

## **Einführung**

### **Rehabilitation, Teilhabe, Inklusion**

Dr. Edmond PERRIER, Vorsitzender der Ärztekommision der Klinik  
Zentrum für Psychiatrie Nord-Elsass EPSAN, Brumath

Seit mehr als 10 Jahren existiert die französisch-deutsche Arbeitsgruppe. Ich selbst nahm seit 1998 daran teil, als ich neu ins Elsass kam. Meine Kollegin Nicole Bart hatte mich eingeladen mitzuarbeiten. Für mich erwies sich das auch als eine Chance, mich hier in der Region einzuleben, die ich damals noch nicht kannte. Wenn Sie wie ich in Marseille gelebt haben, gut integriert in das Leben in dieser Stadt und in die Marseiller Welt, wenn Sie ein Bewohner der Provence, des Südens, wie man hier sagt, geworden sind, - dann haben Sie durchaus einige Vorurteile und sehen das Elsass als eine weit entfernte, fremde Gegend: da oben ist der Nordfrankreich, man ist schnell in Deutschland, die Elsässer sprechen deutsch, es ist flach, man trinkt auf beiden Seiten gerne Bier, isst Würste und Sauerkraut, es ist kalt, und im Sommer ziehen die Bewohner dieser fernen Gegend in Scharen in den Süden, weil in diesem nebeligen Land die Sonne nicht scheint... übrigens heißt die Klinik, in der wir sind, Brumath ... und trägt schon den Nebel im Namen!

Aber es zeigte sich dann, dass mich die überzogenen Vorurteile, die der Süden dem Norden gegenüber hegt, doch nicht so sehr bestimmten. Denn obwohl ich mich in Marseille gut eingelebt hatte und ich mich zu Recht einen „durch Adoption“ zum Marseiller gewordenen Menschen sah – so war ich doch viel mehr davon geprägt, dass ich in der Auvergne und im Forez aufgewachsen bin. Denn als ich im Elsass ankam, musste ich nur die Erinnerungen und die Gefühle aus der Vergangenheit wieder wach werden lassen, um mich wieder zu „beheimaten“, mich wieder „hineinzufügen“, um mich „einzuleben“ – in einer Gegend, die so vieles mit meiner mütterlichen Auvergne gemein hat, nicht nur im Klima, sondern auch in wichtigen historischen Bezügen.

Unsere Arbeitsgruppe hat vieles an Aktivitäten entwickelt, vor allem dank des Engagements einiger Mitglieder wie Christa Widmaier-Berthold, Jean-Michel Klinger und Nicole Bart: gegenseitige Besuche und Besichtigungen unserer Einrichtungen im Elsass und in Baden-Württemberg, Treffen unter uns Fachleuten (Klinikärzte, Pflegekräfte, Angehörige, Vertreter von Institutionen der regionalen und der Landesebene), um die gegenseitige Versorgung und die Unterschiede und Gemeinsamkeiten kennen zu lernen. Wir erlebten dabei, ich gestehe es, durchaus Momente, in denen wir ermüdeten, oder in denen uns die verschiedenen Herangehensweisen und die sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten, die in strukturelle Verständigungsprobleme mündeten, fast auseinander brachten. Aber dank der alten und neuen Mitglieder der Arbeitsgruppe mit ihrem Wunsch zusammenzuarbeiten, ging es weiter, und finden wir uns zu meiner Freude in dieser großen Runde zusammen.

Wir wollen heute über ein Thema diskutieren, für das wir uns gemeinsam interessieren, auch wenn sich hier wiederum – in einem Teilbereich – die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen, die verschiedenen theoretischen und praktischen Ansätze zeigen werden. Aber ich erwarte, dass uns die Auseinandersetzung mit diesem Thema und mit der Versorgung in diesem Bereich weniger schwer fallen und weniger „trennen“ wird als andere Themen. Die Arbeitsgruppe und die heutige Tagung – zu der unser Zentrum für Psychiatrie

EPSAN intensiv beigetragen hat – bieten einen guten Rahmen dafür. Ich danke Herrn Karol, unserem Direktor, und seinem Team für die große Unterstützung bei der Vorbereitung dieser Tagung.

Als wir vor einigen Jahren begannen, über ein Projektthema zu den Versorgungssystemen im Elsass und in Baden Württemberg nachzudenken, verfolgten wir zuerst die Idee, in einer Untersuchung zu erkunden, ob die verschiedenen Ansätze und Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie unterschiedliche Auswirkungen auf die Entwicklung schizophrener Patienten hatten, und ob sich dafür evtl. bestimmte Faktoren in unseren Behandlungsansätzen finden lassen. Wir wandten uns dann dem Thema „Rehabilitation“ zu. Dies löste wichtige Diskussionen in der Arbeitsgruppe aus, zwischen französischen und deutschen Teilnehmern, und unter den Franzosen... die französischen Psychiater ergriffen manche Gelegenheit, die „gallische Streitlust“ unter Beweis zu stellen. Das Thema „Rehabilitation“ löst ja unter uns allen sehr viel aus – heftige Gefühle, Ablehnung, insbesondere wenn es um die theoretischen Grundlagen geht, auf denen die verschiedenen Formen der Rehabilitation basieren.

Ich muss zugeben, dass ich in einigen unserer Treffen den vereinfachenden „germanischen Pragmatismus“ – im Vergleich zu der differenzierenden „romanischen Fachlichkeit“, mit ihren verschiedenen engagierten Positionen - sehr in Frage gestellt habe. Aber das machte unsere Treffen auf der anderen Seite immer auch interessant und attraktiv.

So kam es dazu, dass wir den Begriff „réinsertion“ dazunahmen, um den Begriff der Rehabilitation zu vervollständigen und auch zu kontrastieren... Schließlich fand ich es noch wichtig, den Begriff „ré-habitation“ anzufügen, um vielleicht einen dritten Weg vorzuschlagen, der sich gleichzeitig auf die Heideggersche Philosophie und auf die französische und deutsche psychiatrische Phänomenologie bezieht.

Ich wollte einen Begriff finden, der sich in der Auseinandersetzung um „Rehabilitation“ als « Kontrast- », vielleicht sogar als « Kampf »-Begriff eignet. Der Begriff „Rehabilitation“ bedeutet in der französischen Sprache, „jemanden wieder in seinen sozialen, rechtlichen und sittlichen Status einzusetzen, den man ihm zu Unrecht genommen hat“. Dieses Wort wurde früher weder für Sachen, noch für Maschinen, Gebäude oder gar Kranke verwendet. Ich greife hier etwas auf, das Jean-Toussain Desanti 1999 in einem Brief über die französische Psychiatrie schrieb. In den 60er Jahren veränderte sich der Sinn des französischen Begriffs „réhabilitation“ und nahm die Bedeutung des angelsächsischen „rehabilitation“ an – und wurde seitdem unterschiedslos für Dinge und für Personen verwandt – mit der Vorstellung, dass sich z.B. die Restaurierung eines Gebäudes, damit es wieder genutzt werden kann, und die Wiederaanpassung eines Individuums an soziale Rollen wenig voneinander unterscheiden.

Ich teile die Auffassung von Desanti, dass es keinen unschuldigen Gebrauch von Begriffen geben kann. Wenn man einen bestimmten Begriff verwendet, heißt das - auch, sich in einem bestimmten Sinn zu engagieren, ebenso für bestimmte Aktivitäten und Handlungen, auf welche dieser Begriff verweist. Im Fall des Begriffs „Rehabilitation“, aber auch in gewisser Weise bei „Wiedereingliederung“, steht etwas Wichtiges auf dem Spiel: Wir gehören zu einer Fachdisziplin, in der die therapeutische Beziehung das Wesentliche ist. Wir können diese Beziehung

hinterfragen, auch den des Stellenwerts, den die Reziprozität von Therapeut und Patient hat, wenn wir von Rehabilitation sprechen. Aber riskieren wir nicht, im Blick auf bestimmte Patienten den Raum der Therapie leichtfertig aufzugeben, wenn wir jemanden „rehabilitieren“ wollen? Ist es nicht in sich ein Risiko, über einen „Reparateur“ zu verfügen, der die Aufgabe hat, Maschinen wieder zum Laufen zu bringen?

Möglicherweise sind manche Strömungen der psychosozialen Rehabilitation nur eine weitere Variante, mit der die Politik „Krankenhäuser als Unternehmen“ umgesetzt wird, – wenn diese, wie es Pierre Delion ausdrückt, chronische Patienten in den psychosozialen Bereich „abkippen“ und Betreuungsformen vorschlagen, welche einer – an Anpassung orientierten – Umerziehung ähneln.

Jede psychiatrische Behandlung hat das elementare Ziel, einem Patienten die Rückkehr in das soziale Leben zu ermöglichen. Aber das geschieht vor allem dadurch, dass der Patient dazu befähigt wird, sich sein Leben wieder anzueignen, in seinem Körper und in der Sprache der Menschen wieder heimisch zu werden, bis er wieder in der Welt der Menschen leben kann. Diese Arbeit ist aber nur möglich mit politischer Arbeit – gegenüber der Welt, der Stadt und der Gesellschaft, und mit einer Alltagspraxis, welche die Welt für alle aufnahmebereiter und wohnlicher machen will.

Die Organisation der Psychiatrie und ihre Angebote müssen es daher ermöglichen, dass wir unsere Arbeit gleichzeitig auf das Individuum und die Gesellschaft ausrichten. Das ist die Perspektive, über die wir heute debattieren müssen: es allen ermöglichen, in der ganzen Welt und doch für sich zu leben.

## **Introduction**

### **Réhabilitation, Réinsertion, « Ré-habitation »**

Dr. Edmond PERRIER, président de la CME, Etablissement Public de Santé Alsace Nord, Brumath

Voilà maintenant que depuis plus de 10 ans notre groupe de travail entre l'Alsace et le Bade Wurtemberg existe. Je l'ai moi même rejoint en 1998 lorsque je suis arrivé en Alsace. C'est notre collègue le docteur Nicole Bart qui m'a invité à y participer. Et ce fut pour moi un des moyens supplémentaires me permettant de m'intégrer dans une région que je ne connaissais pas à l'époque. Lorsque vous vivez à Marseille, que vous êtes totalement inséré dans la ville, dans le pays Marseillais, que vous êtes devenu un habitant de la Provence, du Sud comme on dit ici, votre vision de l'Alsace est dominée par les clichés habituels de la vision d'un ailleurs lointain : c'est le nord , on va facilement en Allemagne, les Alsaciens parlent Allemand, c'est plat, on boit de la bière des deux côtés de la frontière et on mange des saucisses et du chou, il fait froid et l'été les habitants de ces contrées lointaines se livrent à une migration de masse dans le sud car il ne doit pas y avoir de soleil dans les brumes de ce pays...du reste l'hôpital où nous sommes aujourd'hui s'appelle Brumath...il y a déjà la brume dans son nom !

Evidemment, pour ma part je n'étais que peu habité par cette imagerie chauvine du Sud envers le Nord car si je m'étais très bien inséré à Marseille, si j'étais tout à fait habilité à me dire Marseillais d'adoption, je restais habité par les souvenir de mon enfance et de mon adolescence Auvergnate et Forezienne, et il ne s'agissait au fond pour moi, que de mobiliser des souvenirs, des sensations du passé, pour me réhabituer, pour me réinsérer, pour réhabiter un pays qui avait tant de points commun avec mon Auvergne maternelle, non seulement climatique bien sur, mais aussi par des liens historiques importants.

Grâce à quelques irréductibles, notamment Christa Widmaier-Berthold, Jean-Michel Klinger et Nicole Bart, notre groupe à permis des échanges autour de nos organisations de soins en Alsace et dans le Bade Wurtemberg, des rencontres entre professionnelles, des rencontres entres tous les acteurs du champs de la santé mentale (cliniciens, soignants, administrateurs et familles) afin de confronter nos différences mais aussi nos points communs. Nous avons eu, je dois l'avouer, des moments d'essoufflement, des moments où nos approches divergentes semblaient nous opposer, des moments d'incompréhensions parfois accentuées par nos habilités très différentes pour la langue allemande ou française, mais grâce à madame Widmaier-Berthold, grâce à sa mobilisation pour que ce groupe continue à vivre et grâce aussi à ceux et à celles qui sont venus compléter et travailler avec nous, nous avons le plaisir de nous retrouver aujourd'hui ici pour travailler sur un thème qui, s'il met en évidence nos différences d'approches théoriques et pratiques d'une partie du travail en psychiatrie, n'en reste pas moins une préoccupation commune et dont l'analyse des résultats des dispositifs ne nous séparent peut être pas tant que cela. C'est en tout cas l'occasion de réfléchir ensemble qui nous est donnée par notre groupe et par l'organisation de cette journée pour laquelle du reste, l'EPSAN a fortement contribué. Je remercie monsieur Karol, notre directeur, et son équipe pour l'aide et le soutien à la réalisation de cette journée.

Lorsque nous avons évoqué la possibilité d'un travail commun autour des systèmes de soins en Alsace et au Bade Wurtemberg, nous avons d'abord en tête de voir si, pour l'évolution des patients schizophrènes, les différentes approches et les systèmes d'organisation de la santé mentale avaient des incidences non négligeables sur cette évolution et ce que nous pouvions trouver de remarquable dans nos approches respective de la schizophrénie.

Choisir de parler de réhabilitation fut déjà en soi l'objet de discussions importantes dans le groupe, entre Français et Allemands, mais aussi, je dois l'avouer entre Français... mais les psychiatres français du groupe avaient eu maintes fois l'occasion de montrer leur vieille tradition gauloise de querelleur. Le thème de la réhabilitation réveille beaucoup de passions et de désaccord entre nous tous, notamment autour des sous bassement théoriques qui soutiennent nos pratiques. Je dois avouer que lors de certaines de nos réunions, je sentais le pragmatisme germanique très interrogatif devant les positions théoriques passionnées des latins. Mais cela a toujours fait partie de l'intérêt et du charme de nos rencontres. C'est ainsi que le terme de réinsertion est venu compléter ou s'opposer à celui de réhabilitation...puis j'ai voulu rajouter celui de « ré-habitation » pour peut être proposer une troisième voie conceptuelle qui s'origine à la fois de la philosophie Heideggérienne et de la phénoménologie psychiatrique aussi bien Française qu'Allemande.

En effet, il me fallait trouver un terme qui puisse venir s'opposer et peut être même combattre celui de réhabilitation. Ce terme, dans l'usage de la langue française signifie : « rétablir quelqu'un dans son statut social, juridique ou moral, statut dont il aurait été injustement privé ». Ce mot ne s'appliquait anciennement ni aux choses, ni aux machines, ni aux bâtiments ni non plus aux malades. Je reprends là ce qu'écrivait Jean-Toussain Desanti en 1999 dans la lettre de la psychiatrie française. C'est en fait vers les années 60 que le sens du mot réhabilitation en français a été modifié par le sens anglo-saxon de réhabilitation. S'appliquant indifféremment aux choses et aux personnes c'est l'idée de rendre à nouveau utilisable pour un bâtiment, adapté à ses rôles sociaux pour un individu.

Je ne peux que partager l'opinion de Desanti lorsqu'il dit qu'il n'y a pas de mots dont l'usage soit innocent. Utiliser un mot, c'est déjà s'engager dans son sens, c'est s'engager dans les projets, les actes et les représentations que cette utilisation du mot appelle.

Dans le cas de la réhabilitation, mais aussi de la réinsertion dans une certaine mesure, l'enjeu est important. Nous sommes dans une discipline où la relation thérapeutique est essentielle, et nous pouvons interroger cette relation et notamment la question du statut de la réciprocité entre le thérapeute et le patient lorsque nous parlons de réhabilitation. Ne risquons nous pas de rendre déserte la scène thérapeutique lorsque nous souhaitons réhabiliter, n'y a t'il pas le risque d'avoir un réparateur qui devra à nouveau assigner la machine à sa fonction ?

Il ne faudrait pas que certains courants de la réhabilitation psychosociale ne soient que le relais de la politique de l'hôpital entreprise en participant à, comme le dit Pierre Delion, un « délestage » de patients chroniques sur le médico-social en proposant des prises en charges qui s'apparentent surtout à une rééducation à visée intégrative.

Dans tout travail de soin, l'idée de réinscrire le patient dans le monde social est fondamentale. Mais cela passe avant tout par la possibilité de permettre au patient de se réapproprier son existence, de réhabiter son corps, réhabiter le langage des hommes pour réhabiter le monde des hommes. Ce travail n'est pas possible sans action politique sur le monde, sans un travail politique dans la cité et sur la communauté, sans une action quotidienne visant à rendre le monde plus accueillant et plus habitable pour tous.

L'organisation et le dispositif mis en place pour soigner en psychiatrie doit garantir la possibilité de cette double action, auprès du sujet et dans la communauté. C'est finalement de cela que nous avons à débattre aujourd'hui, afin de pouvoir permettre à tous d'être des habitants du monde à part entière.