

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelorstudium in Sozialer Arbeit
Olten, im Juni 2019

Soziale Integration und Inklusion von Menschen mit einer psychischen Langzeiterkrankung am Beispiel der Schizophrenie

Analyse der sozialpsychiatrischen Praxis und der Bedeutung vom Habitus, Kapital und sozialem Feld nach Bourdieu für die soziale Integration und Inklusion als Aufgabe der Sozialen Arbeit

Bachelor Thesis von
Aida Dizdar

Eingereicht bei
Martina Fischer

Abstract

Menschen mit psychischen Langzeiterkrankungen sind in einem höheren Mass von sozialer Ausgrenzung betroffen. Insbesondere Menschen mit einer diagnostizierten Schizophrenie sehen sich aufgrund der Stigmatisierung der Krankheit vor der Herausforderung, einen Platz in der Gesellschaft zu finden. Der Krankheitsverlauf, der in vielen Fällen zu einer Chronifizierung der Symptomatik führt, kann eher auf die sozialen Bedingungen als auf die Krankheit selbst zurückgeführt werden. Die sozialpsychiatrische Praxis ist grundsätzlich an der Integration und der Inklusion der Betroffenen interessiert, die Umsetzung davon ist allerdings unzureichend und birgt die unbeabsichtigte Gefahr von Exklusionsmechanismen. Für die Integration und die Inklusion dieser Menschen spielt sowohl der persönliche Habitus als auch die Verfügbarkeit von ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital eine zentrale Rolle. Diese Aspekte bestimmen letztendlich die Position im sozialen Raum bzw. in der Gesellschaft und können durch Professionelle der Sozialen Arbeit für das Verständnis und die Analyse sozialer Problemlagen der Zielgruppe wie auch bei den Integrations- und Inklusionsbemühungen als Instrumentarium herangezogen werden.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Soziale Dimension der Psychiatrie	1
1.2 Bezug zur Sozialen Arbeit	4
1.3 Herleitung der Fragenstellung	5
1.4 Methodische Vorgehensweise und theoretischer Bezugsrahmen.....	7
2. Psychiatrie – Retrospektive	8
2.1 Sozialpsychiatrie	10
2.2 Lage in der Schweiz	11
2.3 Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit	13
3. Psychose/Schizophrenie im Erwachsenenalter	14
3.1 Diagnostik	15
3.2 Ätiologie	18
3.3 Das Phänomen der Chronizität.....	18
3.3.1 Konsequenzen der Chronizität für die Betroffenen	19
3.4 Behandlungsgrundsätze.....	22
3.4.1 Herausforderungen der Interventionen	23
3.4.2 Aktuelle Versorgungslage	24
3.5 Résumé.....	25
4. Inklusion und Exklusion	27
4.1 Integration, Inklusion und Teilhabe – eine Begriffsbestimmung	27
4.2 Von Integration zu Inklusion	28
4.3 UN-Behindertenrechtskonvention.....	29
4.4 Pierre Bourdieu	31
4.4.1 Sozialer Raum und Feld.....	31
4.4.2 Kapitaltheorie	33
4.4.3 Habituskonzept	35
4.5 Résumé.....	37
5. Diskussion der Erkenntnisse	38
5.1 Schlussfolgerung.....	43
5.2 Beantwortung der Fragestellung.....	44
5.3 Weiterführende Gedanken	45
6. Quellen- und Literaturverzeichnis	47
Anhang	53

1. Einleitung

Psychiatrie als Teildisziplin der Medizin befasst sich mit der Ätiologie, Diagnostik, Erforschung und Behandlung psychischer Erkrankungen, die meistens als Ausdruck endogener psychopathologischer Phänomene verstanden werden. Wer sich über einen längeren Zeitraum mit diesem Fachgebiet auseinandersetzt, wird jedoch erkennen, dass psychisches Leiden nicht allein mit naturwissenschaftlich-medizinischen oder psychodynamischen Konzepten zu erklären ist. Eine Annäherung an die subjektiven Lebenswelten der Betroffenen ist relevant, um ein umfassendes Verständnis zu gewinnen und damit auch die soziale Dimension seelischen Leids begreifen zu können (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 11f.).

1.1 Soziale Dimension der Psychiatrie

Der schweizerische Psychiater Eugen Bleuler vertrat bereits Ende des 19. Jahrhunderts die Grundhaltung, dass bei einer psychischen Erkrankung neben der neurobiologischen auch die individuell-psychologische Ebene eine zentrale Rolle spielt. Damit berücksichtigte er die soziale Dimension, die auch im späteren Verlauf durch andere in diesem Fachgebiet bedeutende Personen grössere Beachtung erfuhr (vgl. Kumbier/Haack/Hoff 2013: 44). Durch die Entstehung einer neuen Sichtweise auf die Psychiatrie entwickelte sich die Bewegung der Sozialpsychiatrie, die den Fokus besonders auf die psychosozialen Ursachen, Bedingungen und Folgen von psychischen Störungen richtete (vgl. Stange 2015: 33f.). Der Psychiater Klaus Dörner (1995: 84f.) war massgeblich an der Reformierung und Modernisierung der Psychiatrie der damaligen DDR beteiligt. Er betonte, dass die Sozialpsychiatrie sich nicht nur auf die psychiatrischen Diagnosen berufen kann. Die objektiven Beschreibungen psychischer Erkrankungen in Form von Klassifikationen wie dem ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems) würden lediglich Normen für die Verhaltenserwartungen der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Therapeutinnen und Therapeuten festlegen und damit die Sichtweise einengen. Sozialpsychiatrie ist demgegenüber an der Chancengleichheit aller Mitglieder einer Gesellschaft interessiert und orientiert sich an der objektiv bedarfsgerechten Hilfe und den subjektiven Bedürfnissen sowie der Lebenswelt der psychisch Leidenden.

Ein besonderes Augenmerk richtet die Sozialpsychiatrie auf chronisch psychisch kranke Menschen, deren Krankheitsverlauf durch langwierige, wiederkehrende und belastende Krankheitsepisoden gekennzeichnet ist. Diese Menschen sind erheblich von Isolation und Ausgrenzung betroffen (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 78). Im psychiatrischen Langzeitbereich ist der chronische Verlauf am häufigsten bei den Diagnosen Schizophrenie, affektive Störungen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie geistige Behinderungen zu beobachten (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2013: 190).

In Deutschland fehlen epidemiologische Zahlen über das gesamte Ausmass der Chronizität psychischer Erkrankungen. Die Diagnosestatistik erfasst lediglich die Hauptdiagnose, welche die chronischen Verläufe einer psychischen Krankheit nicht mitberücksichtigt (vgl. Stierl/Stierl 2012: 487). Allgemein fehlt es im Forschungsbereich und auch in der Therapie dieser Zielgruppe an repräsentativen Studien. Insbesondere die Thematik um schwerkranke Schizophreniebetreffene wird am meisten vernachlässigt, wobei angemerkt werden muss, dass die Definition «schwerkrank» noch keine allgemeingültige Definition gefunden hat (vgl. Hartwich 2009: 11). Bekannt ist jedoch, dass Menschen mit einer Psychose bzw. einer diagnostizierten Schizophrenie einen hohen Grad an Chronizität aufweisen. Diese Zielgruppe stellt Expertinnen und Experten vor vielerlei Fragen. Die Hauptfrage besteht darin, weshalb die Betroffenen trotz intensiver Behandlung und Betreuung nicht wieder gesund werden; sie wird auf verschiedenen Ebenen thematisiert (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 77f.). Viele Studien, die Menschen mit einer Schizophrenie über Jahrzehnte hinweg beobachtet und begleitet haben, zeigen, dass jeder Krankheitsverlauf unterschiedlich und äusserst vielfältig ausfällt. Eine in den 70er-Jahren gross angelegte Langzeitstudie im deutschsprachigen Raum konnte demonstrieren, dass es bei zwei Drittel der Betroffenen im Langzeitverlauf zu einer Rückbildung der Krankheitssymptome kommt, wovon ein Viertel wieder ganz gesund wird. Einen chronischen Verlauf weist hingegen ein Drittel auf (vgl. Schweitzer 1995: 30). Diese Studie besitzt auch heute noch weitgehend Gültigkeit, allerdings wird heute davon ausgegangen, dass eine vollständige Heilung bei Schizophrenie derzeit bei ca. 20 % liegt. 10 % aller Betroffenen leiden unter schwerwiegenden Beeinträchtigungen infolge des chronischen Krankheitsverlaufs (vgl. Stierl/Stierl 2012: 487).

Heute ist das Phänomen der Chronizität mit der Auflösung der alten psychiatrischen Anstalten nicht verschwunden, wie viele sozialpsychiatrisch Engagierte in den 70er-Jahren wegen der verschiedenen Reform- und Protestbewegungen gegen die traditionelle Psychiatrie gehofft hatten. Viele dachten, dass eine Entlassung der Menschen mit langwierigen Erkrankungen aus den Verwahranstalten in eine eigene Wohnung oder Wohngemeinschaft gesundheitsfördernd sei und zur sozialen Integration beitragen würde. Diese Annahme hat sich jedoch nur bedingt bestätigt (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 77f.). Viele Betroffene mit einer diagnostizierten Schizophrenie können heute zwar dauerhaft in der Gemeinde leben, aber die Gemeindepsychiatrie scheint sich in eine Psychiatriegemeinde mit Wohn-, Arbeits- und Freizeitstätten verwandelt zu haben. In dieser geschaffenen «Parallelwelt» haben die Betroffenen häufig nur Kontakte innerhalb ihrer eigenen Szene, weshalb von einer wirklichen Integration kaum die Rede sein kann. Im Alltag geht es hauptsächlich darum, Anlaufstellen in der Gemeinde zu finden und zu behalten, wohingegen Aspekte darüber hinaus vernachlässigt werden (vgl. Stange 2015: 35f.). Die Enthospitalisierung bedeutete für einen grossen Teil dieser Betroffenen eine Umhospitalisierung in Heime, betreute Wohngruppen oder

Wohnheime der Kliniken und damit blieb eine Mehrheit weiterhin auf irgendeine Weise institutionalisiert. Lediglich ein kleiner Teil konnte ambulant in eigenen Wohnungen betreut werden (vgl. Bosshard et al. 2013: 192). Die sozialen Schwierigkeiten, darunter die Abnahme von beruflichen und psychosozialen Fähigkeiten sowie die Isolation, die aus dem chronischen Krankheitsverlauf resultieren, führen nicht nur zur Ausgrenzung und Funktionslosigkeit innerhalb der Klinikmauern, sondern auch ausserhalb, in der sozialen Gemeinschaft (vgl. Dörr 2005: 68).

Schizophrenien kommen in allen gesellschaftlichen Schichten gleich oft vor, allerdings sind Betroffene mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status häufiger von einem schweren oder chronischen Verlauf betroffen (vgl. Zimmermann 2017: 93). Ausserdem weisen transkulturelle Untersuchungen auf eine Kausalität zwischen der Ausprägung der einzelnen Symptome und kulturellen Aspekten hin (vgl. Bosshard et al. 2013: 219). Die aktuelle Forschung nimmt an, dass der Verlauf der schizophrenen Erkrankung nicht primär von der Erkrankung selbst gesteuert wird, sondern aus einer Kombination der sozialen Situation, der individuellen Lebenslage, der Persönlichkeit und den zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien (vgl. ebd.: 230). Der Soziologe Pierre Bourdieu schildert in dieser Hinsicht, dass ein Individuum nicht lediglich ein biologisches und psychologisches Wesen ist, sondern ebenso ein soziales (vgl. Bourdieu et al. 1997: 160). Diese Annahme entspricht dem in der Sozialpsychiatrie bekannten bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell, das davon ausgeht, dass die Ursachen und Folgen von psychischen Krankheiten durch biologische, psychologische und soziale Faktoren erklärt werden müssen (vgl. Tölle/Windgassen 2012: 12). Gemäss Bourdieu kann der menschliche Körper als Angriffsfläche für gesellschaftliche Differenzierungsprozesse erfasst werden. Nach dieser Auffassung sind Gesundheit und Krankheit nicht nur von subjektiven Aspekten abhängig, sondern auch von der Stellung eines Individuums in der Gesellschaft (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2014: 107). Die zugeschriebenen Attribute der Schizophrenie als unheilbare, beängstigende und gefährliche Krankheit haben sowohl einen erheblichen Einfluss auf den Umgang der Umwelt mit den Betroffenen als auch auf deren eigenes, subjektives Selbsterleben (vgl. Dörr 2005: 69). Diese persönliche Verinnerlichung von Denk- und Handlungsschemata sowie Bewertungsmustern sind in der Gesellschaft bereits vorgebildet; Bourdieu bezeichnet dies als «Habitus» eines Menschen. Dieser individuelle Habitus ist nicht als eine allgemeine menschliche Kompetenz zu verstehen, sondern stets an eine spezifische Sozillage gekoppelt, was wiederum die soziale Ungleichheit produziert (vgl. Bourdieu 2016: 279).

Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) erklärt in diesem Zusammenhang die psychische Krankheit und Behinderung als ein gesellschaftliches Konstrukt, das zur Ausgrenzung und Diskriminierung von betroffenen Menschen führt und dadurch ihre soziale Lage erheblich

verschlimmert (vgl. Speck/Steinhart 2018: 8). Die gravierenden sozialen Folgen dieser Diskriminierung und Stigmatisierung von schizophreniekranken Menschen in der Gesellschaft kann als eine zweite Krankheit betrachtet werden, die es zusätzlich zu behandeln gilt (vgl. Finzen 2013a: 17). Aus diesem Grund wird für die Notwendigkeit einer inklusiven Gesellschaft plädiert, die weg von einer defizitorientierten Betrachtung hin zu einer fürsorglichen und ressourcenorientierten Sichtweise führt. Dies kann nur durch eine Veränderung der gesellschaftlichen Haltungen, eine Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen im Sinne der Teilhabe und durch die Gleichberechtigung aller Menschen möglich werden (vgl. Speck/Steinhart 2018: 8).

1.2 Bezug zur Sozialen Arbeit

Gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) sind jährlich 20–25 % der schweizerischen Bevölkerung von einer diagnostizierbaren psychischen Störung oder Erkrankung betroffen, die zu grossen individuellen und sozialen Belastungen führt. Die Soziale Arbeit nimmt diese Tendenz sowohl in der Sozialhilfe als auch in den ambulanten und stationären sozialen Einrichtungen wahr (vgl. Shuler/Früh 2012: 11). Ein grosser Teil der Klientel, die durch den regionalen Sozialdienst betreut wird, Sozialhilfe bezieht oder verbeiständet ist, nimmt zeitgleich oder später psychiatrische Dienste in Anspruch (vgl. Bosshard et al. 2013: 52). Die Anzahl der Betroffenen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung eine IV-Rente beziehen, ist in den letzten Jahren markant angestiegen. Es ist unumstritten, dass die steigende Belastung am Arbeitsmarkt und andere Stressfaktoren, darunter prekäre Migrationsgeschichten, Arbeitslosigkeit und Armut sowie mangelnde soziale Kontakte und eine daraus resultierende Einsamkeit und Isolation psychische Belastungen verstärken. Folglich sind die Professionellen der Sozialen Arbeit (PSA) dazu angehalten, die Betroffenen in der Alltagsbewältigung zu unterstützen und soziale Problemlagen gemeinsam anzugehen (vgl. Shuler/Früh 2012: 11). Hier wird deutlich, wie Begleitung und Unterstützung von psychisch kranken Menschen längst nicht mehr lediglich in medizinischer Verantwortung liegen. Neben den psychologischen und pflegerischen Leistungen haben die sozialarbeiterischen Unterstützungsformen an grosser Relevanz gewonnen (vgl. Steiner 2012: 11). Für die PSA ist es daher unabdingbar, über Kenntnisse der psychiatrischen Krankheiten zu verfügen. Diese Kenntnisse schliessen Formen und Hintergründe einer psychischen Störung sowie deren Behandlungsmöglichkeiten genauso wie die Erfassung der sozialen Aspekte ein. Angestrebt wird eine Verhinderung der gesellschaftlichen Ausgrenzung; insbesondere auch den chronisch psychisch kranken Menschen soll ein Leben in der Gesellschaft ermöglicht werden (vgl. Claussen/Eichenbrenner 2016: 11).

1.3 Herleitung der Fragenstellung

Die Geschichte der Psychiatrie zeigt, dass ein nachhaltiges Verbesserungspotenzial der psychiatrischen Behandlungsqualität beobachtbar ist. Die sozialpsychiatrische Praxis hat zu einer besseren Kooperation mit den Patientinnen und Patienten geführt, weil ihr Interesse zunehmend ins Zentrum gerückt wurde und dadurch ein konsequenterer Einbezug der Betroffenenperspektive ermöglicht werden konnte (vgl. Kumbier et al. 2013: 44). Der Wandel von der Anstaltspsychiatrie zur gemeindenahen Psychiatrie hat die Verhinderung der Ausgrenzung bzw. Wiedereingliederung der Betroffenen in die Gesellschaft zum Ziel. Dabei wird jedoch häufig nicht danach gefragt, ob die gesunden Mitglieder einer Gemeinschaft auch bereit sind, die Risiken und Belastungen, die mit einer psychischen Störung verbunden sind, zu tragen (vgl. Finzen 2004: 158). Wo in den 70er-Jahren noch von einer Liberalisierung des Denkens gesprochen wurde und gegenüber andersartigen Menschen und abweichenden Verhalten mit mehr Nachsicht begegnet wurde, zeichnet sich seit der 80er-Jahren wieder eine Tendenz zur Intoleranz ab. Vorwiegend gegenüber Menschen mit einer diagnostizierten Schizophrenie mit oder ohne chronischen Verlauf zeigt sich eine verminderte Duldsamkeit, die in zunehmenden Einweisungen in forensisch-psychiatrische Kliniken mündet (vgl. Finzen 2013a: 168f.).

Betroffene mit dieser Beschreibung fallen eindeutig in den Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit. Der Verantwortungs- und Kompetenzbereich umfasst die Begleitung und die Unterstützung von chronisch psychisch kranken Menschen, wenn sie ihre Lebenskrisen und existenzielle Verunsicherungen mit eigenen Ressourcen nicht oder nicht mehr bewältigen können. Es geht dabei auch um die Verhinderung von drohenden oder die Milderung bereits eingetretener biografischer Entwurzelungen (vgl. Lazarus/Bosshard 2005: 5). Chronisch psychisch kranke Menschen werden von Klaus Dörner (1998: 21) als «bedingte Gesunde» beschrieben. Er meint an dieser Stelle, dass es in diesem Kontext nicht mehr lediglich um die Krankheit und deren Symptombekämpfung ginge, sondern um Individuen und Lebenshilfen.

Erkenntnisinteresse

Vor diesem Hintergrund stellt sich zunächst die Frage, warum es dazu gekommen ist, dass die genannte Zielgruppe von der Modernisierung der Psychiatrie nur bedingt profitieren konnte. Die gemeindenahere Versorgung verhalf den Betroffenen dazu, in ihrer vertrauten Umgebung zu bleiben, was sicherlich zu einem moralisch vertretbaren Konsens in der Gesellschaft geführt hat. Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung, insbesondere aus dem schizophrenen Formenkreis, wurden wahr- und ernstgenommen. Diese Integrationsbemühungen scheinen sich nun jedoch partiell als widersprüchlich zu erweisen. Ein Teil der Betroffenen bewegt sich zwischen den zahlreichen psychiatrischen Angeboten, die zwar wohlgemeint initiiert wurden, jedoch den Anschein einer neu

geschaffenen Welt erwecken, die eine soziale Integration in Abrede stellt. Ein anderer, nicht unerheblicher Teil der Betroffenen wurde aufgrund schwerer Krankheitssymptome lediglich in Heime umhospitalisiert. In beiden Fällen kommt es zu regelmässigen Hospitalisationen in psychiatrischen Kliniken. Asmus Finzen, Arzt und Professor für Sozialpsychiatrie spricht in diesem Zusammenhang vom «Drehtür-Effekt» (vgl. Finzen 2013b: 198f.). Es stellt sich die Frage nach der tatsächlichen Intention einer sozialen Integration von Betroffenen durch die sozialpsychiatrische Praxis und wie diese Entwicklung unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen und sozialpolitischen Aspekte zu erfassen ist. Neben der Integration ist in der vorliegenden Arbeit auch der vieldiskutierte Begriff der «Inklusion» von Interesse, der in der BRK als Menschenrecht verankert wurde und durch Veränderungen von gesellschaftlichen Bedingungen für die Betroffenen angestrebt werden soll.

Aktuell wird im deutschsprachigen Raum in Bezug auf psychische Krankheiten am meisten zu den Themen Versorgung, Therapie, Epidemiologie und subjektive Sichtweise geforscht. Damit besteht ein Mangel an soziologisch- sozialpsychiatrischer Grundlagenforschung, die Ursachen untersucht, die auf soziale Faktoren zurückzuführen sind (vgl. Gruber/Böhm 2012: 23). Die Sozialpsychiatrie ist in den vergangenen Jahren gegenüber der biologischen Psychiatrie deutlich in den Hintergrund gerückt. Allgemein scheint mittlerweile nicht mehr eindeutig klar zu sein, was die Sozialpsychiatrie heutzutage ist und was sie will (vgl. Ciompi 2009: 4).

Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit liegt in der Analyse der Geschichte der Sozialpsychiatrie sowie ihrer aktuellen Trends und Entwicklungspotenziale. Die Soziale Arbeit nimmt zunehmend eine relevante Rolle in der Versorgungslandschaft der Psychiatrie ein; ihre Herausforderungen und Aufgaben müssen zunächst differenziert werden. Wie eingangs erläutert, widmet die Sozialpsychiatrie ihre Aufmerksamkeit besonders den schwer psychisch kranken Menschen, deren Erkrankung einen chronisch-rezidiven Krankheitsverlauf aufweist. Da es sich hierbei um verschiedene psychiatrische Erkrankungen handeln kann, erfolgt hier eine Eingrenzung auf die Diagnose «Schizophrenie». Hauptsächlich soll der Krankheitsverlauf dieser Diagnose mitsamt seinen Auswirkungen für die Betroffenen näher beleuchtet werden. Die Ausführungen zu den sozialen Bedingungen und Verbesserungsoptionen lassen sich weitestgehend auch auf andere psychische Störungen, deren Verlauf chronifizieren kann, übertragen. Ein weiteres Erkenntnisinteresse liegt insbesondere bei den Möglichkeiten, die der Sozialen Arbeit in der sozialpsychiatrischen Praxis zur Verfügung stehen und die zur sozialen Integration und Inklusion dieser Zielgruppe in der Gesellschaft beitragen. Den theoretischen Bezug dazu soll die soziologische Sichtweise von Pierre Bourdieu beitragen. Der Fokus liegt hierbei auf der Kapitaltheorie, dem Habituskonzept und dem sozialen Feld, die als ein Instrumentarium verstanden werden können. Die Auseinandersetzung soll aufzeigen, inwiefern sich diese theoretischen Begrifflichkeiten mit der sozialpsychiatrischen Praxis

verbinden lassen und ob Interventionen für die PSA daraus abgeleitet werden können, die für die genannte Zielgruppe hinsichtlich der Integration und Inklusion einen Mehrwert darstellen.

Fragestellung

"Welchen Beitrag kann die heutige Praxis der Sozialpsychiatrie zur sozialen Integration/Inklusion von Menschen mit einer diagnostizierten Schizophrenie mit einem chronisch-rezidiven Krankheitsverlauf leisten und wo liegen die Möglichkeiten und Grenzen der professionellen Sozialen Arbeit im Arbeitsfeld der Sozialpsychiatrie?"

Unterfrage

"Inwiefern kann die Soziologie nach Pierre Bourdieu als theoretische Fundierung für die sozialpsychiatrische Praxis herangezogen und für die Soziale Arbeit nutzbar gemacht werden?"

1.4 Methodische Vorgehensweise und theoretischer Bezugsrahmen

Die vorliegende Bachelorthesis stellt eine theoretische Arbeit dar, die sich auf Fachliteratur aus dem deutschsprachigen Raum stützt. Eine empirische Herangehensweise an das Thema hätte den Rahmen der Arbeit gesprengt, weshalb davon abgesehen wurde.

Zunächst wird die Entwicklungsgeschichte der Sozialpsychiatrie mitsamt ihren prägenden Meilensteinen und dem aktuellen Stand kurz dargelegt, um den Hintergrund herauszuarbeiten und eine erste Annäherung an die Thematik vorzunehmen. Die Rolle der Sozialen Arbeit in diesem Feld wird an dieser Stelle ebenfalls kurz erläutert. Es ist darauf hinzuweisen, dass die literarische Recherche ihren Fokus auf die sogenannten westlichen Länder bzw. den europäischen Raum legt. Wenn sich Ergebnisse explizit auf die Schweiz beziehen, wird dies kenntlich gemacht. Generell ist allerdings anzumerken, dass Forschungsergebnisse und Diskurse aus dem deutschsprachigen Raum häufig in ihren Grundzügen auf die Schweiz übertragen werden können.

Im zweiten Teil erfolgt die Definition der Zielgruppe primär nach dem medizinischen Wissenschaftsverständnis. Im darauffolgenden Kapitel wird der Versuch unternommen, den Integrations- und Inklusionsbegriff zu differenzieren und den Bezug zur Zielgruppe herzustellen. Darauf aufbauend soll eine Verbindung zur Theorie von Pierre Bourdieu generiert werden, wobei der Fokus am «Habituskonzept», der «Kapitaltheorie» und dem «Feld/sozialer Raum» liegt. Damit sollen neben den individuellen Aspekten insbesondere auch die gesellschaftlichen Bedingungen einer psychischen Erkrankung und deren Verlauf stärker angesprochen und Möglichkeiten für die PSA in der sozialpsychiatrischen Praxis

aufgeschlüsselt werden. Der Schwerpunkt liegt dabei auf «Integration und Inklusion» als einer der Hauptaufgaben Sozialer Arbeit.

Ferner soll erwähnt werden, dass die Werke von Bourdieu eine sehr umfassende Darstellung seiner Gedanken bieten und eine hohe Komplexität aufweisen, die eine zeitintensive Recherche voraussetzt, die für die Bearbeitung dieser Arbeit nur bedingt zur Verfügung steht. Aus diesem Grund sowie um die Inhalte in einer verständlichen Sprache übertragen zu können, wurden gewisse Inhalte von anderen Autorinnen und Autoren übernommen, die Bourdieu in ihren Werken wahrheitsgetreu wiedergeben und verarbeiten.

2. Psychiatrie – Retrospektive

In den folgenden historischen Ausführungen wurde bewusst auf eine gendersensitive Schreibweise verzichtet, weil die Medizin in früheren Epochen androzentrisch ausgerichtet war.

Anfangs des 18. Jahrhunderts wurden in Europa mittellose Menschen mit einer psychischen Krankheit, auch «arme Irren» genannt, mehrheitlich in Zuchthäusern und gefängnisähnlichen Tollhäusern untergebracht, insbesondere dann, wenn sie in ihren Familien oder regulären Krankenhäusern nicht «führbar» waren. Die fachliche Zuständigkeit für diese Betroffenen oblag der Medizin (vgl. Brückner 2015: 21). In der Zeit der Industrialisierung wurden Menschen, die nicht als arbeitsfähig galten, als Hindernis für die arbeitsfähige Gesellschaft diskreditiert. Alle störrischen und ungehorsamen Personen, die keinen produktiven Beitrag an die Gesellschaft leisteten, wurden in geschlossenen Institutionen abseits der Gesellschaft platziert (vgl. Bosshard et al. 2013: 29).

Um 1800 entstand die Anstaltspsychiatrie, die vom naturwissenschaftlichen Krankheitsmodell bestimmt war. Damit fanden die psychischen Erkrankungen eine Erklärung in der organischen Ursache (vgl. Obert 2015: 49f.). Ein patriarchalischer psychologisch-pädagogischer Ansatz bestimmte das therapeutische Milieu, der in äusserst schwierigen Fällen auch zu gewaltvollen Zwangsmassnahmen führte (vgl. Brückner 2015: 22). Um die soziale Frage zu regulieren, wurde durch erzieherisch-rehabilitative Massnahmen versucht, die Menschen zu nützlichen Mitgliedern der Gesellschaft zu erziehen. Damit zielten die Irrenanstalten auf eine abschreckende Wirkung ab (vgl. Bosshard et al. 2013: 29f.). Die Behandlung war öffentlich subventioniert und erfolgte in der Regel durch das Ärzte- und Pflegepersonal sowie durch Verwaltungspersonen (vgl. Brückner 2015: 22).

In England etablierte sich die medizinische Vorherrschaft um 1845 in den Anstalten; die monopolistische Position der Ärzte im Rahmen der Behandlung von Betroffenen war juristisch abgesichert. Die ärztliche Autorität konnte in Folge auch in Deutschland (preussischer Staat) ihre medizinischen Massnahmen legitimieren, weil eine psychische Krankheit als soziales Ordnungsproblem betrachtet wurde und die Gesellschaft an dessen Bearbeitung interessiert war (vgl. Bosshard et al. 2013: 30). Die Behandlungsansätze waren nun vielmehr anthropologisch-religiös, biografisch-hermeneutisch oder naturwissenschaftlich orientiert, was zunehmend zu einer Einschränkung aller Zwangsmittel führte, diese aber nicht gänzlich verschwinden liess. Folgende Hilfeformen kristallisierten sich heraus, die als Vorläufer der heutigen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie betrachtet werden können: Zum einen waren dies die Unterbringung und Betreuung in fremden Familien, heute als Familienpflege bekannt, sowie psychiatrische Hilfsvereine, die finanzielle Unterstützung und Arbeitssuche für die Entlassenen leisteten. Zum anderen wurden insbesondere in Frankreich die landwirtschaftlichen Kolonien errichtet, die den Wohn- und Arbeitsort für die Betroffenen vereinte (vgl. Brückner 2015: 22f.).

Um 1870 hat sich die Psychiatrie als medizinische Disziplin und naturwissenschaftliches Fach etabliert. Darauf folgte die akademische Psychologie mit ihren psychoanalytischen und psychotherapeutischen Ansätzen (vgl. Brückner 2015: 22). Psychisch kranke Menschen als nicht voll selbstbestimmungs- und verantwortungsfähige Personen einzustufen und ihnen gewisse Bürger- und Freiheitsrechte zu entziehen konnte medizinisch genauso legitimiert werden wie die Anwendung von Zwangsmassnahmen. Das klinische Setting dominierte gegenüber ambulanten und interdisziplinären Behandlungsansätzen (vgl. Bosshard et al. 2013: 30).

Die Paradigmenkrise der traditionellen Psychiatrie in den industrialisierten Ländern folgte mit dem Ende des Zweiten Weltkriegs bzw. mit dem Untergang des Nationalsozialismus. Verschiedene gesellschaftliche Gruppierungen setzten sich für psychisch kranke und behinderte Menschen ein, indem sie einen öffentlichen Diskurs forderten und damit das Anderssein nicht mehr allein den Experimenten und Fachpersonen überlassen wollten (vgl. Obert 2015: 49f.). Viele in der Psychiatrie Tätige weigerten sich, unter dem Vorwand eines scheinbar wissenschaftlich abgesicherten Konstrukts von psychischer Krankheit die Betroffenen weiterhin fernab vom Gemeinwesen unterzubringen. Die Beweggründe der zunehmenden sozialpsychiatrischen Ansätze in den industrialisierten Nationen waren ethisch, gesellschaftskritisch und kulturell motiviert (vgl. ebd.). Strotzka (1965: 10), ehemals einflussreicher Mediziner und Psychotherapeut aus Österreich, appellierte an eine aktive Zusammenarbeit mit der gesamten Gesellschaft, um die Leidenden aus der Isolation zu befreien und ihnen eine Wiedereingliederung in die Gemeinschaft zu ermöglichen. Er zeigte

auf, dass in vielen Krankheitsfällen Chronizität und Apathie die Folgen der Isolierung und Institutionalisierung waren.

1975 wurde eine durch den Bundestag in Auftrag gestellte Untersuchung zur Lage der Psychiatrie in der damaligen Bundesrepublik Deutschland durchgeführt. Das Ergebnis übte auch auf die Psychiatriereform anderer Länder Einfluss (Clausen/Dresler/Eichenbrenner 1996: 39f.). Die sogenannte Psychiatrie-Enquete fand heraus, dass eine sehr grosse Zahl von psychisch kranken und behinderten Menschen in den Anstalten in katastrophalen und als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen leben musste. Die Versorgung der Betroffenen erfolgte im Vergleich zur Versorgung von körperlich kranken Menschen durch nicht oder unzureichend ausgebildetes Betreuungspersonal. Auch ein Defizit an externen Unterstützungssystemen wurde deutlich. Eine Aufhebung der genannten Missstände, eine grundsätzliche Neuordnung der Unterstützung im Sinne einer gemeindenahen Versorgung sowie eine bedarfsgerechte Koordination aller Dienste wurden gefordert (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 21).

2.1 Sozialpsychiatrie

Sozialpsychiatrie bezeichnet ein theoretisch-empirisches Wissenschaftsverständnis, das sich vom biologisch-reduktionistischen Körperkrankheitskonzept der traditionellen Psychiatrie abgrenzt (vgl. Stange 2015: 33f.). Die Sozialpsychiatrie verfügt über eine eigene Grundlagenforschung, deren Ziel es ist, mögliche Kausalitäten zwischen dem sozialen Umfeld und psychischen Störungen wissenschaftlich zu untersuchen (vgl. Ciompi 1995: 207). Die Sozialpsychiatrie strebt eine therapeutische Praxis an, die eine partnerschaftliche Begleitung Betroffener unter Einbezug der Partizipation ermöglicht, um ein selbstverantwortliches Leben zu fördern. Psychische Störungen sollen im sozialen Raum der Menschen behandelt werden, dort wo sie entstehen, und vorzugsweise nicht in ab- und ausgrenzenden spezialisierten Institutionen (vgl. Stange 2015: 33f.). Für die rehabilitative und sozialpsychiatrische Praxis benötigt die Sozialpsychiatrie daher spezifische Behandlungsmethoden und adäquate Infrastrukturen (vgl. Ciompi 2009: 4). Aus dieser Ideologie heraus entstanden zahlreiche gemeindenahe Betreuungs- und Behandlungsangebote wie Ambulatorien und Tageskliniken. Damit sollte eine stärkere gesellschaftliche Verantwortung für psychisch kranke Menschen erreicht und implementiert werden (vgl. Stange 2015: 33f.).

Im fachlichen Diskurs werden die Bedeutung und die Intention der Sozialpsychiatrie seit jeher kontrovers diskutiert. In gewissen Kreisen wird besonders das «Soziale» hervorgehoben und soll die sozialpolitischen Bemühungen der Psychiatrielandschaft betonen, während wiederum andere die Sozialpsychiatrie neben den (neuro-)biologischen und psychodynamischen Aspekten als die dritte Unterdisziplin der ganzheitlichen Psychiatrie betrachten. Einige

erachten den Begriff gar als unnötig, weil eine gute Psychiatrie stets bio-, psycho- und soziale Bereiche impliziert (vgl. Ciompi 2009: 3). An der Generalversammlung der schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP) im Jahr 1993 wurde folgende Definition eingeführt, die seither als offiziell anerkannt gilt:

«Die Sozialpsychiatrie ist diejenige Unterdisziplin der Psychiatrie, deren Ziel es ist, Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen in ihren Wechselwirkungen mit der sozialen Umwelt zu behandeln und zu verstehen.» (Ciompi 1995: 205)

Als in den 80er-Jahren in Deutschland neue Einrichtungsformen, insbesondere regionale Versorgungsangebote, erprobt wurden, die gemeindenah, alltags- und problemorientiert ausgerichtet waren, ergab eine spätere Analyse dieser Modellprogramme, dass diese Veränderungen chronisch psychisch kranke Menschen vernachlässigten. Die Versorgungsstruktur für diese Gruppe wurde als mangelhaft und unzureichend eingeschätzt. Darauf folgend wurde eine engere Kooperation und Koordination der verschiedenen Einrichtungen mit ihren Angeboten unter Einbezug von Selbst- und Angehörigengruppen gefordert. Insbesondere für die genannte Zielgruppe soll ein adäquates Rehabilitationsangebot zur Verfügung gestellt werden. Allerdings scheint dieses Vorhaben heute zu stagnieren. Trotz der Erweiterung durch psychosoziale Aspekte dominiert in der psychiatrischen Versorgungslandschaft heute wieder die medizinisch-klinische Ausrichtung (vgl. Dörr 2005: 29f.).

2.2 Lage in der Schweiz

Der kritische Diskurs über die schädlichen Folgen von langen stationären Aufenthalten in den Psychiatrien, der seit den 60er-Jahren geführt wird, fand in der Schweiz eher verhaltene, aber durchaus kommentierende Zustimmung (vgl. Kumbier et al. 2013: 44). In den meisten westlichen Ländern wurden sozialpsychiatrische Konzepte auf der Basis von Empfehlungen der durchgeführten Psychiatrie-Enquete realisiert. Besonders die Schweiz konnte in dieser Zeit ein Wachstum an sozialpsychiatrisch orientierten regionalen Versorgungssystemen verzeichnen, welche die traditionell geführten psychiatrischen Kliniken ergänzten oder zum Teil ganz ersetzten (vgl. Ciompi 2009: 5f.). Gemeindenahe Netzwerke in unterschiedlicher Ausprägung und Ausrichtung wurden gegründet. Dies reichte von tagesklinischen Angeboten mit spezifischen rehabilitativen Zielen sowie ambulanten Diensten bis hin zu geschützten Arbeits- und Wohneinrichtungen. Kriseninterventionszentren mit ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten sowie mobile Equipen kamen hinzu. Entwicklung und Anwendung neuerer Ansätze zur beruflichen Reintegration folgten ebenfalls (vgl. Kumbier et al. 2013: 44).

Die Implementierung der sozialen Dimension bei der Behandlung und Therapie von psychischen Störungen ist grösstenteils auf die Bemühungen des Schweizer Psychiaters Luc

Ciampi zurückzuführen. 1977 wurde unter seiner Leitung in Bern die europaweit erste sozialpsychiatrische Universitätsklinik eröffnet (vgl. Kumbier et al. 2013: 44). Er konnte in den 60er- und 70er-Jahren mittels einer über mehrere Jahrzehnte hinweg ausgedehnten katamnestischen Untersuchung über den Langzeitverlauf von schweren psychischen Störungen beweisen, dass die Besserung einer psychischen Langzeiterkrankung häufig auf günstige Bedingungen zurückzuführen ist (vgl. Ciampi 2010: 3). Insbesondere in seinem bedeutendsten Forschungsgebiet der «Schizophrenie» konnte die Studie aufzeigen, dass die Erkrankung entgegen verbreiteter Meinung in vielen Fällen durchaus heilbar war oder zumindest erhebliche Besserungen aufwies (vgl. Schäfer/Lambert 2004: 42). Hier ist die 1984 von Luc Ciampi in Bern gegründete therapeutische Wohngemeinschaft «Soteria» hervorzuheben, die sich Menschen mit schizophrenen Störungen widmet und als alternative stationäre psycho- und milieuthérapeutische Behandlung mit möglichst wenig Einsatz von Psychopharmaka fungiert (vgl. Ciampi 2010: 5). Im gleichen Jahr folgte die Gründung der SGSP, welche die Forschung und eine Etablierung einer sozialpsychiatrischen Perspektive in der Praxis anstrebte (vgl. Kumbier et al. 2013: 44).

In den letzten zehn bis zwanzig Jahren ist im universitären Bereich eine gegenläufige Entwicklung beobachtbar. Viele Lehrstühle für Sozialpsychiatrie sind unbesetzt oder wurden ganz aufgehoben. Aktuell entstehen zunehmend neurobiologisch orientierte Lehr- und Forschungsstellen. Beispielsweise wird in Genf das ganze Psychiatriedepartement unter neurobiologischer Führung organisiert; ähnliche Entwicklungen sind ebenfalls in Zürich, Bern und Basel beobachtbar. Folglich wird eine Verarmung der spezifisch sozialpsychiatrischen Lehre und Forschung befürchtet (vgl. Ciampi 2010: 6). Die sozialpsychiatrische Praxis spürt diese Entwicklung ebenfalls. Der Grundsatz «ambulant vor teilstationär vor stationär» wird zwar gerne propagiert, doch ist die psychiatrische Versorgungslandschaft in der Schweiz aktuell wieder stark klinikzentriert, wenn auch mit anderen Schwerpunkten. Der stationäre Bereich für Akutbehandlungen macht fast vier Fünftel des gesamten Psychiatriebudgets aus. Hier sind Lücken in der gemeindeintegrierten Akutbehandlung beobachtbar. Generell kann gesagt werden, dass primär für Behandlungen in Kriseninterventionszentren, Tageskliniken und Ambulatorien entsprechende Angebote fehlen. Überdies sind die Ressourcen von Kanton zu Kanton beträchtlich unterschiedlich, weil keine einheitliche nationale Psychiatrieplanung in der Schweiz existiert (vgl. Becker et al. 2008: 58).

Das Versorgungsangebot für chronisch psychisch kranke Menschen mit einer diagnostizierten Schizophrenie ist ebenfalls unzureichend auf deren Bedarf ausgerichtet. Dies belegt eine Studie, die 2016 nach einem Auftrag durch das BAG erstellt wurde und die Versorgungssituation von psychisch kranken Menschen in der Schweiz unter die Lupe nahm.

Demnach wären für diese Zielgruppe mehr gemeindenahе und niederschwellige Angebote sowie alternative Wohnformen des begleiteten Wohnens erforderlich. Ausserdem ist der Ausbau von aufsuchenden sozialpsychiatrischen Diensten notwendig, die mit einer engen Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten einhergehen müsste (vgl. Stocker et al. 2016: 81).

Auf die Versorgungslage sowie die konkreten Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten der genannten Zielgruppe wird im nächsten Kapitel näher eingegangen. Um ein Verständnis davon gewinnen zu können, ist es zunächst notwendig, die Zielgruppe konkret einzugrenzen sowie zu erläutern, was einen chronisch-rezidivierenden Krankheitsverlauf charakterisiert. Zuvor folgt jedoch ein konziser Exkurs über die Funktion der Sozialen Arbeit im Arbeitsfeld der Sozialpsychiatrie.

2.3 Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit

In der Sozialpsychiatrie ist die Praxis der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit handlungsleitend. Dies ist ein Ansatz, der die Lebensfragen und Probleme in der Lebenswelt gemeinsam mit den Adressatinnen und Adressaten auf eine nicht hierarchische, demokratische und kommunikative Weise angeht und soziale Gerechtigkeit zum Ziel hat. Prävention, Alltagsnähe, Dezentralisierung, Regionalisierung und Vernetzung sowie Integration und Partizipation sind wesentliche Handlungsmaximen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit und haben sich somit zu Merkmalen der Sozialpsychiatrie entwickelt (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 26). Die Umsetzung gestaltet sich allerdings nicht immer ganz einfach, da sich die soziale Psychiatrie in einem Spannungsfeld zwischen dem Individuum und der Gesellschaft bewegt. Einerseits berücksichtigt das sozialpsychiatrische Handeln die subjektiven Lebensgestaltungen und bedarf eines Verständnisses der individuellen Lebenswelten, was mitunter auch Grenzen von Erträglichkeit voraussetzt. Andererseits orientieren sich die angemessene Unterstützung, Begleitung und Versorgung von psychisch kranken Menschen an den Toleranzen und Erwartungen des Gemeinwesens. Weitere handlungsleitende Aspekte sind ethisch und sozialpolitisch motiviert; so sollen chronisch psychisch kranke Betroffene gesellschaftlich mit körperlich Kranken gleichgestellt und wie diese behandelt werden (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 13). In der ambulanten Versorgung, insbesondere der gemeindenahen Einrichtung, ist die Soziale Arbeit zahlenmässig am stärksten vertreten. Hierzu zählen aufsuchende sozialpsychiatrische Dienste, sozialpsychiatrische Zentren, geschützte Arbeitsplätze und Werkstätten sowie Arbeitsintegrationsprogramme, um nur einige zu nennen. Während sich in einer Klinik die Psychiaterinnen und Psychiater um die Diagnostik kümmern, übernehmen PSA die Brückenfunktion zum Alltag und zum sozialen Netz der Betroffenen. Hierzu gehören alle

Fragen und Abklärungen betreffend Existenzsicherung, Wohnhilfe, Arbeits- und Beschäftigungsangelegenheiten, Familienhilfe inkl. Kinderversorgung und rechtliche Aspekte sowie Vermittlung und Verweise auf Hilfesysteme nach dem Austritt (vgl. Bosshard et al. 2013: 266f.).

Soziale Arbeit hat es jedoch im Feld der Psychiatrie nicht immer einfach, weil sie als ungefestigte Profession der selbstbewussten Medizin gegenübersteht, die in einem therapeutischen Prozess lediglich in Hilfsfunktion auftritt und sich allgemein zu wenig in ihrem eigenen Professionsverständnis positionieren kann (vgl. Shuler/Früh 2012: 11).

3. Psychose/Schizophrenie im Erwachsenenalter

Schizophrenie als psychische Erkrankung ist in jeder Hinsicht schwer zu erfassen. Häufig gilt sie als die am meisten verunsichernde und irritierende psychische Störung. Gleichzeitig löst sie durch ihr vielfältiges und nicht ergründbares Erscheinungsbild und ihren Verlauf auch eine Faszination aus (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 191). Die schizophrene Erkrankung kommt nicht selten vor; so erkrankt ca. jede hundertste Person daran. Am häufigsten findet sie im dritten Lebensjahrzehnt eines Menschen ihren Anfang (vgl. Finzen 2013b: 90).

Um 1911 hat der schweizerische Psychiater Eugen Bleuler den Begriff «Schizophrenie» eingeführt, der sich aus den Begriffen «schizo», was auf Griechisch so viel heisst wie «abgespalten», sowie «phren» als Bezeichnung für die Seele zusammensetzt. Damit wollte er auf Abspaltungen von psychischen Funktionen wie Denken, Fühlen und Handeln hinweisen, welche die Erkrankung charakterisieren (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 191). Seine Absicht war es, eine weniger abwertende Bezeichnung zu finden, um die ursprüngliche abzulösen. Diese war bis dahin vom deutschen Psychiater Emil Kraepelin, der die Schizophrenie als eine unumkehrbare Erkrankung des Verstandes definierte, durch den Begriff der «Dementia praecox» geprägt worden (vgl. Finzen 2013b: 89). Der von Bleuler nicht als abwertend intendierte Begriff ist heute allerdings negativ behaftet und mit Vorurteilen verbunden. So wird er in der Alltagssprache von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren für alle Formen der Unvernünftigkeit, Widersprüchlichkeit und Unsinnigkeit eingesetzt. Die Bezeichnung hat längst nichts mehr mit spezifischen seelischen Zuständen zu tun, die das eigentliche Krankheitsbild beschreiben sollen. Vielmehr bezeichnet der Begriff die Eigenschaften, die zur Stigmatisierung der Betroffenen führen, weshalb Fachpersonen und Betroffene eine andere Benennung fordern (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 192). Betroffene und deren Angehörige bevorzugen eher die Bezeichnung «Psychose» als «Schizophrenie», weil diese weniger negativ konnotiert ist und dadurch neutraler wirkt.

Ausserdem weist sie einen weniger endgültigen Charakter auf als «Schizophrenie» (vgl. Bosshard et al. 2013: 190). Im psychiatrischen Alltag wird oft von «Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis» gesprochen, was aufzeigt, dass auch die Psychiatrie mit der Begrifflichkeit keinen einheitlichen Umgang gefunden hat. Dies ist nicht zuletzt auch auf die Annahme zurückzuführen, dass es sich bei der Schizophrenie um eine Gruppe von verschiedenen Störungen handelt und nicht um ein einheitliches psychisches Krankheitsbild. Aus diesem Grund wird in den fachlichen Diskursen im Rahmen der Revision der Klassifikationssysteme diskutiert, die Bezeichnung der Schizophrenie durch einen Sammelbegriff verschiedener psychotischer Krankheiten zu ersetzen (vgl. Finzen 2013b: 89).

In den folgenden Ausführungen wie auch im gesamten Text wird der Begriff «Schizophrenie» eingesetzt, wie er nach dem bedeutendsten und weltweit anerkannten internationalen statistischen Klassifikationssystem von Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme, kurz ICD-10, angewendet und beschrieben wird. Aus fachpsychiatrischer Sicht wird ebenfalls die Bezeichnung «Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis» verwendet. Wenn der Begriff «Psychose» in der vorliegenden Arbeit benutzt wird, dann im Sinne der Betroffenen und ihren Angehörigen.

3.1 Diagnostik

Im ICD-10 werden alle psychischen sowie Verhaltensstörungen unter dem Code F00–F99 subsumiert. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen sind den Codes F20–F29 zugeordnet (vgl. ICD-10 2017: 175).

Nachfolgend werden die sechs ICD-10-Kriterien zur Diagnose einer Schizophrenie kompakt dargestellt (vgl. Bosshard et al. 2013: 191):

1. Ich-Störung: Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung, Gedankenentzug
2. Wahn: Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, Wahnformen anderer Art
3. Akustische Halluzinationen: kommentierende Stimmen, dialogische Stimmen
4. Sonstige Halluzinationen
5. Affektstörungen: verflachter Affekt, inadäquater Affekt, zunehmende Apathie, Sprachverarmung
6. Denkstörungen: Gedankenabreissen, Einschlebung in den Gedankenfluss

Mindestens ein Symptom der Kriterien aus der Gruppe 1, 2, 3 oder zwei Symptome der Gruppen 4, 5, 6 müssen länger als ein Monat beobachtbar sein, um die Diagnose stellen zu können (ebd.).

Ich-Störungen sind als Verlust der Kontrolle des Ichs über das Denken, Wahrnehmen, Fühlen sowie Handeln zu verstehen und stellen für Betroffene eines der zentralen Probleme dar (vgl. Bosshard et al. 2013: 191). Diese Störungen können sich durch Fremdbeeinflussungserleben und Entfremdungsgefühle zur eigenen Person und Umwelt äussern. So kommt es vor, dass Betroffene glauben, andere Gedanken lesen und Menschen steuern zu können oder aber umgekehrt, dass ihre Gedanken von anderen gelesen werden und sie selbst fremdgesteuert werden (vgl. Finzen 2013b: 75).

Des Weiteren wird zwischen formalen und inhaltlichen Denkstörungen unterschieden. Zu ersteren gehören beispielsweise Denkblockaden, Gedankenabreissen, Gedankenentzug und Gedanken, die nicht zu Ende gedacht werden können. Betroffene berichten auch häufig über Gedankeneingebung und das Gefühl, Gedanken von anderen Menschen zu denken (vgl. Claussen/Eichenbrenner 2016: 192). Zu den inhaltlichen Denkstörungen gehört der Wahn als eine feste und nicht korrigierbare Überzeugung, die keinen Raum für andere Argumente und Weltanschauungen zulässt (vgl. Bosshard et al. 2013: 191). Die Betroffenen sind infolgedessen nicht mehr in der Lage, subjektive Wahrnehmungen kritisch zu reflektieren. Die eigene Überzeugung dominiert in einer Weise, die keine Begründung oder Beweismittel bedarf, auch wenn ein Argument augenscheinlich dagegenspricht. Es gibt verschiedene Formen von Wahnkonstruktionen, wobei der Verfolgungswahn am häufigsten vorkommt. Entsprechend fühlen sich Betroffene auf der Strasse verfolgt oder durch Telefon, Internet oder Satelliten ausspioniert (vgl. Claussen/Eichenbrenner 2016: 194f.). Weitere Formen, um noch einige zu nennen, sind der Grössenwahn (Selbstüberschätzung, Gefühle der Weltbeherrschung), Beziehungswahn (Aussagen und Ereignisse in der Umwelt werden auf sich bezogen), Liebes- und Eifersuchtswahn sowie Beeinträchtigungswahn (Überzeugung der erkrankten Person, dass andere ihr durch grundsätzlich belanglose und alltägliche Handlungen schaden wollen) (vgl. Tölle/Windgassen 2012: 176). Wahndecken gehören zu einem inneren Chaos, können aber einen systematischen Charakter aufweisen. Häufig stehen sie im Zusammenhang mit einer Abgrenzungsproblematik, Verkennungen und Halluzinationen (vgl. Finzen 2013b: 78).

Halluzinationen als Wahrnehmungsstörungen können dabei alle fünf Sinne betreffen. Es handelt sich dabei um realitätsfremde Sinnestäuschungen, die andere Menschen nicht teilen. Am meisten leiden die Betroffene unter akustischen Halluzinationen (vgl. Bosshard et al. 2013: 191). Diese können aus Geräuschen in diversen Formen und Lautstärken bestehen. Am häufigsten treten kommentierende oder imperative Stimmen auf, die freundlich, unterhaltsam oder auch bedrohlich sein können. Besonders bei negativen Inhalten oder Stimmen, die Befehle erteilen und zu gefährlichen Handlungen auffordern, ist diese Wahrnehmungsstörung mit grosser Angst verbunden (vgl. Finzen 2013b: 79). Suizidalität ist in diesem Zusammenhang

ein nicht zu unterschätzendes Thema; sie kann jedoch nicht nur aus der genannten Symptomatik heraus resultieren, sondern auch daraus, dass Betroffene glauben, aus der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung keinen Ausweg mehr finden zu können. Über die Hälfte der längerfristig betroffenen Menschen hat mindestens einen Suizidversuch hinter sich, die Suizidrate dieser Zielgruppe wird auf 5–15 % geschätzt (vgl. ebd.: 211f.).

Formen

Weil die Schizophrenie kein homogenes Krankheitsbild darstellt und Psychiaterinnen und Psychiater verschiedene Formen unterscheiden, sollen die häufigsten im Folgenden kurz erläutert werden (vgl. Bosshard et al. 2013: 191).

F 20.0 Paranoide Schizophrenie: ihre Charaktereigenschaft ist die Wahnvorstellung, beispielsweise ein Verfolgungs- oder Vergiftungswahn, die oft von Halluzinationen begleitet wird. Betroffene leiden dabei häufig unter grosser Angst und Unruhe (vgl. ICD-10 2017: 187).

F 20.1 Hebephrene Schizophrenie: Hier stehen die affektiven Veränderungen im Vordergrund. Diese Form tritt insbesondere bei jungen Erwachsenen auf und ist durch Enthemmung, «albernes» Verhalten und Oberflächlichkeit sowie Zerfahrenheit, Antriebsverlust und Rückzug gekennzeichnet. Flüchtige Halluzinationen und Wahnvorstellungen kommen ebenfalls vor (vgl. ICD-10 2017: 187).

F 20.2 Katatone Schizophrenie: Mit katatonen Symptomen sind Störungen der Psychomotorik gemeint. Entweder handelt es sich dabei um den katatonen Stupor, wonach die Betroffenen eine körperliche Bewegungslosigkeit aufweisen. Die betroffene Person ist zwar wach und ansprechbar, rührt sich aber nicht und ist auch nicht in der Lage zu sprechen. Dieser Zustand ist für diesen Menschen äusserst beängstigend und quälend (vgl. ICD-10 2017: 188). Beim anderen Extrem handelt es sich um den sogenannten katatonen Erregungszustand mit einer ausgeprägten psychomotorischen Unruhe mit erhöhter Affinität zu zerstörerischen Verhaltensweisen, Aggressivität und Gewaltanwendung (vgl. Finzen 2013b: 80).

F 20.5 Schizophrenes Residuum: Hierbei handelt es sich um die chronisch verlaufende Form der Schizophrenie, bei der nun zusätzlich die Negativsymptomatik stärker in den Vordergrund rückt (vgl. ICD-10 2017: 188).

An dieser Stelle ist zu betonen, dass es sich hierbei um unvollständige Angaben handelt, weil eine ausführliche Darstellung den Umfang der Arbeit strapazieren würde. Die in der vorliegenden Arbeit gewählte Zielgruppe leidet meistens unter dem schizophrenen Residuum, das die Symptome der anderen Formen beinhalten kann, aber nicht zwingend muss. Die genannte Negativsymptomatik, die in dieser Form der Schizophrenie zu verorten ist, wird in

einem eigenen Unterkapitel differenziert, da sie für den langwierigen, chronischen Krankheitsverlauf charakteristisch und verantwortlich ist.

3.2 Ätiologie

Bis heute ist nicht bekannt, wie Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis entstehen. Trotz umfangreicher psychiatrischer Forschung kann für die Schizophrenie nicht *die* Ursache festgemacht werden. So gibt es eine Reihe von Vorstellungen, Theorien und Befunde, die als zusammenwirkende ursächlichen Faktoren betrachtet werden können (vgl. Tölle/Windgassen 2012: 213). Bisher eindeutig scheint die Vorstellung darüber, dass Betroffene sensibler auf Innen- und Aussenreize reagieren als andere Menschen. In diesem Zusammenhang wird in der Schizophrenieforschung von «Vulnerabilität» gesprochen, womit die Verletzlichkeit eines Menschen beschrieben wird (vgl. Finzen 2013b: 121). Zu den genetischen, neurochemischen und entwicklungspsychologischen Faktoren werden auch psychosoziale und soziokulturelle Aspekte als Entstehungsbedingungen gezählt. Kritische Lebensereignisse, sogenannte «Life Events», treten vor der Erkrankung auffällig häufig auf. Sie sind jedoch als ursächlicher Faktor häufig schwer zu bestimmen, da die davon betroffenen Menschen nur selten offen und bereitwillig über ihre Situation sprechen (vgl. Tölle/Windgassen 2012: 213-219). Des Weiteren gibt es Hinweise auf einen engen Zusammenhang zwischen der sozialen Schicht und dem Krankheitsverlauf einer Schizophrenie (vgl. ebd.: 125). In unteren sozialen Schichten kommt die Erkrankung häufiger vor, insbesondere schwere Formen sind dort zu verorten. Möglich ist jedoch auch, dass die Erkrankung selbst zum sozialen Abstieg führt, da Betroffene, insbesondere durch den chronischen Verlauf, Leistungseinbussen erfahren. Umgekehrt können jedoch auch die ungünstigen und kritischen sozialen Lebensbedingungen die Erkrankung begünstigen (vgl. ebd.: 219).

3.3 Das Phänomen der Chronizität

Von psychiatrischen Langzeitpatienten wird dann gesprochen, wenn die psychische Erkrankung einen langsam verlaufenden, chronischen Krankheitsverlauf aufweist. Dieser ist gekennzeichnet durch längerfristig intensive Betreuung und Behandlung durch psychiatrische Institutionen. Es kommt hierbei oft zu rasch wiederkehrenden stationären Aufnahmen und Entlassungen. Zu den «klassischen Langzeitpatienten» zählen Menschen, die eine lange Behandlungsgeschichte aufweisen und in psychiatrischen Institutionen alt geworden sind (vgl. Bosshard et al. 2010: 189f.). Bei manchen Betroffenen, die wiederholt unter Krankheitsepisoden leiden, ist eine vollständige Remission möglich. Dennoch leiden viele an einer Restsymptomatik, die sich in der sogenannten negativen Symptomatik äussert, die durch Energie- und Antriebslosigkeit, Affektverflachung oder soziale Isolation gekennzeichnet ist (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 77f.) Daher kann behauptet werden, dass der chronische Krankheitsverlauf einer Schizophrenie weitgehend durch die Negativ- oder Minussymptome

gekennzeichnet ist, die das Aktivitätsniveau der Person und seines psychotischen Prozesses beschreiben. Diese sind am Ausdruck und am Verhalten beobachtbar. Während die Positivsymptomatik einen Überschuss oder eine Verfälschung normaler Funktionen im Sinne einer Wahnsymptomatik oder Halluzinationen aufweist, zeigt sich die Negativsymptomatik anhand einer Verminderung oder eines Verlusts normaler Funktionen (vgl. Bosshard et al. 2013: 194). Die betroffene Person ist folglich apathisch, hat wenig bis keinen Antrieb, leidet unter Freude- und Interessenlosigkeit und weist einen verflachten Affekt auf, der sich durch eine teilnahmslose Mimik und Körpersprache ausdrückt. Hinzu kommt der Verlust von sozialen Interessen: Betroffene ziehen sich zurück, weil sie Angst vor Konfrontationen in zwischenmenschlichen Beziehungen haben (vgl. Zimmermann 2017: 91). Durch das oft ungepflegte äussere Erscheinungsbild entsteht die gewünschte Distanz zu den Mitmenschen zwangsläufig. Häufig wenden die an Schizophrenie erkrankten Menschen Alkohol oder Cannabis als Selbstmedikation an, um sich zu beruhigen oder aber eine anregende Wirkung zu erreichen (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 78).

Forscher konnten bei gewissen chronisch psychisch kranken Betroffenen organische Veränderungen im Gehirn nachweisen, bei anderen wiederum nicht. Bisher bestätigt wurde aber, dass die Chronifizierung Männer häufiger betrifft als Frauen. Sie beginnt schleichend und bereits mit einer Negativsymptomatik (vgl. Bosshard et al. 2013: 194). Diskutiert wird auch, ob die rasche Anwendung von Psychopharmaka die Chronifizierung verhindert oder fördert. Die Einnahme solcher Medikamente hat erhebliche Auswirkungen auf das emotionale Erleben und den Energiehaushalt der Betroffenen (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 77f.).

Der Terminus «chronisch» vermag über den Typus einer psychischen Erkrankung nicht genügend auszusagen und kann deshalb primär als sozialer Status verstanden werden (vgl. Dörr 2005: 68).

3.3.1 Konsequenzen der Chronizität für die Betroffenen

Die langjährige und sich oft wiederholende Verweildauer in psychiatrischen Kliniken bringt für Menschen mit einer Psychose vielfältige einschneidende und ineinandergreifende Probleme in grundlegenden Lebensbereichen mit sich. Zu diesen Bereichen zählen sowohl Arbeit und Beschäftigung, Wohnen, Finanzen als auch die sozialen Kontakte und die zwischenmenschlichen Beziehungen. Biografische Untersuchungen demonstrieren, dass Betroffene häufiger aus sozialen als aus psychopathologischen Gründen in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert werden. Menschen mit einer diagnostizierten Schizophrenie leiden unter den vorgebildeten, primär negativ konnotierten Zuschreibungen aus ihrer Umwelt. Diese negativ vorgeprägte Anschauung beeinflusst den Umgang der Umwelt mit den Betroffenen und in Folge auch ihre eigene Selbstwahrnehmung (vgl. Dörr 2005: 68f.). Dieses Muster, das dem Etikettierungsansatz zuzuordnen ist, ist mit Stigmatisierung eng

verbunden. Durch die Konfrontation mit den Mitmenschen und deren Reaktionen, aber auch durch Ansichten und Behandlungen der Fachleute, fühlen sich die Betroffenen Normen und Erwartungshaltungen ausgesetzt, die wiederum zur Ausübung der «schizophrenen» Rolle führen. Die Art und Weise, wie mit dem kranken Menschen umgegangen wird, hat erheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf (vgl. Finzen 2013b: 124). Die vielfältigen psychosozialen Folgen gehen mit Depressionen einher, welche den Betroffenen die Hoffnung auf das Leben rauben (vgl. ebd.: 221).

Soziale Beziehungen

Mit der Erkrankung treten für Menschen mit einer Psychose häufig Veränderungen des sozialen Netzwerks auf, und der Verlust von sozialen Kontakten ist oft eine Folge davon. Wenn die Betroffenen nicht in Heimen untergebracht sind, leben sie häufig allein und isoliert (vgl. Radisch et al. 2015: 23). Der soziale Rückzug als einer der genannten Negativsymptome kann als Schutzmechanismus fungieren, der die Menschen von äusseren Reizüberflutungen schützt. Diese Reizabschirmung hat demnach eine zentrale Funktion und birgt zeitgleich das Risiko einer totalen sozialen Isolation (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 78). Dieser Zustand zieht über eine längere Zeit weitgreifende Konsequenzen nach sich, da die allgemeinen sozialen Fähigkeiten allmählich schwinden. So kommt es vor, dass der betroffene Mensch nicht mehr auf die erlernten kommunikativen Fähigkeiten zurückgreifen kann. Dadurch entstehen keine positiven Erfahrungen und Begegnungen im zwischenmenschlichen Bereich mehr, die eine neue Motivation Menschen kennenzulernen und Beziehungspflege zulassen würden (vgl. Bosshard et al. 2013: 194). Betroffene führen selten eine verlässliche und stabile Beziehung in der Partnerschaft, es kommt häufig zu Trennungen. In der Ausführung der Elternrolle sind sie oft der Angst ausgesetzt, die Fürsorge für ihr Kind zu verlieren. Von aussen erleben sie Schuldzuweisungen und Vorwürfe in der Ausübung dieser Rolle, die subjektiv häufig als belastend und schwierig wahrgenommen wird (vgl. Radisch et al. 2015: 23). Familienangehörige sind letztendlich häufig die einzigen Bezugspersonen, die jedoch auch gravierenden Belastungen durch die Erkrankung ausgesetzt sind. Ihr Verhalten beeinflusst ebenso den Krankheitsverlauf der Betroffenen und bedarf professioneller Unterstützung im Umgang mit den Krankheitssymptomen (vgl. Dörr 2005: 58).

Arbeit und Finanzen

In der Arbeitswelt hat sich die Situation für chronisch psychisch kranke Menschen durch die Rationalisierung und den zunehmenden Qualifikations- und Leistungsdruck verschlechtert. Der beschützte Sonderarbeitsmarkt stellt eine einzige Alternative zur Arbeitslosigkeit dar, die nicht unterschätzt werden darf, jedoch nicht als Inklusion in das Arbeitsleben zu betrachten ist (vgl. Stange 2015: 37). Hinzu kommt, dass jüngere Betroffene beim Ausbruch der Erkrankung häufig nicht in der Lage sind, eine Berufsausbildung zu absolvieren (vgl. Radisch et al. 2015:

25). Nur wenige können einer Lohnarbeit nachgehen, daher erhalten die Betroffenen je nach politischer Lage im Herkunftsland staatliche Unterstützung (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 78). In Deutschland beziehen jährlich 6000 Menschen, die im Durchschnitt 40 Jahre alt sind, aufgrund schizophrener Psychosen eine Neurente. 15 % aller Betroffenen sind von einer Frühberentung unter 40 betroffen (vgl. Eikermann/Reker/Richter 2005: 669). Auch die Schweiz verzeichnet einen Anstieg der jungen psychiatrischen Neurentnerinnen und Neurentner, jährlich sind es bis zu 3000 unter 30-jährige Personen (vgl. Baer et al. 2016: 49). Unter der Typologie der häufigsten sechs psychiatrischen Diagnosen von Menschen, die sich im IV-Abklärungsverfahren befinden oder bereits die Rente beziehen, sind Schizophrenien mit 23 % an zweiter Stelle nach Intelligenzminderungen mit 24 % aufgeführt (vgl. ebd.: 51). Die finanziellen Mittel reichen kaum aus, weshalb sich die Betroffenen häufig in einer finanziellen Notlage befinden. Nebst den grundlegenden Lebenserhaltungskosten wollen Betroffene auch die Bedürfnisse nach Nikotin, Kaffee, Alkohol oder Cannabis befriedigen (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 78). Die Armut der Langzeitkranken wird häufig nicht wahrgenommen, da sie rundum betreut scheinen. In Wirklichkeit ist ihre finanzielle Lage prekärer als die von nicht kranken Sozialhilfeempfängern, denn ein Bett oder gar ein Zweibettzimmer in einem Wohnheim ist längst noch keine eigene Wohnung (vgl. Bosshard et al. 2013: 201).

Eine vorzeitige Exklusion aus dem Arbeitsmarkt hat für die Betroffenen auch die Exklusion aus der Gesellschaft zur Folge. Die Arbeitslosigkeit führt zur chronifizierten psychischen Destabilisierung, was wiederum den sozialen Abstieg mitfördert. Infolge dessen wird das private Umfeld stärker belastet und die Gesundheitskosten steigen ebenfalls (vgl. Baer et al. 2016: 49).

Wohnen

Die meisten Menschen mit einer diagnostizierten Schizophrenie sind infolge der Chronizität in ihrer Fähigkeit den Alltag selbständig zu bewältigen eingeschränkt (vgl. Ciompi 1995: 206). Diese Einschränkungen können so gravierend sein, dass Betroffene dauerhaft auf fremde Hilfe angewiesen sind. Seit der Psychiatriereform der 70er-Jahre wurden 70 % der Betroffenen in psychiatrische Kliniken, Wohnheime und betreute Wohngruppen umplatziert. Nur ein kleiner Teil wird durch ein ambulantes Setting in der eigenen Wohnung betreut (vgl. Bosshard et al. 2013: 191f.). Auch wenn ein Wohnheim gegenüber der früheren Langzeitstationen offener gestaltet ist, müssen Betroffene ihr natürliches Lebensumfeld verlassen (vgl. ebd.: 469). Alleinlebende werden gelegentlich von einer aufsuchenden Pflege besucht oder landen fehlplatziert in einem Pflegeheim, in einer Obdachlosenunterkunft oder im Massnahmenvollzug (vgl. Claussen/Eichenbrenner 2016: 78). Die Langzeitstationen der psychiatrischen Kliniken wurden aus finanziellen Gründen zunehmend zugunsten von

stationären Akutbehandlungen aufgelöst. Viele Kliniken haben ausgelagerte Einrichtungen mit dem Ziel der sozialen Rehabilitation geschaffen, die jedoch vielmehr als Heime, die zur Klinik gehören, fungieren. Entsprechend ist diese Lebenswelt für die Betroffenen durch ähnliche Strukturen wie in der Klinik geprägt und berücksichtigt ihre individuellen Entwicklungsmöglichkeiten und Bedürfnisse nur unzureichend (vgl. Bosshard et al. 2013: 199).

3.4 Behandlungsgrundsätze

Neben der pharmakologischen Therapie sowie Psychotherapie ist die soziale Behandlung im Sinne der Milieu- oder Soziotherapie für die Behandlung der Schizophrenie zentral. Letztere beinhaltet breit gefächerte Interventionen von sozialer Unterstützung. Hierzu gehören beispielsweise die Rehabilitation, das Training sozialer Fertigkeiten, die Selbsthilfe, die Freizeitgestaltung, die Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie die Unterstützung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (vgl. Finzen 2013b: 146). Für die Behandlung und die Therapie muss darauf hingewiesen werden, dass diese stets im Einzelfall zu berücksichtigen ist. Das bedeutet, dass nicht allein die Symptome der Erkrankung für die Behandlung eine Rolle spielen, sondern auch Lebenssituation, Persönlichkeit und Erwartungen der jeweiligen Betroffenen (vgl. Tölle/Windgassen 2012: 221). Im psychiatrischen Alltag hat die medikamentöse Behandlung oft Vorrang, auch wenn dies gerne dementiert wird. Schliesslich ist es bei akuten Psychosen die einfachste, schnellste und wirksamste Methode, um die Betroffenen von ihren Ängsten, Beeinträchtigungsgefühlen und ungeordneten Gedanken zu befreien (vgl. Finzen 2013b: 146). Hierzu werden sogenannte Neuroleptika eingesetzt, die häufig auch zur Prävention eines Krankheitsrückfalls beitragen sollen (vgl. Zimmermann 2017: 93). Für eine konstruktive Schizophreniebehandlung sind Neuroleptika genauso unabdingbar wie die Sozio- und Psychotherapie (vgl. Finzen 2013b: 214). Ihre Nebenwirkungen sind allerdings nicht zu vernachlässigen; sie können individuell und in unterschiedlicher Form und Intensität auftreten. Deshalb sollte stets sorgfältig eingeschätzt werden ob, welche und in welcher Dosierung Neuroleptika eingesetzt werden sollten (vgl. Bosshard et al. 2013: 230f.). Sie sind als ergänzende Massnahmen anzuwenden und nur wirkungsvoll einsetzbar, wenn begriffen wird, dass der soziale Rückzug eine Reaktion auf einengende und beeinträchtigende Lebensbedingungen darstellt. Daher ist es von grosser Relevanz, mit Betroffenen gemeinsam daran zu arbeiten (vgl. ebd.: 194). Um den raschen medikamentösen Einsatz aus dem Zentrum der Behandlung zu rücken, wurde nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten geforscht. Eines davon ist das in dieser Arbeit bereits erwähnte Behandlungskonzept der Soteria (vgl. Zimmermann 2017: 93). Grundsätzlich ist die Hilfe auf die Bewältigung des Krankheitserlebens ausgerichtet. So sollen die an einer Psychose erkrankten Menschen in der Ergründung ihrer Verletzlichkeit und in der Suche nach Bewältigungsstrategien unterstützt werden, damit sie befähigt werden, mit der Erkrankung umzugehen, aber auch um präventiv

auf Krankheitsrückfälle einwirken zu können (vgl. Finzen 2013b: 147). Darüber hinaus sind die Angehörigen zwingend in die Betreuung und Therapie einzubeziehen. Sie sind Expertinnen und Experten in der Alltagsbewältigung einer psychischen Krankheit, was von den Professionellen häufig zu wenig beachtet wird. Im Hinblick auf das Ziel, die Betroffenen nicht aus ihrem gewohnten und vertrauten sozialen Umfeld herauszureissen, wurde die Angehörigenarbeit in der Sozialpsychiatrie zu einem massgeblichen Faktor (vgl. Dörr 2005: 57f.).

3.4.1 Herausforderungen der Interventionen

Bei körperlich kranken Menschen wird stets auf die Eigenverantwortung plädiert – sie entscheiden über die Kooperation mit Fachpersonen. Für psychisch kranke Menschen gilt diese Sichtweise zwar auch, gestaltet sich jedoch schwieriger, weil die Symptome im Bereich des Denkens oder des Affekts zu Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Fachpersonen führen kann (vgl. Finzen 2013b: 196f.). Aus der Studie zur Versorgungssituation in der Schweiz geht hervor, dass die Behandlung von chronisch psychisch kranken Menschen mit einer diagnostizierten Schizophrenie als anspruchsvoll und aufwändig gilt. Häufig werden die Therapieerfolge als zu gering eingeschätzt. Dies ist mitunter auf die starken Ambivalenzen zurückzuführen, welche die Krankheit beinhaltet und welche die Krankheitseinsicht und Therapiemotivation der Betroffenen entscheidend beeinflussen (vgl. Stocker et al. 2016: 6). Hier ist anzumerken, dass die mangelnde oder fehlende Krankheitseinsicht mit dem Wahnsystem verbunden ist. Wenn die betreffende Person von dem überzeugt ist, was mit ihr geschieht, dann ist dies ihre persönliche und in dem Moment einzig wahre Weltsicht. Infolgedessen ist es verständlich, dass Betroffene nicht das Gefühl haben, an einer psychischen Krankheit zu leiden (vgl. Finzen 2013b: 197). Nicht selten kommt es deswegen dazu, dass die notwendige medikamentöse Therapie abgelehnt oder im Verlauf beendet wird. Dies kann jedoch auch an den starken Nebenwirkungen liegen, welche die Lebensqualität beeinträchtigen. Hierzu werden beispielsweise Gewichtszunahme, Müdigkeit, sexuelle Funktionsstörungen oder eine quälende Bewegungsunruhe gezählt. Hinzu kommt, dass Psychopharmaka in der Öffentlichkeit einen schlechten Ruf haben, in dem Sinne, dass sie nicht helfen würden, abhängig machen oder lediglich sedieren würden (vgl. ebd.: 184f.). Behandlungsabbrüche sind bei der genannten Zielgruppe nicht selten. Ebenfalls häufig kommt vor, dass Betroffene eine Hilfeleistung zu spät oder gar nicht in Anspruch nehmen. Dabei spielt nicht nur die psychotische Symptomatik eine Rolle, sondern möglicherweise auch eine unbefriedigende Beziehung zum ärztlichen Fachpersonal und ein damit einhergehender wiederholter Wechsel der Therapeutinnen und Therapeuten (vgl. Radisch et al. 2015: 31). Klaus Dörner (1998: 25-28) suggeriert den psychiatrischen Institutionen gar eine sympathisierende Haltung zur Behandlung und Therapie von akuten psychotischen

Erkrankungen. Die chronisch psychisch Kranken werden durch das Etikett «unheilbar» eher als unnütz und lästig empfunden. Aus diesem Grund sind die Folgen von Stigmatisierungs- und Diskriminierungsprozessen, welche die Patientinnen und Patienten daran hindern, Angebote zu nutzen, nicht zu bagatellisieren. Das kann aber auch daran liegen, dass Angebote nicht oder zu wenig bekannt, schwer erreichbar oder erst gar nicht vorhanden sind.

3.4.2 Aktuelle Versorgungslage

Es existieren zwar zahlreiche, sozialpsychiatrisch ausgerichtete Angebote für Menschen mit einer Psychose, allerdings mangelt es an einer Kooperation zwischen ihnen. Das psychiatrische System ist stark fragmentiert und die Zuständigkeiten oft unklar. Dies führt mitunter zu einer mangelhaften Kommunikation in Bezug auf die Übernahme von Verantwortungs- und Aufgabenbereichen. Beispielsweise findet nach einer stationären Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik oft ein unzureichendes Austrittsmanagement statt. Der Austausch zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsbereichen findet kaum oder gar nicht statt (vgl. Radisch et al. 2015: 34). Die 2016 im Auftrag vom BAG durchgeführte Studie zur Versorgungssituation der Betroffenen in der Schweiz hat demonstriert, dass im stationären Bereich mehrere Psychiaterinnen und Psychiater über eine fachlich inadäquate Behandlung von Betroffenen berichtet hatten, die sich in verfrühten Entlassungen und mangelnder Austrittsplanung und Nachsorge äusserten. Des Weiteren werden Behandlungen und Therapien der Langzeitpatientinnen und -patienten von den Krankenkassen hinterfragt oder aber die Angebote variieren kantonale, sind daher in einzelnen Kantonen gar nicht verfügbar und von der Grundversicherung ausgeschlossen. Spezialisierte Angebote sind ausserdem häufiger in der Stadt anzutreffen, weshalb eine Diskrepanz in der Stadt-Land-Versorgung besteht (vgl. Stocker et al. 2016: 82). Allgemein beurteilen die Expertinnen und Experten die aktuelle Versorgungslage für Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis mit schwerem Krankheitsverlauf als unzureichend bis schlecht (vgl. Radisch et al. 2015: 28). In der Schweiz haben Betroffene aufgrund der genannten Herausforderungen, die eine chronische Schizophrenie impliziert, häufig Schwierigkeiten, einen geeigneten Therapieplatz zu finden. Fachärztinnen und -ärzte sehen die Ursachen im Mangel an Fachkräften und spezialisierten Angeboten für diese Zielgruppe. Einzelne Fachpersonen, Betroffene und ihre Angehörigen vertreten eher die Meinung, dass zusätzlich das genannte Fachstigma, eine Überforderung oder eine fehlende Bereitschaft die ursächlichen Faktoren darstellen (vgl. Stocker et al. 2016: 81). Die Finanzierung von Koordinationsarbeiten und psychosozialer Unterstützung, die neben den medizinisch-therapeutischen Leistungen oftmals notwendig sind, kann im aktuell vorherrschenden Arbeitssetting der psychiatrischen Einzel- oder Kleinpraxen finanziell nicht gesichert werden. Der unterfinanzierte Koordinationsaufwand an der Schnittstelle zwischen Sozialarbeit und

Gesundheitsversorgung ist eine Ursache dafür, dass die Bedürfnisse dieser Zielgruppe häufig nicht adäquat adressiert werden können (vgl. ebd.: 16). Die Fragmentierung des Gesundheitssystems mitsamt der finanziellen und sozialrechtlichen Trennung verhindert eine integrierte und klientenorientierte Versorgung. Die einzelnen Sektoren sind um sich selbst und den eigenen Auftrag bemüht und verschieben finanzielle Lasten auf andere Dienstleister. Eine intensive und kontinuierliche, am Bedarf orientierte psychosoziale und medikamentöse Versorgung kann auf diese Weise nicht gewährleistet werden (vgl. Radisch et al. 2015: 28).

Hinsichtlich der Erwerbsarbeit betont die Invalidenversicherung stets die Ausrichtung auf die Wiedereingliederung, die auch bei den letzten drei Revisionen in der Schweiz das zentrale Thema darstellte. Allerdings berücksichtigt die Versicherung drei Gruppen zu wenig, wovon eine Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind. Die Regierung schlägt daher neue Massnahmen vor, um einer Invalidisierung dieser Zielgruppe präventiv entgegenzuwirken und die Eingliederung zu verbessern (vgl. Initialstaatenbericht BRK 2016: 8). In Bezug auf die Wohnsituation ist das Angebot an alternativen Wohnformen beschränkt. Aktuelle Wohnverhältnisse bieten keine reale Wahlfreiheit, weshalb flexiblere Wohnformen und damit eine Erweiterung bestehender Angebote notwendig werden. Vermehrt werden Wohnformen gewünscht, die ein individuelles und autonomes Wohnen wie beispielsweise das begleitete Einzelwohnen ermöglichen (vgl. ebd.: 63).

3.5 Résumé

Menschen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis haben es erheblich schwerer, ihren Platz in der Gemeinschaft der Gesunden zu finden. Sobald ihre Erkrankung in der Gesellschaft sichtbar wird, werden sie durch zahlreiche stigmatisierende Attribute der Erkrankung denunziert, und dies stärker als bei anderen psychischen Störungen (vgl. Finzen 2004: 160). Obschon mehr Wissen über die Schizophrenie in der Allgemeinbevölkerung vorhanden ist und die Möglichkeit, diese zu behandeln, zugenommen hat, haben bei einer Repräsentativbefragung im Jahre 2011 die Befragten mit Angst und Distanz gegenüber Betroffenen reagiert. Eine geringere soziale Akzeptanz bestand dann, wenn die psychische Erkrankung mit biologischen Ursachen zu erklären war (vgl. Finzen 2013a: 169).

Die Veränderungen, die den Negativsymptomen zugeordnet werden, sind nicht nur als Symptome und Ausdruck der Erkrankung zu verstehen, sondern ebenso als Resultat eines Anpassungsprozesses an die Umwelt. Durch den Rückzug und den Verzicht auf emotionale zwischenmenschliche Kontakte möchten sich die Betroffenen vor Enttäuschung, Schmerz und Ungewissheit schützen. Auf diese Weise versuchen sie, das innere Gleichgewicht zu bewahren (vgl. Bosshard et al. 2013: 194). Es ist nicht eindeutig, ob es sich beim Phänomen der Chronizität einer Schizophrenie um eine schwere psychische Störung handelt oder ob die Betreuungs- und Behandlungsinterventionen nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben

sowie ob weitere Faktoren zur Dauernutzung einer stationären Psychiatrie eine Rolle spielen (vgl. Dörr 2005: 68). In dieser Hinsicht müsste das, was als primär krankheitsbedingt eingeschätzt wird, also der direkte Ausdruck schizophrener Erkrankung, von dem, was sekundär erworben wurde, getrennt betrachtet werden (vgl. Bosshard et al. 2013: 194).

In fachlichen Diskursen wird zunehmend über den Zusammenhang zwischen der sozialen Ungleichheit und dem Gesundheitszustand berichtet. Personen mit niedrigem sozialem Status sind von psychischen sowie körperlichen Erkrankungen schneller und häufiger betroffen (vgl. Balz/Benz/Kuhlmann 2012: 163). Umgekehrt kann auch die Erkrankung selbst den sozialen Status negativ beeinflussen (vgl. ebd.: 168). Es wird angenommen, dass die sozialen Umstände für die langwierige Dauer der psychischen Erkrankung eine zentrale Rolle spielen. Die individuellen sozialen Lebensbedingungen und die Lebensbewältigung üben einen nicht unerheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf aus (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 77f.). Auf der Basis von unterschiedlichen Beobachtungen ist es sogar wahrscheinlich, dass der Krankheitsverlauf von chronischen Schizophrenien nicht ausschliesslich von der Krankheit selbst bestimmt wird. Dekompensationen infolge von Konfliktsituationen, sozialer Benachteiligung durch das Schizophrenie-Etikett oder Unterstimulation wie beispielsweise im psychiatrischen Institutionsalltag und in Wohnheimen haben negative Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf. Daraus lässt sich vermuten, dass die chronische Schizophrenie ein gesellschaftlich konstruiertes Phänomen ist und keine Krankheit im eigentlichen Sinne (vgl. Tölle/Windgassen 2012: 221).

Der Behandlungsansatz einer Schizophrenie ist unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in interdisziplinärer Kooperation aufgebaut und setzt eine bedarfsorientierte Koordination voraus. Fachpersonen, darunter auch die PSA, sollten über die Vorstellungen, Wünsche und die Ziele der Betroffenen Kenntnis haben und über die intrapsychischen Konflikte und Abwehrmechanismen sowie auch Ressourcen und Copingstrategien Bescheid wissen. Neben der pharmakologischen Behandlung und Rezidivprophylaxe geht es in der Langzeittherapie auch um die soziale sowie um die berufliche Reintegration. Das übergeordnete Therapieziel lautet Integration in die Gesellschaft und eine möglichst selbständige und symptomfreie Lebensführung (vgl. Pajonk/Falkai 2004: 50). Soziale Integration wird zu den Kernaufgaben Sozialer Arbeit gezählt (vgl. Dörr 2005: 111).

Was bedeutet aber diese soziale Integration konkret und wodurch unterscheidet sie sich von der Inklusion? Nachfolgend wird zunächst versucht, diese Begriffe in ihrem Sinngehalt zu differenzieren. Darauf aufbauend sollen auf Basis der soziologischen Betrachtungen von Pierre Bourdieu die gesellschaftlichen Bedingungen und Dynamiken hinzugezogen werden, welche die Position und Teilhabe eines Individuums an der Gesellschaft beeinflussen und die letztendlich auch den Grad der sozialen Integration und Inklusion bestimmen.

4. Inklusion und Exklusion

Die zahlreichen politischen und fachdisziplinären Inklusionsdebatten mitsamt ihrer verschiedenen individuellen und institutionellen Beteiligten bergen das Risiko einer unklaren Bedeutung des Inklusionsbegriffes. Dies resultiert nicht zuletzt auch aus der Eigennutzung durch die verschiedenen Interessengruppen, um Forderungen nach gesellschaftlichen und institutionellen Veränderungsperspektiven zu äussern. Der Begriff scheint zu einem Modewort ohne eindeutigen inneren Bedeutungskern zu mutieren (vgl. Balz et al. 2012: 2).

Inklusion, als ein Menschenrecht, fordert die Gesamtgesellschaft zu Veränderungsprozessen auf, die auf Chancengerechtigkeit aller Menschen abzielt. Sie kann deshalb als eine übergeordnete und allgemeingültige Aufgabe verstanden werden, die internationale Gültigkeit besitzt (vgl. Saalfrank/Zierer 2017: 7). Inklusion steht jedoch im Spannungsfeld von sozialen Interessen, sozialer Integration, Partizipation, Gleichstellung sowie sozialer Gerechtigkeit und muss sich demnach einerseits als sozialpolitisches Konzept, das die Teilhabe aller an einer Gesellschaft fordert, verstehen. Andererseits bedingt es eine Verortung, Legitimierung und Wirksamkeit im professionellen Handeln und Alltagshandeln in den unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen (vgl. Balz et al. 2012: 2). Soziale Exklusion als Gegenstück meint demnach den Zustand, in dem ein Individuum an zentralen ökonomischen, sozialen und kulturellen Aktivitäten einer Gesellschaft nicht teilnehmen kann. Weltweit sind Menschen mit einer psychischen Erkrankung besonders von sozialer Ausgrenzung und Benachteiligung gefährdet (vgl. Rüschi 2013: 150f.).

4.1 Integration, Inklusion und Teilhabe – eine Begriffsbestimmung

Unter Integration wird der Einbezug eines Individuums in seine Lebenswelt verstanden. Dies impliziert die soziale und emotionale Einbindung in die soziale Gemeinschaft, überall dort, wo soziale Kontakte gepflegt werden. Hierzu gehören beispielsweise Familie, Schule, Arbeit oder Nachbarschaft (vgl. Felder/Schneiders 2016: 32). Hier geht es um Fragen des Zusammenhalts und um Bindungskräfte, die zwischen Menschen und den sozialen Strukturen zusammenwirken. Gemeint ist demnach nicht die einseitige Anpassung des Individuums in ein System. Sozialintegration beschreibt also die stabilen und verlässlichen Beziehungen des Einzelnen zu den genannten sozialen Systemen. Auch ein System selbst kann gut integriert sein, wie zum Beispiel eine Familie in eine Nachbarschaft oder Gemeinde. Folglich sind unterschiedliche Menschen und Systeme in einer strukturierten Weise miteinander vernetzt und die soziale Bindung darin hält die Personen zusammen (vgl. Kastl 2017: 103). Bei der Integration steht der Mensch in erfolgreicher Korrelation zu seiner Umwelt. Durch die Teilhabe empfindet er auf subjektiver Ebene Zugehörigkeit und Anerkennung durch seine soziale Umwelt. Es besteht allerdings auch der Verdacht, dass Integration nichts mit dem subjektiven

Empfinden zu tun hat und im Sinne eines pädagogischen Konzepts negativ konnotiert ist, weil psychisch kranke und behinderte Menschen sich an die jeweils bestehenden Strukturen und gegebenen Situationen anpassen müssen (vgl. Felder/Schneiders 2016: 32f.). Das Wort «Inklusion» ist in den letzten Jahren zu einem weitverbreiteten Begriff avanciert. Darunter ist «Einschluss» oder «Inbegriffen-Sein» zu verstehen; der Begriff meint die gleichgestellte Einbeziehung aller Menschen in die Gesellschaft ohne Ausgrenzung und Diskriminierung durch ihre Herkunft, Nationalität, Sprache, Kultur, Religion, Persönlichkeitsstruktur, sexuelle Orientierung oder Unterstützungsbedarf (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 32). Aus systemtheoretischer Sicht betrachtet will Inklusion den Einbezug des Menschen in gesellschaftliche Funktionssysteme wie Arbeit, Politik, Bildung und Wirtschaft umschreiben. Infolgedessen wird das Individuum ausschnittsweise wahrgenommen, sprich nicht ganzheitlich, beispielsweise durch eine Rolle (vgl. Felder/Schneiders 2016: 32). Inklusion strebt die volle Akzeptanz und Anerkennung von vielfältigen Lebensformen und Solidarität in der Gesellschaft an und bezieht sich keineswegs nur auf Menschen mit einer Behinderung oder einer psychischen Erkrankung. Die Achtung der Menschenwürde und die Wahrung von Rechten sind dabei zentrale Leitgedanken (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 32). Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, darunter fallen Bereiche wie Arbeit, Bildung, Kultur, Freizeit, Wohnen und Sozialraum, wird so zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe (vgl. Saalfrank/Zierer 2017: 7). Hier wird neben der soziologischen und pädagogischen auch eine kommunalpolitische Ausrichtung deutlich, die eine Notwendigkeit des Einbezugs der Gemeinde mitsamt ihren Bürgerinnen und Bürgern betont. Damit ist Inklusion mit «Community care» verbunden, was so viel bedeutet wie «Gemeinschaftsfürsorge». Plädiert wird für eine Verantwortung des Gemeinwesens für psychisch kranke Menschen. Dies ist allerdings nur dann möglich, wenn die entsprechende Gemeinde über ein angemessenes Beratungs- und Unterstützungsangebot verfügt und die Bürgerinnen und Bürger auch bereit sind, Sorge für die Betroffenen zu übernehmen (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 33 f.).

«Teilhabe» meint Partizipation und resultiert aus dem Ergebnis der Teilnahme an sozialen Gegebenheiten. Dabei kann es sich um soziale Anerkennung und Prestige wie auch um politische Mitbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Reichtum handeln. Die Teilhabe ist ein anzustrebender Zustand mit positivem Ergebnis, der sowohl auf der individuellen wie auch der sozialen Ebene als etwas Gutes bewertet wird (vgl. Kastl 2017: 103).

4.2 Von Integration zu Inklusion

Wenn davon ausgegangen wird, dass Integration den Einbezug eines Menschen in seine Lebenswelt meint und Inklusion den Einbezug in gesellschaftliche Funktionssysteme, dann sind diese Begriffe als zwei Phänomene mit verschiedenen Aspekten zu betrachten. Inklusion wird demnach nicht als eine Weiterentwicklung der Integration betrachtet (vgl.

Felder/Schneiders 2016: 32). Dennoch ist der Integrationsbegriff stark mit Anpassungserwartungen verknüpft. Der Zugang zum gemeinsamen gesellschaftlichen Raum kann keinesfalls durch einseitige Assimilationsleistung erfolgen. Der Begriff der Inklusion wurde in diesem Zusammenhang als eine mögliche Alternative herangezogen (vgl. Siller 2015: 29). Barrieren, die eine gesellschaftliche Teilhabe einschränken oder ganz verhindern, sollen durchbrochen werden. Damit dient der Kerngedanke der Inklusion der Chancengerechtigkeit (vgl. Saalfrank/Zierer 2017: 7). Inklusion fordert dazu auf, Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung die notwendige Unterstützung, vorzugsweise in direkter, vertrauter Umgebung, anzubieten und ihnen somit gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Zugang zum allgemeinen Rahmen des Wohnens, Arbeitens, der Kultur und Freizeit muss gewährleistet sein. Damit geht die Inklusion über die Normalisierungsprinzipien der Integration hinaus. Ihr Fokus liegt nicht mehr nur auf der Eingliederung psychisch erkrankter und behinderter Menschen in die Gesellschaft, sondern um die Gestaltung der Kommune als inklusive Gesellschaft (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 33).

Integration, Inklusion und Teilhabe sind als unterschiedliche Aspekte der Zugehörigkeit von Menschen zu sozialen Systemen zu verstehen und dienen der Erfassung der Teilnahme dieser Menschen an diesen Systemen; sie können in jedem Einzelfall variieren und zueinander in einem Spannungsverhältnis stehen. Inklusion heisst nicht zwangsläufig einen grossen Teil an sozialer Einbindung oder uneingeschränkter Teilhabe. Ein Individuum kann in einer Gemeinde das Recht haben, dort zu wohnen, Zugang zu den Angeboten haben, also inkludiert sein und gleichzeitig aufgrund eines geringen Vorhandenseins an sozialen Bindungen wie z. B. zur Familie, zu Freunden und Nachbarn wenig integriert sein. Oder das Individuum ist in seinen sozialen Systemen zwar gut integriert, hat jedoch geringe Teilhabemöglichkeiten durch ein geringeres Mass an Bildung, ökonomischen Ressourcen und wenig sozialer Anerkennung (vgl. Kastl 2017: 105f.).

4.3 UN-Behindertenrechtskonvention

Die Behindertenrechtskonvention (BRK) stellt das erste internationale Übereinkommen für die Rechte von Menschen mit Behinderung dar. Die BRK wurde 2006 in New York von der UNO-Generalversammlung verabschiedet und ist 2008 in Kraft getreten. Bisher sind 175 Nationen zum Übereinkommen beigetreten, von der Schweiz wurde die BRK am 15.04.2014 ratifiziert. Damit hat sich die Schweiz dazu verpflichtet, Menschen mit Behinderungen eine gesellschaftliche Teilhabe und gleichberechtigte Ausübung von Grundrechten zu ermöglichen. Die Bestimmungen sind auf Gleichstellung und Inklusion ausgerichtet, entsprechend liegt auch der Fokus an der Beseitigung von Hindernissen, die eine gesellschaftliche Teilhabe verhindern (vgl. Eidgenössisches Departement des Innern o.J.). In Artikel 1 der BRK der amtlichen Sammlung des Bundesrechts (AS) bezieht sich der Begriff «Menschen mit Behinderungen»

auf Betroffene, die langfristig körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen aufweisen, die sie in Wechselwirkung mit diversen Barrieren an der vollen und gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe hindern oder hindern können. Hierzu gehören also auch Menschen mit einer psychischen Langzeiterkrankung (vgl. AS 2014: 1122). Diese Definition zeichnet sich durch die Interaktion zwischen persönlichen und externen Faktoren aus und beruht auf der Übereinstimmung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Das schweizerische Gleichstellungsgesetz stützt sich ebenfalls auf diese Annahme. Das Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen definiert «Menschen mit Behinderungen» in einer ähnlichen Weise als Menschen, deren Aktivitäten des täglichen Lebens durch eine voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung erschwert oder verunmöglicht werden. Hierzu gehören auch die Pflege der sozialen Kontakte, Mobilität, Bildung oder das Nachgehen einer Erwerbsarbeit (vgl. Initialstaatenbericht BRK 2016: 10).

Im ersten Bericht der schweizerischen Regierung über die Umsetzung des Übereinkommens über die Rechte der Menschen mit Behinderung hat der schweizerische Dachverband der Behindertenorganisation «Inclusion Handicaps», zu der auch Organisationen aus dem psychiatrischen Bereich zählen, eine ernüchternde Bilanz gezogen. Demnach sei die Inklusion der Menschen mit einer Behinderung oder einer schweren psychischen Erkrankung in allen Lebensbereichen trotz bestehender Rechtsgrundlage noch in weiter Ferne. Dies sei darauf zurückzuführen, dass der Umgang mit Betroffenen immer noch primär von einem medizinischen, defizitorientierten Ansatz geprägt ist. Er basiert auf der Logik des Invalidenbegriffs, der auf einem Lebens-Arbeitsmodell beruht und in der Erwerbsausfallsversicherung Anwendung findet (vgl. Initialstaatenbericht BRK 2016: 61).

Im Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsgesetz (ATSG) wird in Artikel 8.1 die «Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit» beschrieben. Ein weiterer relevanter Begriff in diesem Zusammenhang ist die Hilflosigkeit, die in Artikel 9 definiert wird:

«Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf.»

Die Ausführungen konnten nicht nur aufzeigen, was unter Integration, Inklusion und Teilhabe verstanden werden kann, sondern auch demonstrieren wie relevant die Inhalte dieser Begriffe für die Individuen, insbesondere für psychisch kranke und behinderte Menschen, sind. Es gibt jedoch Faktoren, die eine erfolgreiche Integration und Inklusion begünstigen oder auch einschränken können. Diese sollen nachfolgend aus Sicht von Bourdieu erfasst werden.

4.4 Pierre Bourdieu

Der Franzose Pierre Félix Bourdieu (1930–2002) gehörte zu den einflussreichsten Soziologen und Sozialphilosophen der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. In seinen zahlreichen Werken weist er unter anderem auf die soziale Ungleichheit durch gesellschaftliche Machtverhältnisse hin, die das Individuum in seiner Entfaltungsmöglichkeit begrenzt. Er hat verschiedene Konzepte entwickelt, die nicht lediglich die objektiven Beziehungen zu rekonstruiert versuchen, sondern den Menschen mit seinen subjektiven Erfahrungen in den Fokus nehmen. Seine Konzepte und Theorien beruhen auf empirischen Untersuchungen und sind daher praxisnah.

Die Freiheit des Menschen wird kulturell durch Diskurssysteme, ökonomisch durch wirtschaftliche Strukturen und sozial durch Klassenstrukturen bestimmt (vgl. Jurt 2008: 58). Alle gesellschaftlichen Verhältnisse sind für Bourdieu als soziale Auseinandersetzungen und Kämpfe zu verstehen. Bestimmte Gruppen von Menschen können und müssen dabei von bevorzugten oder aber von benachteiligten Positionen heraus ihre Interessen und Anliegen durchsetzen. Das heisst, dass Menschen aus ungleichen Positionen heraus ihr Leben gestalten und bestreiten müssen (vgl. Barlösius 2004: 116). In ökonomischer wie kultureller Hinsicht müssen sich die am stärksten benachteiligten sozialen Gruppen im Bereich politischen Handelns auf die Parteien verlassen, welche die Legitimation besitzen, das Angebot von politischen und wohlfahrtstaatlichen Leistungen zu bestimmen und die entscheiden können, was Laien hierzu einfordern dürfen (vgl. Bourdieu 2015: 13).

Ein Lebensweg kann gemäss Bourdieu nicht als eine gerade Linie betrachtet werden, deren Konstanz auf das blosse Individuum zurückzuführen ist. Vielmehr ist dieser in die soziale Umwelt eines Individuums eingebunden, das Soziale Feld, wie er es nennt (vgl. Jurt 2008: 9). Das Konzept vom Sozialen Raum oder Feld dient einer Betrachtung der gesamten Struktur einer Gesellschaft (vgl. Barlösius 2006: 188). In diesem Feld vollzieht sich der gesellschaftliche Gesamtzusammenhang (vgl. ebd.: 93). Das soziale Feld bildet dabei das «Spielfeld» innerhalb des sozialen Raumes, es stellt die Handlungsebene dar (vgl. ebd.: 188). Um auf dieser Ebene handeln zu können, stehen dem Individuum durch das Kapitalvolumen oder die «soziale Energie» unterschiedliche Möglichkeiten zur Verfügung (vgl. Bourdieu 2016: 194). Nach seiner Auffassung wird das menschliche Handeln mehr durch den praktischen Sinn geleitet als durch einen rationalen Kalkül, was er mit dem Habitusbegriff umschreibt (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2011: 89).

4.4.1 Sozialer Raum und Feld

Unter «Feld» werden die spezifischen sozialen Einheiten und Einrichtungen verstanden, aus denen die Gesellschaft gebildet ist. Als einzelne Felder sind beispielsweise das Justiz- und Gesundheitswesen, Wirtschaft sowie auch Wissenschaft, Bildung, Kunst und Religion zu

nennen. Alle diese Felder funktionieren autonom, folgen einer eigenen Logik und nehmen in der Gesellschaft eine abgrenzbare Funktion ein (vgl. Barlösius 2006: 90f.). Jedes Feld hat andere Ziele und entsprechend werden gemäss eigener Werter und Spielregeln dieses Feldes andere Ressourcen eingesetzt. Weit entwickelte Felder weisen dabei einen hohen Grad an Autonomie auf (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2014: 113). Diese Autonomie folgt dabei aus der Machtstärke, die das jeweilige Feld besitzt. Die einzelnen Felder stehen in einem Machtverhältnis zueinander, können dabei aber auch Interessen in andere Felder übertragen. Beispielsweise verfügt das Feld der Ökonomie über so viel Macht, dass es sich gegenüber den Ansprüchen aus dem Feld der Politik häufig durchsetzen kann (vgl. Barlösius 2004: 152). Soziale Felder werden durch Wettbewerbs- und Konfliktkonstellationen sowie durch Formen des Austauschs und Handelns aufrechterhalten (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2014: 111). Diesem Diskurs nach bedarf der Wechsel von einer Einheit in eine andere einer habituellen Anpassung (vgl. Barlösius 2006: 90f.).

In den heute herrschenden hoch differenzierten Gesellschaften, in denen die soziale Praxis aus zahlreichen eigenständigen Feldern zusammengesetzt ist, soll der Feldbegriff die soziale Praxis konkretisieren und die strukturelle Differenzierung hervorheben (vgl. Barlösius 2006: 92). Die sozialen Felder stellen damit das Ergebnis der gesellschaftlichen Differenzierungsprozesse dar; je weiter sich dieser Prozess entwickelt, umso öfter entstehen neue Felder oder Unterfelder, die sich wiederum weiter ausdifferenzieren (vgl. Barlösius 2004: 152). Bourdieu unterscheidet dabei die funktionalen und sozialen Differenzierungsprozesse. Erstere werden unter einem sachlichen Gesichtspunkt betrachtet und zeichnen sich durch die gemeinsame Ausrichtung und das gemeinsame Ziel aus, welche die Akteure in einem Feld haben, egal welche soziale Position sie innehaben. Die Besonderheit und die Existenz des Felds sowie die Verantwortlichkeit für dieses steht hierbei im Fokus. Die sozialen Differenzierungsprozesse hingegen werden primär für die Macht- und Positionskämpfe einer gesellschaftlichen Entwicklung verantwortlich gemacht. Es handelt sich um universale Gesetze und Mechanismen mit formalen Merkmalen, welche die Felder teilen und die zur Verbindung der einzelnen Felder beitragen (vgl. Barlösius 2006: 93). Die Struktur wird dabei von zwei Polen bestimmt. Auf der einen Seite ist der herrschende Pol zu finden, der die Legitimität dieser Machtstruktur festlegt und damit äusserst zweifelhaft ist und auf der anderen Seite sind die Beherrschten zu finden. Die Verhältnisse zueinander stehen nicht abschliessend fest, die Legitimität kann immer wieder hinterfragt werden (vgl. Jurt 2008: 93).

Das Pendant zum «Feld» stellt der «Habitus» dar. Soziale Felder sind auf Habitusformen angewiesen, um sich reproduzieren zu können. Die feldspezifischen Interessen werden für die Herausbildung eines Felds vorausgesetzt, damit dieses als eigenständige Instanz entwickelt

werden kann. Umgekehrt kann sich ein Habitus stabil entwickeln, wenn die Interessen auch vom jeweiligen Feld bedient werden (vgl. Barlösius 2004: 52f.).

Anstatt von sozialen Klassen, welche die Menschen in eine Ober-, Mittel- und Unterschicht unterteilt, zu sprechen, führt Bourdieu den Begriff des sozialen Raums ein. Dieser beinhaltet eine Art geografische Struktur, mittels der eine gesellschaftliche Topologie beschrieben werden kann. Einige Menschen stehen darin oben und andere unten, wiederum andere in der Mitte. Er postuliert, dass Menschen, die räumlich nahe beieinander sind, häufiger miteinander in Kontakt treten. Das bedeutet, dass diejenigen, die eher oben anzusiedeln sind, eher ihresgleichen kennenlernen; die Wahrscheinlichkeit, jemandem aus dem unteren Bereich näher zu kommen, ist hingegen gering. Falls dies doch vorkommen sollte, ist davon auszugehen, dass diese Menschen aus unterschiedlichen Schichten einander nicht verstehen würden, da die richtige Vorstellung voneinander fehlt. Gemäss Bourdieu gibt es damit einen Raum, der starke Zwänge ausübt (vgl. Bourdieu 2015: 35f.).

4.4.2 Kapitaltheorie

Kapital ist im Sinne von Bourdieu weiter zu fassen als lediglich aus einer ökonomischen Sicht (vgl. Barlösius 2006: 188). Vier Kapitalformen werden unterschieden: ökonomisches, kulturelles, soziales sowie symbolisches Kapital. Ersteres umfasst die materielle Ausstattung, also beispielsweise Geld, unter kulturellem Kapital werden die Schulbildung, aber auch die vom Elternhaus vermittelten Einstellungen, Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten subsumiert, und mit sozialem Kapital sind die sozialen Beziehungen gemeint (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2014: 129). Kapitalsorten wie materielle Güter sowie persönliche Ressourcen sind sozial ungleich verteilt. Die Tatsache, mit welchem Kapital Menschen vorwiegend ausgestattet sind oder welches Kapital sie wenig oder gar nicht besitzen, hat Einfluss auf die (Macht-) Position im sozialen Raum wie in den verschiedenen Feldern. Für jedes Feld werden andere Kapitalsorten eingesetzt und sie üben Einfluss und damit auch Macht auf die Strukturen dieses Feldes aus (vgl. Bourdieu 2016: 194f.). Die drei Kapitalsorten werden auch als Machtressourcen bezeichnet, weil sie auf allen Feldern wirksam sind (vgl. Barlösius 2006: 188). Das symbolische Kapital steht über den anderen drei Kapitalsorten und unterscheidet sich von diesen, weil es nicht aus akkumulierter Arbeit gebildet wird und auch nicht als Investition aufzufassen ist. Symbolisches Kapital ist die Form, in der eine der anderen Kapitalarten auftritt (vgl. ebd.: 110).

Ökonomisches Kapital

Diese Kapitalsorte umfasst alle Formen des materiellen Besitzes in einer entwickelten Marktwirtschaft und alles, was direkt in Geld konvertierbar ist, also durch Geld getauscht werden kann. Der Begriff ist eindeutig, daher bedarf er keiner näheren Erläuterung (vgl.

Barlösius 2006: 108). Diese Form des Kapitals ist zweifellos das relevanteste Kapital, das den anderen Kapitalsorten zugrunde liegt (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2014: 129).

Kulturelles Kapital

Beim kulturellen Kapital unterscheidet Bourdieu drei Formen. Im objektivierten Zustand besteht diese Form aus Büchern, Kunstwerken oder Bildern und lässt sich mühelos in ökonomisches Kapital in Form von Geldbeträgen umwandeln (vgl. Bourdieu 2015: 59). Kulturelles Kapital besteht aber auch aus kulturellen Wissensbeständen und Kompetenzen eines Individuums; Bourdieu nennt dies den inkorporierten Zustand des kulturellen Kapitals. Es wird durch persönliche Bildungsbemühungen erworben und ist mit Geld nicht bezahlbar. Allerdings hängt es stark davon ab, wie leicht oder schwer ein Mensch Lernmöglichkeiten erhält, da die Aneignung kultureller Kenntnisse von der jeweiligen Herkunft und Erziehung abhängt und im Härtefall unmöglich ist (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2014: 130). Als dritte Form beschreibt Bourdieu die Institutionalisierung von kulturellem Kapital, das durch Bildung erworben wird und in Form von Abschlüssen, Zeugnissen und Zertifikaten in Erscheinung tritt (vgl. Barlösius 2006: 109). Jemandem, der sich Wissen selbst aneignet, fehlt damit die Abseignung seiner Kenntnisse und er muss diese stets neu darlegen. Die institutionalisierenden Prozesse reproduzieren die soziale Wirklichkeit, indem Prüfungen zur Erwerbung eines Titels führen und damit Grenzen zwischen jenen Personen setzen, die Prüfungen bestanden haben und denen, die es nicht geschafft haben. Die Titelträger können verglichen werden und sind dadurch austauschbar. Ausserdem können die Titel mittels Geldes erworben werden und führen in Folge wiederum zu finanziellen Einkünften. Damit wird die Konvertibilität zwischen ökonomischem und kulturellem Kapital garantiert (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2014: 131).

Soziales Kapital

Beim sozialen Kapital geht es um die sozialen Beziehungen, worunter Freundschaften, Bekanntschaften oder Geschäftsbeziehungen fallen, die ein Mensch eingeht. Dazu gehören auch Mitgliedschaften in Vereinen, Berufsverbänden oder Klubs. All diese Beziehungen ermöglichen es dem Individuum, bei Bedarf nach Unterstützung, Rat und Information zu fragen. Die gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung führen im Falle dieser sozialen Konstellationen eher zu einer Unterstützung (vgl. Bourdieu 2015: 63). Solche Beziehungen basieren auf der Grundlage der Tauschbeziehung. Dabei weist die Zugehörigkeit zu einer Gruppe sowohl einen materiellen wie auch symbolischen Mehrwert für das Individuum auf. Aus persönlichen Gründen und Gefühlen oder aufgrund von Rechtsansprüchen können sich auch dauerhafte Verpflichtungen entwickeln (vgl. Jurt 2008: 77). Es erfordert jedoch einer zeitintensiven Beziehungsarbeit, um Beziehungen aufrecht zu erhalten. Je länger und uneigennütziger diese Arbeit gestaltet wurde, desto erfolgreicher kann eine Beziehung im

Bedarfsfall als Ressource genutzt werden. Bei einem stabilen Beziehungsnetz werden neue Mitglieder eher als Störfaktor betrachtet. Das soziale Kapital ist nicht so einfach kalkulierbar wie das ökonomische; es ist nicht dauerhaft gesichert und muss immer wieder aktualisiert werden. Es dient insbesondere dazu, die Möglichkeit zu erhöhen, das bestehende ökonomische und kulturelle Kapital zu sichern und zu erweitern (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2014: 133).

Die oberen, herrschenden «Klassen», zu denen beispielsweise Unternehmerinnen und Unternehmer gehören, besitzen nach Bourdieu viel ökonomisches, aber eher wenig kulturelles Kapital. Die Intellektuellen hingegen haben viel kulturelles, jedoch wenig ökonomisches Kapital. Die Volksklasse oder die beherrschte «Klasse» besitzt weder viel ökonomisches noch kulturelles Kapital (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2014: 142).

Symbolisches Kapital

Bei diesem Kapital geht es um das Erlangen und Erhalten von sozialer Anerkennung und das Prestige, das zum Beispiel beim kulturellen Kapital durch Bildungszertifikate erreicht werden kann. Hier gilt auch das wissenschaftliche Kapital als eine Art symbolisches Kapital (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2014: 135). Wenn in einem Feld wirksames Kapital so tief in Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster sowie auch Klassifikationsschemata eingedrungen ist, wird dessen Wertung kaum noch hinterfragt, es rechtfertigt sich vielmehr von selbst. Das symbolische Kapital hat daher eine enge Beziehung zum Habitus und seinen innenwohnenden Wahrnehmung- Bewertung- und Denkschemata. Der Habitus ist darauf ausgerichtet, das symbolische Kapital als bedeutend zu erachten. Diese symbolische Macht legitimiert die bestehenden Kräfteverhältnisse in den einzelnen Feldern (vgl. Barlösius 2006:110f.). Das bedeutet, dass auf der Basis von Autoritäten, die ein Prestige genießen, eine Ordnung als selbstverständlich und natürlich betrachtet wird. Dies führt dazu, dass die Beherrschten sich dessen nicht bewusst sind und somit diese symbolische Macht akzeptieren. Diese symbolische Gewalt ist nicht sichtbar und ihre Machtverhältnisse werden durch ihre Dynamik verschleiert (vgl. Jurt 2008: 86).

4.4.3 Habituskonzept

Das Habituskonzept ist vielseitig und variiert in seiner Form. Generell wird mit diesem Konzept versucht, die Bedeutung des Denkens und des Handelns der Menschen aus wissenschaftstheoretischen und anthropologischen Grundannahmen zu fassen (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2011: 89). Bourdieu definiert sein Habituskonzept deshalb als «Werkzeug», das an die erfahrbaren Situationen und spezifischen Angelegenheiten zu adaptieren ist. Daher ist es nicht als ein theoretisch festgelegtes Konzept zu verstehen (vgl. Barlösius 2006: 76).

Allgemein kann unter Habitus die Haltung eines Individuums in der sozialen Welt mitsamt seinen Veranlagungen, Gewohnheiten, Lebensweise, Wertevorstellungen und Einstellungen verstanden werden. Dadurch ist der Mensch befähigt, an der sozialen Praxis mitzuwirken und diese zu reproduzieren (vgl. Fuchs-Heinritz/König 201: 89). Bourdieu bezeichnet das Habituskonzept als «vereinheitlichendes Prinzip». Habitus ermöglicht es, die verschiedenen Praktiken, Wahrnehmungen, Denkweisen und Bewertungen zueinander in Beziehung zu setzen und zu vergleichen bzw. als identisch oder nicht identisch zu bestimmen. Das habituelle Prinzip zeigt die Entstehung von Praxisformen, die einem bestimmten Muster folgen und eine bestimmte Form beinhalten. Aus den erzeugten Praktiken sowie Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Denkmustern wird die soziale Praxis hervorgebracht (vgl. Barlösius 2006: 48). Auf diese Weise wird die soziale Wirklichkeit strukturiert, geordnet und bewertet, ethisch wie auch kulturell (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2014: 90). Durch die Einstellungen, Bewertungen und Handlungsweisen neigt der Mensch durch seinen Habitus dazu, sich seine engere und weitere soziale Lebensführung so zu gestalten, dass er sich darin wohl fühlt und zum Erfolg und damit zur sozialen Anerkennung gelangen kann. Habitus ermöglicht, sich im sozialen Leben praktisch und angemessen bewegen zu können. Auf neue Situationen reagiert der Mensch dann eher unflexibel und träge, da der einverleibte Habitus eher dazu tendiert, reibungslos zu funktionieren. Nicht immer passen Habitus und objektive Strukturen zusammen, wodurch Habitus auch mit dem Misslingen und Inadäquatheit verbunden ist (vgl. ebd.: 93-95).

Im Laufe der Sozialisation wird zunächst der Habitus in der Herkunftsfamilie herausgebildet. Wahrnehmung- und Handlungsmuster sowie Kommunikationsformen werden übernommen und verinnerlicht. Dieser Vorgang wird entscheidend durch den sozialen Status der Familie mitsamt der kulturellen und materiellen Ausstattung geprägt. Später wird dieser Habitus durch das Schul- und Bildungswesen verstärkt oder modifiziert (vgl. Jurt 2008: 66). Es besteht ein Zusammenhang zwischen der sozialen Stellung und dem Lebensstil eines Menschen. Zwischen dieser sozialen Zugehörigkeit und den spezifischen Praktiken fungiert der Habitus als vermittelndes Zwischenglied, eine allgemeine Grundhaltung. Wie jemand aussieht, spricht, lacht, sich bewegt – und hier erwähnt Bourdieu den Habitus als das in den Körper eingegangene Soziale – oder was er liest und welche Bekannte und Freunde er hat, ist auf die jeweiligen sozialen Kreise zurückzuführen, in denen sich ein Mensch bewegt (vgl. Bourdieu 2015: 31f.). Die Ausstattung der grundlegenden Ressourcen können sich zwar im Verlauf des Lebens verändern, der Habitus bleibt jedoch insgesamt ziemlich stabil (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2011: 95). Damit will Bourdieu auch sagen, dass der Mensch sich in der sozialen Welt nicht aus der inneren Freiheit bewegt und eigenständig seine Lebensführung kalkuliert oder durch Regeln und Normen sein Leben strukturiert und funktionalistisch gestaltet, sondern dass das Subjekt in seinem Inneren ein vergesellschaftetes Individuum mit

bereits vorgebildeten Denk- und Handlungsdispositionen ist, die ihm die soziale Praxis ermöglichen. Der Habitus produziert die soziale Ungleichheit, bringt sie zum Ausdruck und lässt sie wirksam bleiben, wodurch sich auch die sozialen Existenzbedingungen reproduzieren (vgl. ebd.: 89f.).

4.5 Résumé

Im Verhältnis der unterschiedlichen Felder zueinander wird deutlich, dass Kapitalverhältnisse Machtverhältnisse darstellen, weil sie die interne Hierarchie der Felder beeinflussen. Akteurinnen und Akteure mit wenig Kapital finden sich unten in dieser Hierarchie wieder, während solche mit viel Kapital die höchsten Positionen einnehmen können. Diese Machtposition wird von den Akteurinnen und Akteuren, die sich in der Hierarchie unten befinden, mehr oder weniger unbewusst anerkannt. Sie akzeptieren damit, dass jene mit viel Macht eine grundlegende Veränderung des gesamten Feldes herbeiführen können. Dadurch wird das Hierarchisierungsprinzip in seiner Funktion aufrechterhalten (vgl. Barlösius 2006: 115). Die mitgegebenen und verinnerlichten Wahrnehmungs-, Denk- und Bewertungsmuster lassen Menschen aus den verschiedenen Klassen die soziale Welt erkennen und darin erfolgreich handeln. Gleichzeitig findet aber auch eine Verkennung statt, weil sie sich der Adaption zwischen der sozialen Welt und ihrer eigenen Kategorie nicht bewusst sind. Die Prinzipien, welche die soziale Ordnung regulieren, werden nicht reflektiert und so passt sich das Individuum automatisch in diese Ordnung ein (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2011: 98). Die soziale Position einer agierenden Person ist durch ihre Position in den einzelnen Feldern über die Verfügbarkeit der Kapitalsorten zu definieren. Die Hierarchie der sozialen Herkunft mit allen mitgegebenen und verinnerlichten Dispositionen, also Habitus, kommt der Hierarchie der Positionen im sozialen Feld und damit auch denen im sozialen Raum gleich (vgl. Barlösius 2006: 116).

In vielen Bereichen der Gesellschaft wird zwischen kompetenten und inkompetenten Instanzen unterschieden. Die Professionellen, zu denen Politikerinnen und Politiker, Journalistinnen und Journalisten und auch Intellektuelle gehören, führen politische Diskurse und definieren, was als politisches Problem gelten soll. Daraus resultiert gewissermassen eine politische Enteignung der Laien und die Übernahme der Macht durch Expertinnen und Experten; die Legitimität dieses Prozesses ist äusserst bedenklich und muss kritisch hinterfragt werden (vgl. Bourdieu 2015: 13).

Im nächsten Kapitel wird der Versuch gewagt, die Bedeutung der genannten Theoreme von Bourdieu in Bezug auf die genannte Zielgruppe aufzuschlüsseln, bevor im darauffolgenden Schritt untersucht wird, ob und inwiefern sich diese theoretischen Begriffe als Werkzeuge für die PSA in der sozialpsychiatrischen Praxis verwenden lassen, die im Optimalfall zu einer besseren sozialen Integration und Inklusion der Betroffenen beitragen sollen.

5. Diskussion der Erkenntnisse

Wie bereits in Kapitel 3.3 dargestellt, leiden Menschen mit chronischen Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis an verschiedenen Folgen ihrer Erkrankung, die sich in zentralen Lebensbereichen so auswirken, dass sie in einer sozialen Ausgrenzung münden können. Diese Konsequenzen sind auf individuelle wie auch soziale bzw. gesellschaftliche Bedingungen zurückzuführen und nicht primär in der Erkrankung selbst zu verorten. Genau daraus resultiert der chronisch-rezidive Krankheitsverlauf, der als sozialer Status verstanden werden kann.

Bezug zum Feld

Soziale Integration vollzieht sich gemäss der Definition aus Kapitel 4.1 über den lebensweltlichen Bereich der Betroffenen sowie über ihre sozialen Beziehungen, ihre Freizeitbeschäftigung, ihre Arbeit bzw. Lohnarbeit oder ihre Wohnsituation. Inklusion meint die Teilhabe an gesellschaftlichen Funktionsbereichen wie Bildung, Arbeit, Politik oder Wirtschaft. Aus der Betrachtungsweise von Bourdieu sind diese Systeme als soziale Felder zu verstehen, in denen sich das Individuum bewegt; sein Spielraum in diesen Feldern ist jedoch begrenzt. Chronisch kranke Menschen mit einer Psychose sind in vielen für die Lebensqualität relevanten Lebensbereichen oder eben sozialen Feldern Benachteiligungen ausgesetzt, wie aus Kapitel 3.3 hervorging.

Einerseits existiert ein grosses Angebot an psychiatrischen Hilfen, allerdings sind diese für die Zielgruppe entweder unzureichend ausgebaut oder je nach Wohnort und Kanton gar nicht vorhanden. Bezogen auf das soziale Feld scheinen die unterschiedlichen Systeme im sozialpsychiatrischen Angebot aber auch im sozialpolitischen und gesamtgesellschaftlichen Feld unzureichend miteinander zu kooperieren. Häufig sind es die eigenen Interessen, die ein System, eine Institution verfolgt. Die grossen darin, die mehr Ansehen geniessen, verfügen folglich auch über mehr Macht in der Durchsetzung ihrer Ziele. Dies schlägt sich beispielsweise darin nieder, dass die naturwissenschaftlich-medizinische Sichtweise gegenwärtig wieder mehr Beachtung erhält und der Neurobiologie mehr Gewicht als der Sozialpsychiatrie in der Lehre und Forschung zugesprochen wird. Durch diese Wettbewerbskonstellationen und das asymmetrische Machtgefüge scheinen diese Gegebenheiten Mechanismen der Exklusion auszulösen. Das Machtverhältnis ist darin nicht auf den ersten Blick sichtbar, wohl aber wenn die Arbeitssituation, die Wohnsituation sowie zwischenmenschliche Beziehungen der Betroffenen konkreter betrachtet werden. Auf der Makroebene zeigt sich diese Machtdynamik auch unter den verschiedenen Professionen und Disziplinen der psychiatrischen Versorgung. Allen in einer Einzelfallarbeit involvierten Personen und Instanzen ist zwar durchaus bewusst, dass in der Behandlung von Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung eine

interdisziplinäre Zusammenarbeit unabdingbar ist, doch hat die Medizin darin immer noch die vorrangige Dominanz, während die Soziale Arbeit hingegen eher in einer Assistenzfunktion auftritt. Hinzu kommt, dass Klassifikationssysteme, die durch die Definitionsmacht der Medizin in der psychiatrischen Landschaft ins Leben gerufen wurden, für die Betroffenen eine Spirale der Stigmatisierung zur Folge haben. Darin wird die Machtsymmetrie sichtbar, die durch Autoritäten ein «oben» und «unten» im Feld definiert sowie eine Betrachtungs- und Bewertungsweise reproduziert, die eine Unterteilung in «normal» und «psychisch krank» zulässt. In diesem Machtfeld können sich die Betroffenen kaum behaupten. Nicht zu vergessen ist das dominierende ökonomische Feld, das die sozialpolitischen Themen mitbeeinflusst. Ob Betroffene in Wohnheimen, Kliniken oder in einer eigenen Wohnung betreut werden können, hängt nicht zuletzt auch von den verfügbaren finanziellen Mitteln ab.

Bezug zum Kapital

Was das Kapitalvolumen betrifft, kann bei den Betroffenen von einem geringen Vorhandensein aller Kapitalsorten ausgegangen werden. Beginnend beim ökonomischen Kapital, haben Menschen, deren Leistungsfähigkeit phasenweise schwankt, wie dies auch bei der Zielgruppe der Fall ist, geringe Chancen auf eine berufliche Integration. Deshalb erfolgt diese Integration hauptsächlich auf dem zweiten Arbeitsmarkt oder aber gar nicht. Betroffene sind häufiger von Armut betroffen und auf staatliche Hilfe angewiesen. Grundbedürfnisse können damit knapp befriedigt werden, andere, für die Individuen auch relevante Bedürfnisse ebenfalls kaum. Häufig haben Menschen mit einer Psychose, insbesondere beim frühen Ausbruch der Erkrankung, keine Ausbildung. Entsprechend fehlen Bildungsabschlüsse und Qualifikationen, um eine Erwerbsarbeit zu finden und damit wird das kulturelle Kapital in seiner inkorporierten und institutionalisierten Form tangiert. Betroffene besitzen ebenso wenig soziales Kapital, wie in Kapitel 3.1 demonstriert wurde. In Folge der sozialen Isolation, die als Schutzfunktion in Erscheinung tritt, droht ein Verlust von sozialen Beziehungen und Bindungen, die für die Lebensqualität und Gesundheit aller Menschen ein zentrales Merkmal darstellen. Auf der Ebene des symbolischen Kapitals erhalten die Betroffenen durch die Stigmatisierung ihrer Erkrankung kaum soziale Anerkennung, von hohem gesellschaftlichem Status und Prestige kann daher nicht die Rede sein.

Dieser Mangel an Kapitalsorten führt zwangsläufig zu weniger Durchsetzungsmacht für eigene Interessen und Bedürfnisse. Entsprechend sind Betroffene auch eher von sozialer Exklusion betroffen als diejenigen mit mehr Kapital. Hier wird der Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und sozialer Inklusion oder eben Exklusion deutlich. Gewiss spielt für eine erfolgreiche Integration und Inklusion das Zusammenspiel von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren eine zentrale Rolle. Dennoch muss betont werden, dass insbesondere auf der sozialen Ebene Möglichkeiten bestehen, die Lebensbedingungen

so zu verändern, dass diese sich automatisch positiv auf die biologische und psychische Ebene auswirken würden. Dies könnte den Krankheitsverlauf entscheidend zugunsten der Betroffenen beeinflussen.

Bezug zum Habitus

Der Habitus des Menschen spielt für den Krankheitsverlauf ebenso eine massgebliche Rolle. Abhängig davon, welche Denkmuster und Bewertungsschemata die Betroffenen verinnerlicht haben, zeigen sich deren Auswirkungen auf ihren eigenen Umgang mit der Krankheit und auch mit dem der Umwelt. Diese Dynamik wiederum hat ebenso mit dem Habitus der Mitmenschen aus der sozialen Umwelt zu tun; Habitus eines Betroffenen und Habitus seiner Umwelt beeinflussen sich sozusagen gegenseitig. Wie die Angehörigen, Freunde, Nachbarn, Bekannte oder aber auch professionelle Fachkräfte Menschen mit einer Psychose wahrnehmen und bewerten kann das Selbstbild der Betroffenen negativ beeinflussen und zu einer Selbststigmatisierung führen. Dies stellt bei der erhöhten Vulnerabilität der Zielgruppe ein noch höheres Risiko dar als bei anderen psychischen Erkrankungen. Der soziale Status als «Schizophrene/r» wird durch die habituellen Neigungen des Individuums reproduziert. Dies scheint eine ausweglose Situation zu sein, deren Stagnation durch gesellschaftliche Haltungen hervorgebracht wird. Solange es eine Gesellschaft gibt, die den Status bzw. die sozialen Positionen durch Klassifizierung und Privilegien entstehen lassen, kann dieses Dilemma kaum aufgelöst werden. Umso mehr sollte das Bewusstsein der Mechanismen, die zur sozialen Ungleichheit führen können, auf der professionellen, gesellschaftlichen und individuellen Ebene geschärft und in der praktischen Sozialen Arbeit reflektiert werden.

Wie nun aus dieser Erläuterung hervorgeht, können das Feld bzw. der soziale Raum, das Habituskonzept sowie die Kapitaltheorie in der Einzelfallarbeit mit Betroffenen der genannten Zielgruppe zur Erklärung und Analyse der gegebenen Problemsituation herangezogen werden. Da Bourdieu den Menschen als ein bio-psycho-soziales Wesen betrachtet, sind seine Theorien an die sozialpsychiatrische Ausrichtung anschlussfähig. Er nimmt dabei das «Soziale» besonders in den Fokus, was bezogen auf die Zielgruppe eine erhebliche Relevanz aufweist, weil der Krankheitsverlauf entscheidend von den sozialen Bedingungen und gesellschaftlichen Gegebenheiten determiniert wird. Im Folgenden wird aufgezeigt, inwiefern sich die Überlegungen von Bourdieu auch auf Interventionen der Sozialen Arbeit in der sozialpsychiatrischen Praxis übertragen lassen im Sinne eines Instrumentariums, das für die Förderung der sozialen Integration und Inklusion der Zielgruppe von Bedeutung sein könnte.

Was kann die Soziale Arbeit konkret tun?

Allgemeines und übergeordnetes Ziel der Sozialen Arbeit mit psychotischen Menschen ist die Ermöglichung eines menschenwürdigen und den Bedürfnissen sowie Fähigkeiten

angepassten Lebens in der Gemeinschaft (vgl. Bosshard et al. 2013: 264). In der Förderung zur selbstständigen Lebensführung müssen sich PSA noch stärker als in einer Klinik mit dem Alltag und der Lebenswelt sowie der familiären Umwelt der Betroffenen auseinandersetzen. Sie können dabei als Begleitpersonen, Vermittlungsinstanzen, Wohnbegleitende, Ansprechpersonen oder auch Tröstende und Ermunternde verstanden werden (vgl. ebd.: 268 f.). Es geht nicht darum, die Betroffenen an die gegebenen Lebensbedingungen zu assimilieren, sondern darum, die Strukturen und Lebensbedingungen so zu verändern, dass diese für die Betroffenen erträglicher werden und möglichst wenig im institutionellen Rahmen (vgl. Dörner 1998: 159). Die Handlungsweise der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit nimmt auch Einfluss auf das Gemeinwesen, damit dieses eine gesundheitsfördernde Veränderung schaffen kann. Damit soll eine einseitige Anpassung der Betroffenen an die oft schwierigen und unzumutbaren Lebensbedingungen verhindert werden. Im Praktischen vollzieht sich dieses Handeln über die Einzelfallarbeit, die Organisationsentwicklung, die Netzwerkarbeit und die Kooperation sowie durch eine politische Einmischung in der Gemeinde (vgl. Obert 2015: 52).

Ebene Feld/Sozialer Raum

Dem sozialen Feld kommt für die Interventionen der PSA in der Sozialpsychiatrischen Praxis eine grosse Bedeutung zu, wenn davon ausgegangen wird, dass das vertraute und gewohnte soziale Umfeld für Betroffene zu mehr Autonomie und Selbstverwirklichung und damit zu einer besseren Lebensqualität beiträgt. Hierzu kann die Bedeutung der Sozialraumorientierung oder der Gemeinwesenarbeit als Handlungspraxis genannt werden, aber auch die Begleitung und Betreuung im Einzelwohnen.

Lebensfeldzentrierte Hilfe orientiert sich an den sozialräumlichen Bezügen des Betroffenen. Eine eigene Wohnung, unabhängig davon, ob alleinlebend oder mit Angehörigen, ist für eine soziale Verwurzelung und die psychische Stabilität sowie die personale Identität entscheidend. Aus diesem Grund sollen Betroffene nicht in Einrichtungen gehen müssen, um Hilfe zu erhalten, sondern die notwendige Hilfe sollte auf ihren konkreten Bedarf ausgerichtet zu ihnen, d. h. in ihre vertraute Umgebung, kommen. Eine Verschiebung des Angebots von einem institutionszentrierten und angebotszentrierten zu einem personenzentrierten und bedarfsorientierten Hilfesystem ist deshalb anzustreben (vgl. Bosshard et al. 2013: 468f.).

Ebene Kapital

Die aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen, die Tendenzen einer ökonomischen Ungleichheit mitsamt Kürzungen innerhalb der sozialen Sicherung aufweisen, stellen die Soziale Psychiatrie vor eine Herausforderung. Inklusion und Partizipation können nicht ohne Berücksichtigung der sozialen Ungleichheit, von Herrschaftsverhältnissen, unterschiedlichen

soziokulturellen Milieus und individuellen Abgrenzungsbedürfnissen thematisiert werden (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 34).

Durch die familiäre Sozialisation wird der ungleiche Zugang der verschiedenen Klassen zum Bildungssystem vermittelt. Die zunehmende Relevanz des Bildungssystems mitsamt der Inflation der Bildungszertifikate und Titel reproduziert und legitimiert damit soziale Ungleichheit. Die unteren Klassen, die wenig Kapital besitzen, sind Protesten, Enttäuschungen und Lustlosigkeit ausgesetzt (vgl. Bourdieu 2015: 7). Dem Feld der Psychiatrie scheint es nicht möglich, diese gesellschaftliche Realität zu ändern. Im Einzelfall gilt, nach bestmöglichen Lösungen zu suchen (vgl. Finzen 2013b: 207). Die berufliche Integration ist von der Lebensgeschichte und der aktuellen Lebenslage mitsamt der psychischen Beeinträchtigung abhängig. PSA werden dazu angehalten, die subjektiven Möglichkeiten der Betroffenen einzuschätzen und sich einen Überblick über die regionalen Arbeits- und Beschäftigungsangebote zu verschaffen (vgl. Bosshard et al. 2013: 483).

Um auf die Widerstandsfähigkeit eines Menschen hinzuweisen und diese zu stärken, kann «Kapital» als Leitbegriff nützlich sein. In der Situation von Betroffenen kann der Begriff zur Erlangung und Förderung der Fähigkeit zum Umgang mit der Krankheit wie auch mit den belastenden Lebensumständen und daraus resultierenden negativ wirkenden Stressfaktoren herangezogen werden. Im Konkreten kann das bedeuten, dass die PSA die genannte Zielgruppe darin unterstützt, Kapital zu erlangen, zu erweitern oder dieses vermittelt. Auf der ökonomisch-materiellen Ebene können darunter monetäre Ressourcen und eine Vermittlung in den Arbeitsmarkt verstanden werden. Auf der sozialen und kulturellen Ebene ist die Unterstützung beim Aufbau und bei der Pflege von sozialen Beziehungen und der gesellschaftlichen Teilhabe an politischem sowie kulturellem Geschehen anzustreben.

Ebene Habitus

Menschen mit Psychosen haben ihre eigene Art zu denken und zu handeln; diese gilt es zu erkennen und ohne Vorurteile zu akzeptieren. Durch die Negativsymptomatik kann sich der Habitus verändern – diese Veränderungen sollten von den PSA wahrgenommen werden können. Dies bedarf Hintergrundinformationen zur Erkrankung und ein Feingespür für die Eruiierung der Bedürfnisse und Ressourcen. Ein Arbeitsbündnis kann nur dann entstehen, wenn eine Vertrauensbasis geschaffen werden kann. Des Weiteren sind PSA stets dazu angehalten, den persönlichen wie auch den professionsethischen Habitus in der Zusammenarbeit mit den Betroffenen zu reflektieren. Insbesondere weil diese Zielgruppe Verständnis und Geduld von den PSA voraussetzt, müssen die eigenen und professionellen Erwartungen und Ansprüche kritisch beleuchtet und ggf. hinterfragt werden. Hier spiegelt sich auch die Machtsymmetrie in der Beziehung der PSA zu ihrer Klientel wider, die in einem kooperativen Handlungsprozess steter (professions-)ethischer Reflexion bedarf.

5.1 Schlussfolgerung

Im Gegensatz zur alten, traditionellen Anstaltspsychiatrie muss die neue, offene und humanere Psychiatrie chronisch psychisch kranke Menschen nicht mehr verstecken. Allerdings stellt sie auch hohe Anforderungen an die mitbetroffene Öffentlichkeit. Die gemeindenahere Psychiatrie benötigt eine Gemeinde, die sich kümmert und nicht eine, der diese Fürsorge aufgezwungen werden muss (vgl. Finzen 2013a: 168). Die eingehende Anerkennung von biopsychosozialen Entstehungsfaktoren einer psychischen Krankheit, besonders für den Einfluss auf den Krankheitsverlauf, hat in der Theorie einen bedeutenden Durchbruch erfahren (vgl. Stierl/Stierl 2012: 489). Die Erfassung der Situation, in der sich der psychisch kranke Mensch befindet, bedingt die Betrachtung von sozialen und ökonomischen Aspekten, Stressfaktoren im gesellschaftlichen Umfeld sowie Folgen der Erkrankung und nicht nur die einseitige Sicht der Symptome. Dementsprechend ist es sinnvoll und auch notwendig, dass die Klassifikationssysteme psychischer Störungen wie etwa das ICD-10 durch die ICF erweitert wurden. Diese berücksichtigt neben den somatischen Funktionen und Strukturen auch das Gemeinschafts- und Sozialleben, Unterstützungsmöglichkeiten sowie Umweltaspekte und reflektiert die Möglichkeiten zur Partizipation (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 35). Ein integratives Verständnis in Behandlung, Therapie und Rehabilitation ist deshalb von Nöten, um den Betroffenen eine adäquate Unterstützung bieten zu können. Die Umsetzung dieser Erkenntnisse weist in der Praxis jedoch Schwierigkeiten auf. Die einzelnen für integrative Konzepte notwendigen Disziplinen handeln entsprechend ihren eigenen Verpflichtungen, wobei die medizinisch-psychiatrische Orientierung darin dominiert (vgl. Stierl/Stierl 2012: 489). Besonderheiten und Bedürfnisse dieser Zielgruppe können bei den niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht ausreichend berücksichtigt werden. Betroffene benötigen intermediäre Angebote wie das Case Management oder Home Treatment, damit die krankheitsbedingten Schwankungen rechtzeitig aufgefangen werden können und sich rasch wiederholende Klinikeintritte vermieden werden können (vgl. Stocker et al. 2016: 16). Wenn man dem Anspruch der gesellschaftlichen Integration Rechnung tragen soll, dann ist es notwendig, das psychiatrische Hilfesystem dichter mit den allgemeinen Strukturen des Sozial-, Erziehungs-, Bildungs- und Gesundheitssystems zu verknüpfen (vgl. Bosshard et al. 2013: 53).

Die betrieblichen Strukturen und die allgemeine Arbeitsmarktsituation sind auf Leistung und Effizienz ausgerichtet, um möglichst viel Rendite zu erreichen (vgl. Finzen 2013b: 207). Daher stellt sich die Frage, wie die Vorstellung von Inklusion der Betroffenen mit dem rasanten Wandel und den heutigen Anforderungen im Wirtschaftssektor korrespondieren soll. Hinsichtlich der Zielgruppe kann immerhin behauptet werden, dass die BRK mittels einer

Konkretisierung des Inklusionsbegriffes eine breitere politische und gesellschaftliche Aufmerksamkeit erhalten hat. Beispielsweise wird in den Artikeln 19 und 27 die Wohnsituation in Grossinstitutionen und die Absonderung von Menschen mit einer Behinderung vom allgemeinen Arbeitsmarkt in geschützte Werkstätte als problematisch angesehen und kritisch hinterfragt. In Artikel 24 werden Bildung für alle Menschen und in den Artikeln 29 und 30 politische und kulturelle Partizipation gefordert. Der Begriff «Inklusion» ist allerdings nicht klar und eindeutig zu fassen und bedarf in unterschiedlichen Verwendungszusammenhängen jeweils einer neuen Reflexion. Aus diesem Grund ist Inklusion schwierig, im gesamtgesellschaftlichen Kontext wie auch in seinen Teilbereichen, weil Teilsysteme wie Wirtschaft, Recht, Schule und Arbeit dabei unterschiedliche gesellschaftliche Funktionen bedienen (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 32).

Hinter der Chronifizierung scheint sich eine psychosoziale Trägheit zu verbergen. Wenn Betroffene, Angehörige und Fachpersonen von einer schwierigen Ausgangslage auf eine noch schwierigere Zukunft schliessen, dann wird diese sehr wahrscheinlich durch das Prinzip der selbsterfüllenden Prophezeiung auch eintreffen. Diese Mechanismen funktionieren allerdings auch umgekehrt. Wenn Betroffene ihre berufliche Zukunft positiv betrachten und Bezugspersonen und Fachleute ihnen ein selbstständiges Wohnen auch zutrauen, werden Rehabilitationserfolge wahrscheinlicher. Chancen, aus der Chronifizierung auszusteigen, erhöhen sich durch Optimismus hinsichtlich der Zukunftsperspektive (vgl. Schweitzer 1995: 32).

5.2 Beantwortung der Fragestellung

Die Antwort auf die Fragestellung lässt sich weitgehend aus der Diskussion und Schlussfolgerung des vorangegangenen Kapitels ableiten. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die heutige Praxis der Sozialpsychiatrie wohl auf eine soziale Integration und Inklusion ausgerichtet ist und die Betroffenen tatsächlich in dieser Hinsicht auch profitieren können. Dennoch besteht in einigen Bereichen Verbesserungsbedarf. Einerseits bedarf es einer besseren Kooperation und Koordination bestehender Hilfesysteme und des Ausbaus neuer Hilfesysteme im Sinne eines integrativen und ganzheitlichen Modells. So sollen die Betroffenen möglichst selbstbestimmt und autonom leben können, und das möglichst nicht oder weniger in einer Institution. Die Soziale Arbeit muss sich hierzu als Profession besser und selbstbewusster positionieren können, da sie als Vermittlungsinstanz und anwaltschaftliche Funktion für diese vulnerable Zielgruppe in Erscheinung tritt und deren Interessen auch sozialpolitisch in der Öffentlichkeit vertreten müsste. Grenzen des sozialarbeiterischen Handelns sind deshalb dort zu erwarten, wo gesellschaftliche und sozialpolitische Erwartungen und Vorgaben mit den persönlichen Vorstellungen und Wünschen der Klientel kollidieren. Eine weitere Herausforderung für die PSA ist dort zu finden, wo die Zielgruppe mit

Ambivalenzen oder Krankheitsrückfällen konfrontiert wird. Weil die Soziale Arbeit nicht standardisierbar ist, kann der Ausgang in der Zusammenarbeit nicht prognostiziert werden. Daher wird von den PSA auch eine Akzeptanz für Misserfolge erwartet sowie Toleranz für die Eigenarten der Zielgruppe.

In Bezug auf die Unterfrage konnte demonstriert werden, dass die soziologischen Überlegungen von Pierre Bourdieu sowohl auf die Zielgruppe als auch auf die sozialpsychiatrische Praxis mitsamt ihren Inklusions- und Integrationsgedanken und auf die Soziale Arbeit selbst in Bezug gesetzt werden kann. Als Situationserfassungs- und Analyseinstrument könnten die drei theoretischen Konzepte zur Problemdefinition herangezogen werden, aber auch zu einem ganzheitlichen Verständnis des sozialen Problems beitragen. Überdies dienen die Theoreme auch der Ressourcenerfassung, die darauf aufbauende Interventionen zu planen vermag. Grundlegend erscheint Bourdieus Sicht auf die gesellschaftlichen Einflüsse, die das Leben eines Betroffenen erheblich mitbestimmen. Im vorherrschenden individualistisch orientierten Paradigma, in dem Ursachen der Probleme häufig bei den Menschen selbst gesucht werden und die Bearbeitung dieser zumeist auf der individuellen Ebene erfolgt, kann die Gefahr entstehen, die gesamtgesellschaftlichen Bezüge ausser Acht zu lassen, obschon diese, wie nun im Fall der Menschen mit einer chronisch-rezidiven Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, einen erheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen. Daher sind diese in einer Fallarbeit zwingend zu berücksichtigen.

5.3 Weiterführende Gedanken

Meistens ist von individuellen Bewältigungsstrategien die Rede; durch Empowerment sollen Betroffene befähigt werden, ihre Probleme selbst zu meistern und damit auch selbst zu verantworten. Autonomie und Selbstbestimmung sind zu zentralen Werten geworden, individualisierte Hilfen werden daher vermehrt gefordert, was gewiss zu begrüßen ist. Entsteht aber bei dieser Ausrichtung nicht ein einseitiger Blick auf die Probleme und deren Lösungsstrategien, der sich einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für sozial benachteiligte Menschen zu entziehen scheint? Demnach wäre eine andere Auseinandersetzung notwendig, welche die Lebensbedingungen der Zielgruppe noch mehr ins Zentrum rückt. Es wäre bedeutend zu betrachten, wie sich die Soziale Arbeit sozialpolitisch aktiv einbringen könnte bzw. welche konkreten Möglichkeiten ihr hierzu zur Verfügung stehen.

In der vorliegenden Arbeit ist häufig von Stigmatisierung die Rede, die sich beträchtlich für die soziale Ungleichheit und die Ausgrenzung von Menschen mit einer chronischen Psychose verantwortlich zeichnet. Es ist denkbar, über diesen Zugang eine Analyse durchzuführen und zu eruieren, welche theoretischen und methodischen Optionen der Sozialen Arbeit zur Verfügung stehen, um diesen Mechanismen entgegenzuwirken.

Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit zur Antistigmatisierung wird unausweichlich, weshalb der jeweilige Zeitgeist mit den jeweiligen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stets mitberücksichtigt werden muss. Es ist leichter, die Betroffenen in ihrer individuellen Situation zu unterstützen, das Selbstbewusstsein zu stärken und die Folgen von Stigmatisierung aufzuarbeiten, als die Öffentlichkeit zu sensibilisieren (vgl. Finzen 2013a: 168f.).

Des Weiteren könnte darüber nachgedacht werden, inwiefern es hinsichtlich der Integration und Inklusion Unterschiede zwischen den verschiedenen psychischen Erkrankungen gibt. Weitere Überlegungen betreffen Herausforderungen im intersektionalen Bereich. So ist vorstellbar, dass Menschen mit einem Migrationshintergrund, die an einer schweren psychischen Störung leiden, noch mehr Schwierigkeiten bei der Integration und Inklusion haben und daher andere Unterstützungsformen und Zugänge zu Hilfen benötigen.

Ein anderer Gedanke widmet sich der Position der Sozialen Arbeit als Profession im Arbeitsfeld der Sozialpsychiatrie und der Frage, welche Optionen für eine bessere Etablierung im Arbeitsfeld der Psychiatrie zur Verfügung stehen und ob diese auch zur Förderung, Wahrung und Erhaltung der Sozialpsychiatrie beitragen können. Die neurobiologisch-psychiatrische Ausrichtung ist nicht aufhaltbar und soll auch nicht bekämpft werden. Vielmehr müsste die aktuelle Entwicklung der Neuropsychiatrie näher beleuchtet werden, um aus ihr einen Mehrwert für die Sozialpsychiatrie herausfiltern zu können.

Zuletzt ist auf die fehlenden oder unzureichenden empirischen Untersuchungen speziell betreffend diese Zielgruppe hinzuweisen. Diese wären dringend notwendig, weil nur durch die Betroffenenperspektive Aussagen über Hilfeplanung und adäquate Massnahmen gemacht werden können.

Das im Januar 2007 abgehaltene Symposium in der Universitätsklinik Zürich mit dem Thema «Psychotherapie bei Schwerkranken» hat den Mangel an repräsentativen Studien zur Zielgruppe thematisiert. Verschiedene Argumente dienen einer möglichen Erklärung dieser Tatsache. Angeblich seien die schwerkranken Menschen oft nicht in der Lage, ihr Einverständnis für Forschungsprojekte zu geben. Des Weiteren fällt aber auch auf, dass in den vergangenen Jahrzehnten viele Betroffene mit einem chronischen Krankheitsverlauf dauerhaft hospitalisiert wurden, was dazu führte, dass diese Menschen aus dem Fokus der zentralen Themen geraten sind (vgl. Hartwich 2012: 11).

Andere Gründe wie finanzielle Mittel, zeitlicher Aufwand oder Interesse, Geduld und Erträglichkeit den Betroffenen gegenüber wurden nicht thematisiert. Die genannten Argumente müssen deshalb kritisch betrachtet werden. Es ist massgeblich und notwendig, mit den Betroffenen zu reden anstatt nur über sie.

6. Quellen- und Literaturverzeichnis

- Amtliche Sammlung des Bundesrechts (AS). Übereinkommen der Menschen mit einer Behinderung (2014). URL: <https://www.admin.ch/gov/de/start/bundesrecht/amtliche-sammlung.html> S.1119-1154. [Zugriffsdatum 09.05.2019].
- Baer, Niklas/Juvalta, Sibylle/Altwicker-Hamori, Szilvia/Frick, Ulrich/Rüesch, Peter (2016). Soziale Sicherheit CHSS. Jung, psychisch krank und invalidisiert. Ausgabe März Nr.1. Bundesamt für Sozialversicherungen. URL: <https://soziale-sicherheit-chss.ch/artikel/jung-psychisch-krank-und-invalidisiert/> [Zugriffsdatum 04.06.2019].
- Balz, Hans-Jürgen/Benz, Benjamin/Kuhlmann, Carola (Hg.) (2012). Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: Springer VS.
- Barlösius, Eva (2004). Kämpfe um soziale Ungleichheit. Machttheoretische Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag.
- Barlösius, Eva (2006). Pierre Bourdieu. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Becker, Thomas/Hoffmann, Holger/Puschner, Bernd/Weinmann, Stefan (2008). Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bosshard, Marianne/Ebert, Ursula/Lazarus, Horst (2010). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. 4. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Bosshard, Marianne/Ebert, Ursula/Lazarus, Horst (2013). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. 5. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Bourdieu, Pierre (2015). Die verborgenen Mechanismen der Macht. Schriften zu Politik und Kultur 1. Hamburg: VSA-Verlag.
- Bourdieu, Pierre (2016). Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. 25. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Bourdieu, Pierre (1997). Ortseffekte. In: Accardo, Alain/Balazs, Gabrielle/Beaud, Stéphane/Bourdieu, Emmanuel/Bourdieu, Pierre/Broccolichi, Sylvain/Champagne, Patrick/Christin, Rosine/Faguer, Jean-Pierre/Garcia, Sandrine/Lenoir, Remi/Oeuvrard, Françoise/Pialoux, Michel/Pinto, Louis/Podalydès, Denis/Sayad, Abdelmalek/Soulié, Charles/Wacquant, Loic J.D. Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft. S. 159-168.

Brückner, Burkhard (2015). Geschichte der psychiatrischen Sozialarbeit. In: Bock, Karin/Dörr, Margret (Hg.) /Homfeldt, Hans Günther/Schulze-Krüdener, Jörgen/Thole, Werner (2015). Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag. S. 21-32.

Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) (2000). URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20002163/index.html> [Zugriffsdatum 02.05.2019].

Ciampi, Luc (1995). Sozialpsychiatrie heute – was ist das? In: Finzen, Asmus/Hoffmann-Richter, Ulrike (Hg.) (1995). Was ist Sozialpsychiatrie. Eine Chronik. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 205-210.

Ciampi, Luc (2010). Sozialpsychiatrie gestern, heute und morgen. Auf dem Weg zu einer modernen Neuro-Soziopsychiatrie. In: Bulletin Psy & Psy. (1). Offizielles Organ der Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. Bern. S 1-6.

Clausen, Jens/Dresler, Klaus-Dieter/Eichenbrenner, Ilse (1996). Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Clausen, Jens/Eichenbrenner, Ilse (2016). Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Dörner, Klaus (1995). Was ist Sozialpsychiatrie? In: Finzen, Asmus/Hoffmann-Richter, Ulrike (Hg.) (1995). Was ist Sozialpsychiatrie. Eine Chronik. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 83-90.

Dörner, Klaus (1998). Ende der Veranstaltung. Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis.

Dörr, Margret (2005). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI). UNO Konvention. URL: <https://www.edi.admin.ch/de/home/fachstellen/ebgb/recht/international0/uebereinkommen-der-uno.ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html> [Zugriffsdatum: 02.05.2019].

Eikelmann, Bernd/Reker, Thomas/Richter, Dierk (2005). Zur sozialen Exklusion psychisch kranker – Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. In: Fortschritte der Neurologie Psychiatrie (2005). Zeitschrift (73). Stuttgart: Thieme Verlag. S. 664-673.

Felder, Marion/Schneiders, Katrin (2016). Inklusion kontrovers. Herausforderungen für die Soziale Arbeit. Schwalbach: Wochenschau Verlag.

Finzen, Asmus (2004). Schizophrenie. Die Krankheit verstehen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Finzen, Asmus (2013a). Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Finzen, Asmus (2013b). Schizophrenie. Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen. 2. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Fuchs-Heinritz, Werner/König, Alexandra (2014). Pierre Bourdieu. Eine Einführung. 3. Aufl. Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft.

Gruber, Dominik/Böhm, Martin (2012). Pierre Bourdieus Soziologie: ein Wegweiser für die Sozialpsychiatrie? In: SWS-Rundschau. (1.). Verein für interdisziplinäre sozialwissenschaftliche Studien und Analysen. URL: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-381915> [Zugriffsdatum 16.04.2019]. S. 19-37.

Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (Hg.) (2004). Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Behandlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Hartwich, Peter (2012). Psychotisch krank – das Leiden unter Schwere und Dauer. In: Hartwich, Peter/Barocka, Arnd (Hg.) (2009). Psychisch krank. Das Leiden unter Schwere und Dauer. Sternenfels: Verlag Wissenschaft & Praxis. S. 11-16.

ICD-10 (2017). Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hg.). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Systematisches Verzeichnis. 10. Revision – German Modification. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Initialstaatenbericht BRK (2016). Erster Bericht der Schweizer Regierung über die Umsetzung des Übereinkommens über die Rechte der Menschen mit Behinderung. URL: <https://www.edi.admin.ch/de/home/fachstellen/ebgb/recht/international0/uebereinkommen-der-uno.ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde./staatenbericht.html> [Zugriffsdatum: 02.05.2019].

Jurt, Joseph (2008). Bourdieu. Grundwissen Philosophie. Stuttgart: Reclam.

Kastl, Jörg Michael (2017). Inklusion, Integration und Teilhabe. In: Rosemann, Mathias/Konrad, Michael (Hg.) (2017). Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung. 2.Aufl. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 101-111.

Kumbier, Ekkehardt/Haack, Kathleen/Hoff, Paul (2013). Soziale Psychiatrie: historische Aspekte ihrer Entwicklung in Deutschland und in der Schweiz. In: Kawohl, Wolfram/Rössler, Wulf (Hg.) (2013). Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 1: Grundlagen. Stuttgart: Kohlhammer. S. 34-45.

Lazarus, Horst/Bosshard, Marianne (2005). Bildung als Chance. Ressourcenorientierte Biografiearbeit mit chronisch psychisch kranken und drogenabhängigen Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Obert, Klaus (2015). Alltags- und Lebenswelt orientiertes Sozialpsychiatrisches Handeln. In: Bock, Karin/Dörr, Margret (Hg.)/Homfeldt, Hans Günther/Schulze-Krüdener, Jörgen/Thole, Werner (2015). Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag. S. 49-64.

Pajonk, Frank-Gerald/Falkaj, Peter (2004). Langzeittherapie der Schizophrenie. Bremen: UNI-MED Verlag.

Radisch, Jeanett/Kleine-Budde, Katja/Baumgardt, Johanna/Moock, Jörn/Kawohl, Wolfram/Rössler, Wulf (2015). Schizophrenie. Stuttgart: Kohlhammer.

- Rüsch, Nicolas (2013). Soziale Exklusion. In: Kawohl, Wolfram/Rössler, Wulf (Hg.) (2013). Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 1: Grundlagen. Stuttgart: Kohlhammer. S. 150-158.
- Saalfrank, Wolf-Thorsten/Zierer, Klaus (2017). Inklusion. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.
- Schäfer, Ingo/Lambert, Martin (2004). Langzeitverlauf schizophrener Erkrankungen. In: Pajonk, Frank-Gerald/Falkai, Peter (Hg.) (2004). Langzeittherapie der Schizophrenie. Bremen: UNI-MED Verlag AG. S.40-48.
- Schweitzer, Jochen (1995). Die unendliche und endliche Psychose – über Chronizitätskonzepte in der psychiatrischen Ideengeschichte. In: Schweitzer, Jochen/Schumacher, Bernd (1995). Die unendliche und endliche Psychiatrie. Zur (De-)Konstruktion von Chronizität. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag. S. 28-46.
- Shuler, Benjamin/Früh, Andrea (2012). Sozialpsychiatrie – vom Umgang der Sozialen Arbeit mit psychischen Erkrankungen. In: SozialAktuell. Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit. (4). AvenirSocial (Hg.). Berufsverband Soziale Arbeit Schweiz. Bern: AvenirSocial. S. 11.
- Siller, Peter (2015). Was heisst Inklusion? In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.) (2015). Inklusion. Wege in die Teilhabegesellschaft. Frankfurt am Main: Campus Verlag. S. 25-36.
- Speck, Andreas/Steinhart, Ingmar (Hg.) (2018). Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Stange, Karl-Heinz (2015). Sozialpsychiatrie Heute. In: Bock, Karin/Dörr, Margret (Hg.)/Homfeldt, Hans Günther/Schulze-Krüdener, Jörgen/Thole, Werner (2015). Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag. S. 33-48.
- Steiner, Ruth (2012). Einsichten und Aussichten der Sozialpsychiatrie. Soziale Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen. In: SozialAktuell. Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit. (4). AvenirSocial (Hg.). Berufsverband Soziale Arbeit Schweiz. Bern: AvenirSocial. S. 10-13.

- Stierl, Marlene/Stierl, Sebastian (2012). Chronische psychische Erkrankungen bei Erwachsenen. In: Schmid, Marc/Tetzer, Michael/Rensch, Kathrina/Müller, Schlüter-Müller (Hg.) (2012). Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 486-494.
- Stocker, Désirée/Stettler, Peter/Jäggi, Jolanda/Bischof, Severin/Guggenbühl, Tanja/Abrassart, Aurélien/Rüesch, Peter/Künzi, Kilian (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Strotzka, Hans (1965). Einführung in die Sozialpsychiatrie. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Tölle, Rainer/Windgassen, Klaus (2012). Psychiatrie. 16. Aufl. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Zimmermann, Ralf-Bruno (2017). Häufige psychische Störungen. In: Bischkopf, Jeanette/Deimel, Daniel/Walther, Christoph/Zimmermann, Ralf-Bruno (Hg.) (2017). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln: Psychiatrie-Verlag. S. 80-115.

Anhang

- unterzeichnete ehrenwörtliche Erklärung

Bachelor Thesis

Erklärung der Studierenden zur Bachelor Thesis

Name, Vorname: Aida Dizdar

Begleitung Bachelor Thesis: Martina Fischer

Titel/Untertitel Bachelor Thesis:

Soziale Integration und Inklusion von Menschen mit einer psychischen Langzeiterkrankung

am Beispiel der Schizophrenie

Analyse der sozialpsychiatrischen Praxis und der Bedeutung vom Habitus, Kapital und sozialem Feld nach Bourdieu für die soziale Integration und Inklusion als Aufgabe der Sozialen Arbeit

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Datum: 27. 6. 2019 Unterschrift: 