

Integrative Suchthilfe als Antwort auf biopsychosoziale Probleme

2019-3
Jg. 45
S. 21-26

Erste Ergebnisse aus zwei qualitativen Studien im Feld der Suchthilfe verweisen auf den biopsychosozialen Zusammenhang der Problemlagen. Der Einfluss sozialer Bedingungen auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheit wird auch durch zahlreiche sozialepidemiologische Erkenntnisse belegt. Gefordert sind daher integrative Konzepte interprofessioneller Kooperation, die sich an einem gemeinsamen biopsychosozialen Theorierahmen orientieren.

MARIA SOLÈR

Sozialarbeiterin FH, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Soziale Arbeit und Gesundheit ISAGE, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, CH-4600 Olten, Tel. +41 (0)62 957 26 23, maria.soler@fhnw.ch

SIMON SÜSSTRUNK

Sozialarbeiter FH, wissenschaftlicher Mitarbeiter am ISAGE. Tel. +41 (0)62 957 21 43, simon.suesstrunk@fhnw.ch

Das nachfolgend skizzierte Bild Sozialer Arbeit in der Suchthilfe geht primär auf zwei qualitative Studien zurück: Eine noch laufende vom schweizerischen Nationalfonds (SNF) geförderte Studie zur Wirkung klinischer Sozialer Arbeit (vgl. Hüttemann et al. 2017) und eine abgeschlossene Pilotstudie zu klinischer Sozialer Arbeit (vgl. Süsstrunk et al. 2016). Die erste Studie will eine wirkungsbezogene Wissensgrundlage für die klinische Soziale Arbeit schaffen und insbesondere den Zusammenhang von Intervention und Wirkung analysieren. Die Grundlage bilden rekonstruierte Fallverläufe auf der Basis von Interviews mit KlientInnen und Sozialarbeitenden. Die zweite Studie nutzte hingegen primär Daten aus Interviews mit PraktikerInnen für eine Ist-Analyse der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen.¹ Die folgenden Ausführungen widerspiegeln dementsprechend die Sicht von Sozialarbeitenden und von KlientInnen im Bereich der Suchthilfe.

Mehrdimensionalität der Problemlagen

Chronischer Suchtmittelkonsum ist ein Element eines komplexen Problemspektrums. Dementsprechend finden sich

in den Schilderungen der KlientInnen zu ihrer Lebensgeschichte Hinweise auf Probleme auf biologischer, psychischer, sozialer (inkl. sozioökonomischer) Ebene, so wie es die Übersicht in Abbildung 1 – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – zeigt.

Die Mehrdimensionalität der Problemlagen zeigt sich darin, dass bei keiner der Personen in der Stichprobe ein Bereich unbelastet bleibt. Alle Personen im Sample berichten von negativen Interaktionen und fehlender Zuwendung in der Kindheit wie bspw. von Vernachlässi-

Probleme auf biopsychischer Ebene	Probleme auf sozialer Ebene
Körperliche und psychische Gesundheit <ul style="list-style-type: none"> – somatische Krankheiten – psychische Krankheiten – chronischer Suchtmittelkonsum 	Soziale Beziehungen/Interaktion <ul style="list-style-type: none"> – soziale Isolation/Rückzug – sozialer Ausschluss/Beziehungsabbrüche – Verlust wichtiger Bezugspersonen i.d. Kindheit – fehlende Zuwendung/Vernachlässigung (selber erfahren oder ausgeübt) – Machtlosigkeit, Hilflosigkeit – Gewalt (erfahrene, selber ausgeübt) – sexuelle Ausbeutung (erfahrene) – Misstrauen in Beziehungen – Beziehungskonflikte – Überlastung (mit Pflichten) – materielle Ausbeutung – Arbeitsüberlastung – Diskriminierung (erfahrene) – Delinquenz und damit in Zusammenhang stehende Sanktionierungen
Wissen/Fühlen/Denken <ul style="list-style-type: none"> – negatives Selbstbild – Wissensdefizite – Desorientierung 	Sozioökonomische Lage <ul style="list-style-type: none"> – fehlende sozioökonomische Ressourcen – Bildungsdefizite/abgebrochene Ausbildungen – tiefe Beschäftigungsposition – Jobverlust/Erwerbslosigkeit – Schulden – Obdachlosigkeit
Kompetenzen <ul style="list-style-type: none"> – dysfunktionale Problemlösestrategien – eingeschränktes Verhaltensrepertoire 	Soziale Position <ul style="list-style-type: none"> – mangelnde soziale Mitgliedschaften – tiefer sozialer Status/soziale Deklassierung (Anomie)
Motivlage <ul style="list-style-type: none"> – negative Selbstwirksamkeitserwartung – unrealistische Ergebniserwartung 	
Handlungsplanung und Handlungen <ul style="list-style-type: none"> – unerreichbare Ziele – nicht realisierbare Pläne – unzureichende Verhaltenskontrolle – Misserfolge – abweichendes Verhalten 	

Abbildung 1: Probleme der KlientInnen im Lebensverlauf und heute (eigene Darstellung).

gung, Gewalt oder schweren Spannungen in der Herkunftsfamilie. Der Substanzkonsum setzte mehrheitlich im Rahmen des Aufwachsens unter ausgeprägten Stresssituationen ein und chronifizierte sich aufgrund von Begleitumständen wie Fremdplatzierungen im Jugendalter, Ausbildungsabbrüchen, Überlastung im Alltag, Überforderung im Beruf und zunehmendem sozialem Ausschluss.

Viele KlientInnen waren in der Adoleszenz und ihrem jungen Erwachsenenalter durch Beziehungskonflikte und -abbrüche belastet. Selten finden sich dauerhaft aufrechterhaltene Bindungen zur Herkunftsfamilie oder zu Lebenspartnerinnen oder partnern. Die Chronifizierung der Sucht geht demnach mit frustrierenden Beziehungserfahrungen, Stigmatisierung und zunehmender Isolation einher. Im Verlauf der sozialen Desintegration kommen häufig Erwerbs-

losigkeit, Schulden, Obdachlosigkeit und nicht selten auch Beschaffungsdelinquenz hinzu, alles Indikatoren eines prekären sozialen Status, der den Hintergrund für Deklassierungs- und Diskriminierungserfahrungen der Betroffenen bildet.

Auch die Schilderungen der Professionellen klinischer Sozialer Arbeit illustrieren den Zusammenhang von Sucht mit sozialen sowie sozioökonomischen Problemen, sozialer Deprivation und Diskriminierung. Als besondere Herausforderungen aufgeführt werden Krisensituationen wie bspw. randalierende Klienten auf dem Sozialamt, Klientinnen in Lebensgefahr sowie Entscheidungen über Fürsorgereiche Unterbringung (FU) und Kinderschutzmassnahmen (konsumierende Eltern).

Nicht nur klinische Soziale Arbeit ist involviert, auch in der Sozialhilfe

werden Menschen mit Suchtproblemen unterstützt. Zusätzlich zur Armut und den schon genannten Problemen werden die fehlende Tagesstruktur, das Leben auf der Gasse, Prostitution, Delinquenz, Bussen und Gerichtsverfahren aufgeführt. Die Unterstützung durch die Sozialhilfe sei aufgrund der komplexen Problemlagen oft langfristig, weil eine schnelle berufliche Integration nicht in Frage komme.

Zusammengefasst besteht der bedeutendste Aspekt der sozialen Dimension in der Zugehörigkeit der KlientInnen zu Familien, Partnerschaften, Schulen, Peergruppen, Betrieben etc. und der Tatsache, dass sich die Sucht und ihre negativen Begleiterscheinungen und Folgen aufgrund ungünstiger sozialer, kultureller und ökonomischer Bedingungen in diesen sozialen Systemen entwickelt und verschärft haben.

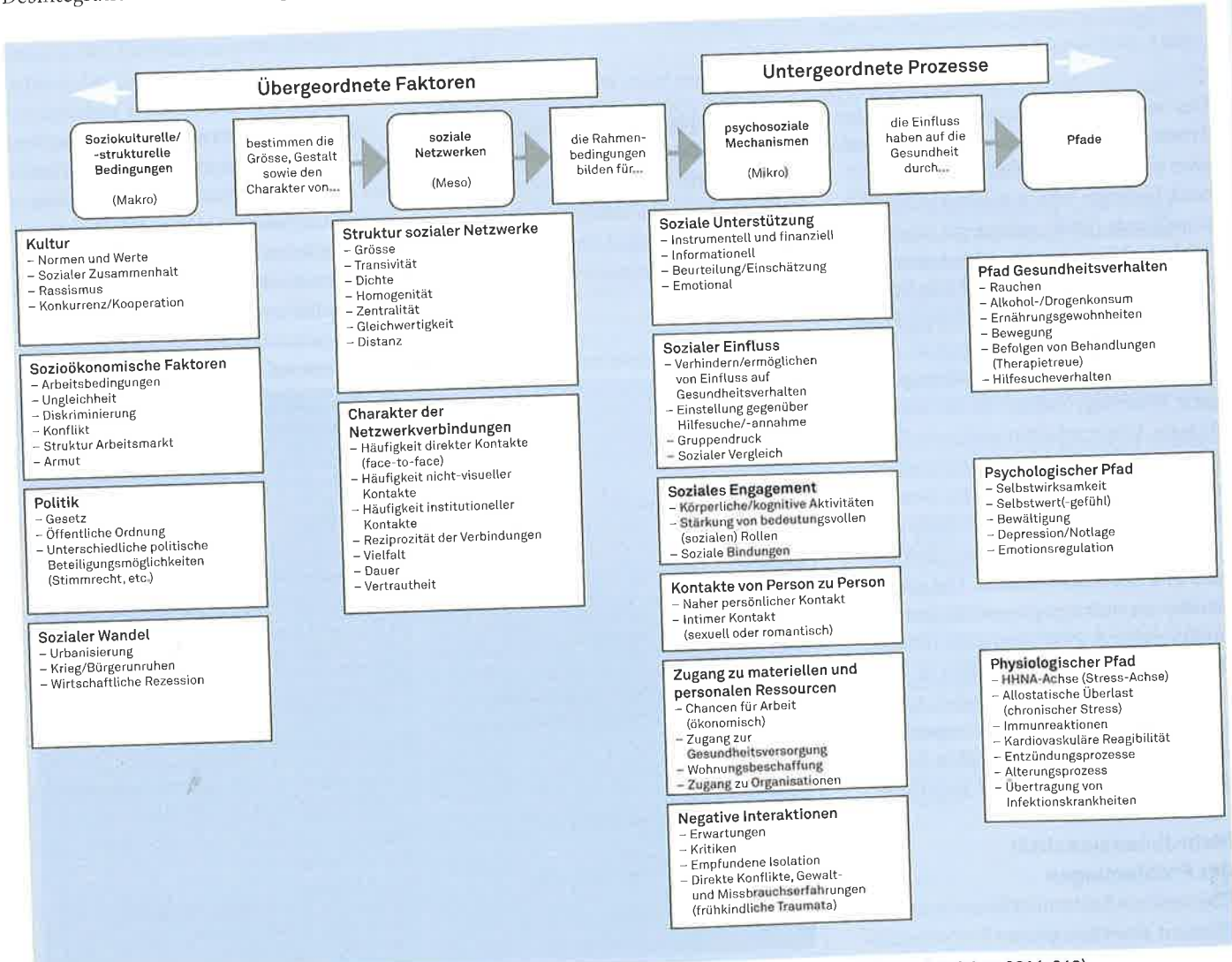


Abbildung 2: Der Einfluss sozialer Netzwerke auf die Gesundheit (eigene Übersetzung des Modells von Berkman & Krishna 2014: 242).

Soziale Einbindung, Gesundheitsverhalten und Gesundheit

Aus der sozialepidemiologischen Forschung ist bekannt,² dass die Art der Einbindung in soziale Netzwerke (bspw. Peergruppen, Familien, Partnerschaften, Freundeskreis etc.) und die Qualität der erfahrenen Interaktionen für das Gesundheitsverhalten (darunter Suchtmittelkonsum) sowie die Gesundheit zentral sind. Das Modell in Abbildung 2 (vgl. Berkman & Krishna 2014; Kubzansky et al. 2014) zeigt, gestützt auf eine Vielzahl von Studien, wie sozialstrukturelle Bedingungen (Makroebene) auf soziale Netzwerke (Mesoebene) wirken. Die Struktur dieser Netzwerke (Grösse, Dichte, Normen und Regeln etc.) und die Ausprägung der internen Bindungen bilden den Rahmen für die Interaktionen zwischen ihren Mitgliedern auf mikrosozialer Ebene. Fehlende soziale Bindungen oder psychosoziale Mechanismen³ wie bspw. mangelnde soziale Unterstützung, ein beschränkter Zugang zu Ressourcen oder negative Interaktionserfahrungen haben einen direkten Effekt auf das Gesundheitsverhalten (vgl. Okechukwu et al. 2014). Dies geschieht z. B. aufgrund fehlender Möglichkeiten, Wissen und Fertigkeiten bzw. funktionale Copingstrategien zu erwerben, oder durch hinderliche Bedingungen zur Entwicklung von positiver Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstwert und Emotionsregulation. Dysfunktionales Coping hat zur Folge, dass Stress ungenügend oder nur auf schädigende Weise wie bspw. mittels Substanzmissbrauch abgebaut werden kann.

Die Autorinnen (vgl. Berkman & Krishna 2014) bezeichnen zudem einen weiteren, sozial bedingten physiologischen Prozess, der direkt und ohne «Umweg» über das Gesundheitsverhalten zu Gesundheitsbeeinträchtigungen führt. Demgemäss führen im Alltag erfahrene Belastungen (Ärgernisse, Konflikte, Arbeitsbelastung, Einsamkeit, Diskriminierung, Armut, fehlende Sicherheit etc.), die durch Coping und soziale Unterstützung, Zuwendung, Anerkennung und Zugang zu Ressourcen nicht ausgeglichen werden können, zu negativem Stress. Eines der Hauptreaktionssysteme des Körpers bei Stress ist

die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA). Bei dauerhaftem, nicht regulierbarem Stress führt die Übererregung des Organismus (allostatische Überlast) zur Aktivierung der HHNA und zur Ausschüttung von Stresshormonen (Glucocorticoide). Hohe Spiegel des Hormons unterdrücken das Immunsystem und wirken entzündungshemmend, sodass überschüssige, für den Körper schädliche Immunreaktionen vermieden werden. Dieser Prozess wird normalerweise durch Rückkopplungsmechanismen wieder herunterreguliert. Unter dauerhaftem Stress kommt es aber zu einer fortgesetzten Eskalation. Das Übermass an Glucocorticoiden (insbes. Cortisol) führt unter diesen Bedingungen zu nachhaltigen Schädigungen des Gehirns sowie verschiedener Körpersysteme und zu einer Destabilisierung des psychischen Geschehens (vgl. Entringer & Heim 2016: 25-26; Grawe 2004: 244-245).

Auch wenn das Modell mit seiner Top-down-Ausrichtung nur einen Teil der komplexen beteiligten Prozesse beleuchtet, wird doch im Hinblick auf Sucht, ihre Ursachen und Folgen, die Verknüpfung sozialer, psychischer und biologischer Prozesse deutlich. Entsprechend ist es notwendig, die soziale Einbindung der KlientInnen sowohl bei der Situationsanalyse zu berücksichtigen als auch bei der Suche nach Wegen zu möglichen Problemlösungen (vgl. Obrecht 2009; Grawe 2004; Sommerfeld et al. 2016: 148-170).

Das Spezifische der Sozialen Arbeit

KlientInnen der Suchthilfe weisen typischerweise, wie oben beschrieben, sozial bedingte Beeinträchtigungen auf. Obwohl die Bedürfnisse der Betroffenen nach körperlicher und psychischer Integrität, nach Zugehörigkeit, Zuwendung etc. vielfach verletzt wurden und sie selbst oftmals andere verletzt haben, bleiben sie auf die Mitgliedschaft in sozialen Systemen angewiesen (vgl. Obrecht 2009). Dies spiegelt sich darin, dass die Befragten in einer parallel durchgeführten quantitativen Untersuchung als wichtigste Elemente ihrer Lebensqualität primär ihre Bezugspersonen wie Eltern, Geschwister, Kinder,

Partnerinnen und Partner aufführten, und es zeigt sich auch in den Zielen, die sie im Zusammenhang mit diesen Beziehungen anstreben.

Das Spezifische der Sozialen Arbeit ist vor diesem Hintergrund – abgestützt durch die genannten sozioepidemiologischen Hypothesen – nicht die unmittelbare Bearbeitung der Sucht, sondern die Förderung von sozialen Beziehungen, die Verminderung von Konflikten, Ausbeutung, Gewalt, Diskriminierung und sozialem Ausschluss und die Linderung von Begleit- und Folgeproblemen auf sozioökonomischer Ebene (vgl. Sommerfeld in dieser Ausgabe).

Erste Ergebnisse zeigen, dass die Soziale Arbeit im Kontext der Suchthilfe in einem interprofessionellen Setting tätig ist. Entsprechend der Mehrdimensionalität der Probleme sind nicht nur Organisationen und Fachpersonen aus dem Sozialwesen beteiligt, sondern auch solche aus dem Gesundheitsbereich (psychiatrische Kliniken, Ärztinnen und Ärzte, Fachpersonen aus Pflege, Psychiatrie und Psychotherapie). Zentral ist in vielen Fällen auch die Rolle von Justiz und Behörden (Strafgerichte, Kinder- und Erwachsenenschutzbehörden), von Fachpersonen der Bewährungshilfe oder der Beistandschaft.

Ein u. E. wichtiger Aspekt ist in diesem Rahmen der Aufbau tragfähiger Arbeitsbeziehungen, was sich in den Schilderungen der KlientInnen ausdrückt. Die Rolle als Vertrauensperson ist wichtig, um die Interessen der KlientInnen im Rahmen privater wie professioneller Kontexte überhaupt wahrnehmen und vertreten zu können. Dies gilt besonders dann, wenn Sozialarbeitende in Krisensituationen als stellvertretende Problemlöser aktiv werden, wie auch bei der Ausübung von Kontrolle in Zwangskontexten, die mit Eingriffen in die Autonomie der KlientInnen verbunden ist.

Sozialarbeitende fördern zum andern durch soziale Vernetzung⁴ unmittelbar die Teilnahmemechanismen. Dies zeigt sich bspw. in Aktivitäten zur Reaktivierung sozialer Beziehungen im privaten Lebensbereich der KlientInnen. Darauf richten sich häufig sowohl individuelle Förderung und Kompetenzaufbau als auch die Bearbeitung von Beziehungs-



konflikten. Indirekt mit sozialer Vernetzung in Zusammenhang steht, dass Sozialarbeitende auch Ressourcen wie bspw. Wohnraum erschliessen, um privaten Beziehungen überhaupt Raum bieten zu können.

Die rekonstruierten Fallverläufe der einen Studie zeigen, wie grundlegend die Erschliessung von Ressourcen auf verschiedenen Ebenen ist, nicht nur, um die Grundversorgung zu gewährleisten, sondern vor allem, um die soziale Integration der KlientInnen zu fördern. Ressourcenerschliessung umfasst den **Zugang** zu Angeboten wie Gassenküche (**Ernährung**), Wohn-, Aufenthalts- und Konsumationsräumen, aber auch zu Substitution sowie zu psychiatrischer, psychotherapeutischer und medizinischer **Versorgung**. Dies alles kann nicht ohne die Beiträge von Fachpersonen aus der Medizin, Pflege und Psychologie geleistet werden. Auch im Zusammenhang mit der Verbesserung der sozioökono-

mischen Lage, wozu Bildung, Wohnen, Arbeit gehören, sind interprofessionelle Kontakte eine Notwendigkeit, um den Zugang zu Leistungen der entsprechenden Hilfesysteme zu eröffnen.

Auffallend ist, dass die KlientInnen in den Interviews solche Leistungen kaum erwähnen. Dies obwohl die Sicherung sozioökonomischer Ressourcen oder auch von Ausbildungsmöglichkeiten ganz offensichtlich eine wesentliche Voraussetzung ist, um Ziele angehen zu können, die über die unmittelbare Alltagsbewältigung und das materielle Überleben hinausgehen. Solche Ziele betreffen bspw. die soziale Mitgliedschaft in Familie, Freundeskreis und Arbeitswelt. Die Entlastung vom psychischen Dauerstress ermöglicht erst eine Auseinandersetzung mit der eigenen Situation und eine individuelle Entwicklung im Hinblick darauf, das «eigene Leben zurückgewinnen zu können», wie es eine interviewte Klientin ausdrückte.

Sozialarbeitende intervenieren zudem auch spezifisch in die psychische Dimension. Dies, wenn sie als SuchtberaterInnen die Auseinandersetzung ihrer KlientInnen mit den Hintergründen der Suchtproblematik fördern, sie bei der Veränderung problematischen Verhaltens sowie in der Entwicklung von Selbstfürsorge- und Bewältigungsstrategien unterstützen. Diese Leistungen erbringen sie nicht selten parallel zu psychologischen und psychiatrischen Fachkräften.

Verschiedene Ausprägungen interprofessioneller Kooperation

Wie erwähnt, finden viele der bezeichneten Aktivitäten in einem Kontext statt, in dem auch Fachkräfte anderer Professionen tätig sind. Was die interprofessionelle Kooperation betrifft, so finden sich in unseren Daten aber eher wenige Anhaltspunkte für Behandlungskonzepte, die auf Basis einer gemeinsamen **Analys**

aufeinander abgestimmt und koordiniert umgesetzt wurden, so wie es dem oben beschriebenen Verständnis einer angemessenen professionellen Reaktion auf die evidenten biopsychosozialen Zusammenhänge entsprechen würde oder wie es auch im Artikel von Peter Sommerfeld (in dieser Ausgabe) dargelegt wird.

Übers Ganze gesehen, zeichnen sich zwei Ausprägungsformen von Kooperation ab. In der einen Form bearbeiten die professionellen Fachkräfte, darunter auch die Sozialarbeitenden, die Probleme ihres Zuständigkeitsbereichs «isoliert» von den anderen Professionellen bzw. ohne gemeinsame Problemanalyse (und wie zu vermuten ist, ohne Berücksichtigung der zugrundeliegenden biopsychosozialen Zusammenhänge). Die Abstimmung läuft quasi über die Person des Klienten/der Klientin, indem sich diese von einem Setting zum anderen bewegt. Trotz punktueller, vorwiegend organisatorischer Kontakte erfolgt aber kein verbindlich auf die Interventionen anderer Fachbereiche abgestimmtes Handeln.

Die zweite Ausprägung kommt u.E. der Bezeichnung «fallbezogene Kooperation» näher. Diese zeigt sich zum einen in der Zusammenarbeit Sozialarbeitender aus dem klinischen Bereich mit externen Stellen wie regionalen Arbeitsvermittlungsstellen (RAV), Timeout-Programmen, teil- oder stationären Einrichtungen bzw. Heimen, Sozialhilfe oder der Schulsozialarbeit. Den Aussagen der Professionellen nach gibt es Kooperationen, die vertraglich festgeschrieben sind, oder es bestehen zumindest Vereinbarungen, die einen regelmässigen Austausch vorsehen. Ferner werden auch «tiefe und langjährige» Kooperationen ohne vertragliche Bindung beschrieben. Solche werden je nach Fallsituation und Bedarf geschaffen, gepflegt und letztlich auch wieder aufgelöst. Auch hier enthalten die empirischen Daten jedoch wenig Hinweise darauf, dass solche Kooperationen zum Austausch von wichtigen Wissensbeständen mit dem Ziel der Anpassung der eigenen oder gemeinsamen Intervention führen.

Die wenigen Belege für eine verbindliche interprofessionelle Kooperation finden sich zum anderen im stationären Bereich oder in grösseren Organisationen mit einer breiten Angebotspalette. In diesem Zusammenhang können Sozialarbeitende auch organisationsintern in die interprofessionelle Fallsteuerung involviert sein. So in der formellen Rolle als Case-ManagerIn, wo sie ein umfassendes Hilfesystem arrangieren, inklusive der materiellen und infrastrukturellen Voraussetzungen.

Ungenutzte Potentiale?

Zusammengefasst, lässt das vorläufige Bild interprofessioneller Kooperation in der Suchthilfe eher auf situative, vorwiegend organisatorische Kooperationen schliessen als auf die Orientierung an einem gemeinsamen, integrativen biopsychosozialen Konzept. Aufgrund der wenigen Belege lassen sich dazu aber keine repräsentativen Aussagen machen. Zudem gibt es Anhaltspunkte dafür, dass insbesondere in stationären therapeutischen Settings günstigere Rahmenbedingungen für biopsychosozial fundierte Kooperationen in der Fallführung vorhanden sind als in Kontexten, in denen die Leistungen durch mehrere Organisationen und verschiedene in eigener Praxis tätige Fachkräfte erbracht werden.

In unserem Datenmaterial wird die sich abzeichnende Fokussierung auf den eigenen «fachlichen Slot» bzw. der Verzicht auf eine fallbezogene Verknüpfung der jeweiligen professionellen Perspektiven kaum thematisiert. Dies obwohl damit ein Verlust von Erkenntnissen verbunden ist, die sich aus den verschiedenen Behandlungen und Unterstützungsformen ergeben. Diese Erkenntnisse könnten für den Prozess der KlientInnen wichtig und für die anderen Fachbereiche relevant sein, bspw. um sensible Phasen oder riskante Entwicklungen frühzeitig zu erkennen. Bereits ein «simpler» Wissensaustausch über die verschiedenen Probleme und (therapeutischen) Ziele könnte eine Justierung oder gar Optimierung der «eigenen» Intervention ermöglichen. Zur Illustration

kann die Medikation durch die Medizin oder die Stärkung der Selbstwirksamkeit durch die Psychologie genannt werden. So müssen die Tagesstruktur und Wohnform oder auch (beeinflussende) soziale Beziehungen einigermassen stabil sein, um eine korrekte und regelmässige Medikamenteneinnahme zu ermöglichen. Oder um sich selbstwirksam zu erleben, braucht es neben der Reflexion auch das Erleben von Handlungserfolg in der eigenen Lebenswelt. Solange z. B. die Wohnsituation und/oder die Situation mit der Familie nicht stabil sind, dürften die Erfolgchancen einer regelmässigen Medikamenten-/Substitutionsmitteleinnahme (Compliance) oder einer verbesserten Selbstwirksamkeit(-serwartung) eher tief sein. Die möglichen Vorteile für die einzelnen Fachbereiche, besonders aber für die Optimierung der Gesamtbehandlung, lassen sich in diesen Beispielen erkennen.

Das Bild der Ausprägungen interprofessioneller Kooperation ist wie erwähnt unvollständig, kann aufgrund der erwähnten Limitationen Einseitigkeiten und Verkürzungen enthalten und muss im weiteren Verlauf unserer Analysen erweitert und ergänzt werden. Der hier dargestellte erste Eindruck lässt aber vermuten, dass die Potenziale einer integrativen Kooperation nicht ausgeschöpft werden. Erkenntnisse zu den sozialen Ursachen von Suchtproblemen begründen unserer Ansicht nach, warum die Fragestellung im Interesse einer wirksamen Suchthilfe liegt, weiter untersucht und diskutiert werden sollte.

Literatur

- Berkman, Lisa F./Krishna, Aditi (2014): Social Network Epidemiology. S. 234-289 in: Lisa F. Berkman/Ichiro Kawachi/M. Maria Glymour (Hrsg.), Social Epidemiology. Oxford University Press.
- Entringer, Sonja/Heim, Christine (2016): Biologische Grundlagen. S. 13-42 in: Ulrike Ehlert (Hrsg.), Verhaltensmedizin. Wiesbaden: Springer.
- Grawe, Klaus (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Hüttemann, Matthias/Solèr, Maria/Süsstrunk, Simon/Sommerfeld, Peter (2017): Wirkungsforschung und Evaluation in der Klinischen

Sozialarbeit. Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung 13(3): 4-6.

Kubzansky, Laura D./Seeman, Teresa E./Glymour, Maria M. (2014): *Biological pathways linking social conditions and health. Plausible mechanisms and emerging puzzles.* S. 512-561 in: Lisa F. Berkman/Ichiro Kawachi/M. Maria Glymour (Hrsg.), *Social Epidemiology.* Oxford University Press.

Obrecht, Werner (2009): *Was braucht der Mensch? Grundlagen einer biopsychosozio-kulturellen Theorie menschlicher Bedürfnisse und ihre Bedeutung für eine erklärende Theorie sozialer Probleme.* Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Soziale Arbeit.

Okechukwu, Cassandra/Davison, Kirsten/Emmons, Karen (2014): *Changing health behaviors in a social context.* S. 234-289 in: Lisa F. Berkman/Ichiro Kawachi/M. Maria Glymour (Hrsg.), *Social Epidemiology.* Oxford University Press.

Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia/Hollenstein, Lea (2016):

Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Wiesbaden: Springer.

Staub-Bernasconi, Silvia (2018): *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität.* Opladen: Barbara Budrich.

Süsstrunk, Simon/Solè, Maria/Hüttemann, Matthias (2016): *Auf dem Weg zu Wirkungsforschung – eine explorative Studie zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen in der Schweiz.* FORUM Sozialarbeit + Gesundheit 12(4): 3.

Endnoten

¹ Weitere Informationen und zukünftige Publikationen sind unter nachfolgenden Links zugänglich: Studie 2017-2020: ALIMEnt: Kontexte, Mechanismen und Wirkungen klinischer Sozialer Arbeit: www.tinyurl.com/y6lelvvd. Studie 2014-2015: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen: www.tinyurl.com/yy7w357z, Zugriff 21.05.2019.

- ² Sie untersucht soziale Determinanten von Gesundheit wie soziale und ökonomische **Ungleichheit und Diskriminierung, die Ausgestaltung von Arbeitsmärkten und Arbeitsbedingungen wie auch Formen der Einbindung in soziale Netzwerke mit Bezug auf die damit in Zusammenhang stehenden psychischen und biologischen Mechanismen.**
- ³ Als «psychosoziale Mechanismen» innerhalb sozialer Netzwerke bezeichnet werden Interaktionen wie soziale Unterstützung, soziale Einflussnahme, soziales Engagement und soziale Bindungen, körperliche Kontakte von Person zu Person, der Austausch von Ressourcen und materiellen Gütern sowie negative soziale Interaktionen inkl. Konflikte und Missbrauch (vgl. Berkman & Krishna 2014; Kubzansky et al. 2014).
- ⁴ Zur Bezeichnung der Arbeitsweisen vgl. Staub-Bernasconi 2018: 271-284.