

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 39 (2013)

Heft: 6

Artikel: Ethnographien zur Medikalisierung komplexer Problemlagen

Autor: Salis Gross, Corina

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800073>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Ethnographien zur Medikalisierung komplexer Problemlagen

Posttraumatische Belastungsstörung als medizinische Kategorie und Traumatisierung in ihrer popularisierten Verwendung sind zu zentralen Referenzrahmen einer zunehmenden Medikalisierung komplexer Problemlagen geworden. Dies führt im Migrationskontext zu pathologisierenden und moralisierenden Formen des Einschlusses und Ausschlusses von «Andersartigkeit» im Duktus von «echten» und «falschen» Flüchtlingen.

Corina Salis Gross

Dr. phil., Forschungsleiterin am Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF Zürich, Konradstrasse 32, CH-8031 Zürich, Tel. +41 (0)44 448 11 84, corina.salisgross@isgf.uzh.ch, www.isgf.uzh.ch

Schlagwörter:

Medikalisierung | Marginalisierung | Migration | Trauma | Ethnographie |

Medikalisierung und Marginalisierung

Wir befinden uns gemäss soziologischer Theorien seit dem späten 20. Jahrhundert in einem historischen Übergang von der ersten zur zweiten (reflexiven) Moderne, in welcher die Basisprinzipien der logischen Ordnung vom «Entweder-oder» zum «Sowohl als auch» gleiten.¹ Dabei entstehen institutionelle Entgrenzungen wie uneindeutige Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, sowie institutionelle Strukturbildungen jenseits der klassischen Ausdifferenzierungslogiken. Letzteres zeigt sich etwa im Bereich Gesundheit und Krankheit als zunehmende Medikalisierung vormals «quasi-normaler» Zustände wie z.B. Übergewicht, Alter, Sucht oder Diskriminierungserfahrung.

Im Suchtbereich hat dies zu durchschlagenden Erfolgen geführt, indem etwa die medikamentöse Behandlung von Opioid- oder Heroinabhängigkeit etabliert wurde oder nun die Entwicklung von Medikamenten gegen die Alkoholabhängigkeit oder von Impfstoffen gegen Nikotinabhängigkeit vorangetrieben wird.

Normative Ambivalenzen gegenüber den betroffenen Gruppierungen sind jedoch eine Folge dieser Entwicklung. Sie sind sowohl auf diskursiver Ebene (z.B. in den heftigen Debatten um das neue Präventionsgesetz oder die Asylgesetzgebung) wie auch auf der Handlungsebene der Policy-Akteure (z.B. NGOs, medizinische Institutionen) und der Individuen (z.B. Personal, PatientInnen) wirksam. Gleichzeitig wird Herrschaft diffuser und stark subjektiviert, indem sie nicht mehr nur von aussen aufoktroiert, sondern in einer Weise verinnerlicht wird, die sie unsichtbar macht und Kritik erschwert.² Dies kann beim Individuum zu einer Verantwortungsüberlastung im Sinne der Selbstrechtfertigungspflicht führen,³ und auch ganze Bevölkerungsgruppen wie die oben erwähnten sind u.U. davon betroffen.

Ich werde im Folgenden ein Beispiel dieser zunehmenden Medikalisierung von Gruppen mit komplexen Problemlagen aufgreifen und dabei entsprechende pathologisierende Effekte und Widerstandspotentiale erläutern.⁴ Dabei knüpfe ich an einen Zweig der Suchtforschung an, die mittels qualitativer Methoden ethnographisch und explorativ die Effekte dieser gesellschaftlichen Entwicklung erschliesst.⁵ Das Beispiel «Traumatisierung» behandelt zudem einen der Sucht oft vorgelagerten Prozess, der auch hier zur Entstehung einer Suchtproblematik (in diesem Fall der exzessive Alkoholkonsum) führte.

«Trauma»: Die Medikalisierung der Flüchtlingserfahrung

Gewalterfahrung, Trauma und Traumatisierung sind wichtige diskursive Elemente in der Migrationsdebatte. Dies ist international vor allem der Fall, seit 1980 nach Interventionen von Veteranen aus dem Vietnam-Krieg die diagnostische Kategorie PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) Eingang in das psychiatrische Manual DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) erhalten hat und sich popularisierte Versionen von «traumatischer Erfahrung» oder von «Trauma» in der Alltagssprache fortsetzen.⁶ In Europa und in der Schweiz waren es u.a. die Konflikte auf dem Balkan in den 1990er Jahren, welche die Verbreitung und Akzeptanz dieses Referenzrahmens akzeptabel machten. Weitere Elemente folgten:

Die Einführung des Opferhilfegesetzes Anfang der 1990er Jahre war u.a. aufgrund von feministischen Pressure Groups entstanden, welche die öffentliche Sensibilisierung für die Situation von Frauen und Kindern im Zusammenhang mit sexuellen Übergriffen und häuslicher Gewalt forderten. Dies führte parallel zu einer stärkeren Sensibilisierung auch gegenüber traumatisierten MigrantInnen und das Gesetz dient seither den Institutionen als wichtige Grundlage für deren finanzielle Unterstützung.

Gleichzeitig zeigte eine Studie auf, dass mindestens ein Viertel aller anerkannten Flüchtlinge systematisch gefoltert wurden, bevor sie in der Schweiz um Asyl nachsuchten.⁷ Sie basierte auf Akten des damaligen Bundesamtes für Flüchtlinge und war der Auslöser für die Einrichtung eines Therapiezentrums für

Folter- und Kriegsoffer durch das Schweizerische Rote Kreuz im Jahr 1995. Ähnliche Institutionen gibt es unterdessen an mehreren Standorten.

Für die NGOs entstand in den späten 1990er Jahren durch die «Kantonalisierung» der Flüchtlingsbetreuung eine neue Situation. Hatte früher der Bund direkt Finanzen dafür gesprochen, lag die Verantwortung nun bei den Kantonen; der Wettbewerb unter den NGOs um diese Ressourcen intensivierte sich. NGOs sind seither stärker gefordert, unternehmerisch zu funktionieren und neue finanzielle Ressourcen zu erschliessen. Der Gesundheitssektor schien dabei ein vielversprechendes Feld zu werden, weil hier u.a. mit der Etablierung der Strategie «Migration und Gesundheit» des BAG neue Gelder zur Verfügung standen.⁸

Auch die WHO stützt sich bei der Finanzierung von Projekten unterdessen stark auf psychosoziale Bedürfnisse und Traumabearbeitung. Seit der Ratifizierung des «Istanbul-Protokolls»⁹ auch durch die Schweiz im Jahre 2000 ist es deshalb für Hilfsorganisationen vital geworden, mit medizinischen Konzepten zu argumentieren.

Eine kritische Reflexion dieses Prozesses hat um die Jahrtausendwende begonnen. Sie beschäftigt sich mit den Grenzen der Anwendung medizinischer Konzepte¹⁰ und schlägt Erweiterungen vor, welche weniger individualistisch angelegt sind und z.B. auch die re-traumatisierenden Effekte von Erfahrungen in den Aufnahmeländern einbeziehen.¹¹ Ausserdem konzentriert sie sich auf die medikalisierenden oder pathologisierenden Wirkungen ganzer Teilsysteme – wie z.B. der Medizin und des «Humanitären Apparates» oder auf die Aneignung des Körpers des Flüchtlings durch dessen Disziplinierung mittels der dem Subsystem inhärenten Terminologien, Konzepte, Praktiken und Prozeduren.¹²

Die beschriebene Situation führte zu spezifischen Formen des gesellschaftlichen Einschlusses und Ausschlusses von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Es entstanden spezielle Formate zur Identifikation sowie zum Widerstand und zur Widerständigkeit (resistance), welche die individuelle und kollektive Praxis im Bereich von Gesundheit und Krankheit beeinflussen.

Medizinische Definitionsmacht und soziale Praxis

Obwohl Flüchtlinge und Asylsuchende also einer Reihe von Techniken und Prozeduren der Disziplinierung¹³ ausgesetzt sind – administrative, juristische, politische, soziale, ökonomische und medizinische – haben sie auch Mittel, um ihre Projekte und Wünsche umzusetzen. Sie bewegen sich zwar in der «Sphäre der Macht» und haben nicht zur Entwicklung der «Strategien»¹⁴ beigetragen, welche dieses Feld definieren. Aber sie entwickeln ihrerseits «Taktiken»,¹⁵ die durchaus auch Widerstand und Widerständigkeit beinhalten und inkorporieren diese in Form eines spezifischen Habitus um Zugang zu Ressourcen zu gewinnen.

Die folgende (anonymisierte) Fallgeschichte eines kurdischen Asylsuchenden in der Schweiz soll einige dieser Taktiken aufzeigen. Wir begleiteten ihn während unserer Feldarbeit im Rahmen einer interdisziplinären Forschung (Medizin, Epidemiologie, Ethnologie) im Rahmen des NPF 39.¹⁶

Taktiken der Identifikation:

Ein «echter Flüchtling» werden

Ekrem, ein 36-jähriger Mann, reiste 1998 nach einer mehrmonatigen und abenteuerlichen Flucht in die Schweiz ein. Nachdem er zu Fuss über die grüne Grenze gekommen war, besuchte er zuerst einen Verwandten in Basel. Ekrem blieb vorerst bei diesem Cousin, der ihm versicherte, ein «briefing»

sei sehr wichtig, bevor er sich bei den Behörden melde, um ein Asylgesuch zu stellen. Die Vorbereitung bestand in der Konsultation anerkannter Flüchtlinge, die Ekrem darin berieten, wie die erfahrene Verfolgung den behördlichen Instanzen adäquat vermittelt werden konnte. Daraus kondensierte sich eine für ihn neue Narration: Ekrem «lernte», dass er seine offensichtlichen Spuren der Folter – sowohl bei den Befragungen als auch bei den medizinischen Untersuchungen – gut sichtbar zu machen habe (seine Hände z.B., welche durch die Folter stark deformiert worden waren, aber auch Narben auf seinem Körper). Ekrem folgte diesem Rat und reagierte damit auf das Angebot der schweizerischen Asylpraxis: Er präsentierte sich als ein Opfer von staatlicher Gewalt und Folter.

Taktiken des Ringens mit der Pathologie

Nach seinem Transfer in ein Durchgangszentrum hatte Ekrem auf den Asylentscheid zu warten. Anfänglich war für ihn das Leben in dieser Institution kein Problem.

Mit der Zeit jedoch verschlechterte sich seine Befindlichkeit. Nach fast einem Jahr Wartezeit empfand er seine Situation als sehr belastend. Er realisierte, dass er mit seinem immer noch unsicheren legalen Status (vorläufige Aufnahme aufgrund des non-refoulement Prinzips) weder seine Familie nachziehen, geschweige denn die Grenze zu Deutschland oder Frankreich im Rahmen seiner weitergehenden politischen Aktivitäten überschreiten konnte. Auch die Arbeitsuche erwies sich als äusserst schwierig, da er nur in ganz bestimmten Sektoren zugelassen war. Ekrem wurde nun sehr deprimiert und begann exzessiv Alkohol zu konsumieren. Seine Hände und sein Rücken begannen zu schmerzen, er fühlte sich kraftlos und litt öfter unter Fieber. Seine Konsultationen beim Zentrumsarzt stiegen an.

Dieser versuchte, den Patienten an das Therapiezentrum für Folter- und Kriegsoffer zu überweisen. Er nahm an, dass Ekrems Leiden eine Folge der früheren Traumatisierungen durch die Folter und des langjährigen Gefängnisaufenthaltes waren (Ekrem hatte 17 Jahre in türkischen Gefängnissen verbracht). Aber Ekrem wurde laut diesem Arzt aufgrund seines unsicheren legalen Status damals nicht akzeptiert. Zudem entdeckte der Hausarzt bei der Abklärung des konstant leichten Fiebers, dass Ekrem mit Hepatitis B und C infiziert war. Diese Krankheiten verstand dieser als «etwas Ähnliches wie AIDS».

Der Arzt überwies ihn nun an einen Psychiater, der wiederum eine spezifische Sicht auf dessen Situation hatte. Das Problem für Ekrem war, dass dieser Arzt sich dabei vor allem auf die Erfahrungen der Vergangenheit konzentrierte, d.h. auf etwas, was «woanders und vor langer Zeit» geschehen war, wie Ekrem sich ausdrückte. Er fühlte sich dadurch psychiatrisiert und pathologisiert. Ekrem insistierte: «Ich bin nicht verrückt. Ich brauche keinen Psychiater. Dieser hört nicht auf, mich nach der Folter zu fragen und nach meinen Gefängniserfahrungen. Die Folter war schlimm, okay, aber ich hatte da meine Genossen und wir unterstützten einander. Meine Situation hier ist ebenso schlimm. Ich kann nicht für meine Familie sorgen, ich kann sie weder hierher bringen noch ihnen Geld nach Hause schicken. Wie soll ich z.B. in einer Baufirma arbeiten mit meinen Händen oder in einem Restaurant?» Und er beschrieb auch die Unzufriedenheit mit seinem politischen Alltag in der jetzigen Situation: «Bis zum letzten Jahr lebte ich für meine Partei. Aber jetzt kann ich nicht einmal an Demonstrationen teilnehmen und mit meiner politischen Arbeit fortfahren, wenn ich keine Landesgrenzen überschreiten darf. Ich bin aus dem Geschäft raus, ich bin ein gebrochener Mann. Der Arzt fordert mich auf,



dass ich über diese Enttäuschungen sprechen soll und dass mir das gut tun würde. Aber stattdessen macht es mich nur noch kränker, wenn ich alles immer wieder aufleben lasse, und das zweimal pro Woche. Und der Hausarzt findet eine Krankheit nach der anderen. Zum Schluss wird er mir noch sagen, dass ich todkrank bin und sterben werde.»

Ekrem kämpfte mit der medizinischen Lesart seiner Biographie, die er selbst als politische verstanden haben wollte. Seine Beschwerden schienen ihm in erster Linie ein Effekt seiner prekären Lebenslage in der Schweiz zu sein, nicht aber eine Folge seiner Situation damals in der Türkei. Dieses Beispiel zeigt, dass die Medikalisierung der Lebensgeschichte von Flüchtlingen einerseits ein Mittel für das Erlangen eines legalen Status und für die Aufnahme bedeuten kann, dass sie aber gleichzeitig auch den Wert der eigenen Biographie erheblich minimiert und verzerrt.

Taktiken des Widerstandes und der Widerständigkeit

Ekrem war nun manchmal der Interventionen so überdrüssig, dass er meinte: «Sie machen mich krank mit all diesen Behandlungen und ich frage mich langsam, ob sie wollen, dass ich krank bin! Meine Freunde zeigten mir Listen mit Störungen, welche die Ärzte benutzen, um eine Diagnose für uns zu finden. Lange Listen von Problemen, die wir hätten: Schlafstörungen, Albträume, Konzentrationsschwierigkeiten, Angst vor Kontakten mit anderen Menschen, körperliche Schmerzen, unsere Frauen und Kinder schlagen. Es ist schrecklich. Das macht dich paranoid und du bekommst richtig Angst, vor allem wenn

du merkst, dass du einige dieser Probleme hast. Und jeder Arzt beginnt wieder danach zu fragen. Ich hasse das langsam! Ich bin nicht krank, ich möchte nur wie ein normaler Mensch hier leben.»

Solche Statements gegenüber der medizinischen Antwort auf seine Leiden können als Kommentare des Protests zu seiner Lebenssituation gelesen werden. Sein Arzt war sich dieser Muster und auch der Grenzen der medizinischen Interpretation durchaus bewusst: «Viele Asylsuchende enden bei uns in der Medizin und manche bekommen die Behandlung nicht, die sie eigentlich bräuchten. Aber die meisten gehören eigentlich auch nicht hierher. Diese «PatientInnen» haben ganz reale Probleme, und das sind Probleme von rechtlicher oder sozialer Unsicherheit. Eine medizinische Behandlung hilft da wenig.»

Die genannte Protestform geht oft mit einer Kritik an der Qualität von Behandlungen einher. Ekrem etwa beklagte sich darüber, die Ärzte würden nicht genügend Medikamente verschreiben oder zu wenig effektive, z.B. bei ihm nur «Panadol» statt einer «richtigen» Medizin. Er beklagte sich jetzt darüber, dass er für seine «AIDS-ähnliche Krankheit» wohl nur die billigste Medizin erhalte, da er ja «nur» ein Flüchtling sei.

Die ÄrztInnen sind mit dieser Interpretation selbstverständlich nicht einverstanden. Und für sie sind die Asylsuchenden ebenfalls eine Quelle der Irritation. Sie fühlen sich häufig hilflos gegenüber den komplexen Problemlagen dieser PatientInnen und auch manipuliert und benutzt von diesen. Sie beschreiben deren Verhalten und Befindlichkeit dann z.B. als «kulturelle Anpassungsschwierigkeiten» oder als «psychische

Regression». Oder sie beklagen sich ebenfalls: «Wenn du ihnen den kleinen Finger reichst, greifen sie nach der ganzen Hand. Man muss gleich zu Beginn ganz klar stellen, dass das hier nicht so läuft. Sie haben oft schlicht kein Verständnis für die Solidarität, wie wir sie gegenüber den Institutionen in einem Wohlfahrtsstaat haben. Entweder werden sie sehr regressiv und passiv oder sie versuchen, uns für ihre Zwecke auszunutzen. Die einzige Sicherheit, die man als Arzt/Ärztin da noch hat, ist der Körper des/der Patienten/-in. Es herrscht immer wieder ein latent misstrauisches Klima ihnen gegenüber, man fühlt sich oft instrumentalisiert. Das lässt einen ebenfalls hilflos, irgendwie...»

Misstrauen und moralische Ökonomie

ÄrztInnen und Flüchtlinge stimmen implizit also darin überein, dass die medizinische Interpretation der Flüchtlings-erfahrung diese kaum adäquat erfasst. Dennoch zeigt die Medikalisation Effekte – auch in der Form von gegenseitigen Anschuldigungen und von Misstrauen. Aus der Perspektive von Behörden und auch Teilen der Bevölkerung erscheinen Flüchtlinge als Personen, die sich mittels Tricks Zugang zu Ressourcen erschliessen. Umgekehrt anerkennen erstere in den Augen der Flüchtlinge ihre Bedürfnisse und Erfahrungen nicht und verwehren ihnen den Zugang zur Gesellschaft.

Im Gesundheitswesen sind die strukturellen Bedingungen dieser Auseinandersetzung noch wenig bewusst. Konflikte werden in der Regel als Probleme der konkreten (z. B. Arzt-Patient) Interaktion gewertet. Eine wesentlichere Rolle spielt m.E. jedoch ein anderer Aspekt: Das gegenseitige Misstrauen und Anklagen in der konkreten Interaktion führt zu Schuldgefühlen auf beiden Seiten. Diese können sich noch verstärken, wenn die ProtagonistInnen sich bewusst werden, dass dieses Misstrauen eine Folge des oben beschriebenen strukturellen Problems ist. Diese Affekte sind Teil einer moralischen Ökonomie, die zur Zirkulation von Misstrauen führt. Die extensive Verwendung des Traumakonzeptes im Feld der Migration ist symptomatisch für diesen spezifischen Modus moralischer Ökonomie, weil er (evidenzbasierte) Glaubwürdigkeit suggeriert. Es stellt implizit eine moralische Basis der Vertrauenswürdigkeit für den Zugang zu Ressourcen dar, welcher sonst verschlossen bleibt. So bestimmen der Duktus des «falschen Flüchtlings» und Konzepte von Vertrauen und Misstrauen noch weitgehend die Praxis in der Migrationspolitik, das öffentliche Bewusstsein und die humanitäre Hilfe.¹⁷ Die entsprechenden Effekte werden individualisiert und dann z. B. als Traumatisierung des Fremden medizinisch behandelt oder als instrumentalistische Taktiken des Anderen moralisierend debattiert. Ethnographische Darstellungen vermögend diese Prozesse ersichtlich zu machen. ●

Literatur

- Aarburg, H.-P. von/Stauffacher, M. (2004): Von Verfolgung hin zu Betreuung: Bedeutungswandel schweizerischen Heroinkonsums in zeit- und lebensgeschichtlicher Perspektive. Suchttherapie 5(4): 10-15.
- Bauer, T./Salis Gross, C. (2012): «Gesunder Znüni» oder «Frittenrevolte»? «Gesunde Ernährung» im Migrationskontext. Terra cognita 20: 96-98.
- Bonss, W./Lau, C. (Hrsg.) (2011): Macht und Herrschaft in der reflexiven Moderne. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Certeau, M. de (1980): Kunst des Handelns. Berlin: Merve Verlag.
- Daniel, V. E./John, Chr. Knudsen (eds.) (1995): Mistrusting Refugees. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Foucault, M. (1975): Surveiller et punir. Naissance de la prison. Paris: Editions Gallimard.
- Gilgen, D./Maeusezahl, D./Salis Gross, C./Bategay, E./Flubacher, P./Tanner, M./Weiss, M.G./Hatz, Ch. (2003): Klinische cultural epidemiology von Gesundheitsproblemen ambulant behandelte Migrantinnen und Migranten aus der Türkei und aus Bosnien. S. 507-530 in: H.-R. Wicker/R. Fibbi und W. Haug (Hrsg.), Migration und

die Schweiz. Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms «Migration und interkulturelle Beziehungen». Seismo: Zürich (ebenfalls in französischer Übersetzung erschienen).

- Salis Gross, C. (2004): Struggling with Imaginaries of Trauma and Trust: The Refugee Experience in Switzerland. Special Issue «Cultures of Trauma», Edited by Joshua Breslau, Culture, Medicine and Psychiatry 28: 151-167.
- Salis Gross, C. (2012): Medikalisation und Marginalisierung: Zwei Fallstudien. S. 111-137 in: Schweizerische Akademien der Wissenschaft (Hrsg.), Gesellschaft und Krankheit. Medikalisation im Spannungsfeld von Recht und Medizin. Bern: Schweizerische Akademie der Geisteswissenschaften.
- Wicker, H.-R. (1993): Die Sprache extremer Gewalt. Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen. Bern: Institut für Ethnologie (Arbeitsblätter Nr. 6).
- Young, A. (1995): The harmony of illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. Princeton: Princeton University Press.

Endnoten

- 1 Vgl. Bonss/Lau 2011.
- 2 Ebd.: 11.
- 3 Ebd.: 16.
- 4 Für eine ausführliche Version sowie weitere Beispiele zum Thema Alkohol vgl. Salis Gross 2012 und zu Ernährung und Übergewicht vgl. Bauer/Salis Gross 2012.
- 5 Vgl. z. B. Aarburg/Stauffacher 2004.
- 6 Vgl. Young 1995.
- 7 Vgl. Wicker 1993.
- 8 Zur Strategie und den entsprechenden Grundlagen (Programm Migration und Gesundheit vom BAG): www.tinyurl.com/nwhdsjx, Zugriff 23.10.2013
- 9 Basierend auf Resultaten einer internationalen Konferenz in Istanbul publizierte das UNHCR das erste «Manual on Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment», www.tinyurl.com/owqngdl, 25.11.2013.
- 10 Vgl. Young 1995; Salis Gross 2004.
- 11 Während «Trauma» im psychiatrischen Zusammenhang als existentielle Verunsicherung und/oder gravierende Frustration von vitalen Grundbedürfnissen konzipiert ist, welche sich psychisch in der Vermittlung der nachträglichen Erinnerungen manifestiert betont diese Kritik den prozesshaften Charakter der «Traumatisierung» auf der realen Bühne und spricht dann z. B. von «sequentieller Traumatisierung» unter Einschluss des sozialen und politischen Kontextes. Anhaltende Belastungen und eine Situation von Unsicherheit und Ausgrenzung können die individuelle Verarbeitung des Traumas und die Rekonstruktion des Selbstvertrauens behindern (vgl. Young 1995).
- 12 Vgl. Salis Gross 2004.
- 13 Vgl. Foucault 1975.
- 14 De Certeau 1988:85ff.
- 15 Ebd.
- 16 Vgl. Gilgen et al. 2003; Salis Gross 2004.
- 17 Vgl. Daniel/Knudsen 1995.

Neue Bücher



Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit Armin Schneider/Anna Lena Rademaker/Albert Lenz/Ingo Müller-Baron, (Hrsg.) 2013, Barbara Budrich, 222 S.

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen wird meist als das «Soziale» am bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell gedeutet. Die soziale Dimension von Gesundheit ist aber auch in allen anderen Feldern der Sozialen Arbeit von grosser, wenn nicht entscheidender Bedeutung. Was gilt es an der Schnittstelle von Sozialer Arbeit und Gesundheit zu erforschen? Welche Rolle spielt hier die Anwendungsorientierung von Forschung? Und wie lassen sich Wirkungen beschreiben, messen und artikulieren? Der Band beinhaltet Forschungsbeispiele aus verschiedenen Feldern der Sozialen Arbeit, u. a. zur Sozialen Arbeit im Kontext von Sucht, sowie grundsätzliche Beiträge zur Kooperation von Gesundheit und Sozialer Arbeit und Perspektiven der Forschung.