
Soziale Probleme

Zeitschrift für soziale Probleme und soziale Kontrolle

19. Jahrgang, 2008, Heft 2

Soziologie psychischer Störungen

- Eine schwierige Beziehung – Psychische Störungen als Thema soziologischer Analysen
Axel Groenemeyer 113
- Die Bedeutung der Soziologie psychischer Gesundheit und Krankheit
im Zeitalter der biologischen Psychiatrie
Reinhold Kilian 136
- „Geisteskrankheit“ als hartnäckige Aushandlungsniederlage –
Die Unausweichlichkeit der Durchsetzung von Definitionen sozialer Realität
Michael Dellwing 150
- „Niedrigdosisabhängigkeit“ von Benzodiazepinen – Eine Sucht wie jede andere?
Wichard Puls 172

Rechtfertigungen und Neutralisierungstechniken

- Die Rechtfertigung abweichenden Verhaltens von Heranwachsenden im sozialen Kontext
Steffen Zdun 194
- Rechtfertigungen und sexuelle Gewalt. Eine experimentelle Studie
Heiko Rauhut und Ivar Krumpal 219



CENTAURUS
Verlag & Media KG

ISSN 0939-608X

Eine schwierige Beziehung – Psychische Störungen als Thema soziologischer Analysen

von Axel Groenemeyer

Zusammenfassung

Die Beziehungen zwischen Soziologie und Psychiatrie sind von jeher spannungsreich gewesen, insofern der Gegenstandsbereich psychische Störungen zunächst qua Definition asozziologisch konzipiert ist und sich daraus grundsätzlich unterschiedliche Logiken der Wissensproduktion ergeben. Gleichwohl hat die Soziologie psychische Störungen immer wieder zu einem zentralen Thema der Gesellschaftsanalyse gemacht und damit zeitweise auch für die psychiatrische Wissenschaft und Praxis eine gewisse Relevanz erhalten, die allerdings mit der Etablierung einer biomedizinischen Orientierung der Psychiatrie verloren gegangen scheint. In einem Überblick über die verschiedenen soziologischen Perspektiven der Thematisierung psychischer Störungen wird einerseits die Anschlussfähigkeit soziologischen Wissens für das psychiatrische Denken ausgelotet, andererseits die Bedeutung des Feldes psychische Störungen für die soziologische Analyse von Gesellschaft hervorgehoben.

1. Vorbemerkungen

Die Beiträge zum Schwerpunktthema in diesem Heft sind in zweifacher Hinsicht außergewöhnlich für diese Zeitschrift. Zunächst einmal scheint das Thema „psychische Störungen“, „psychische Krankheit“ oder „psychische Abweichung“ kaum noch ein Thema, das innerhalb der Soziologie insgesamt oder in der Soziologie sozialer Probleme behandelt wird. Das Feld ist, nachdem es in den 1960er und 1970er Jahren noch als ein Paradebeispiel allgemeiner, zumeist interaktionistischer Theorieproduktion galt, mittlerweile scheinbar vollständig in die Zuständigkeit bio-medizinischer Perspektiven übergegangen (siehe Kilian in diesem Heft). Selbst die sich eigentlich als interdisziplinär verstehenden Forschungen im Kontext der Public Health Bewegung sind de facto kaum von medizinisch-psychiatrischen Ansätzen zu unterscheiden und vermeiden jedes auch nur der Soziologie nahe kommende Vokabular.

Die hier zusammengestellten Beiträge zeigen als eine weitere Besonderheit ein unübliches Überschreiten von Grenzen der Soziologie sozialer Probleme, sowohl von der Perspektive her als auch von den ihnen zugrunde liegenden wissenschaftlichen Kulturen. Während der Beitrag von *Dettling* durchaus entlang bekannter und

eingebühter, der medizinisch-psychiatrischen Praxis entfernter soziologischer Perspektiven diskutiert und hiermit an die Klassiker von Cooper, Laing, Scheff und Goffman anschließt, sind die Beiträge von *Kilian* und *Puls* aus einer Perspektive und in einem Stil geschrieben, der an Diskussionen innerhalb und mit der medizinisch-psychiatrischen Theorie und Praxis geschult ist. Besonders dieser Kontrast macht bereits sehr sinnfällig deutlich, wie weit die Diskurse innerhalb des Feldes mittlerweile voneinander entfernt zu sein scheinen. Dieser Kontrast könnte andeuten, welche konzeptionellen und methodischen Anstrengungen soziologische Perspektiven aufbieten müssten, um innerhalb des medizinisch-psychiatrischen Feldes Gehör zu finden, zumindest wenn die Soziologie psychischer Krankheiten die Erwartung hegt, dass ihr Wissen innerhalb der medizinisch-psychiatrischen Wissenschaft und Praxis (wieder) Ernst genommen wird – dies ist zumindest der explizite (*Kilian, Dettling*) oder implizite (*Puls*) Anspruch der Autoren.

Was hat aber die Soziologie sozialer Probleme und psychischer Störungen zu bieten, um das Reflexionsniveau innerhalb des Feldes zu erhöhen? Wie weit muss man sich als Soziologe oder Soziologin auf die Diskurse innerhalb des mittlerweile sehr weit von sozialwissenschaftlichen Perspektiven entfernten Feldes einlassen, um relevante Aussagen machen und vermitteln zu können? Und aus umgekehrter Richtung muss man selbstverständlich auch fragen, was denn das Feld psychische Störungen oder psychische Krankheiten für die Soziologie und die Soziologie sozialer Probleme an Einsichten und Erkenntnisse zu bieten hat, und ob für eine soziologische Analyse des Feldes ein Einlassen auf medizinische Diskurse überhaupt hilfreich und sinnvoll ist.

Dieser Überblick ist nicht der Ort, um auch nur halbwegs profunde Antworten auf diese Fragen zu geben oder ernsthaft die Beziehungen zwischen dem Feld psychische Störungen und der Soziologie zu beleuchten. Eher sollen einige allgemeine Anmerkungen und knappe Hinweise gegeben werden, wie diese Fragen gestellt werden könnten und vor allem auch bereits gestellt worden sind, denn, auch wenn es den Anschein hat als ob sich die Soziologie aus dem Feld weitgehend zurückgezogen hat – so jedenfalls der Tenor der Beiträge von *Dettling* und *Kilian* –, ein Blick in die Literatur zeigt sehr schnell, dass psychische Störungen durchaus weiterhin Thema soziologischer Analysen sind bzw. dass soziologische Perspektiven z. T. auch ganz selbstverständlich in Untersuchungen zu psychischen Störungen eingehen (vgl. als einschlägige Handbücher z. B. Aneshensel/Phelan 1999; Avison/McLeod/Pescosolido 2007; Horwitz/Scheid 1999).

2. Die Kluft zwischen Soziologie und Medizin

Ausgangspunkt der Diskussion ist die Diagnose einer fundamentalen Kluft zwischen soziologischen und medizinisch-psychiatrischen Diskursen, die sich insbesondere seit Mitte der 1970er Jahre entwickelt zu haben scheint. Dies wird deshalb besonders deutlich, weil einerseits noch in den 1960er und zu Beginn der 1970er

Jahre nicht nur in wissenschaftlichen, sondern auch in politisch-professionellen Debatten um psychische Störungen und ihre Behandlung sowohl Ideen der sozialen Einbindung psychisch Kranker als auch Vorstellungen über krankmachende gesellschaftliche Bedingungen eine weite Verbreitung fanden. Andererseits galten psychische Störungen für die Soziologie in dieser Zeit aber auch als Indikatoren für den Zustand sozialer Beziehungen, für soziale Ungleichheitsstrukturen und Tendenzen der Entfremdung und Anomie moderner Gesellschaften. Die Medizin und die Psychiatrie waren damals in wichtigen Bereichen stärker sozialmedizinisch ausgerichtet, gleichzeitig hatte die Soziologie in diesem Feld aber auch zentrale Fragestellungen thematisiert, die offenbar Anschlussfähigkeit signalisierten. Als Indikatoren für diese Anschlussfähigkeiten wird zumeist die breite politische und professionelle Rezeption von Autoren der „Antipsychiatrie“ (z. B. Cooper, Laing, Basaglia, Szasz), der Psychiatriekritik (z. B. Goffman) und des symbolischen Interaktionismus (insbesondere Scheff) genannt. Zudem werden zentrale Reformprozesse der psychiatrischen Versorgung, wie z. B. Prozesse der Deinstitutionalisierung und Enthospitalisierung, der Gemeindepsychiatrie sowie der Sektoralisierung der Versorgungsstrukturen, als Auswirkungen der Rezeption soziologischer Perspektiven gedeutet.

Sowohl das Feld psychischer Störungen als auch die Soziologie sozialer Probleme bilden allerdings keine stabilen und in sich geschlossenen Diskurse, sondern beide sind eingebunden in gesellschaftliche, kulturelle und politische Entwicklungen und unterliegen feldspezifischen Eigendynamiken und diskursiven Moden.

2.1 Entwicklungen des psychiatrischen Feldes

Das Feld psychische Störungen und die es bearbeitenden wissenschaftlichen und professionellen Disziplinen waren von Beginn an mit einer spezifischen Schwierigkeit konfrontiert. Die Anstaltspsychiatrie war in ihrem Bemühen als respektable medizinische Wissenschaft anerkannt zu werden, immer mit dem Makel des Fehlens einer (natur)wissenschaftlichen Grundlegung und mit fehlenden Behandlungserfolgen behaftet. Versuche einer medizinischen Begründung psychischer Störungen waren bereits Anfang des 20. Jahrhunderts mit der Entdeckung der Grundlagen von Enzephalitis, Epilepsie und Lähmungen als Folge einer Syphilisinfection und den Ideen einer Vererbung psychischer Störungen erfolgreich, allerdings nur für einige kleinere Teilbereiche. Die im westeuropäischen Denken verankerte Trennung von Geist und Körper widerstand der eindeutigen Klassifizierung psychischer Störungen als biomedizinische Krankheiten und der Anerkennung der Psychiatrie als vollwertige medizinische Wissenschaft. Gleichwohl orientierte sich dieser Zweig der Psychiatrie schon frühzeitig an medizinischen Diskursen der eindeutigen Diagnose abgrenzbarer Krankheitseinheiten und der darauf bezogenen Behandlung. In der Praxis bestand allerdings ihre Klientel überwiegend aus Armen und Menschen aus unteren Schichten, die in den Anstalten verwahrt oder dann zu Objekten vielfältiger medizinischer Experimente gemacht wurden, die erst in den 1960er und 1970er Anlass zu öffentlicher Skandalisierung menschenunwürdiger Zustände in

den Psychiatrien wurden (z. B. durch die Analysen von Goffman (2006/1961), in Deutschland besonders durch die so genannte Psychiatrie-Enquete (Deutscher Bundestag 1973).

Parallel dazu entwickelte sich seit Beginn des 20. Jahrhunderts mit der Psychoanalyse eine Perspektive psychischer Störungen außerhalb der Anstalten, die zwar ihre Wurzel ebenfalls im medizinischen Denken hatte, aber mit der Postulierung des Unbewussten und der Bedeutung frühkindlicher Erfahrungen psychische Störungen quasi verallgemeinerte und zu gesellschaftlich respektableren Störungen machte, allerdings unter Ausklammerung der hauptsächlich in Anstalten zu findenden schweren Psychosen. Im Unterschied zum klassischen medizinischen Modell der Diagnose eindeutiger Krankheitseinheiten, spielen Diagnosen im psychoanalytischen Modell eine untergeordnete Rolle. Auf alle Fälle steht eine Diagnose nicht am Anfang der Behandlung und ist keine Grundlage für eine Therapie. Psychische Störungen sind keine abgrenzbaren Krankheitseinheiten, sondern auf einem Kontinuum zwischen gesund und krank angesiedelt, also alle Menschen weisen mehr oder weniger psychische Störungen auf. Zumindest in den USA und in Frankreich wird diese Perspektive auch innerhalb der Anstaltspsychiatrien zu einer wichtigen, wenn nicht sogar dominanten Sichtweise.¹

Die ersten beiden Versionen des DSM (1952 bzw. 1968) sind noch weitgehend durch diese Perspektive geprägt (Horwitz 2002: 38 ff.). De facto aber besteht die Klientel psychoanalytisch orientierter Therapien weitgehend aus Mitgliedern der weißen Ober- und Mittelschichten. Nach dem zweiten Weltkrieg geriet auch diese Perspektive zunehmend in Kritik, nicht nur in Zusammenhang mit der Skandalisierung der Zustände in den Anstalten, sondern auch, weil Kritiken an der Unwissenschaftlichkeit psychoanalytischer Perspektiven, ihrer fehlenden empirischen Überprüfbarkeit und den fehlenden empirischen Nachweisen der spezifischen Wirksamkeit der psychoanalytischer Therapien zunehmend auf fruchtbaren Boden fielen.

Die 1960er Jahre markieren insofern eine deutliche Krise psychiatrischen Denkens, in die sozialwissenschaftliche, kritische und antipsychiatrische Perspektiven hineinstießen und vor diesem Hintergrund auch eine Anschlussfähigkeit im Feld der psychischen Störungen erhielten, die sie vorher nicht hatten und heutzutage nicht mehr haben. Die kritischen soziologischen und sozialpsychologischen Analysen können auch als eine Art Radikalisierung der psychoanalytischen Kontinuitätsannahme psychischer Störungen aufgefasst werden, insofern von ihnen einerseits immer wieder auf die künstliche Trennung zwischen gesund und gestört hingewiesen wird, die von Instanzen sozialer Kontrolle vollzogen wird, andererseits aber auch gestörte soziale Beziehungen zur Grundlage der Störungen gemacht wurden. In diesem Sinne ist der erfolgreiche Dialog zwischen Soziologie und Psychiatrie also möglicherweise das Ergebnis einer historischen Sondersituation gewesen und der Identitätskrise psychiatrischen Denkens und professionellen Handelns geschuldet.

Parallel zur Entwicklung einer stärkeren sozialwissenschaftlichen Orientierung im Feld der psychischen Störungen in den 1960er Jahren brach allerdings innerhalb

der Psychiatrie mit der Erfindung und Vermarktung von Psychopharmaka eine durchaus mit dem Begriff der wissenschaftlichen Revolution zu bezeichnende Entwicklung durch, die das biomedizinische Modell stärkte. Tatsächlich war das erhebliche Ausmaß der Deinstitutionalisierung und Enthospitalisierungen nicht nur das Ergebnis psychiatriekritischer Diskurse, sondern erst möglich vor dem Hintergrund des massiven Einsatzes von Psychopharmaka (vgl. allerdings Scull 1980 und differenzierter Albrecht et al. 1994). Die Wirksamkeit von Psychopharmaka auf bestimmte Formen psychischer Störungen markiert den Beginn der vollwertigen Aufnahme der Psychiatrie in die medizinische Wissenschaft, insofern damit die Perspektive einer biologischen Begründung psychischer Störungen verbunden war. Zwar sind nach wie vor die biologischen oder physiologischen Ursachen der Störungen genauso wenig genau bekannt wie die Wirkmechanismen der Medikamente, aber ihre empirisch nachgezeichnete Wirksamkeit begründet den biomedizinischen Ursprung psychischer Störungen, die Notwendigkeit biomedizinischer Forschung und die Unterwerfung psychiatrischer Behandlungen unter das Ideal „evidenzbasierter Medizin“ (von dem der Beitrag von *Puls* schon ganz selbstverständlich ausgeht).

Während man für die Entwicklung und breite Durchsetzung der Psychopharmaka von einer ersten wissenschaftlichen Revolution im Feld der psychischen Störungen nach dem II. Weltkrieg sprechen kann, markiert für viele Experten und Expertinnen die Veröffentlichung der dritten Version des *Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorder* (DSM-III) 1980 die zweite wissenschaftliche Revolution (vgl. z. B. Kirk/Kutchins 1992). Die Vorläuferversionen hatten psychische Störungen noch eher nach ätiologischen Grundannahmen und theoretisch bestimmten Ursachenkonstellationen klassifiziert, die in Zusammenhang mit psychoanalytischen Orientierungen formuliert waren. Demgegenüber orientiert sich das DSM-III (und die heute gebräuchliche Version DSM-IV) an Clustern operationalisierbarer Indikatoren, die als Symptomkategorien aufgefasst werden und dahinterliegende eindeutige und abgrenzbare Krankheitseinheiten, analog zu physischen Krankheiten, beschreiben sollen. In psychoanalytischen Perspektiven galten Symptome noch als symbolische Ausdrücke von Konflikten, womit je nach individueller Geschichte und Kontext gleiche Symptome unterschiedliche Konflikte symbolisieren bzw. sich die Konflikte in unterschiedlichen Symptomen ausdrücken können. Demgegenüber werden nun Symptome zu direkten und eindeutigen Indikatoren für dahinterliegende diskrete Krankheitseinheiten.

Zusätzlich gewannen biomedizinische Diskurse mit dem Wiederentdecken der Vererbungsfrage und dem Boom der neurophysiologischen Hirnforschung seit den 1990er Jahren weiter an Reputation und Forschungsmitteln. Mit der biomedizinischen Vorstellung von Störungen im Gehirn ist die Vorstellung verbunden, dass sie einer physikalischen Kausalität unterliegen und nicht als soziale Objekte Gegenstände kultureller Rahmungen und Interpretationen darstellen. Die Diagnosecluster des DSM werden so zu natürlichen Einheiten und stellen keine mehr oder weniger nützlichen Konstruktionen dar. Kulturelle und soziale Differenzierungen und Rela-

tivierungen der Betroffenheit von psychischen Störungen und damit sozialwissenschaftliche Diskurse haben dann keine Bedeutung mehr, insofern das biomedizinische Modell gerade die universellen, kulturunabhängigen Aspekte und Bedingungen psychischer Störung betont. Die Möglichkeit, dass gesellschaftliche Gruppen diese Bedingungen unterschiedlich interpretieren, ist irrelevant: sobald die Krankheit richtig diagnostiziert wird, ist sie unabhängig von Zeit und Ort dieselbe (ausführlicher dazu Horwitz 2002: 5).²

2.2 *Entwicklungen soziologischer Thematisierungen psychischer Störungen*

Die soziologische Thematisierung psychischer Störungen und ihrer gesellschaftlichen Behandlung ist zwar von den Entwicklungen im Forschungsfeld nicht unabhängig und zeigt insofern einige Parallelen, gleichwohl entwickelt sie auch eine Eigendynamik der Wahl von Forschungsthemen. Auch wenn es hier nicht möglich ist, die soziologische Thematisierung psychischer Störungen auch nur ansatzweise differenziert nachzuzeichnen, so können doch einige grobe Tendenzen referiert werden. Hierzu kann auf eine Analyse der Thematisierung psychischer Störungen in den großen US-amerikanischen soziologischen Fachzeitschriften (AJS, ASR) zurückgegriffen werden (Pescosolido/McLeod/Avison 2007).³ Im Durchschnitt zwischen 1895 und 2004 wurden im AJS in 2,9 Prozent und im ASR von 1938 bis 2004 in 4,8 Prozent der Beiträge psychische Störungen thematisiert, allerdings mit Peaks mit überdurchschnittlich vielen Beiträgen zum Thema Mitte der 1930er und Ende der 1950er bis Mitte der 1960er Jahre – also die Periode, von der von einem außergewöhnlich intensiven Dialog zwischen Soziologie und Psychiatrie ausgegangen wird – sowie zu Beginn der 1980er Jahre. Die Autoren unterscheiden bei ihrer Analyse mehrere Phasen der thematischen Schwerpunktsetzung.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts bis zu den 1930er Jahre waren psychische Störungen eher selten in Beiträgen des AJS zu finden und sie wurden überwiegend als moralisches Problem bzw. in einer moralisierenden Perspektive thematisiert. Dies änderte sich ab Mitte der 1930er Jahre mit einem ersten Peak bis Ende der 1940er Jahre. In dieser Phase stehen empirische, eher sozialepidemiologisch orientierte Untersuchungen zu sozialstrukturellen Verteilungen und Bedingungen psychischer Störungen im Vordergrund, häufig unter Verwendung offiziellen Datenquellen unter einer Perspektive der Sozialökologie und der sozialen Desorganisation.

Anknüpfend an diese Untersuchungen finden sich auch bereits in dieser Phase erste methodische Kritiken an der Verwendung von Behandlungsdaten, die dann in der nächsten Phase von 1950 bis 1970 zu einer Ausweitung von Umfragetechniken mit neuen Instrumenten der Messung psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung führten. Hierbei blieb die sozialepidemiologische Orientierung an sozialstrukturellen Verteilungen psychischer Störungen in der Gesellschaft erhalten. Daneben kennzeichnen die Autoren diese Phase allerdings durch eine extrem hohe Diversifizierung der Themen und Fragestellung, die auch in späteren Phasen nicht wieder erreicht wurde. Neben Untersuchungen zur Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste sowie über Vorstellungen und Bilder psychischer Störungen in der

Bevölkerung nehmen auch Untersuchungen in psychiatrischen Institutionen und die Entwicklung einer institutionenkritischen Perspektive in den Beiträgen erheblich an Bedeutung zu. Schließlich sind Diskussionen zum Labeling-Ansatz in dieser Zeit ebenfalls relativ breit vertreten.

Bereits gegen Ende der 1960er nahm allerdings das soziologische Interesse an psychischen Störungen deutlich ab, was auch in den 1970er Jahren anhielt. Von ihrer Fragestellung her waren in dieser Phase weiterhin sozialepidemiologische Formen der Thematisierung dominant, nun aber unter stärkerer Berücksichtigung des Geschlechts. Daneben wurde die Auseinandersetzung mit dem Labeling-Ansatz weitergeführt, häufiger als kritische Debatte, insbesondere im Hinblick auf seine empirische Überprüfbarkeit und Bewährung, sowie als Ausdifferenzierung der ursprünglichen Ideen aus den 1960er Jahren. Auffallend an dieser Phase ist zudem, dass institutionenbezogene Untersuchungen zur Psychiatrie und zu psychiatrischen Diensten kaum noch vorkommen.

Die Phase der 1980er Jahre ist gekennzeichnet durch ein Wiedererwachen des Interesses an psychischen Störungen, hervorgerufen durch eine Art Boom sozialwissenschaftlicher Stressforschungen in dieser Zeit, die die sozialepidemiologischen Perspektiven der vorigen Phasen beerbte. Daneben kann auch für diese Phase kaum von einem Niedergang des Interesses an Fragen des Stigmas oder des Labeling-Ansatzes gesprochen werden, allerdings steht nun nicht mehr die Frage im Vordergrund, ob psychische Störungen durch Stigmatisierungsprozesse verstärkt oder erklärt werden können, es geht jetzt eher um Untersuchungen über die Folgen der Stigmatisierung im Hinblick auf soziale Integration und individuellen Status.

Seit den 1990 zeigt sich insgesamt ein sehr deutlicher Rückgang der Anzahl der Beiträge zu psychischen Störungen in beiden Fachzeitschriften. Nach wie vor besteht ein Interesse an sozialepidemiologischen Fragestellungen zum Zusammenhang zwischen sozialer Integration und psychischen Störungen, nunmehr deutlicher als zuvor bezogen auf den Lebenslauf, aber es mehren sich auch Beiträge, die gerade die Beziehung zwischen soziologischen und biomedizinischen Perspektiven thematisieren und den besonderen Beitrag der Soziologie zu markieren suchen. Fragen der Behandlung und Analysen zu psychiatrischen Institutionen finden sich bis auf seltene Ausnahmen in den soziologischen Fachzeitschriften nicht mehr und scheinen mittlerweile gänzlich das soziologische Interesse verloren zu haben.

3. Was hat die Soziologie zu bieten? – Fragestellungen einer Soziologie sozialer Probleme und psychischer Störungen

Psychische Störungen oder psychische Krankheiten als kulturelle Kategorie beziehen sich quasi per Definition auf das Individuum; die gezeigten und interpretierten Störungen oder Abweichungen werden der individuellen Persönlichkeit, oder neuerdings dem individuellen Gehirn, zugeschrieben. Von daher hat es die Soziologie im Hinblick auf dieses Feld zunächst einmal mit dem Problem einer grundsätzlich

asozioologischen Thematisierung zu tun. Die betrifft nicht nur die allgemeinen Vorstellungen in der Bevölkerung, sondern im gleichen Maße auch Professionelle, die in diesem Feld arbeiten (Horwitz 1999: 57). Soziologische Bestimmungen des Gegenstands reagieren auf diesen Umstand mit verschiedenen Perspektiven und Ansätze.

Bereits die Beschreibung der in den US-amerikanischen Fachzeitschriften veröffentlichten Beiträge zeigt eine erhebliche Breite an soziologisch bearbeiteten Themen und Fragestellungen im Feld psychische Störungen. Diese könnten z. B. danach sortiert werden, inwiefern die Untersuchungen in ihrer Gegenstandsbestimmungen direkt an psychiatrische Diskurse anschließen oder eigenständige soziologische Themenbestimmungen vornehmen. Insofern die Soziologie sozialer Probleme einem konstruktivistischen Forschungsprogramm folgt, liegen Fragestellungen nahe, in denen die Gegenstandsbestimmungen im Feld selbst Gegenstand der Untersuchung sind, was zugleich eine kulturelle und historische Relativität impliziert. Demgegenüber schließen andere soziologische Perspektiven und Fragestellungen direkt an psychiatrische Diskurse an und nehmen die dort gemachten Gegenstandsbestimmungen (z. B. Diagnosekategorien) zum Ausgangspunkt und gehen insofern zumindest implizit von einer kulturellen Unabhängigkeit der Gegenstandsbestimmung aus.⁴ Diese Unterschiede ergeben jeweils unterschiedliche Anschlussfähigkeiten für wissenschaftliche, professionelle und praktische Diskurse im Feld der psychischen Störungen. Um handeln zu können, muss die Praxis der Problembearbeitung wissen, womit sie es zu tun hat, während die Soziologie durch ihre Handlungsentlastung die Freiheit hat, zu fragen, woher denn dieses selbstverständliche Wissen kommt. Diese Relativierung erscheint dann allerdings für Professionelle und Praktiker bzw. Praktikerinnen im Feld nur wenig anschlussfähig und eher hinderlich für die Erfüllung der Aufgaben zu sein.

Als eine zweite Dimension der Strukturierung soziologischer Thematisierungen des Feldes kann unterschieden werden, inwiefern sich die Untersuchungen eher auf psychische Störungen beziehen oder eher die gesellschaftlichen Reaktions- und Bearbeitungsformen psychischer Störungen untersuchen. Auch wenn diese Dimensionierung nicht ganz trennscharf ist, so kann ihre Kreuzung in Form eines Vierfelderschemas – möglicherweise in überspitzter Form – die Unterschiede soziologischer Fragestellungen im Feld psychischer Störungen deutlich machen (Tabelle 1).

Tabelle 1: *Soziologische Thematisierungsformen psychischer Störungen*

	kulturelle Relativität	kulturelle Universalität
psychische Störungen	A. Konstruktion und Institutionalisierung kultureller Kategorien	C. Sozialepidemiologie / Ätiologie
Bearbeitungsformen, Reaktionsweisen	B. Anwendung kultureller Kategorien im Alltag	D. Versorgungsforschung

A. Was sind psychische Störungen? – Konstruktionen psychischer Störungen

Die Schwierigkeiten einer soziologischen Analyse psychischer Störungen fangen bereits bei der Benennung der Objekte an: Psychische Krankheit, psychische Störung, psychische Behinderung, psychische Abweichung, Geisteskrankheit, Wahnsinn, geistige Behinderung, psychisches Leiden, die Soziologie hat hier eine weites Repertoire von Begrifflichkeiten im Angebot, die alle jeweils nicht nur spezifische Konnotationen haben, sondern z. T. auch jeweils unterschiedliche Phänomene umfassen.⁵ Innerhalb medizinisch-psychiatrischer Diskurse hat sich demgegenüber mit der Verbreitung der standardisierten Diagnosemanuale ICD-10 und DSM-IV der Begriff der psychischen Störung etabliert, der allerdings eine deutliche Krankheitsbedeutung erhält und auch als „Störung mit erheblichen Krankheitswert“ sozialversicherungsmäßig abrechenbar ist.

Eine soziologische Perspektive psychischer Störungen ist zunächst einmal in der Verlegenheit, ihren Gegenstandsbereich ohne Vorgriff auf eine bestimmte Art der Thematisierung, z. B. als Krankheit, bestimmen zu müssen. Dabei hilft es wenig einfach davon auszugehen, dass psychische Störungen das sind, was in der Gesellschaft als solche bezeichnet wird, denn dann ist z. B. die Frage nach historischen Entwicklungen und kulturellen Vergleichen der Phänomene verbaut.

Die mit den etwa 400 Diagnosekategorien im DSM-IV beschriebenen Phänomene umfassen z. B. Halluzinationen, zu viel Konsum von Alkohol und anderen Substanzen, zu wenig oder zu viel essen, Konzentrationsschwierigkeiten, zu viel oder zu wenig Aktivität, fehlende sexuelle Lust oder zu viel davon, fortgesetzte Niedergeschlagenheit, schwache Gedächtnisleistungen, extreme emotionale Ausbrüche, Aggressionen, fehlende Empathie, Ängste und schwache kognitive Fähigkeiten. Diese Phänomene sind, durchaus auch in expressiven Formen und länger anhaltend, für alle Gesellschaften bekannt und gelten auch heutzutage in bestimmten sozialen Kontexten und Situationen als adäquate und sozial akzeptierte Weisen des Erlebens und Verhaltens. In einer soziologischen Perspektive stellen die Phänomene, die heute als psychische Störungen beschrieben werden, Formen von Ab-

weichungen dar, die sich auf das Erleben, Wahrnehmen, Interpretieren, Bewerten, Fühlen und Verhalten beziehen, die im Kontext der jeweiligen sozialen Gruppe als nicht sinnvoll interpretiert werden und dessen Ursache auf innere Zustände des Individuums zurückgeführt wird.

Offenbar kennt jede uns bekannte Form der Vergesellschaftung oder der Vergemeinschaftung bestimmte Störungen und Abweichungen von sozialen Erwartungen in der Interaktion oder im Austausch, die nach Kriterien von Verantwortlichkeit interpretiert, beurteilt und dementsprechend jeweils unterschiedlich behandelt werden.⁶ Abweichungen können dann entweder als Unfähigkeit oder als Unwilligkeit, sozial vorgesehene Rollen und Austauschbeziehungen in adäquater Weise auszuführen, beschrieben werden. Für die Zuschreibung problematischer Abweichungen als Unfähigkeit haben alle Gesellschaften und Kulturen eine kulturelle Kategorie von Krankheit entwickelt, auf die mit Hilfe, Behandlung, Entlastung reagiert wird, die aber auch mit Abhängigkeit verbunden ist (vgl. de Swaan 1990: 21 ff.). Für die Zuschreibung von Unwilligkeit gibt es eine Kategorie von Kriminalität, die in der Regel eher mit Sanktionierung und Strafe verbunden ist (vgl. Groenemeyer 2001).⁷

Die Zuschreibung von psychischen Störungen wird in ihrem Erleben, ihrer Interpretation, in ihrem Ausdruck und in ihrer Behandlung innerhalb der Gesellschaft durch vielfältige historische, politische, gesellschaftliche und kulturelle Bedingungen beeinflusst. So hängt es von den jeweiligen Normalitätserwartungen der Gruppe ab, ob ein Erleben oder Verhalten als problematisch angesehen wird, und von der Rollenstruktur, ob für dieses Verhalten dann spezifische, eigenständige Alternativrollen zur Verfügung gestellt werden (z. B. als charismatischer Führer, als Weise, als Kranker, als Künstler oder Künstlerin). Erst moderne Gesellschaften haben für die Zuweisung und Bearbeitung diese kulturellen Kategorien spezialisierte Systeme und Organisationen ausdifferenziert, wie das Kriminalsystem, das psychiatrische und das medizinische Versorgungssystem. Erst vor dem Hintergrund dieser Ausdifferenzierung entwickeln sich auch spezifische institutionelle und organisationale Eigenwerte, spezifische Sensibilitäten und Wissensbestände und Interessen, die dann über anerkannte Experten und Expertinnen mit Definitionsmacht ausgestattet sind und sowohl den Charakter als auch die adäquate Behandlungsform psychischer Störungen bestimmen (als soziologische Diskussion um das Krankheitskonzept psychischer Störungen siehe die heute immer noch lesenswerten Beiträge in Keupp 1979).

Der Ausgangspunkt konstruktivistischer Perspektiven ist die Annahme, dass die Art und Weise der Bildung und der Zuschreibung einer Kategorie psychischer Störungen zu bestimmten Phänomenen das zentrale soziologisch zu analysierende Problem darstellt. Klassische Arbeiten in dieser Perspektive beziehen sich auf verschiedene Fragestellungen: z. B. sehr häufig auf historische Rekonstruktionen der heute als psychische Störungen behandelten Phänomene und der damit befassten Institutionen (z. B. Castel 1983; Dörner 1984; Foucault 1973; Scull 1979; Shorter 1999) oder auf kulturvergleichende und sozialanthropologische Analysen (z. B. Fa-

brega 1992). Auf aktuelle moderne Gesellschaften bezogene Analysen verwenden häufig das Konzept der „Medikalisierung“ (vgl. Anmerkung 2), um die Entwicklung der dominanten medizinischen Perspektive auf psychische Störungen zu beschreiben, z. T. bezogen auf einzelne Diagnosekategorien (z. B. Ehrenberg 2004; Schmidt 1999) oder um die Entstehung bzw. Entwicklung medizinischer Diagnosesysteme (z. B. Keupp 1972b; Kirk/Kutchins 1992) zu rekonstruieren.⁸

In diesem Kontext werden Diagnosen als „politics of definitions“ (Conrad/Schneider 1980: 22) analysiert. Diagnosen stellen nicht nur eine institutionalisierte Grenzziehung zwischen „normal“ und „pathologisch“ dar, sie markieren gleichzeitig professionelle und institutionelle Grenzen der Zuständigkeit und autorisieren diese Institutionen zu z. T. weit reichenden Interventionen in die individuelle Lebenspraxis. Diagnosesysteme und die Verteilung der Zuständigkeit für ihre Anwendung unterliegen nicht nur einer wissenschaftlichen Logik, sie sind zudem eingebunden in Machtprozesse und das Ergebnis von Konflikten. So zeigen z. B. auch die Rekonstruktionen der Entstehungsgeschichte des DSM vielfältige „unwissenschaftliche Eingriffe“ und Einflussnahmen durch soziale Bewegungen Betroffener, durch organisierte ökonomische Interessen oder durch definitionsmächtige Moralunternehmer (vgl. Kirk/Kutchins 1992; Schmidt 1999).

Dieser soziologischen Fragestellung wird häufig eine psychiatriekritische Perspektive unterstellt, insofern sie die gängigen und in den Institutionen des Feldes allgemein akzeptierten Kategorisierungen und Diskurse problematisiert und damit zumindest den Anschein einer Relativität der Zuschreibungen erweckt. In Bezug auf praktische Belange der Behandlung, aber auch für die wissenschaftliche Untersuchung von Ursachen psychischer Störungen erweist sich diese Perspektive von daher eher als Störfaktor, der eine Anschlussfähigkeit zu psychiatrischen Diskursen eher erschwert (vgl. allerdings Mezzich et al. 1996).

B. Wie wird in der Gesellschaft mit psychischen Störungen umgegangen? – Soziale Kontrolle und die Anwendung kultureller Kategorien im Alltag

Die Grenzen zwischen den Fragestellungen nach der gesellschaftlichen Konstruktion kultureller Kategorien von psychischen Störungen, ihrer jeweils spezifischen Institutionalisierungsform in Diagnosekategorien und Organisationen sowie Fragestellungen nach der Anwendung dieser Kategorien im Alltag ist eher fließend. Beide Themen teilen die gleiche Grundorientierung einer sozialen und kulturellen Relativität der Zuschreibung kultureller Kategorien. Während aber in der ersten Perspektive eher die Entwicklung der Kategorien psychischer Störungen im Vordergrund steht, bilden hier Interaktionsprozesse und das subjektive Erleben psychischer Störungen im Alltag den Fokus. Hierbei geht es dann um Aushandlungsprozesse von Normalität und Störungen im Alltag sowie im Prozess der Zuweisung von Diagnosen in und durch Institutionen und Organisationen der Problembehandlung (z. B. Brown 1995; Rosenhan 1973). Hierzu zählen auch die klassischen Stu-

dien zur Stigmatisierung und zum Labeling-Ansatz (z. B. Link et al. 1987; Scheff 1980) sowie zur interaktionistisch orientierten Karriereforschung psychischer Störungen (z. B. Fabrega/Manning 1979; Keupp 1972a), auch der Beitrag von *Dellwing* in diesem Heft kann dieser Kategorie soziologischer Perspektiven zugeordnet werden.

Ausgangspunkt ist hier, dass zwar durch die jeweilige Kultur und die in einer Gesellschaft vorherrschenden Diskurse bestimmte Kategorien der Interpretation von Störungen und Abweichungen bereitgestellt werden, dass diese jedoch im Kontext der jeweiligen Situation interaktiv angewandt und hergestellt werden müssen. Im Unterschied zu vielen physischen Krankheiten, bei denen Symptome unmittelbar sichtbar sind oder über objektivierende Messapparaturen sichtbar gemacht werden können, ist die Zuschreibung psychischer Störungen im Wesentlichen auf Interaktion angewiesen, in denen bestimmte Phänomene beschrieben werden oder Verhaltensweisen mit Sinn belegt werden, die dann als Symptome gedeutet werden. Dieser kommunikativen Bestimmung psychischer Störungen wird von daher eine geringere Objektivität als physischen Krankheiten zugeschrieben, zumindest handelt es sich aber stärker um Aushandlungsprozesse, dessen Ergebnis als durchaus relativ offen bewertet wird. Die Bewertung, Diagnose und die darauf folgenden Bemühungen einer sozialen und institutionellen Kontrolle unterliegen insofern auch einer sozialen Selektivität, die z. B. den sozialstrukturellen Unterschieden im Ausdruck, in der Interpretation und Bewertung von Störungen und problematischen Phänomenen geschuldet ist. Diese Fragestellung ist gerade auch für eine Soziologie sozialer Probleme von besonderer Bedeutung, weil die kulturellen Kategorien der Problemzuschreibung in ihrer Anwendung im Alltag reproduziert und verändert werden. Im Kontext der Soziologie sozialer Probleme wird diese Fragestellung insbesondere mit den Konzepten der „social problems work“ oder des „doing social problems“ thematisiert (vgl. Groenemeyer 2009).

Während aus institutioneller Perspektive das für Betroffene folgenreiche Recht der Diagnosestellung als Machtressource beschrieben werden kann, bedeutet die Zuschreibung einer Diagnose aus der Sicht der Betroffenen aber nicht unbedingt eine negativ bewertete Statusdegradierung oder Stigmatisierung, vielmehr gibt eine Diagnose häufig dem eigenen fremdhaften Erleben und Verhalten einen Sinn, insofern das individuelle Leiden nun einen Namen hat und von daher auch Ernst genommen wird; darüber hinaus ist eine Diagnose die Grundlage für die Einnahme einer Krankenrolle und der damit verbundenen Zuwendungen und Entlastungen (sowie deren sozialversicherungsfähige Abrechnung).

Es ist allerdings eine offene Frage, ob und inwieweit die standardisierten Diagnosesysteme in der Praxis – außerhalb der Notwendigkeit zur Aktenführung und Abrechnung – tatsächlich auch so angewendet werden, wie es von ihren Autoren intendiert war. Schließlich besteht Professionalität gerade nicht in der automatisierten Anwendung von Regeln, wie das Abhaken von Checklisten, sondern in der Interpretation und Anwendung allgemeiner Kategorien auf den Einzelfall, wobei implizites Wissen, Erfahrung, Kreativität und Intuition häufig eine größere Bedeutung

haben als formalisiertes Regelwissen. Außerdem ist die Standardisierung des Schließens von der Diagnose auf eine spezifische Behandlungsform, außer bei einigen wenigen, der medikamentösen Behandlung von Symptomen zugänglichen Kategorien, kaum möglich, da die vorhandenen Behandlungsformen im Hinblick auf das ausdifferenzierte Diagnosesystem viel zu unspezifisch sind. Allerdings ist die Verwendung medizinischer Diagnosekategorien in der Fallbeschreibung und in der Interaktion mit Betroffenen durchaus gerade auch für nicht-medizinische Professionen attraktiv, signalisiert doch ihre Verwendung Fachwissen und Kompetenz. Psychologie und Soziale Arbeit können so mit der Verwendung einer medizinischen Nomenklatur an der gesellschaftlichen Reputation der medizinischen Profession teilhaben und daraus eigene Legitimations- und Statusgewinne ziehen.

Auch bei dieser soziologischen Thematisierung psychischer Störungen ist eine Anschlussfähigkeit für psychiatrische Diskurse als eher gering einzuschätzen, insofern als gerade die biomedizinische Orientierung und Festlegung auf eindeutige Krankheitseinheiten der Diagnosemanuale eine interaktive Relativierung der Bestimmung psychischer Störungen als irrelevant für die Diagnose abwehren kann. Hierfür wird das Argument mobilisiert, dass es gerade die Standardisierung der Diagnosekriterien ist, die es dem geschulten Personal medizinisch-psychiatrischer Einrichtungen erlaubt, eine hohe Reliabilität der Interpretationen und Diagnosestellung unabhängig vom Interaktionskontext zu erreichen.

In dieser andauernden Kontroverse zwischen Soziologie und Psychiatrie wird allerdings von keiner Seite bestritten, dass die als psychische Störungen beschriebenen Phänomene existieren oder unproblematisch sind. Im Kern geht die Debatte über die Frage, inwiefern es möglich ist, „natürlich“ abgrenzbare Krankheitseinheiten zu identifizieren oder ob es sich eher um auf einem Kontinuum zwischen normalem menschlichem Ausdruck bzw. Handeln und problematischen Verhaltensweisen angesiedelte Phänomene handelt, dessen Grenzziehung zwischen „normal“ und „pathologisch“ jeweils vom Interaktionskontext und von der Interaktionsdynamik abhängt.

C. Wer ist von psychischen Störungen betroffen und woher kommen psychische Störungen? – Sozialepidemiologische und ätiologische Perspektiven

Betrachtet man die Verteilung soziologischer Perspektiven in den Beiträgen der Fachzeitschriften (s. o.), so wird deutlich, dass sozialepidemiologische Fragestellung seit den 1930er Jahren das Feld dominieren. Dabei geht es zunächst um die Untersuchung sozialstatistischer Verteilungen psychischer Störungen über verschiedene soziale Klassifizierungen (z. B. Klasse/Schicht, Stadt/Land, Alter, Geschlecht, Rasse/ethnische Zugehörigkeit) bzw. um statistische Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und einzelnen Merkmalen der Lebenslage und der Lebensführung (z. B. Formen sozialer Integration, Arbeitsbedingungen, Lebensstile, Sozialisationsbedingungen, kritische Lebensereignisse und Stressoren) (einen Überblick hierzu geben die einschlägigen Handbücher, z. B. Aneshensel/Phelan

1999; Avison/McLeod/Pescosolido 2007; Horwitz/Scheid 1999). Diese Fragestellung ist markiert durch die klassischen Arbeiten von Durkheim zum Selbstmord (1983 [1897]), von Faris und Dunham zur sozialökologischen Verteilung von Schizophrenie (1939) und von Hollingshead und Redlich zum Zusammenhang von psychischen Störungen und Schichtzugehörigkeit (Hollingshead/Redlich 1958). Auch wenn es zunächst nur um sozialstatistische Verteilungen und Zusammenhänge geht, so ist eine Trennung zwischen sozialepidemiologischer und nach Ursachen fragenden, ätiologische Perspektiven kaum möglich, denn die festgestellten Unterschiede in den Raten psychischer Störungen zwischen verschiedenen Kategorien oder Gruppen werden in der Regel zumindest implizit als kausal interpretiert oder über mehr oder weniger plausible Hilfskonstruktionen zu kausalen Hypothesen umformuliert.

Frühe Studien benutzten als Datenquellen hierbei nahezu ausschließlich offizielle Daten aus Kliniken, psychiatrischen Anstalten und sonstigen psychiatrischen Diensten, was natürlich schon früh das Problem aufwarf, inwiefern die Ergebnisse verallgemeinert werden können oder eher die Folge einer selektiven Inanspruchnahme oder Reichweite psychiatrischer Dienste waren. Nach dem II. Weltkrieg entwickelte sich die Methode der allgemeinen Bevölkerungsumfragen, womit zwar das Problem selektiver Reichweiten psychiatrischer Dienste gelöst war, nunmehr aber das Problem valider Bestimmungen des Konstrukts psychische Störungen auftrat, denn zentrale Grundlage der sozialepidemiologischen Forschungen ist immer eine präzise, valide und reliable standardisierte Messung der abhängigen Variable. Hierzu müssen Indikatoren operationalisiert werden, die dann als Cluster von Symptomen psychischer Störungen oder Belastungen fungieren. Im Gegensatz zu den ersten beiden soziologischen Perspektiven, die von einer strikten kultur- und kontextbedingten Bestimmung psychischer Störungen ausgehen, muss in der sozialepidemiologischen Perspektive von dieser Kontextabhängigkeit abstrahiert werden und damit ein universalistisches Konzept abgrenzbarer psychischer Krankheitseinheiten verfolgt werden. Indikatoren von Symptomen haben immer dieselbe Bedeutung und können nur als vorliegend oder nicht vorliegend in die Messung eingehen, unabhängig davon, ob ihr Vorliegen an spezifischen Situationen oder Kontexte gebunden ist, die ihrem Charakter als Symptomindikator widersprechen.⁹

Um eine Vergleichbarkeit zwischen behandelten und unbehandelten Fällen psychischer Störungen herzustellen, orientieren sich sozialepidemiologische Untersuchungen zunehmend an den in den Diagnosemanualen beschriebenen Indikatoren und Kategorisierungen.¹⁰ Die Ergebnisse dieser, z. T. sehr breit angelegten Untersuchungen haben eine explizit hohe sozial- und gesundheitspolitische Relevanz. Von daher ist auch die Anschlussfähigkeit zu psychiatrischen Diskursen außerordentlich hoch: man spricht, sozusagen, die gleiche Sprache. Der Beitrag von *Kilian* in seiner Auseinandersetzung mit biologischen und soziologischen Erklärungen kann in diese Perspektive eingeordnet werden.

Wenn allerdings die großen US-amerikanischen epidemiologischen Studien zu dem Ergebnis kommen, dass 50 Prozent der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens

und fast ein Drittel innerhalb des letzten Jahres eine psychische Krankheit entwickelt haben (Kessler/Zhao 1999: 133), so ist schon zu fragen, ob das in diesen Untersuchungen verwendete Konzept psychischer Störungen als abgeschlossene Krankheitseinheiten sinnvoll ist oder ob damit nicht eine „künstliche“, gesellschaftlich kaum relevante Grenze in einem Kontinuum zwischen „normal“ und „pathologisch“ gezogen wird und in diesem Sinne eine „Psychiatisierung“ bzw. „Medikalisierung“ persönlicher Probleme erfolgt.

Einen anderen Weg gehen Untersuchungen über die gesellschaftliche Verteilungen und Korrelate von Belastungen und Leiden im Rahmen von stresstheoretischen Perspektiven, die ihren Ausgangspunkt in den klassischen *Midtown Manhattan Studies* (Srole et al. 1962) haben. Als abhängige Variable werden hier nicht psychiatrische Diagnosekategorien verwendet, sondern Belastungs- oder Stressskalen. Dahinter steckt die Annahme, dass psychische Störungen gerade keine abgrenzbaren Krankheitseinheiten darstellen, sondern Symptome auf einem Kontinuum von Belastungen abgebildet werden müssen, da die Grenze zwischen „normal“ und „pathologisch“ fließend ist und je nach sozialem und kulturellen Kontext anders gezogen wird. In Abgrenzung zu diagnoseorientierten Studien wird hier also nicht psychische Krankheit, sondern eher psychische Gesundheit untersucht und danach gefragt, welchen Einfluss bestimmte gesellschaftliche Lagen und soziale Arrangements auf das psychische Wohlbefinden haben (vgl. z. B. Angermeyer 1987).

Beide Perspektiven haben nicht nur eine erhebliche sozial- und gesundheitspolitische Relevanz, sondern sie bilden auch die Grundlage für sozialwissenschaftliche Ursachenerklärungen psychischer Belastungen oder Störungen und bieten damit auch die Grundlage für empirisch untermauerte Gesellschaftsanalysen. Psychische Belastungen und psychische Störungen sowie deren Verteilung in der Gesellschaft stellen wichtige Indikatoren der Gesellschaftsanalyse und -diagnose dar (siehe z. B. Ehrenberg 2004). Von daher ergibt sich auch ein besonderes soziologisches Interesse an dieser Art der soziologischen Thematisierung.

Eine Beschränkung der Untersuchungen auf psychische Belastungen und psychische Störungen steht allerdings vor dem Problem, dass möglicherweise verschiedene gesellschaftliche Gruppen ganz unterschiedlich auf gesellschaftliche Arrangements und Belastungen reagieren. Wenn z. B. Frauen höhere Raten von Ängstlichkeit und Depression zeigen als Männer, für die demgegenüber höhere Raten von Gewalthandlungen nachgewiesen werden, dann muss man danach fragen, ob hier nicht jeweils unterschiedliche Reaktionsweisen auf ähnliche soziale Lagen oder soziale Arrangements vorliegen. Psychische Störungen sind also ein wichtiger Indikator gesellschaftlicher Entwicklungen, die aber in Beziehung gesetzt werden müssen zu anderen als problematisch angesehenen Phänomenen.

D. Wie funktioniert die Behandlung psychischer Störungen? – Versorgungsforschung

Die bisher unterschiedenen soziologischen Fragestellungen fokussieren ihre Thematisierung auf den Gegenstandsbereich psychische Störungen, indem sie ihre Konstruktion als kulturelle Problemkategorien, dessen Anwendung im Alltag sowie ihre Verteilung und gesellschaftlichen Ursachen untersuchen. Demgegenüber nehmen die hier unter dem Etikett Versorgungsforschung zusammengefassten Fragestellungen ihren Ausgangspunkt bei den gesellschaftlichen und institutionalisierten Reaktionen und Behandlungsformen auf psychische Störungen.

Das Funktionieren von Instanzen sozialer Kontrolle stellt eine zentrale soziologische Fragestellung dar, der zudem häufig eine sehr hohe sozial- und gesundheitspolitische Bedeutung zukommt. Unter dieser allgemeinen Fragestellung sind allerdings ganz unterschiedliche Ansätze und Themen versammelt.

Untersuchungen über das Leben in geschlossenen Institutionen, wie z. B. psychiatrische Anstalten, sind markiert durch den soziologischen Klassiker von Goffman (2006 [1961], vgl. auch Fengler/Fengler 1984). Bei dieser Art der Untersuchungen findet sich ein fließender Übergang zu den Fragestellungen nach den Anwendungen kultureller Problemkategorien in Institutionen, wobei hier dann eher dessen Folgen thematisiert werden. Eine stärkere sozialpolitische Orientierung haben Untersuchungen, die sich direkt mit den Wirkungen und Wirkungsbedingungen psychiatrischer Interventionen und Einrichtungen beschäftigen. Hierzu zählen nicht nur Studien im Kontext der Implementations- und Evaluationsforschung (vgl. als Überblick Horwitz 2002: 180 ff.), sondern insbesondere auch Untersuchungen zu Inanspruchnahmebedingungen. Bereits in der Gegenüberstellung sozialepidemiologischer Ergebnisse an behandelten und unbehandelten Populationen ist die Frage aufgetaucht, inwiefern die höheren Raten psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung eine deutliche und sozial selektive Unterinanspruchnahme signalisieren. Auf der anderen Seite zeigen Studien aber auch, dass bei etwas der Hälfte der Patienten und Patientinnen psychiatrischer Einrichtungen und Dienste auch nach den großzügigen Kriterien der aktuellen Diagnosemanuale keine psychiatrische Krankheit diagnostiziert werden konnte (Horwitz 1999: 87). Die Ergebnisse dieser Art von Untersuchungen zeigen, dass sowohl die Interpretation psychischer Problem und die individuellen Reaktionen darauf wie auch die Wirkungen psychiatrischer Dienste sehr stark mit kulturellen und sozialstrukturellen Merkmalen zusammenhängen. Auch wenn ein Großteil dieser Studien rein empirisch und anwendungsorientiert ausgerichtet ist und ihr direkter Beitrag zur soziologischen Theoriebildung von daher als eher gering zu veranschlagen ist, so zeigen die Ergebnisse dennoch die zentrale Bedeutung soziologisch relevanter Aspekte der Organisation sozialer Arrangements und sozialen Ungleichheiten für das Funktionieren von Institutionen der Bearbeitung sozialer Probleme.¹¹

Allerdings neigen diese Ansätze dazu, vorgegebene Kategorisierung unhinterfragt aus den psychiatrischen Diskursen zu übernehmen und von einer grundsätz-

lich positiven Bewertung professioneller psychiatrischer Intervention auszugehen. Die starke Anwendungsorientierung dieser Studien sichert zwar ihre hohe Anschlussfähigkeit an psychiatrische Diskurse, gleichzeitig signalisiert aber das Fehlen derartiger Beiträge in den soziologischen Fachzeitschriften (s. o.), dass das soziologische und theoretische Potential dieser Fragestellungen gegenwärtig nicht sehr stark ausgearbeitet zu werden scheint.

4. Fazit

Psychische Störungen und die mit ihnen verbundenen Organisationen stellen eine zentrale gesellschaftliche Institution der Problematisierung in modernen Gesellschaften dar. Von daher sind sie von Beginn an immer wieder ein wichtiges Thema soziologischer Analysen gewesen, an denen grundlegende Mechanismen des Funktionierens sozialer Arrangements und gesellschaftlicher Strukturen verdeutlicht werden können. Im Kontext der Soziologie sozialer Probleme sind sie auch deshalb von besonderem Interesse, weil psychische Störungen in ihren verschiedenen Formen nicht nur eine lange Geschichte der Problematisierung und ausdifferenzierte Formen der Institutionalisierung aufweisen, sondern auch weil aktuelle Problematisierungsformen von als problematisch angesehenen Verhaltensweisen in der Gesellschaft in ihrer Thematisierung als psychische Störung ein besonders hohes Überzeugungs- und Legitimationspotential bei der Begründung von Handlungsnotwendigkeiten zu haben scheinen (z. B. bei der Vielzahl neuer, als so genannter „nicht substanzgebundener Süchte“ behandelten Verhaltensformen). In diesem Sinne stellen psychische Störungen ein „Masterthema“ der Soziologie sozialer Probleme dar.

Die Anschlussfähigkeit soziologischer Analysen an psychiatrische Diskurse variiert allerdings nicht nur mit der Art der Fragestellung und des theoretisch-methodologischen Zugriffs, sondern auch mit der Nähe oder Ferne der Ansätze zu Problemen professioneller Praxis. Insofern psychiatrische und soziologische Thematisierungen einer eher anwendungsorientierten Perspektive folgen, die auf eine unmittelbare sozial- und gesundheitspolitische Nutzbarmachung der Ergebnisse zielt, kann zwar von einer hohen Anschlussfähigkeit ausgegangen werden, allerdings um den Preis, dass soziologische Analysen sich der Gegenstandbestimmung und Diskurskultur der heutzutage stark biomedizinisch orientierten Psychiatrie anpassen muss. Insofern psychiatrische und soziologische Wissensproduktionen eher grundlagentheoretischen Perspektiven folgen, scheint sich zwischen den Disziplinen eher eine Kluft aufzutun, wenn die Gegenstandsbestimmungen nicht miteinander kompatibel gemacht werden können und deshalb die unterschiedlichen Fragestellungen nicht mehr einfach aufeinander bezogen werden können und die unterschiedlichen Sprachspiele der Disziplinen nicht mehr ineinander übersetzbar sind.

Aus der Sicht der Soziologie stellt die neurobiologische Revolution im Feld tatsächlich eine Herausforderung dar, der nicht mehr einfach mit einer allgemeinen Kritik an Krankheitskonzeptionen psychischer Störungen begegnet werden kann

oder die nur von außen als eine spezifische Form der Problematisierung und Medikalisierung von Alltagsproblemen diskutiert werden kann. Dies sind ohne Zweifel weiterhin ganz zentrale Fragestellungen und Themen soziologischer Analysen, allerdings werfen die Ergebnisse der biologisch orientierten psychiatrischen Forschung durchaus auch neue Fragen nach der Vermittlung von sozialen Arrangements, von Formen sozialer Ungleichheit und Entwicklungen der Formation von Identitäten einerseits und biologisch und neurologisch nachweisbaren Phänomenen andererseits auf, die nicht nur von erheblicher Relevanz für die Soziologie, sondern auch für die psychiatrischen Wissenschaften sind.

Anmerkungen

- 1 Dies verweist bereits darauf, dass das Feld psychischer Störungen und ihre gesellschaftliche Behandlung nach länderspezifischen Entwicklungen zu differenzieren wäre.
- 2 Sicher wären auch noch weitere Entwicklungen in diesem Zusammenhang zu beschreiben, so z. B. die veränderten Beziehungen der Psychiatrie zum Kriminalsystem und die Thematisierung psychischer Störungen in medialen und politischen Sicherheits- und Gefährlichkeitsdiskursen, Veränderungen gesellschaftlich definierter Zielvorstellungen psychiatrischer Behandlung und ihre stärkere Orientierung auf Arbeitsmarktbefähigung und die damit einhergehenden Veränderungen der Sozialpolitik oder Entwicklungen im Gesundheitssystem in Richtung auf Rationalisierung der sozialversicherungsrechtlichen Abrechnungsmodi auf der Grundlage eindeutig definierter und anerkannter Diagnosekategorien. Auch Analysen zur „Medikalisierung“ (vgl. z. B. Ballard/ Elston 2005; Broom/Woodward 1996; Castel/Castel/Lovell 1982; Conrad 2007; Crawford 1980; Turner 1995) liefern hierfür weitere wichtige Stichworte.
- 3 Die Veröffentlichung im ASR und AJS repräsentiert natürlich nicht die gesamte Forschungslandschaft zu psychischen Störungen, sie sind allenfalls als ein sehr grober Indikator für soziologische Thematisierungskonjunkturen verwendbar, der allerdings nicht völlig wertlos ist, da diesen beiden Zeitschriften die höchste Reputation und der Anspruch auf eine repräsentative Abbildung soziologischer Forschung zugeschrieben wird. Der Artikel ist auch für weitergehende wissenschaftssoziologische oder wissenschaftshistorische Analysen deshalb interessant, weil in seinem Anhang die Titel aller Beiträge zum Thema in den beiden Zeitschriften vom ersten Erscheinen bis 2004 aufgelistet sind.
- 4 Diese Dimensionierung soziologischer Perspektiven bezieht sich auf unterschiedliche Fragestellungen innerhalb der Soziologie sozialer Probleme. Während das konstruktivistische Programm der Soziologie sozialer Probleme im Wesentlichen einer wissenssoziologischen Perspektive folgt und damit insbesondere die Entstehung und Anwendung kultureller Kategorien rekonstruiert, finden sich in den Spezialdisziplinen zu einzelnen sozialen Problemen eher Thematisierungsformen, die von einer bereits erfolgten Institutionalisierung von Problemkategorien ausgehen und damit häufig auch eine Einheitlichkeit des Forschungsgegenstands postulieren, die von einer konstruktivistischen Perspektive bestritten wird (vgl. Groenemeyer 2003). Die hier entwickelte Dimensionierung soziologischer Perspektiven auf psychische Störungen orientiert sich grob an dem von Horwitz (1999) vorgeschlagenen Modell, wählt allerdings nicht nur andere Bezeichnungen, sondern schlägt auch eine angewandelte Unterteilung vor.
- 5 Der Krankheitsbegriff (im Englischen: *disease*) bezieht sich auf Fehlfunktionen mit einem physiologischen und biologischen Charakter; der Störungsbegriff ist in der Konnotation breiter und gleichzeitig unbestimmter, er umfasst einerseits Krankheitsbestimmungen, andererseits aber auch die gesellschaftlichen und kulturellen Interpretationsprozesse (im Englischen eher: *ill-*

ness); der Begriff der Behinderung bezieht sich auf die gesellschaftlich bestimmte Rollenerfüllung (im Englischen: *impairment*, z. T. auch *sickness*), während das Konzept des Leidens die individuelle Wahrnehmung von Störungen betont (im Englischen: *distress*, *suffering*, häufig im Begriff *illness* enthalten). Mit dem Begriff *Abweichung* können sowohl Einschränkungen der gesellschaftlichen Rollenerfüllung als auch gesellschaftliche Zuschreibungsprozesse gemeint sein. *Geisteskrankheit* schließlich ist ursprünglich als Gegenbegriff zu physischen Krankheiten konzipiert. Er wird heutzutage als zu unspezifisch kaum noch verwendet. Zumal es mittlerweile gelungen zu sein scheint, geistige Behinderung aus dem Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie zu lösen und sie gerade in Abgrenzung zu psychischen Störungen zu konstruieren.

- 6 Dabei kann sich die Verantwortungszuschreibung auch auf die aktive Herbeiführung des Zustands beziehen, z. B. durch eine gesellschaftlich nicht akzeptierte Einnahme von Substanzen, durch unmoralischen Lebenswandel oder auch durch Masturbation, eine noch im 19. Jahrhundert durchaus gängige Interpretation.
- 7 Es gibt Versuche, psychische Störungen durch die doppelte Kennzeichnung einerseits als „interne Dysfunktion“ und andererseits als gesellschaftlich bestimmte Abweichung zu definieren, um so „valide“, historisch und sozial universelle Formen psychischer Störungen von kulturell variablen Definitionen psychischer Störungen zu unterscheiden (Horwitz 2002: 19 ff.; Wakefield 1992). Eine interne Dysfunktion liegt dann vor, wenn „an internal mechanism is *unable* to perform its natural function, not when it simply doesn't perform this function“ (Horwitz 2002: 23, Hervorhebung im Original). Dabei muss allerdings die interne Dysfunktion nicht unbedingt auch auf interne Ursachen zurückgeführt werden. Es bleibt allerdings unklar, wie denn, außer vielleicht bei extremen Fällen, „interne Dysfunktionen“ gemessen werden sollen, ohne sich auf gesellschaftliche Vorstellungen von Normalität zu beziehen.
- 8 Schon diese cursorische Aufzählung von Autoren macht deutlich, dass es sich bei dieser Perspektive keineswegs um einen einheitlichen Ansatz handelt. Die konstruktivistische Perspektive ist mehr als allgemeiner Schirm, unter dem sich ganz unterschiedliche Ansätze versammeln lassen.
- 9 Eine Folge hiervon ist, dass in repräsentativen Bevölkerungsumfragen das Ausmaß psychischer Störungen immer überschätzt wird. Zudem kann kaum ausgeschlossen werden, dass möglicherweise diese Art von „Verzerrung“ der Ergebnisse für verschiedene gesellschaftliche Kategorien unterschiedlich ausfällt.
- 10 Den größten soziaepidemiologischen Forschungsprojekten in den USA, *Epidemiological Catchment Area* (ECA) und *National Comorbidity Survey* (NCS) lagen jeweils standardisierte Fragebögen zugrunde, die in enger Anlehnung an das DSM-III-R entwickelt wurden, und die seitdem auch in den meisten Studien in anderen Ländern Anwendung finden. Studien der Reliabilität und Validität dieser Instrumente zeigten allerdings eine relativ geringe Übereinstimmung zwischen den Klassifizierungen in Bevölkerungsumfragen und in klinischen Studien (siehe Kessler/Zhao 1999: 131 f.).
- 11 Allerdings ist der geringe theoretische Bezug diese Art von Untersuchungen keine automatische Folge der Fragestellung, sondern häufig eher der Orientierung an unmittelbarer Anwendbarkeit der Ergebnisse in psychiatrischen und politischen Diskursen geschuldet, in denen markige Zahlen einen höheren Legitimationsgewinn versprechen als komplexe sozialwissenschaftliche Differenzierungen. Vgl. demgegenüber die theoretisch fundierten Studien im Kontext dieser Fragestellungen bei Albrecht et al. (1994), Groenemeyer (1990) sowie Horwitz (1982).

Literatur

- Albrecht, Günter/Ingenleuf, Hans J./Wilm, Burkhard/Vieten, Bernward/Zamora, Pablo/Günther, Christoph, 1994: Theoretischer Bezugsrahmen zur Untersuchung der Enthospitalisierung von chronisch psychisch kranken Langzeitpatienten. *Soziale Probleme* 5: 196-228.
- Aneshensel, Carol S./Phelan, Jo C., (Hrsg.) 1999: *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Kluwer Academic.
- Angermeyer, Matthias C., (Hrsg.) 1987: *From Social Class to Social Stress. New Developments in Psychiatric Epidemiology*. Berlin: Springer.
- Avison, William R./McLeod, Jane D./Pescosolido, Bernice A., (Hrsg.) 2007: *Mental Health, Social Mirror*. New York: Springer.
- Ballard, Karen/Elston, Mary A., 2005: Medicalisation: A Multi-dimensional Concept. *Social Theory & Health* 3: 228-241.
- Broom, Dorothy M./Woodward, Roslyn V., 1996: Medicalisation Reconsidered: Toward a Collaborative Approach to Care. *Sociology of Health and Illness* 18/3: 357-378.
- Brown, Phil, 1995: Naming and Framing: The Social Constriction of Diagnosis and Illness. *Journal of Health and Social Behavior Extra Issue*: 34-52.
- Castel, Françoise/Castel, Robert/Lovell, Anne, 1982: *Psychiatisierung des Alltags. Produktion und Vermarktung der Psychowaren in den USA*. Frankfurt/M.: Suhrkamp. [fr. org. 1979: *La société psychiatrique avancée*. Paris: Grasset].
- Castel, Robert, 1983: *Die psychiatrische Ordnung. Das goldene Zeitalter des Irrenwesens*. Frankfurt/M.: Suhrkamp. [fr. org.: 1976: *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris: Minuit].
- Conrad, Peter, 2007: *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, Ma.: John Hopkins University Press.
- Conrad, Peter/Schneider, Joseph W., 1980: *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. St.Louis: Mosby Comp.
- Crawford, Robert, 1980: Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services* 10/3: 365-388.
- de Swaan, Abram, 1990: *The Management of Normality. Critical Essays in Health and Welfare*. London: Routledge.
- Deutscher Bundestag, (Hrsg.) 1973: *Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland*. (7. Wahlperiode, Bundestagsdrucksache 7/1124). Bonn.
- Dörner, Klaus, 1984: *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*. Frankfurt/M: EVA.
- Durkheim, Émile, 1983: *Der Selbstmord*. Frankfurt/M: Suhrkamp. [fr. org. 1897: *Le suicide: étude de sociologique*. Paris: Alcan].
- Ehrenberg, Alain, 2004: *Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. Frankfurt/M.: Campus. [fr. org. 1998: *La fatigue d'être soi – dépression et société*. Paris: Odile Jacob].
- Fabrega, Horacio, 1992: The Role of Culture in a Theory of Psychiatric Illness. *Social Science and Medicine* 35/1: 91-103.

- Fabrega, Horacio/Manning, Peter, 1979: Krankheit, Kranksein und abweichende Karrieren. S. 213-239 in: Keupp, H. (Hrsg.), Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse. München: Urban & Schwarzenberg. [am. org. 1972: Disease, Illness, and Deviant Careers. S. 93-116 in: Scott, R.A./Douglas, J.D. (Hrsg.), Theoretical Perspectives on Deviance. New York: Basic Books].
- Faris, Robert E. L./Dunham, H. W., 1939: Mental Disorders in Urban Areas. Chicago: University of Chicago Press.
- Fengler, Christa/Fengler, Thomas, 1984: Alltag in der Anstalt. Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird. Eine ethnomethodologische Untersuchung. Rehbürg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.
- Foucault, Michel, 1973: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt/M.: Suhrkamp. [fr. org. 1961: Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Plon].
- Goffman, Erving, 2006: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. FrankfurtM.: Suhrkamp. [15. Auflage, am. org. 1961: Asylums. New York: Doubleday].
- Groenemeyer, Axel, 1990: Drogenkarriere und Sozialpolitik. Entwicklungsbedingungen der Drogenabhängigkeit und Möglichkeiten der Intervention durch stationäre Behandlung. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Groenemeyer, Axel, 2001: Von der Sünde zum Risiko? – Bilder abweichenden Verhaltens und die Politik sozialer Probleme am Ende des Rehabilitationsideals. S. 146-182 in: Groenemeyer, A. (Hrsg.), Soziale Probleme – Konstruktivistische Kontroversen und gesellschaftliche Herausforderungen. (Soziale Probleme 12. Jg., Heft 1/2). Herbolzheim: Centaurus.
- Groenemeyer, Axel, 2003: Soziologie sozialer Probleme als Mehrebenenanalyse: Ein pragmatischer Vorschlag zur Weiterentwicklung konstruktivistischer Analysen. S. 3-15 in: Groenemeyer, A. (Hrsg.), Soziale Probleme und politische Diskurse – Konstruktionen von Kriminalpolitik in sozialen Kontexten. (Schriftenreihe Soziale Probleme, Gesundheit und Sozialpolitik. Materialien und Forschungsberichte, Heft 3). Bielefeld: Fakultät für Soziologie.
- Groenemeyer, Axel, (Hrsg.) 2009: „Doing Social Problems“. Mikroanalysen der Konstruktion sozialer Probleme in institutionellen Kontexten. Wiesbaden: VS - Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hollingshead, August B./Redlich, F. C., 1958: Social Class and Mental Illness. A Community Study. New York: Wiley.
- Horwitz, Allan V., 1982: The Social Control of Mental Illness. New York: Academic Press.
- Horwitz, Allan V., 1999: The Sociological Study of Mental Illness. A Critique and Synthesis of Four Perspectives. S. 57-78 in: Aneshensel, C.S./Phelan, J.C. (Hrsg.), Handbook of the Sociology of Mental Health. New York: Kluwer Academic.
- Horwitz, Allan V., 2002: Creating Mental Illness. Chicago: University of Chicago Press.
- Horwitz, Allan V./Scheid, Teresa L., (Hrsg.) 1999: A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories, and Systems. Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.
- Kessler, Ronald C./Zhao, Shanyang, 1999: Descriptive Epidemiology of Mental Disorders. S. 127-150 in: Aneshensel, C.S./Phelan, J.C. (Hrsg.), Handbook of the Sociology of Mental Health. New York: Kluwer Academic.
- Keupp, Heiner, 1972a: Der ‚prozessuale Ansatz‘ einer Theorie abweichenden Verhaltens. S. 161-202 in: Keupp, H. (Hrsg.), Psychische Störungen als abweichendes Verhalten. München: Urban & Schwarzenberg.

- Keupp, Heiner, 1972b: Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Keupp, Heiner, 1979: Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kirk, Stuart A./Kutchins, Herb, 1992: The Selling of the DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry. New York: Aldine de Gruyter.
- Link, Bruce G./Cullen, Francis T./Frank, James/Wozniak, John F., 1987: The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *American Journal of Sociology* 92/6: 1461-1500.
- Mezzich, Juan E./Kleinman, Arthur/Fabrega, Horacio/Parron, Delores L., (Hrsg.) 1996: Culture & Diagnosis. A DSM-IV Perspective. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Pescosolido, Bernice A./McLeod, Jane D./Avison, William R., 2007: Through the Looking Glass. The Fortunes of the Sociology of Mental Health. S. 3-32 in: Avison, W.R./McLeod, J.D./Pescosolido, B.A. (Hrsg.), *Mental Health, Social Mirror*. New York: Springer.
- Rosenhan, David L., 1973: On Being Sane in Insane Places. *Science* 179: 250-258.
- Scheff, Thomas J., 1980: Das Etikett „Geisteskrankheit“. Soziale Interaktion und psychische Störung. Frankfurt/M.: Fischer. [am. org. 1966: *Being Mentally Ill. A Sociological Theory*. New York: Harper & Row].
- Schmidt, Lucia, 1999: Psychische Krankheit als soziales Problem. Die Konstruktion des "Pathologischen Glücksspiels". Opladen: Leske + Budrich.
- Scull, Andrew T., 1979: *Museums of Madness. The Social Organization of Insanity in Nineteenth Century England*. New York: St. Martin's Press.
- Scull, Andrew T., 1980: *Die Anstalten öffnen? Decarceration der Irren und Häftlinge*. Frankfurt/M.: EVA.
- Shorter, Edward, 1999: *Geschichte der Psychiatrie*. Reinbek: Rowohlt. [am. org.: 1997: *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons].
- Srole, Leo/Langner, Thomas S./Michael, Stanley T./Opler, Marvin K./Rennie, Thomas A. C., 1962: *Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study*. New York: McGraw Hill. [<http://www.archive.org/stream/mentalhealthinth010208mbp#page/n5/mode/2up>].
- Turner, Bryan S., 1995: *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage. [1. Aufl. 1987].
- Wakefield, Jerome C., 1992: The Concept of Mental Disorder. On the Boundary between Biological Facts and Social Values. *American Psychologist* 47: 373-388.

***A Troubled Relation.
Mental Illness as Object of Sociological Inquiry***

Abstract

The Relations between sociology and psychiatry always has been not without tensions, as far as the object mental illness by definition is conceptualised in an asociological way followed by basically different logics of knowledge production. Nevertheless, sociology always has treated mental illness as a central indicator of social developments and in this way it has also gained some significance for psychiatric discourses und policy which nowadays seems to be left behind by the developing of a more biological oriented psychiatry. In a presentation of four different sociological perspectives on mental illness the article discusses the possibilities for a dialogue between sociology and psychiatry and outlines the significance of the field for more general sociological research on modern societies.

Axel Groenemeyer

*Technische Universität Dortmund
Fachbereich Erziehungswissenschaft und Soziologie
Emil-Figge-Straße 50
D - 44221 Dortmund*

axel.groenemeyer@uni-dortmund.de