuleiten. In den Abbildungen 1 und 2 wird die Belastetheit dieser Gruppe hinsichtlich ihrer beruflichen und partnerschaftlichen Situation deutlich.

Abb. 1: Daten zur aktuellen beruflichen Situation (N=66)



Die therapeutische Arbeit mit diesen PatientInnen bestand darin herauszufinden, welche Interessen noch vorhanden waren, welche Ressourcen aufgegriffen und auf welches Unterstützungspotential zurückgegriffen werden konnte. Es ging aber auch darum, worunter sie litten und wie belastet sie sich fühlten, um die Leidenseite der PatientInnen zu verstehen.

Abb. 2: Daten zur Partnerschaftssituation (N=66)

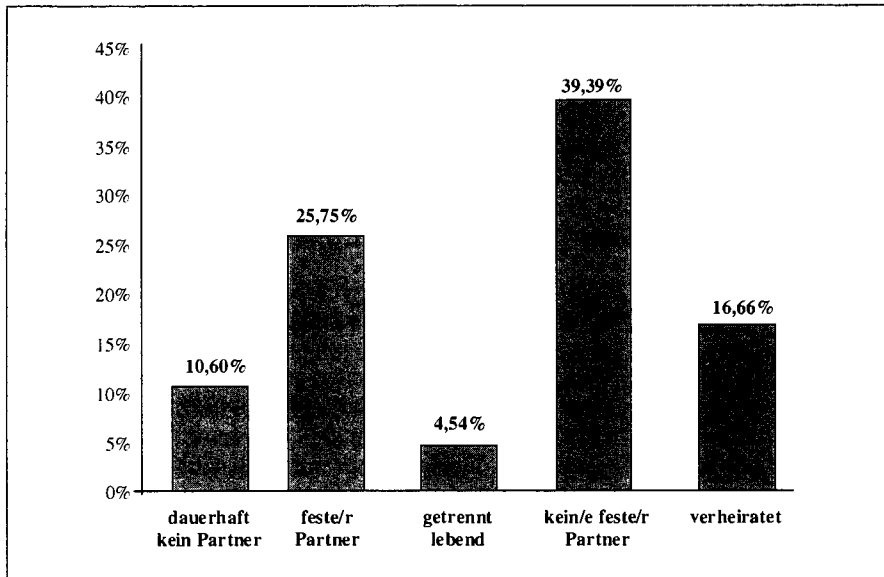


Abb. 3: Schulausbildung der PatientInnen (N=66)

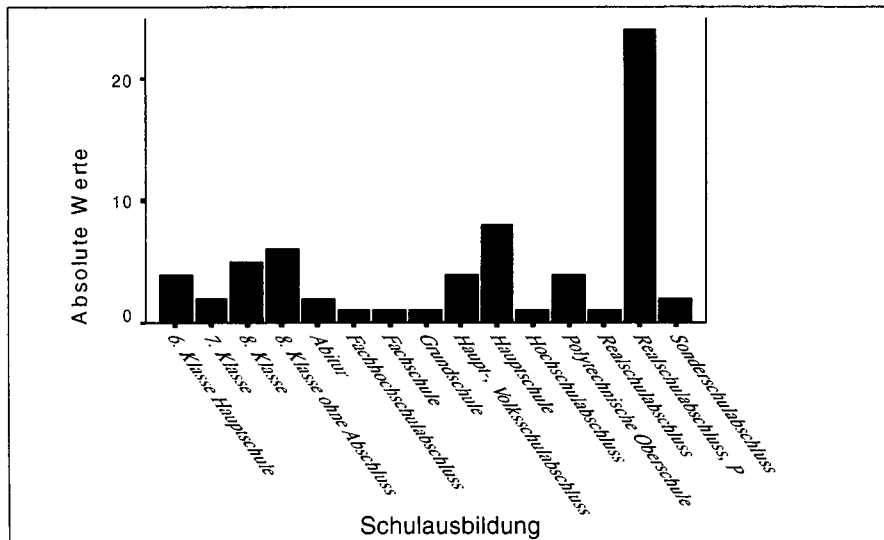


Abb. 4: Von wieviel Personen fühlen sie sich unterstützt? (N=66)
Erfragt mit dem SOZU (Fragebogen zur sozialen Unterstützung),
(Sommer & Fydrich, 1989)

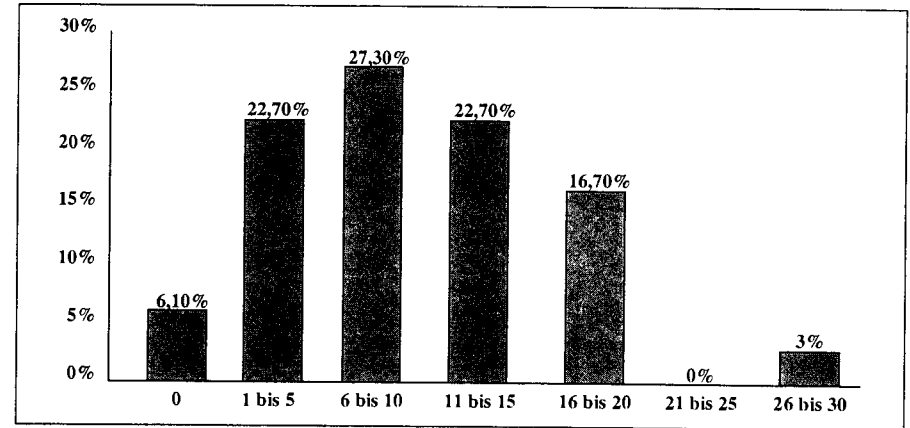
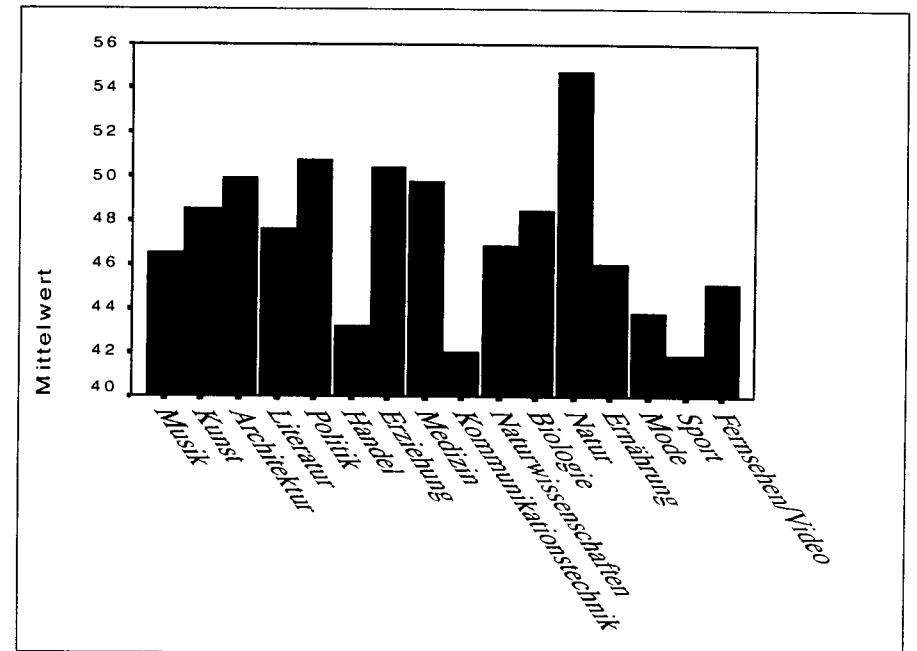
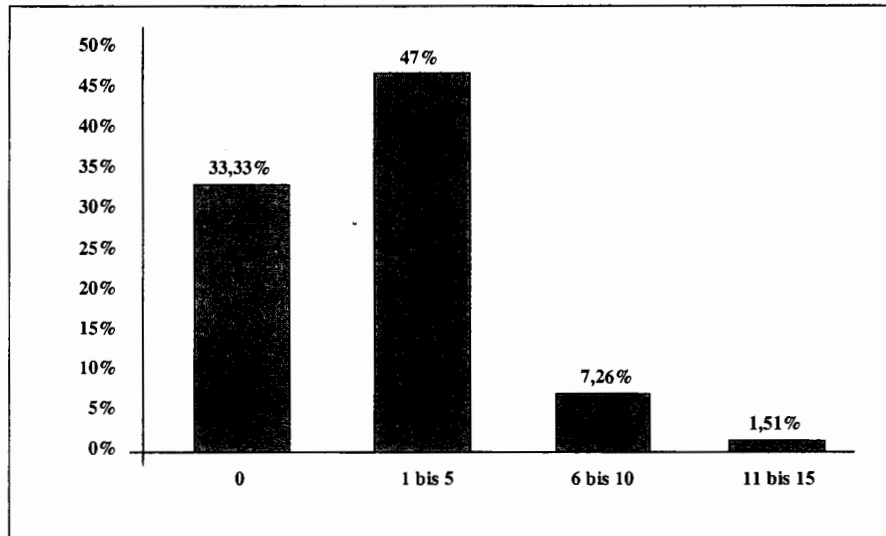


Abb. 5: Mittelwerte von noch vorhandenen Interessensgebieten (N=66)



**Abb. 6: Überblick über die Anzahl der Personen, die einen belasten. (N=66)
Erfragt mit dem SOZU (Fragebogen zur sozialen Unterstützung)**



Hier zeigte sich, dass die PatientInnen eine gute Schulausbildung haben (vgl. Abb. 3) und in ihrer subjektiven Wahrnehmung über eine ausreichende soziale Unterstützung, beispielsweise durch ihre „Kumpels“ verfügen (vgl. Abb. 4).

Mit Hilfe der GIS (Gießener Interessen-Skala), (Brickenkamp, 1990) wurde ein individuelles Interessensprofil für jede Patientin und jeden Patienten erstellt, das als Grundlage für die konkrete Arbeit dienen kann. Beispielsweise bietet das vergleichsweise große Interesse der Patienten an Natur, Politik und Erziehung durchaus günstige Anknüpfungspunkte für die sinnhafte Lebensgestaltung ohne bezahlte Arbeit (vgl. Abb. 5). Wünschenswert wäre in diesem Zusammenhang sicherlich ein größeres Interesse der Patienten an sportlicher Betätigung.

Drei Viertel aller Patienten benennen mindestens eine Person in ihrem sozialen Umfeld, durch die sie sich erheblich belastet fühlen (vgl. Abb. 6). Außerdem zeigt sich im BDI (Beck-Depressions-Inventar), (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995) mit einem Mittelwert von 11,5 eine zumindest leichte depressive Belastung der Patienten (vgl. Abb. 7).

Im Widerspruch zu den oben dargestellten Ergebnissen der subjektiven Wahrnehmung ihrer sozialen Eingebundenheit ist doch auch auffallend, wieviele Personen im sozialen Umfeld dieser PatientInnen als belastend erlebt werden und dass der Depressionswert eine leicht ausgeprägte emotionale Beeinträchtigung widerspiegelt.

Abb. 7: Ergebnisse des BDI (N=66)

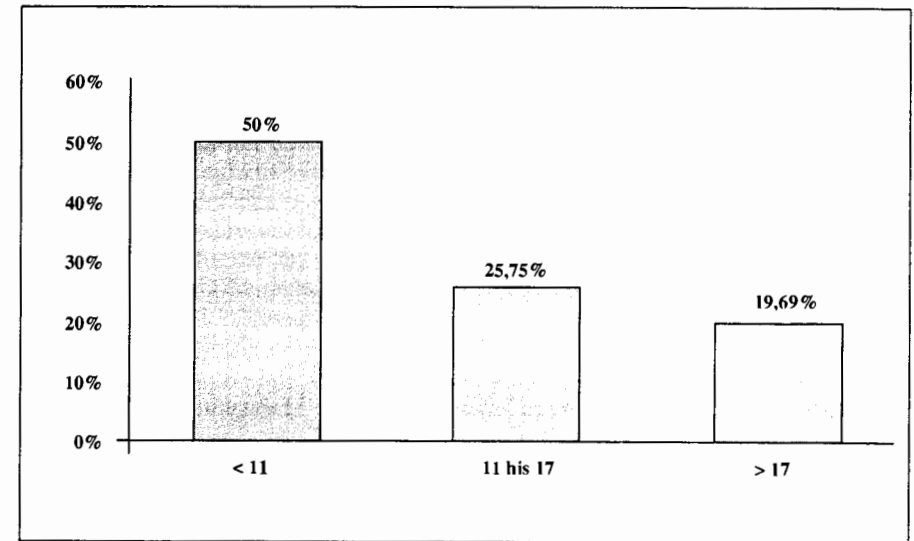
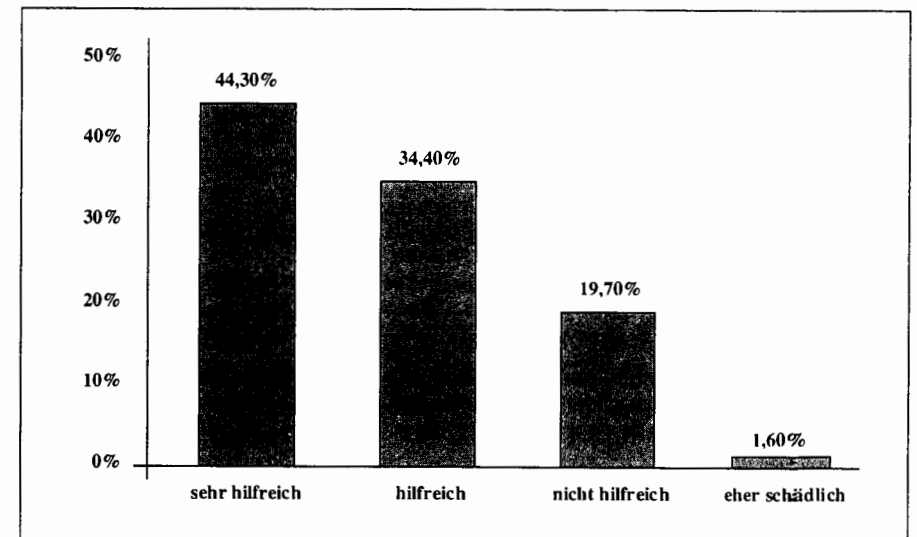


Abb. 8: Einschätzung der PatientInnen (N=114)



4. Kritischer Blick auf die bisherige Arbeit

Auffallend ist bei der Gegenüberstellung der Zahlen, dass obwohl mehr als die Hälfte der PatientInnen alleine lebt und keine Partnerschaft hat, sich die Betroffenen doch sozial ausreichend unterstützt fühlen. Man muss sich also fragen, von wem werden sie unterstützt und wie sinnvoll und effektiv ist diese Unterstützung. Nach unserer Interpretation leben diese PatientInnen noch immer in der Illusion einer „heilen Welt“, sie realisieren das tatsächliche Rückfallrisiko nicht, das in ihrer sozialen Umgebung durch sog. „Kumpels“, die sie nur scheinbar unterstützen, für sie existiert. Diese Diskrepanz zwischen empfundener sozialer Unterstützung und der Realität macht die besondere Schwierigkeit der Arbeit in der Gruppe Zukunftsplanung aus. Auch auf Seiten der therapeutischen MitarbeiterInnen bestand zunächst eine geringe Motivation und große Skepsis der Effektivität einer solchen Gruppe gegenüber, ging sie doch auf Kosten psychotherapeutischer Maßnahmen (vgl. Abb. 8).

Die Zufriedenheit der GruppenteilnehmerInnen mit der Maßnahme war allerdings hoch. Knapp 80 Prozent der PatientInnen stuften die Maßnahme in einem Abschlussfragebogen am Ende der stationären Behandlung als hilfreich bis sehr hilfreich ein. Dies betrachten wir als hoffnungsvollen Anfang im Hinblick auf die Aktivierung von langzeitarbeitslosen PatientInnen, der allen Beteiligten Mut machen sollte. Ergebnisse zu Abstinenzzeiten der GruppenteilnehmerInnen liegen uns naturgemäß noch nicht vor. Zukünftige Katamnesedaten werden dies berücksichtigen.

Literatur

- Brickenkamp, R. (1990). Die Generelle Interessen-Skala (GIS). Göttingen: Hogrefe Verlag
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). Das Beck-Depressionsinventar (BDI). (2. überarb. Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.
- Lindenmeyer, J. (2001). Perspektiven für Perspektivlose – Grenzen, Möglichkeiten und Erfordernisse der Rehabilitation Abhängigkeitskranker bei Patienten mit geringen beruflichen Reintegrationschancen. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.). Rehabilitation Suchtkranker – Mehr als Psychotherapie! Geesthacht: Neuland (S. 60-74).
- Lindenmeyer, J. & Kolling, R. (2001). Jahresbericht 2000 der salus klinik Lindow.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1989). Soziale Unterstützung, Diagnostik, Konzepte, Fragebogen F-SOZU. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Veltrup, C., Lindenmeyer, J., Kirschenbauer, H.-J., Trautmann, R., (1999). Die Not wenden – Ergebnisse zu beruflichen Reintegrationsansätzen einer Fachklinik für Alkoholabhängige in den neuen Bundesländern. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.). Suchtbehandlung – Entscheidungen und Notwendigkeiten. Geesthacht: Neuland (S. 277-286).
- Vuchinich, R. (1999). Behavioral Economics as a Framework of Organizing the Expanded Range of Substance Abuse Interventions. In J.A. Tucker, D.A. Donovan & G.A. Marlatt (Eds.), Changing Addictive Behavior – Bridging Clinical and Public Health Strategies. New York: Guilford Press (S. 191-200).

Die Zukunft der Suchtbehandlung – Trends und Prognosen

Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.

Band 25 – ISBN 3-87581-218-2

Neuland, 2002, Geesthacht