

**Dirk Richter**

**Psychisches System und soziale Umwelt**





**Dirk Richter**

**Psychisches System und soziale Umwelt**

Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

DOI: 10.1486/9783884143513

**Dirk Richter**

**Psychisches System und soziale Umwelt**

Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften

1. Auflage 2003

ISBN 3-88414-351-4

Habilitationsschrift zur Erlangung der Venia legendi  
des Fachbereichs Erziehungswissenschaft und Sozialwissenschaften  
der Westf. Wilhelms-Universität Münster

**Der Autor:**

Dirk Richter, Jg. 1962, Dr. phil., nach Berufstätigkeit in der psychiatrischen Pflege und Soziologiestudium gegenwärtig Qualitätsbeauftragter in der Westf. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster, Privatdozent am Institut für Soziologie der Universität Münster. Westfälische Klinik Münster, Postfach 202 252, D-48103 Münster

**Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dbb.de> abrufbar.

**Bibliographic information published by Die Deutsche Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data is available in the Internet at <http://dnb.dbb.de>.  
Psychiatrie-Verlag im Internet: [www.psychiatrie.de/verlag](http://www.psychiatrie.de/verlag)

© Psychiatrie-Verlag, Bonn 2003

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Fröndenberg

Satz: Dirk Richter, Münster

Druck und Bindung: DIP, Witten

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>9</b>
<b>Einleitung: Der Wandel soziologischer Forschung für die Psychiatrie</b>	<b>11</b>
Der soziologische Beitrag zur Psychiatrie	13
Soziologie und der biologische Anteil an psychischen Störungen	16
Systemtheorie, Psychiatrie und wissenschaftliche Methodologie	23
Epistemologische Implikationen	27
Die gesellschaftliche Relevanz psychischer Störungen	29
<b>Teil I</b>	
<b>1. Sind psychische Krankheiten und Diagnosen soziale Konstrukte?</b>	<b>35</b>
Die Hypothese: Die Psychische Krankheit ist ein soziales Konstrukt	37
Foucault über die Medikalisierung des Wahnsinns	38
Szasz über den Mythos Geisteskrankheit	40
Scheff über das Etikett ‚Geisteskrankheit‘	43
Epistemologische Überlegungen zu Konstruktion und Realität wissenschaftlicher Erkenntnis	47
Rortys Synthese der Kritik am Bewusstsein als Spiegel der Natur	48
Putnams Ansatz des Internen Realismus	49
Luhmann über Konstruktion und Realität im Wissenschaftssystem	51
Gibt es psychische Krankheiten?	53
Wie sicher sind psychiatrische Diagnosen?	60
Gibt es Alternativen zur heutigen Praxis psychiatrischer Diagnosen?	64
Psychische Krankheiten sind ‚real‘	66
<b>2. Interniert die Psychiatrie als totale Institution abweichendes Verhalten?</b>	<b>69</b>
Die Hypothese: Die totale Institution interniert abweichendes Verhalten	73
Von der totalen Institution zur Deinstitutionalisierung	77
Die Folgen der psychiatrischen Deinstitutionalisierung	82
Deinstitutionalisierung und Medikalisierung im sozialwissenschaftlichen Diskurs	92
<b>3. Ist ein niedriger Sozialstatus Ursache psychischer Störungen?</b>	<b>97</b>
Die Hypothese: Niedriger Sozialstatus ist Ursache psychischer Erkrankungen	99
New Haven-Studie (Hollingshead und Redlich)	101
Midtown Manhattan-Studie (Srole und Mitarbeiter)	103
<b>Die Prüfung der Hypothese: Soziale Ursache oder soziale Selektion?</b>	<b>105</b>

Israel-Studie (Dohrenwend und Mitarbeiter)	106
Dunedin-Studie (Miech und Mitarbeiter)	108
Verbindende Mechanismen zwischen Sozialstatus und psychischer Erkrankung	110
Soziale Marginalisierung: Die Folgen psychischer Störungen	110
Sozialstatus als Ursache psychischer Störungen	112

## Teil II

### **4. Das biopsychosoziale Modell psychischer Krankheiten** **123**

Biologische Theorien zur Entstehung psychischer Krankheiten	125
Der genetische Ansatz zur Entstehung psychischer Krankheiten	126
Der neurobiologische Ansatz zur Entstehung psychischer Krankheiten	129
Das biopsychosoziale Modell nach George Engel	133
Die neodarwinistische Grundlegung des biopsychosozialen Modells	139
Das neodarwinistische Paradigma	139
Neodarwinismus und soziologische Theorie	145
Das revidierte biopsychosoziale Modell	151
Das biologische System	154
Das psychische System	156
Das soziale System	162

### **5. Soziale Umwelt, Stress und psychische Krankheit** **171**

Verhaltensgenetik und soziale Umwelt	174
Neurobiologie und soziale Umwelt	183
Soziale Stressoren, Stressverarbeitung und Vulnerabilität	187
Soziale Stressoren: Traumata, kritische Lebensereignisse und chronische Stressoren	193
Stress in Kindheit und Adoleszenz: eine biopsychosoziale Perspektive	195
Soziale Umwelt, Stressoren und psychische Erkrankung	203
Posttraumatische Belastungsstörung	204
Depressive Störungen	208
Schizophrene Störungen	211

### **6. Psychische Störungen und die Struktur der modernen Gesellschaft** **219**

Psychische Störungen und moderne Gesellschaft	223
Soziale Mikro- und soziale Makroebene psychischer Störungen: Methodische Vorbemerkungen	223
Langzeitstudien zur psychiatrischen Morbidität in der Bevölkerung	225
Suizid und moderne Gesellschaft	232
Die Primärstruktur der modernen Gesellschaft: Funktionale Differenzierung	236
Sozialsysteme der modernen Gesellschaft und psychische Störungen:	
Empirische Befunde	241
Vorgeburtliche Effekte sozialer Systeme	243
Das Familiensystem in Kindheit und Adoleszenz	245
Das Interaktionssystem der Freunde und Bekannten (Peers)	247

Intim- und Familiensysteme im Erwachsenenalter	249
Beruf, Arbeitsplatz und Arbeitslosigkeit	254
Lebenslauf, Alter und psychische Gesundheit	259
Politisches System und psychische Befindlichkeit: Wohlfahrtsstaat, Alkoholpolitik und innere Sicherheit	262
Politisch motivierte Gewalt und psychische Gesundheit: Folter, Krieg, Vertreibung	267
Funktionale Differenzierung, Teilsysteme und psychische Gesundheit: Theoretische Integration der Befunde	271
Funktionale Differenzierung, Teilsystem-Inklusion und individuelle psychische Befindlichkeit	271
Funktionale Differenzierung, Modernisierungsdynamik und die psychische Gesundheit der Bevölkerung	275

**7. Soziologie psychischer Störungen: Eine systemtheoretische Beobachtung** **285**

Differenz von biologischer und sozialer Evolution: Ausgangspunkt für die Soziologie psychischer Störungen	286
Zwischen psychischem System und Sozialstruktur	291
Selbstsozialisation	291
Karriere	295
Selbstsozialisation, Karriere und Psychopathologie	298
Ist die psychische Störung ein deviantes Verhalten?	302
Sozialstruktur und psychische Störung	309

**Literatur** **315**



## Vorwort

In gewisser Weise ist jedes Buch das Resultat eines Lebenslaufs, zumindest für die Zeit, die es braucht, ein Buch zu schreiben – und das geht bekanntlich nicht von heute auf morgen. Diese Arbeit, die im Sommersemester 2003 als Habilitationsschrift am Fachbereich Erziehungswissenschaften und Sozialwissenschaften der Universität Münster angenommen wurde, ist das besondere Resultat eines Lebenslaufs, weil sie nämlich auf glückliche Weise den bisherigen Berufsweg des Autors abbildet, der zwischen Psychiatrie und Soziologie hin und her pendelte. Einer Ausbildung und kurzer Berufstätigkeit als Krankenpfleger in psychiatrischen Kliniken folgte ein Studium der Soziologie an der Universität Münster, in dem ich mich vor allem für soziologische Theorie interessierte.

Psychiatrisches Fachwissen und sozialwissenschaftliche Methodenkenntnisse waren eine gute Grundlage für meine bis heute anhaltende Tätigkeit als Qualitätsbeauftragter in der Westf. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster (WKP Münster), die ich unmittelbar nach der Promotion aufnahm. Es lag natürlich nahe, diese Kombination aus Psychiatrie und Soziologie auch wissenschaftlich zu bearbeiten, zumal dies in den vergangenen Jahren im deutschsprachigen Raum ein weitgehend unbearbeitetes Gebiet gewesen ist. Das allgemeine Interesse an der Verbindung von Psychiatrie und Soziologie ist nach meinem Erleben in der Soziologie, vor allem aber in der Psychiatrie relativ groß. Aus diesem Grund erscheint die Arbeit auch im Psychiatrie-Verlag.

Ein solches Buch ist zwar in langer und oft einsamer Arbeit entstanden, ohne die Unterstützung vieler Freunde, Kollegen und der Familie wäre dies jedoch nicht möglich gewesen. Ich möchte mich in erster Linie bedanken bei Rolf Eickelpasch vom Institut für Soziologie der Universität Münster, der das gesamte Habilitationsverfahren für mich gemanagt hat und als Gutachter fungierte. Ein weiterer und ganz besonderer Dank gilt Rudolf Forster vom Institut für Soziologie der Universität Wien, der sich als auswärtiger Gutachter bereit erklärte, am Verfahren mitzuwirken. Bei Hanns Wienold aus Münster bedanke ich mich für das dritte Gutachten.

Nicht nur in der Soziologie, auch in der Psychiatrie hat diese Arbeit ihre Unterstützer gefunden. Die ersten Anstöße zu dieser Arbeit sind in vielen Diskussionen im Rahmen gemeinsamer Veröffentlichungen mit meinem früheren Chef, Bernd Eikermann, entstanden, der jetzt die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Städt. Klinikum Karlsruhe leitet. Ebenso wie Bernd Eikermann haben eine frühere Version des Manuskripts gelesen und viele Tipps und Hinweise gegeben: Thomas Reker, Ärztlicher Leiter der WKP Münster; Anna Venzke, vormals Assistenzärztin in der WKP Münster, jetzt in der Klinik für Neurologie des Klinikums Emden tätig; Walter Spöhring, Abteilung Krankenhäuser und Psychiatrie des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Münster; Wichard Puls, Institut für Soziologie der Universität Münster und Irmhild

Saake, Institut für Soziologie der Universität München. Euch allen einen herzlichen Dank!

Und dann, und eigentlich zuerst, meine wunderbare Familie: Mona und Tim haben indirekt ihren Teil zum Gelingen dieses Buches beigesteuert, mussten sie doch über mehrere Jahre hinweg einen gelegentlich körperlich, aber häufiger noch geistig abwesenden Vater ertragen, der den Wünschen Heranwachsender sicher nicht immer entsprechen konnte.

Mehr als alle anderen aber hat Doris als Partnerin, Freundin und Geliebte zur Verwirklichung dieses Projekts beigetragen: Toleranz, Ermutigung, praktische und emotionale Unterstützung, nebst dem, was gewöhnlich nicht in einem Vorwort gewürdigt werden kann.

Münster, im Juli 2003

*Dirk Richter*

## Einleitung

### Der Wandel soziologischer Forschung für die Psychiatrie

*„Interdisciplinary work has its risks.“*  
(Dennett 1995: 11)

Das vorliegende Buch beabsichtigt die Wiederaufnahme eines vormals prominenten Themenkreises in die Soziologie: Welche Faktoren der sozialen Umwelt haben einen Einfluss auf Entstehung und Verlauf psychischer Krankheiten? Diese Frage stellt sich heute insbesondere vor dem Hintergrund des rasanten Aufschwungs biowissenschaftlicher Erklärungsansätze, in denen soziale bzw. psychosoziale Einflüsse nur noch am Rande zum Tragen kommen. Sowohl in der Psychiatrie als auch in der veröffentlichten Meinung über psychische Störungen spielen sozialwissenschaftliche und speziell soziologische Ansätze gegenwärtig keine große Rolle mehr. Komplementär zur Konjunktur der Biowissenschaften (resp. ‚Lebenswissenschaften‘) in der Medizin und in anderen Bereichen sehen sich die Sozialwissenschaften mit zunehmender Irrelevanz ihrer wissenschaftlichen Produkte konfrontiert. Es gab Zeiten, wo dies nicht der Fall war.

Psychische Krankheiten und ihre Behandlung in psychiatrischen Einrichtungen waren bis weit in die 1970er Jahre hinein eines der klassischen Forschungsgebiete der Soziologie (Siegrist 1999). Die Soziologie als wissenschaftliche Disziplin hat in der Vergangenheit erhebliche Beiträge zur Psychiatrie geleistet. Die Erforschung des Zusammenhangs von psychischer Krankheit und moderner Gesellschaft gehört zu den Anliegen, mit denen sich die Soziologie seit ihren Anfängen beschäftigte. Durkheims Analyse über die sozialen Hintergründe des Suizids aus dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts ist sowohl ein Klassiker der Soziologie als auch der Psychiatrie (Durkheim 1973; Katschnig 1998). Bis vor wenigen Jahrzehnten war die Soziologie die Hintergrundwissenschaft, bisweilen sogar die Leitdisziplin der Psychiatrie. Problemstellungen wie die Entstehung psychischer Krankheiten oder Überlegungen zur psychiatrischen Versorgung sind maßgeblich durch die Disziplin beeinflusst worden (Reimann 1973; Heinrich & Müller 1980). Dieses Bild hat sich seit ca. 25 Jahren erheblich gewandelt. Im vergangenen Jahrzehnt ist die Soziologie beinahe zur Bedeutungslosigkeit im Bereich der Psychiatrie verkommen.

Anstelle des sozialwissenschaftlichen Know-hows wird die Versorgung nunmehr primär unter ökonomischen Belangen organisiert. Als Teil des Gesundheitssystems ist die Versorgung psychisch Kranker den dort herrschenden Bedingungen unterworfen. Hinsichtlich der Forschung über die Entstehung psychischer Krankheiten werden heute soziologische Überlegungen allenfalls

am Rande noch angestellt. Die Biologie hat als zentrale Hintergrund- und Leitdisziplin die sozialwissenschaftliche Forschung für die Psychiatrie abgelöst. Bedeutsam sind hier vor allem die verhaltensgenetischen Studien einerseits sowie die molekular- und neurobiologischen Forschungen andererseits. Der Neurobiologie kommt dabei zweifelsohne die Meinungsführung zu. Psychische Krankheiten werden zunehmend als Krankheiten des Gehirns betrachtet, daher hat man sich von den Neurowissenschaften einen Durchbruch hinsichtlich der Ursachen und der therapeutischen Möglichkeiten bei psychischen Störungen erhofft. Als ‚Jahrzehnt des Gehirns‘ sind die 1990er Jahre vom amerikanischen Kongress zu Beginn dieser Dekade ausgerufen worden, womit zugleich die Prioritäten für die staatliche Forschungsförderung deutlich wurden.

Der Sinneswandel weg von den sozialwissenschaftlichen und hin zu den naturwissenschaftlichen Aspekten der Psychiatrie hat verschiedene Gründe. Neben den üblichen, auch in der Wissenschaft existierenden Konjunkturzyklen (Anlage vs. Umwelt) ist ein konkreter Hintergrund sicherlich in der Tatsache zu sehen, dass die Soziologie als Disziplin es nicht geschafft hat, eine eindeutige und auch für Dritte nachvollziehbare theoretische Perspektive und Methodologie zu entwickeln.<sup>1</sup> Die Mischung aus einer heterogenen Theorielandschaft sowie einer nicht minder unübersichtlichen empirischen Seite der Disziplin induziert bei Außenstehenden eher Ratlosigkeit, wenn nicht sogar Ignoranz, da die üblicherweise in den Naturwissenschaften vorherrschenden Regeln in der Soziologie in vielen Bereichen (Sozialtheorie, qualitative Sozialforschung etc.) nicht gelten.

Neben diesem eher grundsätzlichen Aspekt der soziologischen Forschung ist aber auch die anwendungsorientierte sozialwissenschaftliche Forschung für die Psychiatrie ins Stocken geraten. Mit dem Aufstieg psychoanalytischer Theorien in der Psychiatrie und mit dem Aufstieg strukturalistischer, ethnomethodologischer oder phänomenologisch-qualitativer Ansätze in den Sozial- und Kulturwissenschaften ist der Bezug auf ‚harte‘ empirische Daten, die einen Beitrag zur psychiatrischen Forschung hätten leisten können, deutlich zurückgegangen (Leighton 1998). Dies hat vor allem zu einer mangelnden Akzeptanz soziologischer Expertise in der Psychiatrie selbst geführt. Abgesehen von dem Umstand, dass kaum therapeutisch umsetzbare Ergebnisse aus der Soziologie zu gewinnen waren, hat ein Teil der soziologischen Literatur die Mediziner in der Psychiatrie mehr als irritiert. Damit ist die grundsätzliche Infragestellung der Existenz psychischer Krankheiten und somit auch die Infragestellung der Existenz des Faches Psychiatrie gemeint. Die aus heutiger Sicht konstruktionistisch zu nennende Diskussion über die Existenz psychischer Krankheiten hat sich außerhalb der Soziologie kaum vermitteln lassen, zumal die Ergebnisse dieser Diskussion wieder einmal wenig eindeutig und ohne Anwendungsbezug geblieben sind.<sup>2</sup> Gleichwohl erfreut sich dieser Ansatz nach wie vor großer Beliebtheit innerhalb der wenigen soziologischen Literatur zur Psychiatrie.

Die abnehmende Relevanz soziologischer Literatur für Fragestellungen, welche biologische bzw. psychiatrische Inhalte thematisieren, ist offensichtlich

einer spezifischen Situation innerhalb der Soziologie zuzuschreiben. Es handelt sich nicht um ein grundsätzliches wissenschaftstheoretisches oder wissenschaftshistorisches Problem, das man etwa entlang der Unterscheidung von Naturwissenschaften einerseits und Sozial- oder Geisteswissenschaften andererseits (oder der im Englischen sehr plakativen Differenz von *science* und *humanities*) verorten könnte. Eine ähnliche Ausgangslage wie die Soziologie existiert beispielsweise auch in der Philosophie. Hier ist ebenfalls kein mehr oder weniger unumstrittener Bereich des Expertenwissens zu erkennen, geschweige denn ein ‚harter‘, auf Daten basierter Kern des Fachwissens. Man kann einen Neurobiologen fragen, was denn der derzeitige Stand des Wissens über das Langzeitgedächtnis in seiner Disziplin ist und darf auf eine relativ strukturierte Antwort hoffen. Wenn man aber einen Philosophen fragt, wie denn gegenwärtig die Philosophie das Bewusstsein charakterisiert, dann wird man keine eindeutige Antwort darauf bekommen können (Searle 1998). Gleichwohl ist der philosophische Beitrag zu vielen Themen, welche in dieser Arbeit von Bedeutung sind, auch in den Naturwissenschaften anerkannt. Der entscheidende Unterschied liegt wohl darin, dass in der Philosophie eine konstruktive Auseinandersetzung mit naturwissenschaftlichen Fragestellungen und Forschungsergebnissen stattfindet, während in der Soziologie – von wenigen Ausnahmen abgesehen – die Ablehnung dieser Fragestellungen (siehe etwa die Diskussion um die Soziobiologie) überwiegt. Eine vergleichbare konstruktive Auseinandersetzung der Soziologie mit biologischen Themen muss nicht zwangsläufig auf eine blinde Akzeptanz der damit verbundenen wissenschaftlichen Paradigmen hinauslaufen, das ist in der Philosophie auch nicht der Fall. Zu fordern wäre aber die Anerkennung der wissenschaftlichen Leistungen in den Naturwissenschaften zu den hier relevanten Fragen, und dann wären in einem zweiten Schritt die Plausibilität und die Implikationen aus soziologischer Sicht zu diskutieren. Die vorliegende Arbeit will hierzu einen bescheidenen Beitrag leisten.

## Der soziologische Beitrag zur Psychiatrie

Zweifelsohne aber bleibt anzuerkennen, wie groß der Anteil der Soziologie an der Reorganisation der psychiatrischen Versorgung war. Die Versorgung beruht heutzutage nahezu überall in der westlichen Welt auf sozialpsychiatrischen Grundsätzen, die wesentlich durch eine soziologische Theorie und Empirie informiert sind. Ohne dem Verlauf dieser Arbeit zu weit vorgreifen zu wollen, kann bezüglich dieses Themenkreises festgestellt werden, dass eine Reihe klassischer Werke daraus hervorgegangen sind. Bemerkenswerterweise handelt es sich bei den ‚Klassikern‘ dieses Genres mehr oder minder ausschließlich um psychiatriekritische Literatur. Dazu zu zählen ist etwa Michel Foucaults sozialhistorische Untersuchung über die Entstehung der Psychiatrie und der mit ihr verbundenen Diskurse in Medizin, Recht und Psychologie, die unter dem deutschen Titel *Wahnsinn und Gesellschaft* publiziert wurde (Foucault 1973).

Weiterhin kann Erving Goffmans qualitative Studie über das psychiatrische Asyl als totale Institution (Goffman 1973) sicherlich als moderner Klassiker der Soziologie eingestuft werden. Goffmans *Asyle* soll – auch das ist für die Verbindung von Soziologie und Psychiatrie von Bedeutung – im übrigen das weltweit meistzitierte soziologische Buch sein (Weinstein 1994).

Die Soziologie war so lange akzeptiert, wie sie erhebliche Beiträge zur Verbesserung der Organisation der Versorgung psychisch Kranker liefern konnte. Sobald aber – zumindest wissenschaftlich – geklärt war, dass die ausschließliche Versorgung in den Großkrankenhäusern eher nachteilige Wirkungen als Vorteile für die Betroffenen brachte, schien das Potenzial der Disziplin in dieser Hinsicht erschöpft zu sein. Die Versorgung psychisch kranker Menschen wird in dieser Arbeit allerdings nur insoweit behandelt, wie dies für die Fragestellung der sozialen Anteile an psychischen Störungen relevant ist. Darunter fällt beispielsweise eine kritische Diskussion des Goffmanschen Arguments der ‚totalen Institution‘ (Goffman 1973), weil hierdurch die Konzeption psychischer Störungen innerhalb der Sozialwissenschaften erheblich geprägt worden ist. Eine grundlegende Bestandsaufnahme und Analyse der modernen psychiatrischen Versorgung aus soziologischer Sicht hat in den letzten Jahren Rudolf Forster (1997; 1999; 2000) vorgelegt. Seine Einschätzung der heutigen Psychiatrie als Versorgungsform, die sowohl gemeindeorientiert arbeitet als auch zunehmend in die Medizin integriert ist und entsprechende medikalisierende Behandlungen vornimmt, wird absolut geteilt. Mit der von Forster skizzierten Einbindung in die Medizin hat sich – und das ist von zentraler Bedeutung für diese Arbeit – auch eine epistemologische Verfestigung des Konzepts der psychischen Krankheiten entwickelt. Die Medikalisierung, so betont Forster zurecht, „sichert (...) den Basiskonsens der Profession, wonach psychische Störungen Krankheiten sind, die Behandlung im medizinischen Sinn und in medizinischen Kontexten benötigen.“ (Forster 2000: S42)

Sicherlich auch unter dem Einfluss von soziologischer Psychiatriekritik und den gleich noch kurz zu skizzierenden soziogenetischen Ansätzen begannen in den 1960er und 1970er Jahren in der (alten) Bundesrepublik die ersten systematischen Psychiatriereformen, die sich vor allem durch eine Gemeindeorientierung der Versorgung auszeichneten. In diesem Gesamtkontext von ätiologischen Theorien und reformerischen Bemühungen wurden immer auch wieder Überlegungen angestellt, wo der soziale Anteil der Psychiatrie zu verorten sei. Die Reformpsychiatrie der Nachkriegszeit firmiert bis heute unter dem Stichwort der ‚Sozialpsychiatrie‘. Darunter wird zunächst die Berücksichtigung sozialer Faktoren in der Umgebung des erkrankten Menschen verstanden, die sich dann in einem weiteren Schritt in den therapeutischen Anstrengungen wiederfinden müssen: Rehabilitation am Arbeitsplatz, Einbeziehung der Angehörigen und vieles mehr (zum modernen sozialpsychiatrischen Ansatz vgl. Eikermann 1998; Eikermann 2000). Die Einbindung des sozialen Umfelds ist für die Reformpsychiatrie der zentrale methodische Ansatzpunkt, mittels dessen man sich von der früheren, überwiegend biologisch orientierten Anstaltspsychiatrie abzusetzen vermochte: „Psychiatrie ist soziale Psychiatrie oder sie ist keine Psychiatrie.“

(Dörner 1972: 8)<sup>3</sup> Von diesem Punkt ist es nicht mehr weit bis zu Überlegungen, die Sozialpsychiatrie als eine Sozialwissenschaft zu etablieren, um sie aus dem Kontext der klinischen Medizin zu lösen. Entsprechende Erwartungen sind etwa seinerzeit von Asmus Finzen, einem der führenden deutschsprachigen Reformpsychiater formuliert worden (Finzen 1987).

In dem Bereich, den die vorliegende Arbeit abzudecken bemüht ist, in der Forschung über die Entstehung und Verlauf der Krankheiten, sieht man sich einer paradoxen Situation gegenüber. Der soziale Anteil an der Ätiologie und am Verlauf psychischer Störungen wird heute nur von wenigen Autoren *expressis verbis* bestritten. Dennoch wird über diesen Zusammenhang nur sehr wenig Forschung betrieben, die diese Anteile explizit untersucht. Im Gegenteil, der Schwerpunkt gegenwärtiger Forschungsanstrengungen liegt nahezu ausschließlich in der Neurobiologie und in der Genetik. Offenbar lassen sich hier schnellere und therapeutisch leichter umsetzbare Erfolge erzielen, wie die jüngste Vergangenheit etwa im Bereich der Psychopharmaka gezeigt hat. Dazu hat sicherlich auch die Forschungsförderung beigetragen, die gezielt durch staatliche und industrielle Gelder in den biologischen Bereich ausgerichtet wurde.

Auch dies schien noch vor wenigen Jahrzehnten eine andere Richtung zu nehmen. Vor allem der system- und kommunikationstheoretische Ansatz von Gregory Bateson, Paul Watzlawick und anderen hatte in den 1960er und 1970er Jahren einen erheblichen Einfluss auf die ätiologische Forschung der Schizophrenie (Bateson et al. 1969; Bateson 1981; Watzlawick et al. 1990). Dieser Ansatz fokussierte auf die familiäre Interaktion als einen der Hauptfaktoren der Entstehung und Aufrechterhaltung schizophrener Symptome. Die Schizophrenie sei, so resümieren Watzlawick, Beavin und Jackson (1990: 49) prägnant, „die *einzig* mögliche Reaktion auf einen absurden und unhaltbaren zwischenmenschlichen Kontext (...).“ Bis hinein in therapeutische Konzepte der Familientherapie zog sich der Einfluss dieses Ansatzes, der auch außerhalb des Gesundheitssystems durch Batesons *Double Bind*-Konzept bekannt wurde. Dabei handelte es sich um die These, dass in Familien mit psychisch erkrankten Mitgliedern widersprüchliche Botschaften zu erkennen seien, die sich insbesondere in emotionaler Hinsicht verunsichernd auf die Familienmitglieder auswirken könnten. Wie für Kenner der Psychoanalyse deutlich ist, ist dieses Konzept verwandt mit der Hypothese der ‚schizophrenen Mutter‘.<sup>4</sup> Noch Ende der 1970er Jahre war in dem Übersichtswerk einer Soziologin über den Zusammenhang von Schizophrenie und Gesellschaft daher die Zuversicht nachvollziehbar, dass die soziogenetische Erklärung schizophrener Störungen zur Standardsicht in der Psychiatrie würde (Krüll 1977: 118).

Der *erste Teil dieser Arbeit* wird sich mit zentralen Hauptthesen der Soziologie der Psychiatrie systematisch befassen und versuchen, zu einer Einschätzung des Gehaltes dieser Thesen aus heutiger Perspektive zu kommen. Hinter diesem Bemühen steht die bereits geäußerte Beobachtung, dass die Soziologie für die gegenwärtige psychiatrische Forschung und Therapie so gut wie keine Relevanz mehr hat. Im einzelnen geht es im ersten Teil um drei Thesen der Soziologie der

psychischen Krankheiten und der Psychiatrie. Der Aufbau der einzelnen Kapitel sieht vor, dass diese Thesen referiert werden, um den Gehalt der Aussagen anschließend im Lichte des neueren Forschungsstandes einschätzen zu können. Es beginnt mit der soziologischen bzw. soziologisch begründeten These, psychische Krankheiten seien soziale Konstrukte und deshalb (möglicherweise) nicht existent. Hintergrund dieser These ist die lange Tradition konstruktionistischer Argumentationslinien in der Soziologie, die in diesem Falle darauf abzielt, dass psychische Krankheiten soziale Konstrukte seien, welche primär drauf hinauslaufen, sozial missliebiges Verhalten zu normieren. Die zweite These, die im ersten Teil der Arbeit referiert wird, schließt direkt an die erste an. Hier geht es um die Hypothese, dass psychiatrische Behandlung die Internierung von Menschen mit einem abweichenden Verhalten in einer totalen Institution bedeutet. Eine eingehende Diskussion der Argumente Goffmans würde nicht in den Rahmen dieser Arbeit hineingehören, wenn sie nicht die soziologische Sichtweise nicht nur der Psychiatrie, sondern auch der Krankheiten in einer kaum mit einem anderen Autor zu vergleichenden Weise geprägt hätte. Dies gilt auch vor dem Hintergrund, dass die Goffmanschen Thesen noch heute zur Diskreditierung psychiatrischer Krankheitskonzepte herangezogen werden. Die dritte zentrale Hypothese befasst sich mit der Verursachung psychischer Störungen durch die auf Ungleichheit basierende Sozialstruktur der modernen Gesellschaft. Es gibt eine lange soziologisch geprägte Forschungslinie, die sich damit befasst und diese These empirisch zu stützen versucht hat. Auch hier wird es, wie bei den vorherigen Hypothesen, darum gehen, ob der frühere Diskussionsstand heute noch zu akzeptieren ist.

Die oben angesprochene Hypothese der durch familiäre Kommunikation bedingten psychischen Störungen wird in dieser Arbeit nicht explizit behandelt. Obwohl einige Autoren den Sozialwissenschaften im weitesten Sinne zuzurechnen sind, ist der genuine soziologische Beitrag zu dieser These, sei er methodisch oder über Autoren geschehen, nur als marginal zu beschreiben. Die meisten Autoren entstammen einer kommunikationstheoretischen und kybernetischen Tradition, oftmals mit psychotherapeutischem oder psychiatrischem Hintergrund, die in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg große Aufmerksamkeit in vielen wissenschaftlichen Disziplinen auf sich gezogen hat. Auf diesem Wege sind auch zentrale Begrifflichkeiten in die soziologische Theorie eingegangen, vor allem natürlich in die soziologische Systemtheorie.

## **Soziologie und der biologische Anteil an psychischen Störungen**

Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt hat sich die Psychiatrie entgegen den vormalig gehegten und oben beschriebenen Hoffnungen niemals als Sozialwissenschaft etablieren können, und der Einfluss der Soziologie tendiert, wie gesagt, heute eher gegen Null. Die Psychiatrie ist gegenwärtig das, was sie schon lange gewesen ist, eine Teildisziplin der Medizin. In der Ursachenforschung für psychische

Störungen wird fast ausnahmslos auf biologische Ansätze abgestellt und auch in der Therapie dominiert ein biologischer Therapiezweig, die Pharmakotherapie. Für die vorliegende Arbeit stellen sich aus diesem Umstand zwei zentrale Fragen: Zum einen wird sie – wie für den ersten Teil beschrieben – der Frage nachgehen, welchen Hintergrund der minimierte soziologische Einfluss hat und zum zweiten wird sie sich damit befassen, wie eine zeitgemäße Soziologie der psychischen Krankheiten heute konzipiert werden kann; dies wird der Inhalt des *zweiten Teils der Arbeit sein*. Die Antworten auf beide Fragen hängen sehr eng zusammen, was mit dem meines Erachtens nicht zu unterschätzenden biologischen Anteil an der psychischen Entwicklung und an der Entstehung psychischer Krankheiten zu tun hat.

Eine zeitgemäße Soziologie psychischer Störungen wird nicht darauf verzichten können, die elementare Bedeutung biologischer Faktoren in diesem Kontext anzuerkennen, das ist das Credo dieser Arbeit. In dem Verzicht dieser Anerkennung, oder genauer, in der Ignoranz und Ablehnung biologischer Faktoren durch die sozialwissenschaftliche Forschung liegt meiner Einschätzung nach der zentrale Punkt, der zu der heutigen Situation geführt hat, dass soziologische Expertise in der Psychiatrie nicht einmal mehr ansatzweise von Interesse ist. Die soziologischen und soziogenetischen Ansätze (Devianz, Schichtung, soziale Stressoren, familiäre Kommunikation) haben sich in ihrer *Exklusivität* empirisch nicht halten lassen. Die Situation der Soziologie psychischer Krankheiten ähnelt in gewisser Weise derjenigen in der Epidemiologie, wo seit Jahren die (rhetorische) Frage gestellt wird, ob man es sich noch erlauben könne, biologische Wirkungszusammenhänge als *Black Boxes* zu konzipieren (Susser 1998; Davey Smith 2001). Mit anderen Worten, der Verzicht auf Einsichten in biologische Faktoren führt zu einer Unterkomplexität der Analyse, die insgesamt dem Erkenntnisgewinn nicht zum Vorteil gereicht. In epidemiologischen Studien stellt sich angesichts der Resultate häufig die Frage nach der ‚biologischen Plausibilität‘, also danach, ob die Ergebnisse einen Sinn ergeben vor dem Hintergrund klinischer und anderer Forschungen. Biologische Plausibilität ist der Schlüssel, mit dem solche Forschungsergebnisse in der Medizin anschlussfähig gemacht werden. Dies sollte meines Erachtens nicht nur für die Epidemiologie gelten, sondern auch für die Soziologie psychischer Störungen. Theoretische wie empirische Analysen können nur dann wirklich überzeugen, wenn sie in den Stand des Wissens in der Medizin und in der Psychiatrie eingepasst werden können. Biologische Prozesse müssen zwingend in die Wirkungskette zwischen Sozialstruktur und Gesundheit eingebaut sein (Brunner & Marmot 1999). Wie anders sollte man sich ansonsten den *Link* zwischen dem Sozialsystem und der Gesundheit vorstellen? Vollzieht man diesen Schritt nicht, so muss man sich mit gutem Recht einen Vorwurf gefallen lassen, den man gerne den Naturwissenschaften gegenüber macht, und zwar den Vorwurf des soziologischen Reduktionismus (Marmor 1983). Die Anerkennung biologischer Mechanismen bedeutet jedoch nicht die Anerkennung des biologischen Primats in der Ätiologie psychischer Störungen.

Leider sieht der gegenwärtige Forschungsstand nicht so aus, dass es – von

wenigen Ausnahmen abgesehen, von denen unten noch zu berichten sein wird – zu einer Integration biologischer in soziologische Ansätze gekommen ist. In der Soziologie wurde es versäumt, diesen wichtigen Hintergrund zu rezipieren und für soziologische Fragestellungen fruchtbar zu machen. Dieser Vorwurf geht *vice versa* natürlich auch an die naturwissenschaftlichen Ansätze wie etwa die Molekularbiologie oder die Neurobiologie, die sich – ebenfalls mit wenigen Ausnahmen (Übersicht bei Cacioppo et al. 2000) – nicht aktiv um die Integration des Topos der ‚sozialen Umwelt‘ in ihre Modelle bemüht haben. Interessanterweise jedoch kommt gerade aus diesen Forschungsbereichen eine Fülle von empirischen Hinweisen, die es aufzuarbeiten gilt. Es handelt sich gewissermaßen um Abfallprodukte der naturwissenschaftlichen und medizinischen Untersuchungen, die in ihrer Arbeit mehr und mehr auf die Relevanz sozialer Faktoren stoßen. Wenn es der wissenschaftlichen Wahrheitsfindung zuträglich sein könnte, dann sollte sich auch ein Soziologe nicht zu schade sein, im naturwissenschaftlichen Abfall herumzuwühlen. Genau darin besteht ein erheblicher Teil dieser Arbeit, nämlich in der Sichtung und der theoretischen Integration naturwissenschaftlicher und medizinischer Forschungsergebnisse.

Dass viele Soziologen mit den Methoden und Forschungsbefunden in den naturwissenschaftlichen Disziplinen nicht vertraut sind, ist an dieser Stelle sicherlich als ein weiterer Grund für die abnehmende Bedeutung soziologischer Perspektiven für die Psychiatrie zu sehen, ganz zu schweigen von dem immensen Wachstum medizinischer und naturwissenschaftlicher Veröffentlichungen. Eine Soziologie psychischer Störungen ist elementar darauf angewiesen, die wissenschaftlichen Entwicklungen in vielen Disziplinen zu verfolgen, was nur selten und – wie bei dem Autor dieser Arbeit – mit einem bestimmten beruflichen Hintergrund möglich ist (Cook & Wright 1995).

Wer aber versucht, biologische Erklärungen in ein soziologisches Modell zu integrieren, der muss sich darauf gefasst machen, dass er in einem Minenfeld operiert. Interdisziplinäres Arbeiten hat in der Tat, wie es der amerikanische Philosoph Daniel Dennett zutreffend formuliert hat und wie es eingangs zitiert wurde, seine Risiken. Bei den akademischen Kolleginnen und Kollegen der Sozialwissenschaften bestehen nicht nur hierzulande nach wie vor erhebliche Vorbehalte gegenüber biologischen Erklärungsansätzen.<sup>5</sup> Diese Ansätze tragen immer noch den Makel des Sozialdarwinismus und der Ignoranz gegenüber den sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen. Wenngleich sich zweifelsohne naturwissenschaftlich orientierte Autoren finden lassen dürften, die diese Attitüden noch zum Ausdruck bringen, sollte nicht übersehen werden, dass der derzeitige Forschungsstand in vielen Feldern eben nicht mehr dem Vorurteil entspricht. Die moderne Verhaltensgenetik etwa (vgl. Plomin et al. 1999) ist nicht mehr nur die simple ‚Zwillingsforschung‘ früherer Zeiten. Gerade aus diesem Forschungszweig stammt eine Reihe von Resultaten, die einen erheblichen Umweltanteil an der menschlichen Entwicklung und eben auch an der Entwicklung einer psychischen Störung nahe legen. Aus der zeitgenössischen biologischen Evolutionstheorie (vgl. Dawkins 1989) kann kein Speziesismus, geschweige denn ein Rassismus abgeleitet werden. Die moderne Evoluti-

onstheorie kann hingegen, so lassen erste Artikel vermuten, möglicherweise dazu beitragen, den Hintergrund für die nachteiligen Auswirkungen sozialer Ungleichheit aufzuhellen (Chisholm & Burbank 2001). Gleichwohl müssen die Methoden und Modelle dieser Bereiche kritisch gesichtet und diskutiert werden; dem harten Kern der Soziobiologie (z.B. Wilson 1975) beispielsweise kann in dieser Hinsicht nur wenig sozialwissenschaftlicher Kredit gewährt werden. In diesem Sinne schließt sich diese Arbeit einem Plädoyer an, das schon vor mehr als zehn Jahren von Ted Benton (1991) in der britischen *Sociology* abgegeben wurde, nämlich die notwendige und sich in Teilen bereits abzeichnende Integration bisher unberücksichtigter biologischer Modelle in die Soziologie vorsichtig zu begrüßen.

Wie bedeutend ist aber die Integration biologischer Modelle für die Erklärung der Entstehung psychischer Störungen? Die Relevanz kann, so glaube ich, relativ einfach anhand der Geschlechterproblematik verdeutlicht werden. In allen bekannten Populationen gibt es eine charakteristische geschlechtsspezifische Verteilung psychischer Störungen. Während Frauen eher zu sogenannten internalisierenden Störungen wie Depression und Angst neigen, findet man bei Männern eine deutlich ausgeprägtere Suchtproblematik. Schaut man auf die Summe der allgemeinen Psychopathologie in der Bevölkerung unabhängig von der Diagnose, so ergeben sich keine oder nur minimale Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Übersichten bei Kohn et al. 1998: Tab. 13.11; Rosenfield 1999). Die genannten Unterschiede in den Diagnosen hängen offenbar nicht mit unterschiedlichen sozialen Stressoren zusammen, wie Aneshensel und Mitarbeiter (1991) untersucht haben. Ebenfalls kein Zusammenhang ergab sich für unterschiedliche Verarbeitungsmechanismen von sozial induziertem Stress. Männer wie Frauen erleben das gleiche Ausmaß von sozialen Stressoren und erleben auch die gleichen Auswirkungen für ihre psychische Verfassung. Während dies aber bei Frauen eher zu einer depressiven Symptomatik und anderen internalisierende Verarbeitungsformen führt, neigen Männer eher zu Verhaltensweisen wie Suchtmittelkonsum (und anderen externalisierendem Verhalten wie Aggression und Gewalttätigkeit). Wie sehr aber wird das geschlechtsspezifische Verhalten (Internalisierung vs. Externalisierung) durch das soziale Umfeld bedingt? Ohne an dieser Stelle bezweifeln zu wollen, dass Lern- und Umweltfaktoren zu diesem unterschiedlichen Verhalten beitragen können (Rosenfield 1999), kann heute noch weniger Zweifel daran bestehen, dass internalisierendes und externalisierendes Verhalten in einem mindestens genauso großen Ausmaß biologisch bedingt ist. Genauso wie Frauen und Männer bestimmte kognitive Eigenschaften nicht teilen (unter anderem ist die räumliche Orientierung bei Männern ausgeprägter, das Kurzzeitgedächtnis dagegen bei Frauen), so teilen sie auch bestimmte emotionale Eigenschaften nicht (Übersicht bei Lopreato & Crippen 1999: 149ff.). Eine ausgeprägtere Aggressivität ist bei Männern in einer überwältigenden Anzahl von Untersuchungen zu erkennen, daher sind diese und andere externalisierende Eigenschaften wohl auch im Bereich der Psychopathologie zu erwarten.

Ein spezielles Beispiel für geschlechtsspezifische Faktoren der Entstehung und

des Verlaufs psychischer Störungen ist die Schizophrenie. Ein vielfach replizierter Befund ist das unterschiedliche Durchschnittsalter, in dem bei Frauen und Männern die erste psychotische Episode ausbricht. Während Männer häufig zu Beginn des dritten Lebensjahrzehnts erkranken, liegt die Spitze bei Frauen eher am Ende dieser Dekade (Riecher-Rössler & Häfner 2000). Da es für diesen Unterschied keinen plausiblen sozialen Hintergrund gibt, wird ein biologischer Faktor zur Erklärung herangezogen, nämlich das Hormon Östrogen. Der bei Frauen geschlechtsspezifisch höhere Östrogenspiegel scheint ein Schutz gegen den frühen Ausbruch der Krankheit zu sein. Östrogen beeinflusst diverse Neurotransmitter, die mit der Schizophrenie in Verbindung stehen, so dass die Beteiligung dieses Hormons pathophysiologisch plausibel erscheint.

Diese und viele andere Befunde, die im Laufe der Arbeit referiert werden (etwa der kausale Zusammenhang vom Geburtsgewicht mit der kognitiven Leistungsfähigkeit als Erwachsener, vgl. Richards et al. 2001), dürfen soziologischerseits nicht länger ignoriert werden. Dieser Versuch einer Soziologie der psychischen Störungen bricht daher mit einer langen Tradition der soziologischen Ignoranz, und zwar aus zwei Gründen. Der erste Grund wurde bereits ausgeführt, mit der vorliegenden Arbeit soll der verloren gegangene Anschluss der Soziologie an die Psychiatrie wieder hergestellt werden. Über die Integration biologischer Faktoren lässt sich meiner Überzeugung nach dieser Anschluss wieder finden. Die Soziologie darf es nicht bei der Kritik der Psychiatrie belassen, wenn sie sich nicht vollends im wissenschaftlichen Abseits dieses Fachs wiederfinden will. Das bedeutet natürlich keineswegs die unkritische Übernahme psychiatrischer Modelle, zumal dies häufig auf die Exkommunikation soziologischer Vorstellungen aus der Psychiatrie hinaus liefe.

Zum zweiten gibt es in den vergangenen Jahren eine kleine Anzahl soziologischer Arbeiten, die ebenfalls auf die Integration von Soziologie und Biologie abzielt (Benton 1991; Booth et al. 1999; Udry 2000; Dickens 2001).<sup>6</sup> Im Bereich der Soziologie der Gesundheit und Krankheit ist dies unverzichtbar, weil nur auf diese Weise die Wege der Krankheitsentstehung nachvollziehbar sind (Freemont & Bird 1999). Dies gilt, leicht einzusehen, für alle Arten körperlicher Erkrankungen, denn in irgendeiner Form muss es zur Übersetzung von Bedingungen der sozialen Umwelt in somatische Krankheitssymptome kommen. Das relativ junge interdisziplinäre Fach der Psychoneuroimmunologie hat hier in den letzten Jahren erhebliche Beiträge zur Einsicht in die Mechanismen der Kommunikation zwischen Körper und sozialem Umfeld geleistet (Schedlowski & Tewes 1996). In der Medizinsoziologie gilt die interdisziplinär zu erforschende Stressthematik ebenfalls als eine vielversprechende Richtung für die Untersuchung der Grundlagen psychischer Störungen (Siegrist 1999).

Von einer anderen Seite her hat sich der als Gesellschafts- und Interaktionstheoretiker (z.B. Giddens & Turner 1987) bekannt gewordene amerikanische Soziologe Jonathan H. Turner mit der Integration von Soziologie und Biologie befasst. Turners Fragestellungen zielen auf die Grundlage der biologischen Evolution für die menschliche Vergesellschaftung (siehe etwa Maryanski & Turner 1992). In seiner jüngsten Monografie zur Entwicklung und Funktion mensch-

licher Emotionen gibt sich Turner überzeugt, dass wir keine Forschungsprogramme über den Menschen entwickeln können, ohne das biologische Erbe der Menschenaffen in Rechnung zu stellen, das nach wie vor unser Verhalten und unsere Interaktionen beeinflusst. Auch wenn die Soziologie nicht gerade mit naturwissenschaftlicher Expertise beschlagen sei, dürfe sie diese Thematik nicht anderen Wissenschaften überlassen: „[We] cannot study face-to-face human interaction by placing the evolutionary history of *Homo* and the neurology that this history changed into a black box. We cannot simply cede this area over to other disciplines; these kinds of evolutionary questions are central to microsociology.“ (Turner 2000: 116) Turner bezieht hier eindeutig Stellung gegen radikale konstruktionistische Ansätze in der Soziologie (Überblicke bei Thoits 1989; Vogler 2000), die Emotionen *ausschließlich* als soziokulturelle Konstrukte betrachten und biologische Einflüsse auf die menschliche Emotionalität negieren.

Die Problemstellung der Integration biologischer Faktoren betrifft aber nicht nur die Soziologie. Sie berührt nicht zuletzt eine alte philosophische Frage, nämlich die Verbindung von Körper und Geist (bzw. Leib und Seele im deutschen Forschungsverständnis). Bis vor wenigen Jahrzehnten war der nach heutigem Erkenntnisstand sehr enge Zusammenhang von Gehirn und mentalem Erleben auch in der Fachöffentlichkeit nicht anerkannt. Selbst in der Psychiatrie wurde bis vor kurzem zwischen organisch bedingten Störungen und sogenannten funktionellen bzw. psychogenen Krankheiten unterschieden. Die Reste der cartesianischen Meditationen über die Trennung von *res cogitans* und *res extensa* lassen sich bis heute nachvollziehen. In den zeitgenössischen Neuro- und Kognitionswissenschaften wird diese Trennung von Körper und Geist jedoch fast vollständig eingezogen. Die entscheidende Frage hier ist nicht, ob Körper und Geist kausal miteinander verbunden sind, sondern wie eng diese Verbundenheit ist (Übersichten bei Hastedt 1988; Guttenplan 1994). Das bedeutet für die vorliegende Fragestellung: psychische Störungen lassen sich ohne Beteiligung des Gehirns heute gar nicht mehr modellhaft konzipieren. Um es systemtheoretisch zu formulieren: es besteht eine enge strukturelle Kopplung zwischen biologischem System (Gehirn) und psychischem System (Roth 1994).

Da diese Kopplung mit guten Gründen gegenwärtig nicht mehr übersehen werden kann, kommt auch eine Soziologie psychischer Störungen ohne Berücksichtigung der Biologie kaum aus. Ebenso wie bei körperlichen Krankheiten kann erst über die Integration von biologischem und sozialem System der Entstehungshintergrund der Störung im psychischen System plausibel modelliert werden. Die angedeutete Integration von biologischem, psychischem und sozialem System läuft auf ein sogenanntes *biopsychosoziales Modell* psychischer Störungen hinaus, und in diesem komplexen Feld verschiedener Einflüsse sollen nachfolgend die sozialen Anteile an den Erkrankungen untersucht werden.

Um es noch einmal zu betonen: die Anerkennung biologischer Anteile an der Entstehung psychischer Störungen läuft nicht auf eine Verabschiedung soziologischer Modelle und Resultate hinaus, sondern allenfalls auf den Verzicht exklusiver soziologischer Erklärungsansprüche. Die gegenwärtige Wissen-

schaftslandschaft ist insofern einem Erkenntnisfortschritt abträglich, als damit der Dualismus zwischen biologisch orientierten Ansätzen und soziologischen Modellen zementiert wird (Benton 1991). Interessanterweise existiert an den Rändern von Biologie und Soziologie eine gewisse Schnittmenge von Gemeinsamkeiten, die es auf Kompatibilität zu überprüfen gilt (Dickens 2001). Eine zentrale Gemeinsamkeit ist zum Beispiel die Unterscheidung von Organismus und Umwelt, die aus der Biologie stammt (von Uexküll 1973), und von dort über die Allgemeine Systemtheorie, reformuliert als System/Umwelt-Differenz, in den Begriffsschatz der Gesellschaftstheorie eingezogen ist. Das biopsychosoziale Modell erlaubt entgegen dem üblichen Dualismus eine theoretische Integration der verschiedenen Bestandteile, ohne die nicht zu übersehenden Differenzen zwischen ihnen einzuebnen. Die menschliche Psyche hat ohne Zweifel eine biologische Basis, sie lässt sich aber nicht vollständig biologisch erklären. Mindestens ebenso wichtig wie die biologische Basis ist die soziale Umwelt für psychische Entwicklung.

*Der zweite Teil der Arbeit* wird sich im Detail mit folgenden Themen auseinandersetzen: Als erstes soll im vierten Kapitel der theoretische Hintergrund des biopsychosozialen Modells geklärt werden. In diesem Zusammenhang wird ein Schwerpunkt auf die neodarwinistische Diskussion gelegt. Der neodarwinistische Rahmen erlaubt eine Integration naturwissenschaftlicher Erkenntnisse mit der neueren Systemtheorie, welche den primären soziologischen Part in dieser Arbeit spielen wird. Nach der Deskription des biopsychosozialen Modells sollen im fünften Kapitel die sogenannten proximalen sozialen Anteile psychischer Störungen eingehend analysiert werden. Hier geht es vor allem um den Faktor Stress und seine Verarbeitung. Die Stressforschung bildet eine große Schnittmenge zwischen sozialwissenschaftlichen und naturwissenschaftlich-medizinischen Ansätzen. Beispielhaft werden die individuum-nahen Anteile sozialer Stressoren für die Störungsbilder der posttraumatischen Belastungsstörung, der Depression und der Schizophrenie beschrieben. Weiterhin wird in diesem Kapitel untersucht, wie soziale Anteile psychischer Störungen zur Zeit in neurobiologische und verhaltensgenetische Ansätze eingebaut werden. Im sechsten Kapitel liegt der Fokus auf der Gesellschaftsstruktur. Die Frage lautet: Welche sozialstrukturellen Faktoren tragen zu psychischen Störungen bei? Anschließend an empirische Befunde, die Auskunft darüber geben, ob sich der Anteil psychisch kranker Menschen in der Bevölkerung mit zunehmender sozialer Modernisierung verändert hat, werden Auswirkungen der Sozialsysteme auf die psychische Gesundheit untersucht. In einem abschließenden siebten Kapitel werden die Ergebnisse dieser Arbeit zusammengefasst, wobei die Entstehung psychischer Störungen unter einer systemtheoretischen Perspektive beobachtet wird. Empirische Resultate und theoretische Analysen erfahren hier eine Integration, in dem die verschiedenen Argumentationsstränge zusammengeführt werden: die soziale Konstruktion psychischer Störungen, der evolutionstheoretische Hintergrund und die gesellschaftsstrukturelle Argumentation.

## Systemtheorie, Psychiatrie und wissenschaftliche Methodologie<sup>7</sup>

Der zweite Teil dieser Arbeit schließt thematisch ebenfalls an eine längere soziologische Tradition wieder an, nämlich an die einstmals prominente Themenstellung zum Verhältnis von Psyche und Sozialstruktur. Während die Psychiatrie in der Vergangenheit nicht unerheblich durch die Soziologie irritiert wurde, kann im Gegenzug in ähnlicher Weise der Einfluss von psychiatrischen Problemstellungen (im weitesten Sinne) auf die Soziologie beschrieben werden. Psychische Probleme waren nämlich auch an der ‚Gründung‘ der Soziologie nicht ganz unbeteiligt. Es ist sicherlich übertrieben, Durkheims schon angeführte Studie über den Suizid (Durkheim 1973) als genuinen Startpunkt empirischer wie theoretischer soziologischer Forschung einzustufen, dennoch kann die Ausstrahlung dieses Werkes in beide methodologischen Richtungen der Soziologie nicht überschätzt werden. Der Ansatz, psychische Phänomene und ihre Hintergründe als *soziale Tatsachen* zu analysieren, hat in der Folgezeit eine Vielzahl von Arbeiten inspiriert, die heute in der Tat als Klassiker des Fachs gelten können. Die zumeist theoretisch orientierten Arbeiten haben sich mit der Verschränkung von Gesellschaft und Individuum auseinandergesetzt und in der Regel die Frage gestellt, welche Folgen soziale Bedingungen für die menschliche Psyche bzw. die Persönlichkeit haben können.

Es war in theoretischer Hinsicht insbesondere die Auseinandersetzung mit dem psychoanalytischen Ansatz Sigmund Freuds, der die Soziologie angehalten hat, sich mit den sozialen Bedingungen psychischer Entwicklung zu befassen. Erinnert sei an dieser Stelle lediglich an die Zivilisationstheorie Norbert Elias' (1976a; Elias 1976b), an die Gesellschaftstheorie Talcott Parsons' (z.B. Parsons 1968) oder an die Kritische Theorie, die sich mit der Entwicklung bestimmter Persönlichkeitsstrukturen theoretisch und empirisch befasst hat (Adorno et al. 1950).

Die Verbindung von Psyche und Gesellschaft steht in dieser Arbeit allerdings in einem grundsätzlich anderen theoretischen Kontext. Die oben eingeführten Begrifflichkeiten des Systems und der strukturellen Kopplung zwischen verschiedenen Systemen lassen die soziologisch vorbelastete Leserin und den gleichermaßen erfahrenen Leser erahnen, mit welchem theoretischen Instrumentarium hier gearbeitet werden soll. Es ist die moderne Systemtheorie Bielefelder Ausprägung, die sich natürlich vor allem mit dem Namen Niklas Luhmann verbindet. Die Auswahl dieses methodischen Zugangs für die vorliegende Problematik liegt aus zwei Gründen nahe. Erstens kann aus den verschiedenen Arbeiten Luhmanns problemlos ein biopsychosoziales Modell entwickelt werden, das sich an zeitgenössische Fragestellungen der Psychiatrie heranführen lässt (Richter 1999a; Richter et al. 1999b; Richter & Eikermann 1999). Während das biologische System bei Luhmann weniger Aufmerksamkeit erfährt, hat er einige Arbeiten vorgelegt, die sich explizit mit dem psychischen System befassen (u.a. Luhmann 1987a; 1990b: 11ff.; 1984: 346ff.). Weitere Arbeiten sind im Umfeld der Bielefelder Systemtheorie, beispielsweise von Peter Fuchs (1993; 1998; 2001), verfasst worden. Für den psychiatrisch interessanten

Teil des biologischen Systems, das Gehirn, gibt es gute und systemtheoretisch anschlussfähige Literatur, etwa aus dem Bereich der Neurobiologie (Roth 1994). Insofern ergibt sich an dieser Stelle keine Lücke in der zugrunde liegenden Literatur dieses Konzepts.

Zum zweiten liegt der große Vorteil der Theorie Luhmanns in ihrer Eigenschaft, gleichzeitig eine Gesellschaftstheorie vorgelegt zu haben, und zwar eine Theorie auf höchstem Niveau (Luhmann 1997a). Eine Soziologie psychischer Krankheiten kann natürlich nicht dabei verharren, lediglich die Kopplung der Systeme zu beschreiben. Die Relevanz der Soziologie für die Psychiatrie liegt nicht zuletzt darin, mit der Systemtheorie eine kohärente Sozialtheorie anbieten zu können, welche in der Lage ist, soziale Risikolagen und Prozesse nicht nur zu beschreiben, sondern auch deren gesellschaftsstrukturellen Hintergrund zu analysieren.<sup>8</sup>

Die Attraktivität der Systemtheorie Bielefelder Provenienz besteht also in der Durchgängigkeit des theoretischen Instrumentariums, das in diesem Falle von der Neurobiologie bis zur funktional differenzierten Gesellschaft mit ihren Teilsystemen reicht. Es ist die Absicht dieser Arbeit zu zeigen, dass der Ansatz Luhmanns in der Lage ist, eine solch schwierige Materie wie die psychische Störung im soziologischen Sinne befriedigend abbilden zu können. Die Soziologie verfügt mit der Luhmannschen Systemtheorie über einen Ansatz, der sowohl gesellschaftstheoretisch hinreichend komplex ist als auch hinreichend anschlussfähig ist für biologische Sachverhalte. Mit anderen Worten: für eine Soziologie psychischer Störungen ist dieser Ansatz der ideale Kandidat.

Vorab sei allerdings betont, dass das primäre Interesse dieser Arbeit der Soziologie psychischer Störungen gilt, nicht der Systemtheorie. Die Theorie leistet, mehr oder weniger im Hintergrund, ihre erkenntnisleitenden Dienste, sie steht aber nicht im zentralen Interesse. Daher werden sich unvermeidbare methodisch-theoretische Unschärfen ergeben, die aber im Interesse des genannten Gegenstandes der Arbeit zurückgestellt bleiben müssen und möglicherweise in späteren Arbeiten untersucht werden können.

Nun stellt sich diese Verbindung von Systemtheorie, ihrer Gesellschaftstheorie und dem ‚Erkenntnisobjekt‘ dieser Arbeit, der psychischen Störung, trotz der gemachten Einschränkungen keineswegs so unproblematisch dar, wie dies soziologisch ungeschulten Beobachtern erscheinen könnte. Innerhalb der Soziologie wird dieser Konnex sowohl in der Beobachtung durch Empiriker als auch in der Beobachtung durch Theoretiker als nur schwer einlösbar erscheinen. Hier liegen wiederum die wissenschaftlichen Minen breit gestreut, und die roten Bänder, mit denen Minensuchorganisationen nach kriegereischen Konflikten sicherere Wege von gefährlichen Gebieten abgrenzen, sind nur schwer auszumachen.

Von der empirischen Seite wird gewöhnlich gegen die Systemtheorie eingewendet, ihre theoretischen Konstrukte seien mit gängigen wissenschaftlichen Methoden nicht zu überprüfen. Dieser Vorwurf gereicht Luhmanns Theorie in der eigenen Beobachtung nicht zum Nachteil, sondern wird mit epistemologischen und theoretischen Argumenten an die empirische Forschung zurückgege-

ben. Luhmann selbst hat sich in verschiedenen Arbeiten mit den offenkundigen Differenzen zwischen seiner theoretischen Argumentation und der die Soziologie üblicherweise kennzeichnenden empirischen Methodik sowie den mit den Differenzen verbundenen wissenschaftstheoretischen Implikationen auseinandergesetzt (Luhmann 1987b; 1990b: 498ff.; 1993). Eine grundlegende Darstellung seiner Position ist in pointierter Form noch einmal in den Vorbemerkungen zur Gesellschaftstheorie in *Die Gesellschaft der Gesellschaft* zu finden (Luhmann 1997a: 36ff.). In diesen Vorbemerkungen werden verschiedene Aspekte der modernen empirischen Forschungspraxis kritisiert. Kernargument Luhmanns ist, dass auf dem Wege der empirischen Forschung zwar makrosoziale Phänomene untersucht würden, aber keine Hinweise auf eine Theorie der Gesellschaft möglich seien. Dies wird mit der (methodisch notwendigen) Ausklammerung des Kontextes des Forschungsgegenstandes, das heißt mit der für eine anspruchsvolle Theorie zu geringen Komplexität der Forschungsergebnisse begründet. Darüber hinaus würden die epistemologischen Implikationen empirischer Forschung in der Regel nicht hinterfragt. Empirische soziologische Forschung sei mindestens implizit vom möglichen Zugang zu sozialer Realität überzeugt, könne aber nicht sicherstellen, dass diese Überzeugung lediglich zur Validierung selbsterzeugter Konstrukte diene.

Die Systemtheorie Luhmannscher Prägung geht dagegen nach eigener Darstellung von vornherein von der Konstruktivität der selbsterzeugten Theorie aus. Wie an anderer Stelle im Zusammenhang mit der Konstruktionsmuskulaturdiskussion in der Psychiatrie noch ausführlicher dargestellt wird, impliziert die Systemtheorie Luhmanns damit nicht einen besonderen, das heißt privilegierten Zugang zur Realität, sondern lediglich eine weitere, eben theoretisch kontrollierte Form der Beobachtung. Damit ist aber zugleich auch der Status empirischer Forschung beschrieben: auch diese Methodologie ist der Luhmannschen Lesart zufolge nur eine unter mehreren möglichen Zugängen zur sozialen Welt, weil sie auch nur ihre Form der Beobachtung zur Verfügung hat und die privilegierte Position, die sie vermeintlich inne hat, nicht epistemologisch fundieren kann.

Ist damit der Verwendung empirischer Daten für die Sozialtheorie ein Riegel vorgeschoben? Wohl kaum. Aus der kleinen Diskussion, die sich im Anschluss an Luhmanns Bemerkungen zum Verhältnis von Gesellschaftstheorie und empirischer Forschung entwickelt hat (Nassehi 1998; Nassehi 2000; Besio & Pronzini 1999) bleibt festzuhalten, dass es offensichtlich keine grundsätzliche Inkompatibilität zwischen Empirie und Systemtheorie gibt. Natürlich bestehen erhebliche Differenzen epistemologischer Art, die aber potenziell bearbeitet werden können, beispielsweise in der Verwendung qualitativer Methoden, die anschlussfähig an die Theorie sind (siehe etwa Gerhards & Schmidt 1992; Ahlemeyer 1996). Sicherlich schwieriger ist die Integration quantitativer Methoden in die Systemtheorie, da in dieser dominanten Praxis empirischer Soziologie (und anderer empirischer Disziplinen wie der Medizin) vollkommen andere epistemologische Verhältnisse anzutreffen sind. Während es in der qualitativen Forschung beispielsweise noch möglich ist, die für die Systemtheorie

fundamentale Kommunikation zu erforschen, basiert die quantitative Soziologie größtenteils auf einem methodologischen Individualismus, jedenfalls dann, wenn keine aggregierten Daten analysiert werden.

Die vorliegende Arbeit proklamiert nicht, diese Schwierigkeiten gelöst zu haben, wenn im weiteren Verlauf regelmäßig auf Studien mit einer quantitativen Methodik zurückgegriffen wird. Allerdings kann auch aus einer systemtheoretischen Perspektive mit mehreren guten Gründen argumentiert werden, dass eine solche Vorgehensweise gerechtfertigt ist. *Erstens* handelt es sich bei der vorliegenden Arbeit gewissermaßen um eine Sekundäranalyse, die empirische Forschungsergebnisse heranzieht, um theoretische Einsichten zu gewinnen. Diese Methode wird üblicherweise in der Sozialtheorie angewendet, denn so ignorant kann kein theoretischer Soziologe sein, dass die vorhandenen Forschungsergebnisse nicht berücksichtigt werden, auch wenn sie methodologisch nicht unmittelbar mit dem eigenen Ansatz vereinbar sind.<sup>9</sup> *Zweitens* zielt diese Arbeit nicht auf die Erstellung einer Gesellschaftstheorie, sondern ‚nur‘ auf die soziologische Analyse sozialer Anteile psychischer Störungen. Ein Großteil der methodischen Probleme zwischen Systemtheorie und empirischer Forschung bezieht sich – wie oben referiert – auf die Schwierigkeit, von empirischen Daten zu einer umfassenden Gesellschaftstheorie zu gelangen. *Drittens* kann einer Verwendung quantitativer Daten nichts im Wege stehen, solange man sie nicht naiv-realistisch liest – und wo geschieht das im konstruktivistischen Zeitalter noch? Systemtheorie ist dem eigenen Anspruch nach eine Möglichkeit der Beobachtung sozialer Phänomene, empirische Forschung ist eine andere; nicht mehr und nicht weniger. *Viertens* zeigen verschiedene Beispiele, dass die Grenzen zwischen verschiedenen methodischen Perspektiven bereits verschwimmen, nämlich dort, wo ein empirischer – kein ontologischer – Subjekt- und Handlungsbegriff durchaus mit systemtheoretischen Konnotationen versehen wird.<sup>10</sup> So hat etwa Gerhard Schulze (1992: 47) sich in seiner quantitativen Studie zur *Erlebnisgesellschaft* zu Anleihen bei Luhmanns Systemtheorie bekannt. Eine Verbindung anderer Art zwischen dem Subjektbegriff und der Systemtheorie ist von Tilmann Sutter (1999) jüngst aus dem Bereich der Sozialisationsforschung vorgelegt worden. *Fünftens* wird auch in systemtheoretischen Arbeiten eine Anschlussperspektive gesehen, und zwar über den Akteursbegriff, wie er hierzulande etwa von Uwe Schimank (1985; 1995) vertreten wird. Man müsse nicht die gesamte Theorie Luhmanns übernehmen, um die Beschreibung der Gesellschaft als funktional differenziert für plausibel zu erachten, hat Jürgen Gerhards mit Bezug auf den Akteurbegriff unlängst formuliert. „Die Theorie funktionaler Differenzierung bietet aber sinnvolle Bestimmungselemente an, an die man mit empirisch zu beantwortenden Forschungsfragen anknüpfen kann.“ (Gerhards 2001: 164) *Sechstens* erscheinen selbst nach Ansicht der Hauptprotagonisten die Unterschiede zwischen der Systemtheorie und dem methodologischen Individualismus, der eine enge Verbindung zur empirischen Forschung hat, gar nicht mehr so groß, wie dies – vermutlich aus theoriestrategischen Gründen – zuvor immer formuliert worden ist (Esser & Luhmann 1996). Und *siebtens*, und nicht zuletzt, vermag ein gewisser methodologischer

Pragmatismus möglicherweise dazu verhelfen, die tiefen Gräben zwischen wissenschaftlichen (Teil-)Disziplinen zu überwinden. Dies erscheint umso notwendiger als es, wie im vorliegenden Fall, um interdisziplinäre Fragestellungen geht. Eine soziologische Theorie psychischer Störungen kann nicht auf empirische Daten verzichten, wie sie etwa epidemiologische Studien hervorbringen, zumal die Bedeutung sozialer Tatbestände in dieser Forschungstradition zwar nicht herausragend ist, aber doch ständig wieder erneut auftaucht.<sup>11</sup>

## Epistemologische Implikationen

Die Integration empirischer Daten in diese Arbeit hat auch ganz praktische epistemologische Konsequenzen. In den Kapiteln, die empirische Studienbefunde referieren und analysieren, wird auf eine ständige erkenntnistheoretische Relativierung verzichtet, da dies der Lesbarkeit sicherlich nicht zuträglich gewesen wäre. Es ist unmöglich, permanent zwischen empirischen Befunden und ihren wissenschaftstheoretischen Hintergründen zu wechseln. Daher mögen sich diese Kapitel vielleicht dem Vorwurf der Ontologisierung bestimmter Sachverhalte ausgesetzt sehen, dies ist aber keinesfalls beabsichtigt, sondern wohl nur in der Darstellung unvermeidbar. Die Darstellung folgt damit der Logik des wissenschaftlichen Erkenntnisprozesses nach, für die Luhmann mit Recht festgestellt hat, „dass alles Beobachten (...) auf der *operativen* Ebene *naiv* verfährt; oder nochmals mit anderen Worten: dass es in Bezug auf die *eigene Referenz unkritisch* vorgeht.“ (Luhmann 1990b: 85) Empirische Forschung ist eben empirische Forschung, sie ist üblicherweise nicht in der Lage, zugleich ihre erkenntnistheoretischen Implikationen mitzuproblematizieren. Dies mag man kritisieren wollen, eine Alternative hierzu ist im Wissenschaftssystem derzeit jedoch nicht absehbar. Die im Zitat angesprochene operative Naivität ist pragmatisch nicht zu verändern.

Die Problematizierung ist die Aufgabe von Beobachtern Zweiter Ordnung, die allerdings den gleichen epistemologischen Schwierigkeiten nicht entgehen können. Beobachter des Wissenschaftssystems wie Historiker, Philosophen oder auch Soziologen können in ihren Analysen auf die erkenntnistheoretischen Voraussetzungen und Implikationen hinweisen, wobei zweifellos nicht zu übersehen ist, dass diese Analysen im Wissenschaftssystem selbst und auch in der weiteren Öffentlichkeit in der Aufmerksamkeit, die sie erfahren, deutlich hinter den empirischen Forschungsbefunden zurückstehen. Einer der Gründe, weshalb viele dieser Analysen nicht in der gleichen Weise wertgeschätzt werden, ist die Tatsache, dass sie das Kind mit dem Bade auszuschütten versuchen. Der Nachvollzug eines Konstruktionsprozesses eines Phänomens wie beispielsweise der psychischen Störung ist eben nicht zwingend mit dem Schluss verbunden, es gebe dieses Phänomen nicht, dies hat Ian Hacking (1999) in seiner grundlegenden Untersuchung des sozialen Konstruktivismus plausibel begründet. Auf der anderen Seite ist mit dieser Begründung ebenfalls nicht klar, dass das

genannte Phänomen mit ontologischer Sicherheit existiert. Wissenschaft kann der von Luhmann genannten operativen Naivität nicht entgehen, ontologische Sicherheit ist mit wissenschaftlicher Beobachtung nicht zu erreichen.

Die ‚Existenz‘ psychischer Störungen und der Einflussfaktoren auf ihre Entstehung und den Verlauf unterliegt den gleichen Sicherheiten und Unsicherheiten wie andere wissenschaftliche ‚Objekte‘. Für die wissenschaftliche Verwendung des genetischen Codes etwa hat die Historikerin Lily Kay (2000) nachgezeichnet, welche Bedeutung das Verständnis biologischer Phänomene als ‚Informationen‘ hatte. Ihrer Überzeugung nach ist weder ein objektivistischer noch ein konstruktivistischer Zugang in diesem Zusammenhang die adäquate Beschreibung. Es ist demnach nicht einfach nur die Entdeckung des Codes gewesen, der die Entwicklung in der Molekularbiologie vorangetrieben hat, genauso wie man nicht nur sagen kann, die beteiligten Wissenschaftler selbst hätten die entscheidenden Merkmale konstruiert. In ihrer Lesart, die sie in theoretischer Hinsicht als poststrukturalistisch einordnet, geht sie dagegen davon aus, dass eine Verschränkung diskursiver Elemente mit den wissenschaftlichen ‚Objekten‘ hergestellt worden sei. Wenn ein wissenschaftliches Paradigma (im Sinne Kuhns) sich entwickelt hat, so kann man Kays Argumentation lesen, dann fördert es die Lesbarkeit der in Frage kommenden Phänomene und schränkt die möglichen Entwicklungsschritte zugleich ein. „Thus, a poststructural approach to the genomic Book of Life is grounded in the conviction that once a commitment to a particular representation of life is made – material, discursive and social – it assumes a kind of agency that both enables and constrains the thoughts and actions of biologists.“ (Kay 2000: XVIII) Für die genetischen Untersuchungen kann Kay aufschlussreich nachzeichnen, wie fruchtbar die Übertragung von Metaphern aus der mathematischen Kommunikationstheorie auf die Biologie gewesen ist.<sup>12</sup> Erst damit, so die These Kays, war es überhaupt möglich, ein Verständnis genetischer Prozesse zu entwickeln, wie es heute bekannt ist.

Dieser Sachverhalt kann auch für andere wissenschaftliche Bereiche unterstellt werden. Eine bestimmte Lesart von Phänomenen fördert die Suche nach weiteren Erkenntnissen und schränkt sie in dem Sinne ein, dass bestimmte andere Forschungswege zu bestimmten Zeiten nicht möglich sind, weil sie etwa in wissenschaftlichen Zeitschriften kein Forum finden oder aber die notwendige finanzielle Förderung nicht erhalten. Lange Zeit galt die Metapher der psychischen Störung als eine funktionelle Störung, heute dagegen werden Forschungsanträge kaum eine Chance haben, welche die psychische Störung nicht biologisch unterfüttert sehen. Insofern ist auch die vorliegende Arbeit nur ein Kind ihrer Zeit, die mit dazu beitragen möchte, veränderte Vorstellungen sowohl in der Psychiatrie als auch in der Soziologie über die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen zu etablieren, indem sie den Einfluss biologischer Elemente und den Einfluss sozialer Faktoren präzisieren möchte.

## Die gesellschaftliche Relevanz psychischer Störungen

Das mag ja alles schön und gut sein, die Thematik psychischer Störungen ist aber kein soziologisches Forschungsgebiet, das nennenswert von sich Reden macht, könnte man einwenden. Haben psychische Störungen überhaupt eine solche Bedeutung für die Gesellschaft, dass sich die soziologische Aufmerksamkeit lohnt? Ich meine schon. Neuere epidemiologische Felduntersuchungen finden eine Lebenszeitprävalenz für psychische Krankheiten, die etwa bei über einem Drittel und bis zur Hälfte der Bevölkerung liegt, das heißt 30 bis 50 Prozent aller Menschen erleben im Laufe ihres Lebens wenigstens eine psychische Störung (Kohn et al. 1998; Meyer et al. 2000). Aktuelle und methodisch anspruchsvoll erhobene Daten aus der Bundesrepublik Deutschland weisen für Männer eine Lebenszeitprävalenz irgendeiner psychischen Störung von 30 Prozent aus, während diese Rate bei Frauen 41 Prozent beträgt (jeweils ohne Tabakabhängigkeit, vgl. Meyer et al. 2000). Wenngleich Resultate, die an 50 Prozent herangehen aus methodischen Gründen vermutlich zu hoch ausgefallen sind (Wakefield 1999), zeigen sie jedoch, dass ein erheblicher Anteil der Bevölkerung unter psychischen Störungen leidet. Und das Wort ‚Leiden‘ ist in diesem Zusammenhang zumindest für einen großen Teil der Betroffenen wörtlich zu nehmen. Psychosen, depressive Störungen, Angst- oder Zwangserkrankungen und sicherlich auch Suchterkrankungen schaffen für die Betroffenen häufig ausweglose Situationen, in denen sich nicht wenige nur durch Suizid zu helfen wissen. Eine andere Form des Leidens ist mit der Chronifizierung der Störungen verbunden, die bei einem Teil der Betroffenen eintritt. Eine Reihe psychischer Störungen führt zu sozialem Abstieg bzw. zu sozialer Marginalisierung und sogar Exklusion in mehreren Funktionssystemen, wie die nachfolgend kurz referierten empirischen Befunde zeigen. Dies beginnt beispielsweise beim Nichterreichen eines qualifizierten Schulabschlusses bei jungen Männern mit einer Verhaltensstörung oder bei Frauen mit einer Angststörung (Kessler et al. 1995), führt über den mit der Chronifizierung häufig einhergehenden Sozialhilfebezug und endet nicht zuletzt bei instabilen oder kaum vorhandenen Intimbeziehungen (Kessler et al. 1998).<sup>13</sup> Besonders ausgeprägte soziale Folgen sind mit schweren psychischen Störungen wie der Schizophrenie verbunden (Wiersma et al. 2000).

Neben den sozialen Folgen psychischer Störungen wird immer wieder mit ähnlichen Resultaten über die körperliche Gesundheit und die Sterblichkeit psychisch Kranker berichtet, was hinsichtlich der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen auch für medizinische Laien evident ist. Psychisch Kranke haben aber generell eine vergleichsweise hohe körperliche Morbidität, in besonderem Maße eine hohe Rate von Herz-/Kreislaufkrankungen (für eine neuere Übersicht siehe Osborn 2001). Die Gründe hierfür liegen unter anderem im relativ gesundheitsabträglichen Lebensstil psychisch Kranker begründet, etwa in dem bekannt hohen Nikotinkonsum psychotischer Patienten. In diesen Rahmen gehört auch das geringe präventive Verhalten, etwa im Bereich der körperlichen Tätigkeiten oder der Ernährung; beides kann durch die Krankheit

und/oder die Effekte der Medikation beeinträchtigt sein. Eine erhöhte gesundheitliche Risikobereitschaft ist mit vielen psychischen Störungen verbunden, wie eine Untersuchung über das Sexualverhalten junger Erwachsener gezeigt hat (Ramrakha et al. 2000). Sowohl externalisierende Störungsbilder wie der Suchtmittelkonsum oder eine antisoziale Persönlichkeitsstörung als auch internalisierende Krankheitsbilder wie die Depression zeigten einen Zusammenhang mit riskantem Sexualverhalten.

Wenn die Morbidität erhöht ist, liegt es nahe, ebenso von einer hohen Mortalität psychisch kranker Menschen auszugehen. Dieser Verdacht wird ebenfalls immer wieder empirisch bestätigt, das gilt sowohl für alle Sterblichkeitsursachen wie auch für die natürliche Sterblichkeit. In einer unlängst veröffentlichten Meta-Analyse der Mortalität psychisch Kranker wurden standardisierte Mortalitätsraten für die verschiedenen psychiatrischen Störungsbilder berechnet (Neeleman 2001). Hierbei zeigte sich über alle Störungsgruppen hinweg im Vergleich zu psychisch Gesunden eine mehr als doppelt so große Sterblichkeit für natürliche Ursachen. Wie kaum anders zu erwarten, war die Mortalität mit diesem Hintergrund bei Alkohol- und Drogenmissbrauch noch einmal deutlich erhöht (um das 2,7fache bzw. das 2,6fache). Hinzu kommen in einigen Teilen der Welt noch erschwerende kulturelle Faktoren: Bekanntlich spielt das Faktorenbündel von Alkoholmissbrauch, kardiovaskulären Risiken und unnatürlichen Todesursachen eine dramatische Rolle bei der hohen Sterblichkeit osteuropäischer Männer (McKee & Shkolnikov 2001). Die Lebenserwartung russischer Männer ist derzeit im Mittel ca. 13 Jahre niedriger als die Lebenserwartung russischer Frauen. Üblicherweise beträgt der Abstand in westlichen Staaten 5 bis 8 Jahre.

Besondere Aufmerksamkeit erhält im Zusammenhang mit der Sterblichkeit weiterhin die hohe Suizidrate psychisch Kranker. Im Vergleich zu Nicht-Erkrankten war die Suizidmortalität in der zitierten Meta-Analyse von Neeleman (2001) um das 8,6fache erhöht. Besonders gefährdet, einen vollendeten Suizid zu begehen, sind danach Menschen mit einer depressiven Störung (19,7), einer bipolaren Störung (17,1) und einer Schizophrenie (12,3). Ein erhebliches Suizidrisiko wiesen auch Personen mit einer Persönlichkeitsstörung und einem Suchtmittelmissbrauch auf. Zu der schon beschriebenen extrem hohen Mortalität osteuropäischer Männer trägt ebenfalls die Kombination von Intoxikation und suizidalen Handlungen bei (McKee & Shkolnikov 2001).

Psychische Störungen beeinträchtigen aber nicht nur die direkt Erkrankten. Sie haben Auswirkungen auf das unmittelbare und weitere Umfeld der Betroffenen in Form von familiären Belastungen und Spannungen, Arbeitsausfall, Gewalthandlungen bis hin zu sozialen Problemen wie Wohnungslosigkeit. Ein kürzlich unternommener Versuch zur Quantifizierung der Auswirkungen körperlicher und psychischer Krankheiten über sogenannte DALYs (*Disability Adjusted Life Years*) ergab, dass alle psychiatrischen Krankheitsbilder zusammen (inklusive der Suchtmittelabhängigkeit) mehr verlorene Lebensjahre durch Behinderung als kardiovaskuläre Erkrankungen oder Krebserkrankungen verursachen (NIMH 1999). Unter den 10 schwerwiegendsten Krankheiten, die

Behinderungen und Funktionseinschränkungen verursachen, steht die Depression auf Platz 1, der Alkoholgebrauch auf Platz 4, die bipolare Störung auf Platz 6, die Schizophrenie auf Platz 9 und die Zwangserkrankung auf Platz 10 (Michaud 1999). Psychische Erkrankungen sind nicht nur ein individuelles Problem, sondern auch ein soziales Problem großen Ausmaßes, das in der jüngeren Zeit soziologischerseits nahezu vollständig ignoriert wurde.

Auch hierzu einige neuere empirische Befunde: Viele verhaltensauffällige Kinder entwickeln sich im Laufe ihrer Adoleszenz in eine Negativ-Karriere mit Kriminalität und anderen devianten Anteilen hinein. Sogenanntes antisoziales Verhalten im Alter von 10 Jahren erwies sich in einer prospektiven britischen Studie als prädiktiv für die sozialen Kosten, die bis zum Lebensalter von ca. 28 Jahren angewachsen waren, obwohl in der Analyse für konfundierende Einflüsse wie Geschlecht, elterlicher Sozialstatus und kognitive Fähigkeiten kontrolliert wurde (Scott et al. 2001). Nahezu zwei Drittel der entstandenen Kosten gingen zu Lasten der Kriminalitätsabwehr von Polizei und Justiz.

Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit führen zu erheblichen sozialen Kosten; der Konsum verursacht nicht nur direkte Gesundheitskosten, sondern auch viele, zum großen Teil nur schwer zu quantifizierende indirekte Kosten. Dazu zählen etwa einer französischen Studie zufolge die Auswirkungen von Arbeitsunfällen, die zu 10 Prozent durch Alkoholmissbrauch bedingt sind, von Haushaltsunfällen, die zu 20 Prozent durch den Missbrauch dieser psychotropen Substanz verursacht werden und von Tötungen, bei denen zu ca. 60 Prozent Alkoholmissbrauch im Spiel ist (Reynaud et al. 2001). Hinzu kommen Folgen wie Arbeitsausfall, überdurchschnittliche Arbeitslosigkeit, Frühberentung und frühere Sterblichkeit. Die direkten jährlichen Kosten werden demnach für Frankreich auf 3,3 Mrd. US-Dollar geschätzt, die indirekten Kosten betragen näherungsweise 10 Mrd. US-Dollar. In verschiedenen Studien ist der Anteil der Schäden am jeweiligen Bruttosozialprodukt (BSP) der Staaten auf 0,25 bis 5,75 Prozent geschätzt worden, die Mehrheit der Untersuchungen schätzt den BSP-Anteil auf ein bis zwei Prozent (Gutjahr & Gmel 2001). Vor allem die Schätzung der indirekten Kosten hängt jedoch in hohem Maße vom methodischen Zugang ab, und hier bestehen noch erhebliche Unsicherheiten.

\* \* \*

Die immensen sozialen Folgen psychischer Störungen können die Soziologie nicht unberührt lassen. Ob sich aus der Rekonstruktion des sozialen Ursachenbündels psychischer Störungen präventive Maßnahmen ableiten lassen, die dazu beitragen können, das beschriebene Leiden zu vermindern, mag durchaus skeptisch gesehen werden. Allerdings kann die psychiatrische Therapie sicherlich an der einen oder anderen Stelle von der soziologischen Perspektive profitieren. Hinzu kommt jedoch noch eine weitere Motivation, sich mit dieser Thematik intensiv zu befassen. Der erneute Versuch der Integration soziologischer

Expertise in die Psychiatrie geschieht in einer vergleichsweise aussichtsreichen forschungsstrategischen Situation. Die biologische Forschung in der Psychiatrie ist ganz offensichtlich an praktische Grenzen gestoßen. Weder in der Neurobiologie noch in der Molekularbiologie ist der entscheidende Durchbruch für die Ätiologie und für die Therapie gelungen. Psychische Störungen lassen sich – soweit man diesen Umstand heute beurteilen kann – eben nicht ausschließlich über Imbalancen im Transmitter-Haushalt erklären, genauso wenig wie das eine ‚Schizophrenie-Gen‘ oder das eine ‚Alkoholismus-Gen‘ existiert (Buckland 2001). Zunehmend wird deutlich, dass die biologischen Disziplinen *allein* keine wirklich essenziellen Beiträge zur Entstehung und Therapie psychischer Krankheiten leisten können, wenn sie nicht willens oder in der Lage sind, den Stand des Wissens in anderen Disziplinen zu würdigen und zu berücksichtigen (Cohen 2000). In einflussreichen medizinischen Zeitschriften wird mittlerweile schon die Krise der Psychiatrie beschrieben (Lancet 1997). Dieser Sachstand hat das amerikanische *National Institute of Mental Health* (NIMH) jüngst dazu veranlasst, die Einseitigkeit der Forschungsförderung der vergangenen Jahre einzugestehen und Sozialwissenschaftler aufzufordern, sich an Grundlagen- und Anwendungsforschung wieder zu beteiligen (NIMH 2000).

In den angelsächsischen Regionen existieren für die absehbare Renaissance sozialwissenschaftlicher Beiträge noch Anschlussmöglichkeiten, da bis heute soziologische Untersuchungen, allerdings nur in geringem Umfang, durchgeführt werden. Das notwendige empirische Datenmaterial stammt entweder aus Kooperationen mit psychiatrischer oder epidemiologischer Forschung oder aber aus Sekundäranalysen großer Surveys. Selbst Lehrbücher zur Soziologie der Psychiatrie erscheinen nach wie vor (Tausig 1999; Pilgrim & Rogers 1999). Im deutschsprachigen Raum hingegen wird gegenwärtig keine eigenständige soziologische Forschung mehr durchgeführt und die wenigen einschlägigen Publikationen beschränken sich auf Literaturübersichten in Lehr- und Standardwerken (Siegrist 1999; Möller-Leimkühler 2000). Nicht zuletzt diese Situation sollte Anlass genug sein, die Soziologie psychischer Störungen theoretisch neu zu überdenken, in dem biologische, psychische und eben soziale Faktoren in ihrem Zusammenspiel aus einer soziologischen Perspektive analysiert werden.

Abschließend sei noch auf die Auswahl der hier zugrunde gelegten Literatur hingewiesen. Für eine Soziologie psychischer Störungen reicht es, das dürfte deutlich geworden sein, nicht mehr aus, nur soziologische Literatur zu rezipieren (vgl. Bucholz & Robins 1989). Eine interdisziplinär ausgerichtete Arbeit, wie die vorliegende, zieht ihren Mehrwert aus mehreren Forschungsbereichen. Die Literatur wurde nach der Verwendbarkeit im Rahmen einer soziologischen Analyse ausgewählt. Jeder dieser Forschungsbereiche ist in sich so komplex organisiert, dass eine Komplettübersicht nicht möglich ist. Bei der Auswahl der Literatur habe ich mich darum bemüht, den jeweils aktuellen Stand zu einer Forschungsfrage zu berücksichtigen. Praktisch heißt das zum einen, dass Übersichtsartikel herangezogen wurden, welche diesen Forschungsstand repräsentieren. In naturwissenschaftlichen und medizinischen Disziplinen ist die Erstellung von Übersichtsarbeiten angesichts der immensen Fülle von Resultaten heute

gang und gäbe, es existieren viele Zeitschriften, die ausschließlich Review-Artikel publizieren. Wo keine Übersichtsartikel zur Verfügung standen, habe ich mich um jeweils neueste Veröffentlichungen bemüht, die erwarten lassen, auf dem Stand der Forschung aufzubauen. Anders ist dies bekanntlich in den Sozialwissenschaften, wo sich – wie oben schon ausgeführt – ein eindeutiger Forschungsstand in der Regel nicht festmachen lässt. Wie aus dem Literaturverzeichnis deutlich wird, stammt die Literatur größtenteils aus der zweiten Hälfte der 1990er Jahre und dem Beginn des gerade begonnenen Jahrzehnts. Lediglich im ersten Teil, wo zentrale Hypothesen der psychiatrischen Soziologie referiert werden, ist auch auf früher erschienene Arbeiten eingegangen worden. Dennoch war es hier ebenfalls nicht die Absicht, einen vollständigen Literaturüberblick zu bieten, sondern zentrale Hypothesen zu referieren und angesichts des derzeitigen Forschungsstandes zu bewerten. Insgesamt kann der Anspruch nicht erfüllt werden, sämtliche Literatur zu berücksichtigen, geschweige denn zu zitieren. Unberücksichtigte Literatur und Argumente bitte ich zum Teil diesem Umstand zuzuschreiben, der andere Teil der Auslassungen und alle weiteren Fehler sind auf den Verfasser zu attribuieren.

## Anmerkungen

<sup>1</sup> Auch Biologen vermissen den relevanten Beitrag der Sozialwissenschaften in diesem Kontext. So sieht etwa Richard Lewontin die von ihm durchaus kritisch betrachtete Renaissance der genetischen Erklärungsmodelle und die damit einhergehende Vernachlässigung der Umwelteinflüsse in diesen Modellen darin begründet, dass „(...) psychology and sociology failed to produce a coherent predictive scheme for human psychic and social development.“ (Lewontin 2000: 16) Ich bin mir allerdings nicht sicher, ob angesichts der theoretischen und methodologischen Ausrichtungen der früheren Jahrzehnte eine solche konsistente Sichtweise in den Sozialwissenschaften (und vor allem in der Soziologie) möglich gewesen wäre. Es bliebe auch wissenschaftstheoretisch zu klären, ob eine derartige Konsistenz grundsätzlich überhaupt herzustellen wäre.

<sup>2</sup> In dieser Arbeit werden durchgängig konstruktivistische und konstruktivistische Ansätze strikt unterschieden. Beim Konstruktivismus handelt es sich, grob gesagt, um die Position, bestimmte soziale Konstrukte wie psychiatrische Diagnosen dienen primär der Exklusion missliebiger Individuen. Mindestens implizit gehen konstruktivistische Ansätze von einer diesen Konstrukten entgegengesetzten Realität aus. Der Begriff des Konstruktivismus wird im Rahmen einer systemtheoretischen Epistemologie benutzt, in der keine Aussagen über die ‚Realität‘ möglich sind. Zur Konstruktivismus-Diskussion siehe Bowers (1998), Hacking (1999), sowie das Kapitel 1.

<sup>3</sup> Ein pikantes Detail am Rande: Die Begrifflichkeiten der Sozialen Psychiatrie waren im deutschen Sprachraum vor dem Zweiten Weltkrieg zeitweilig mit biologischen und rassenhygienischen Konnotationen versehen. Zur Begriffsgeschichte siehe Priebe & Schmiedebach (1997).

<sup>4</sup> Die für die Behandlung schizophrener Patienten und die Betreuung ihrer Familien fatalen und stigmatisierenden Folgen dieser Verbindung aus systemtheoretischen und psychoanalytischen Konzepten hat Finzen (2000a) nachgezeichnet.

<sup>5</sup> Bei den Studierenden, die ich in meinen Lehrveranstaltungen regelmäßig mit biologischen Ansätzen (etwa der Verhaltensgenetik) konfrontiere, erlebe ich diese Vorbehalten weitaus weniger. Ob dies mit dem generationellen Wandel zusammenhängt und/oder ob sich die akademischen Kolleginnen und Kollegen aus wissenschaftlichen Identitätsgründen davon noch mehr absetzen müssen, darüber kann trefflich spekuliert werden.

<sup>6</sup> Es kann allerdings kaum übersehen werden, dass die angesprochenen Versuche der Integration

nach wie vor massive Irritationen in der Fachwelt hervorrufen. Die angesprochene Studie von Udry (2000) über biologische Randbedingungen der Konstruktion von Geschlechtsidentitäten hat scharfe Reaktionen, insbesondere aus dem Bereich der feministischen Soziologie provoziert (Miller & Costello 2001; Kennelly et al. 2001). Für den forschungsstrategischen Kontext dieser Arbeit ist es vielleicht nicht uninteressant, dass die Studie Udrys unter anderem deshalb publiziert wurde, weil dies nach Ansicht des damaligen Herausgebers der *American Sociological Review* notwendig ist, die ‚biologische Revolution‘ auch innerhalb der Sozialwissenschaften anzuerkennen und eine Debatte über die Rolle der Soziologie in Auseinandersetzung mit dieser Revolution anzustrengen (Firebaugh 2001).

<sup>7</sup> Die restlichen Abschnitte der Einleitung sind vor allem für soziologische Leserinnen und Leser interessant, eher medizinisch-psychiatrische Interessenten können diese Abschnitte ohne großen Informationsverlust überspringen,

<sup>8</sup> Gerade diese Perspektive unterscheidet die Soziologie psychischer Störungen von der Psychiatrie: „Psychiatrists, unlike sociologists, seem generally unaware of the existence and importance of mental health attributes of whole populations, their concern being only with sick individuals.“ (Rose 1992: 72)

<sup>9</sup> Siehe dazu auch Luhmanns Kommentar: „Es wäre also viel damit zu gewinnen, könnte man Bekanntes aus ungewohnten, inkongruenten Perspektiven neu beleuchten oder anders kontextieren.“ (Luhmann 1997a: 42) Nichts anderes beanspruchen die weiteren Ausführungen.

<sup>10</sup> Dies ist natürlich kein Argument gegen die Analyse der äußerst komplizierten epistemologischen Sachverhalte, mit denen man es zu tun hat, wenn man stringent systemtheoretisch argumentieren will. Zu diesen, allein schon sprachlich bedingten Problemlagen um die Metapher des Systems herum, siehe jetzt Peter Fuchs (2001).

<sup>11</sup> Ein ähnliches Plädoyer für die Integration von soziologischer Theorie und epidemiologischen Daten hat jüngst Joan Busfield im Rahmen ihrer Forderung, die Soziologie der Psychiatrie zu erneuern, gestellt: „What we need are both theoretically-informed critical thinking and sound empirical work, quantitative as well as qualitative. Without the sound empirical grounding which epidemiological studies provide, sociological claims about the importance of the social are considerably weakened.“ (Busfield 2000: 551)

<sup>12</sup> Auf die immense erkenntnistheoretische Bedeutung von Metaphern für die ‚Lesbarkeit der Welt‘ hatte schon vor zwei Jahrzehnten Hans Blumenberg (1981) in einer Monografie hingewiesen.

<sup>13</sup> Über diese Befunde, die eine erhebliche Belastung der Bevölkerung anzeigen, sollte aber nicht übersehen werden, dass ein Teil der Störungsbilder durchaus einen Spontanverlauf zu Besserung hat. So sind etwa von der Alkoholabhängigkeit (Bischof et al. 2000) und von der Drogenabhängigkeit (Price et al. 2001; Weber & Schneider 1992) viele Spontanremissionen bekannt. Andere Störungsbilder haben dagegen einen eher ungünstigen Verlauf, dazu gehören etwa die der Schizophrenie (vor allen in ihren sozialen Konsequenzen), aber auch psychosomatische Störungen (Franz et al. 2000).

# 1. Sind psychische Krankheiten und Diagnosen soziale Konstrukte?<sup>1</sup>

Zwischen Naturwissenschaften einerseits sowie Sozial- und Geisteswissenschaften andererseits existieren seit mehr als einhundert Jahren massive Spannungen. Der Konflikt zwischen den Disziplinen flammt periodisch immer wieder auf. Bekannt sind etwa die Auseinandersetzungen um die methodische Frage des Erklärens oder des Verstehens sozialer und psychischer Sachverhalte in der Frühzeit der Psychologie. Hinter der seinerzeit von Dilthey ausgelösten Diskussion verbarg sich das Problem der theoretischen Ausrichtung dieser Disziplin, eben Sozial- oder Naturwissenschaft zu sein (Schmidt 1995). In den fünfziger Jahren beschrieb der Physiker und Schriftsteller C.P. Snow die ‚zwei Kulturen‘ der verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen. Damit verband er zugleich die Hoffnung, Naturwissenschaften einerseits und Geistes- und Sozialwissenschaften andererseits könnten wieder in eine Einheitswissenschaft integriert werden.

Die Idee der Einheitswissenschaften taucht ebenfalls seit mehreren Jahrzehnten immer wieder auf. Der Philosoph und Soziologe Otto Neurath hatte diese Vorstellung ursprünglich in den 1920er Jahren formuliert. Als Angehöriger des Wiener Kreises konnte diese Einheitswissenschaft für Neurath nur auf der Basis einer positivistischen Theorie vonstatten gehen. Auch in der angelsächsischen Philosophie wird eine entsprechende Auseinandersetzung bis heute geführt. Angestoßen von den frühen Untersuchungen von Quine (1951) sowie von Sellars (1963) wurde insbesondere in der Philosophie des Geistes diskutiert, welche Eigenschaften und Ursprünge der Psyche zuzuschreiben sind. Bekannt wurde hier vor allem Richard Rortys fulminante Widerlegung der traditionell-empirischen Vorstellungen, dass das Bewusstsein die empirische Realität der Natur widerspiegeln (Rorty 1981). Auf diese Diskussion wird im Verlaufe des Kapitels noch näher eingegangen.

Ausgelöst durch eine als ernsthafte Publikation getarnte Veröffentlichung des Physikers Alan Sokal in der angesehenen Zeitschrift *Social Text*, in der Floskeln und Begründungen sogenannter postmoderner Theoretiker in einen mehr oder minder sinnlosen Zusammenhang gestellt wurden, ist dieser Konflikt in jüngster Zeit wieder aufgeflammt. Seit der Publikation Sokals streiten sich die Kontrahenten über die Frage, ob sozialwissenschaftliche Theorie überhaupt Wissenschaft sein kann (Sokal & Bricmont 1999).

Im Kern geht es um die sozialwissenschaftliche Prämisse, wissenschaftliche Texte seien Diskurse wie andere auch. Es handelt sich nach dieser Lesart bei wissenschaftlichen Erzeugnissen um diskursive Konstrukte, die – weil konstruiert – eben auch dekonstruiert werden könnten. Damit einher geht die starke These der Konstruktionisten, dass die Realität der Naturwissenschaften eben

auch nur eine erzeugte Realität sei. Auf wissenschaftssoziologischer Seite werden diese Thesen durch zahlreiche sogenannte Laborstudien empirisch untermauert. Hier werden dem Gegenstandsfeld externe Einflussfaktoren genannt, die wesentlich zu den Forschungsergebnissen beitragen. Dazu zählen etwa persönliche Beziehungen, Karrieredenken oder Publikationsorte.

Die Bedeutung außerwissenschaftlicher Faktoren wird – wie nicht anders zu erwarten – von den Vertretern der Naturwissenschaften scharf zurückgewiesen. Ihrer Ansicht nach existieren zwar epistemologische Probleme, die nicht zur letztlichen Klärung des Realitätsproblems geführt haben, aber der Erfolg der Naturwissenschaften, insbesondere bei Experimenten und bei der praktischen Umsetzung der Ergebnisse, steht demnach außer Zweifel.

Innerhalb der Soziologie ist der Status von Theorie und Empirie ebenfalls umstritten. In der Soziologie ist sowohl ein sehr starker empirischer Arm wie auch eine sehr bedeutsame theoretische Fundierung zu finden. Zwischen beiden Lagern findet selten eine konstruktive Auseinandersetzung statt, eher ist die Situation von gegenseitiger Ignoranz gekennzeichnet. Gleiches gilt noch einmal auf der theoretischen Seite der Disziplin: Auch hier kann nicht von einem Diskurs, sondern von mehreren gleichzeitigen Diskursen gesprochen werden (Alexander 1987), wengleich gegenseitige Rezeption und kritische Auseinandersetzung hier durchaus an der Tagesordnung sind.

In der Psychiatrie als einer der medizinischen Disziplinen wird eine aus dem beschriebenen Konflikt zwischen Naturwissenschaft auf der einen sowie Geistes- und Sozialwissenschaft auf der anderen Seite abgeleitete Auseinandersetzung seit den 1960er Jahren geführt. Gestützt durch gesellschaftstheoretischen und soziologisch-empirischen Sachverstand geht es hier um die Frage, ob psychische Erkrankungen überhaupt existieren oder ob es sich nicht um soziale Konstrukte handelt, die lediglich dazu dienen, abweichendes Verhalten einzelner Menschen durch Medikalisierung in den Griff zu bekommen. Hinter der Medikalisierungshypothese steht der empirische Befund, dass die Medizin ihre Zuständigkeitsbereiche im Laufe der letzten Jahrhunderte zunehmend ausgeweitet und neu definiert hat (de Swaan 1990; Porter 1997: 628ff.). Insbesondere Medizinkritiker weisen regelmäßig auf diese Ausweitung der Zuständigkeiten hin, um politisch gesetzte Grenzen einzufordern (Illich 1981; Ongaro Basaglia 1985). In der genuin soziologischen Literatur steht die Psychiatrie seit langem im Verdacht, nichts anderes als eine „Ordnungsmacht“ zu sein (Bruns 1993), die zur Aufrechterhaltung einer moralischen und politisch-ökonomischen Sozialstruktur beitrage (diese Thematik wird im folgenden Kapitel noch intensiver behandelt).

Wengleich von psychiatrischer Seite die Ordnungsfunktion und die Verquickung mit dem Rechtssystem durchaus zugestanden wird, handelt es sich nach dieser Lesart bei den Gründen, die zur freiwilligen wie unfreiwilligen Behandlung führen, um Erkrankungen, deren Symptomatik sich nicht ausschließlich, aber eben doch prominent im Verhalten der Betroffenen äußere. Selbst in der forensischen Psychiatrie, in der Straftäter behandelt werden, geht man von der Tatsache aus, dass es *psychisch kranke* Straftäter sind, deren Unterbringung

im Maßregelvollzug zwar auch unter Haftbedingungen stattfinden, aber letztlich unter medizinischen Kautelen vonstatten gehe.

Im folgenden wird zunächst versucht, die grundlegende Literatur des Konstruktivismus zu diesem Thema zusammenzufassen, um die Argumente zu klären. Wie noch zu zeigen sein wird, gibt es unterschiedlich ‚starke‘ Versionen der Hypothese, psychische Krankheiten seien soziale Konstrukte. Daran anschließend soll versucht werden, eine soziologisch-epistemologische Klärung dieser Hypothese vorzunehmen. Im Ergebnis kann der Hypothese, psychische Krankheiten seien soziale Konstrukte, nicht widersprochen werden. Allerdings kann aus diesen Befund nicht geschlossen werden, es gebe keine psychischen Krankheiten.

## **Die Hypothese: Die Psychische Krankheit ist ein soziales Konstrukt**

Die medizinische Praxis unterliegt vielfältigen Einflüssen, welche nicht allein durch das Gegenstandsfeld bestimmt sind, sondern oftmals durch kulturelle und andere soziale Umstände beeinflusst werden. So existieren etwa bei der Behandlung körperlicher Erkrankungen große Unterschiede selbst im Vergleich zwischen den westlichen Ländern (Payer 1996). Regionale und lokale Traditionen, mithin Einflüsse außerhalb der Medizin, sind hier offensichtlich weitaus wirksamer als dies gemeinhin angenommen wird.

Die Hypothese, Krankheit sei ein soziales Konstrukt, hat daher eine Vielzahl von Beiträgen der Medizinsoziologie der vergangenen Jahrzehnte hervorgerufen (Übersicht bei Brown 1995). Diese Hypothese ist jedoch nicht nur für die Psychiatrie aufgestellt worden, auch für körperliche Krankheiten wurde entsprechendes formuliert. Besonders einflussreich war in diesem Zusammenhang das Werk von Eliot Freidson (1988), eine wissenssoziologische Untersuchung, die sich unter anderem grundlegend mit der Struktur medizinischen Wissens auseinandergesetzt hat. Freidson differenziert zwischen dem biophysischen Zustand eines Menschen und den sozialen Konsequenzen, die beispielsweise durch die Vergabe einer Diagnose hervorgerufen werden. Im Sinne einer sozialen Normabweichung sei die Herkunft einer Krankheit nicht biologisch, sondern sozial zu verorten, da Vorstellungen über das, was Krankheit sei, nicht feststehen.

Im Bereich der Psychiatrie kommt dem konstruktivistischen Ansatz auf den ersten Blick noch größere Relevanz zu, da hier in der Vergangenheit so gut wie keine offensichtlichen körperlichen Ursachen für die Erkrankung zu bestimmen waren. Psychiatrische Diagnosen orientieren sich auch heute noch überwiegend an Symptomen und Konstellationen, die sich wiederum auf das Verhalten und/oder auf Äußerungen der Patienten stützen. Obwohl es mittlerweile standardisierte diagnostische Instrumente gibt (Üstün & Tien 1995), finden dieser eher in der Forschung als in der täglichen Routine der Klinik ihre Anwendung. Insofern ist in der Psychiatrie mit größeren Unsicherheiten zu rechnen als in der

somatischen Medizin. Entsprechend vielfältig und kaum noch überschaubar ist die Literatur, die sich mit der Konstruktion psychischer Krankheiten durch das Wissenschaftssystem befasst. Angefangen von der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Fabrega & Miller 1995), über den Alkoholismus (Fingarette 1988; Truan 1993), Angsterkrankungen (Hoagwood 1993), der posttraumatischen Belastungsstörung (Summerfield 2001) bis hin zur Schizophrenie (Boyle 1990) wird der jeweiligen Erkrankung die Konstrukthaftigkeit unterstellt. Die Spannweite reicht von der historischen Rekonstruktion des betreffenden Begriffs und der sozialen Begleitumstände bis hin zum versuchten Nachweis, diese Krankheit sei ein Mythos oder, wie im Falle der Schizophrenie, selbst eine Wahnvorstellung der Wissenschaft.

Die folgenden Ausführungen beschäftigen sich weniger mit diesen Einzeldarstellungen als vielmehr mit der grundlegenden Literatur zu dieser Thematik. Dies sind Michel Foucaults Rekonstruktion der Entstehung der Geisteskrankheiten, Thomas Szasz's These des Mythos der Geisteskrankheit und – soziologisch von besonderem Interesse – Thomas Scheffs *Labelling*-Theorie. Anhand dieser Grundlagenliteratur soll die Argumentation des Konstruktivismus nachgezeichnet werden, um sie anschließend mit erkenntnistheoretischen Überlegungen zu kontrastieren.

#### Foucault über die Medikalisierung des Wahnsinns

Wie kein zweiter Autor hat Michel Foucault die post-strukturalistische und konstruktivistische Diskussion generell geprägt. Ein Großteil seines Werkes setzt sich bekanntermaßen mit der offenbar zunehmenden Machtausübung und Disziplinierung im Rahmen des Modernisierungsprozesses auseinander (Hillebrandt 1997). Seine Analysen der gesellschaftlichen Macht gehen immer einher mit der Dekonstruktion der Diskurse, welche die Macht stützen. Dies gilt auch für die Untersuchung des Bereichs der Psychiatrie, ja man kann sogar sagen, dass seine Überlegungen hier ihren Ausgang genommen haben. Vor allem bei seinen ersten Veröffentlichungen (Foucault 1968; Foucault 1973) handelt es sich um tiefgreifende Untersuchungen der Entstehung psychiatrischer Institutionen und der sie fundierenden Theorien über psychische Krankheiten.

Foucaults Vorgehen ist bekanntlich eine genealogisch-archäologische Methode. Ihm geht es um die Rekonstruktion des kontingenten Umgangs mit Macht, Disziplinierung und eben auch psychischen Erkrankungen, die den genannten gesellschaftlichen Repressionsmechanismen nach Foucault bis hin zur Selbstdisziplinierung unterliegen. Sein historischer Ausgangspunkt der Rekonstruktion des Diskurses der Geisteskrankheiten ist der Beginn der Neuzeit. Zu diesem Zeitpunkt, so Foucault, sei der Wahnsinn „ein Erlebnis im Zustand der Freiheit“ gewesen (Foucault 1968: 103). Kennzeichnend für den Wahnsinn sei die alltägliche Erfahrung dieses Zustandes in der Öffentlichkeit.

In dieser „heiteren Welt der Geisteskrankheit“ (Foucault 1973: 8) kommt es im 17. Jahrhundert zu einer grundlegenden neuen Entwicklung, der Entstehung

der Internierungshäuser und Asyle. Diese Einrichtungen haben, so auch die überwiegende Meinung der historischen Forschung (Porter 1997), eine primär moralische Funktion innegehabt, nämlich die Internierung derjenigen Personen, die nicht willens oder in der Lage waren, ihrer Arbeit nach zu gehen. Dieser Personenkreis wurde – so könnte man mit einer neueren Terminologie sagen – durch abweichendes und unmoralisches Verhalten etikettiert.

Im 17. Jahrhundert hat die Internierung allerdings noch keinen medizinischen Charakter. Erst im 18. Jahrhundert kommt es zu einer Medikalisierung im weiten Zusammenhang mit aufklärerischen Ideen (Shorter 1997). Dahinter verbirgt sich die optimistische Vorstellung, viele dieser Zustände heilen zu können. Nach Foucault kommt es nunmehr zu einer Integration medizinischen Wissens und moralischer Disziplinierung. Wenngleich die vermeintlichen Gründer der Psychiatrie wie Philippe Pinel, die Geisteskranken von ihren Fesseln befreit hätten, so hätten sie diese durch moralische Fesseln ersetzt. Foucaults Schluss: „Der Arzt in der Irrenanstalt ist ein Agent der Moralsynthesen.“ (Foucault 1968: 110)

Erst die Internierung der Geisteskranken habe es den seinerzeitigen Medizinern ermöglicht, den Wahnsinn überhaupt wahrzunehmen. Der soziale Abschluss aus der Gesellschaft habe gemeinsam mit einem neuen Rationalitätsdenken die grundlegende ‚Unvernunft‘ des Verhaltens dieser Menschen freigelegt. Zugleich sei hier erstmalig der Wahnsinn in den Bereich der Innerlichkeit des Menschen verlegt worden und habe nach „Status, Struktur und Bedeutung“ (Foucault 1968: 112) psychologisch untersucht werden können.

Foucault sieht den entscheidenden Hintergrund der Konstitution der Geisteskrankheit in der Differenz von Vernunft vs. Unvernunft. Je weiter sich die Vernunft mit den moralischen Vorstellungen der Gesellschaft verbindet, desto mehr werde der Arzt zur ausübenden Person der absoluten Macht. Hinter dieser Macht steht nach Foucault nicht das medizinische Wissen, sondern vielmehr das Bezähmen des Patienten: „Wenn die Gestalt des Arztes den Wahnsinn einkreisen kann, bedeutet das nicht, dass er ihn kennt, sondern dass er ihn bezähmt. ... Der Arzt kann seine absolute Macht über die Welt des Asyls nur in dem Maße ausüben, in dem vom Ursprung her er Vater und Richter, Familie und Gesetz ist, wobei seine ärztliche Praxis lange Zeit nur die alten Riten der Ordnung, der Autorität und der Bestrafung kommentiert.“ (Foucault 1973: 530)

Das medizinische Wissen kann – so Foucault – allein deshalb keinen Zugang zum Wahnsinn bekommen, weil es positivistisch und objektivistisch an die Problematik herangeht. Mit dem zunehmenden Versuch, den Wahnsinn als Krankheit zu objektivieren, gerät der eigentliche Wahnsinn aus dem Blickfeld. Schon im Begriff der Geisteskrankheit, wie er psychologisierend konstituiert worden sei, komme zum Ausdruck, dass der Wahnsinn nur ein entfremdeter Wahnsinn sei.

Der Wahnsinn läßt Foucault (1973: 545ff.) zufolge eine eigene Wahrheit des Menschen zum Vorschein kommen. Er enthülle die einfachsten Wahrheiten, nämlich die primitiven Wünsche, die elementaren Mechanismen und Leidenschaften. Diese Wahrheit stehe aber im Widerspruch zu dem, was der Mensch

als seine moralische und gesellschaftliche Wahrheit erlebe. Daher wundert es ihn nicht, dass der Anfang jeder psychiatrischen Behandlung in der Repression der anderen menschlichen Wahrheit stehe.

Fasst man die Ausführungen Foucaults in wenigen Zeilen zusammen, so dürfte bis hier die gemeinsame Konstitution von Medizin, Psychologie und Geisteskrankheit deutlich geworden sein. Die Geisteskrankheit ist nur eine begriffliche Umschreibung elementarer Wahrheiten des Menschen, die genau mit der Beschreibung aus dem Blick verloren gehen. Psychiatrie und Psychologie konstituieren bzw. konstruieren die Geisteskrankheit im Zusammenhang mit moralischer und vernunftgemäßer Machtausübung. Das Konstrukt der Geisteskrankheit führt zu einer weiteren Entfremdung des Menschen von sich selbst, da Unvernunft und andere elementare Wahrheiten hierdurch unterdrückt werden und in Vergessenheit geraten können.

#### Szasz über den Mythos Geisteskrankheit

Michel Foucault gehört in den 60er Jahren zu den inspirierenden Figuren der antipsychiatrischen Bewegung in Europa und den Vereinigten Staaten. *Wahnsinn und Gesellschaft* hat zusammen mit vielleicht noch Ken Kesey's Roman *Einer flog über das Kuckucksnest* aus dem Jahre 1962 die Grundlagen für die politische Gegenbewegung im psychiatrischen Bereich gelegt (Crossley 1998). Während in der Bundesrepublik das *Sozialistische Patientenkollektiv* weniger bekannt und erfolgreich arbeitet, werden etwa in Großbritannien R.D. Laing und Brian Cooper zu den Symbolfiguren dieser Bewegung.

Die Symbolfigur in den Vereinigten Staaten ist der Psychiater und Psychoanalytiker Thomas S. Szasz spätestens mit seinem Buch *The Myth of Mental Illness* aus dem Jahre 1960 geworden (Szasz 1972). Szasz knüpft in diesem Werk und vielen anderen nachfolgenden Publikationen (z.B. Szasz 1968; Szasz 1974; Szasz 1976; Szasz 1997) nahezu umstandslos an Foucault an. Obgleich er vermutlich die Arbeiten Foucaults zum Zeitpunkt seiner ersten diesbezüglichen Publikationen Ende der 1950er Jahre nicht gekannt haben dürfte, steht auch bei ihm die Verbindung von Macht, Moral und Medizin im Mittelpunkt: „... die moderne psychiatrische Ideologie ist die traditionelle Ideologie der christlichen Theologie, angepaßt an ein wissenschaftliches Zeitalter. Statt in Sünde wird der Mensch jetzt in Krankheit geboren. Statt irdisches Jammertal ist das Leben jetzt ein Tal der Krankheiten. Und wie der Mensch den Weg von der Wiege bis zum Grabe früher an der Hand des Priesters zurücklegte, so führt in jetzt der Arzt.“ (Szasz 1974: 12)

Ebenso wie der soziologische Mainstream dieser Jahre sieht Szasz in psychischen Erkrankungen nichts anderes als abweichendes Verhalten. Wenn man von Geisteskrankheit spreche, sei die Norm, von der man ausgehe, ein psychosozialer und ethischer Richtwert. Die Abweichung von diesem Richtwert versuche man aber mit medizinischen Methoden zu korrigieren. Szasz widerspricht entschieden der medizinischen Position, dass psychische Erkrankungen

im Prinzip die gleichen Ursachenfaktoren wie körperliche Erkrankungen haben. Diese medizinische Position führt er auf zwei fundamentale Irrtümer zurück (Szasz 1968).

Erster Irrtum sei die Annahme, dass psychischen Erkrankungen Störungen des Gehirns zugrunde liegen würden. Erkrankungen des Gehirns seien – anlog zu Hauterkrankungen oder Knochenbrüchen – prinzipiell neurologische Störungen und eben keine psychischen Erkrankungen. So könne man etwa einen Defekt im menschlichen Gesichtsfeld in der Regel mit einer genau zu bestimmenden Läsion im zentralen Nervensystem erklären. Sobald aber ein Mensch einen bestimmten Glauben äußere, sei es, dass er an das Christentum glaube oder aber sich selbst im Verwesungszustand wähne, könne dieser Glaube nicht durch körperliche Ursachen erklärt werden. Diese vermeintlichen ‚Symptome‘ müssen nach Szasz andere Begründungen als medizinische haben.

Als zweiten fundamentalen Irrtum identifiziert Szasz ein epistemologisches Problem. Psychiatrische Diagnostik orientiert sich – wie oben bereits angedeutet – am Verhalten bzw. an den Äußerungen der Patienten. Während die somatische Medizin, so Szasz, bestimmte Zeichen wie Fieber oder Symptome wie Schmerzen berücksichtigt, bezieht sich die Psychiatrie auf die Kommunikation des Patienten über sich selbst, andere und die Welt um hin herum. Dies könne aber nur dann als psychiatrisches Symptom gelten, wenn der Beobachter eben nicht daran glaube, dass der betroffene Mensch Napoleon sei oder von den Kommunisten verfolgt werde. Mit der psychiatrischen Sichtweise sei unweigerlich eine Beurteilung verbunden, ein verdeckter Vergleich zwischen den Vorstellungen des Patienten mit denen des Beobachters oder der Gesellschaft um ihn herum. Damit seien psychiatrische Symptome eher an den sozialen oder moralischen Kontext gebunden, während körperliche Symptome auf anatomische oder genetische Sachverhalte verwiesen.

Der Gegenstand der Psychiatrie ist für Szasz nicht die psychische Krankheit, sondern sind vielmehr die Probleme des täglichen Lebens wie Armut und Überschuldung oder Obdachlosigkeit. Ähnlich wie Foucault identifiziert auch er den Ursprung der Psychiatrie im Umgang mit Menschen, die unproduktiv seien oder dem Müßiggang nachgehen. Szasz postuliert für alle Formen von Verhalten eine möglichst weitgehende Selbstbestimmung. Auch für Fälle, die heute in der Regel als Indikation für eine Zwangseinweisung gelten, nämlich Fremdgefährdung oder Selbstgefährdung, beharrt er darauf, dass diese Einweisung möglichst unterbleiben sollen.

Psychiatrischerseits wird in diesem Zusammenhang abgeschätzt, ob eine zugrunde liegende psychische Störung vorliegt. Bei Fremdgefährdung und gleichzeitiger vermuteter psychischer Störung führt dies eben zu einer unfreiwilligen Aufnahme in die psychiatrische Klinik. Gleiches gilt für Menschen mit offensichtlichen Suizidabsichten, denen eine psychische Störung unterstellt wird. Bei suizidalen Menschen sieht Szasz dagegen überhaupt keinen Grund, diese zu hospitalisieren. Jeder müsse das Recht haben, sich selbst zu töten oder zu verletzen. Für aggressive und paranoide Menschen, die zu Gewalttätigkeit neigten, müsse gelten, dass sie wie reguläre Straftäter behandelt würden. Aller-

dings – und hier weicht er von seiner ultraliberalistischen Linie ab – sollten diese Personen nicht in Gefängnissen untergebracht werden, sondern in einer Gefängnislinik, wo sie sowohl „medizinische als auch psychiatrische Pflege und Fürsorge“ erhalten könnten (Szasz 1974: 299).

Szasz's Haltung hat sich im Laufe der vergangenen Jahrzehnte deutlich radikalisiert. Sein Ausgangspunkt ist eine Analyse der sogenannten Hysterie, eines Störungsbildes, das durch die frühe Psychoanalyse sehr bekannt wurde (Szasz 1972). An diesem Beispiel führt Szasz in seinen Werken immer wieder vor, wie sehr hysterisches Verhalten von den Betroffenen funktionalisiert worden ist und dass diesem vermeintlichen Störungsbild nicht eine eigene Krankheitsentität entsprechen könne. Auf der Basis der Spieltheorie sieht er das Verhalten als ein mehr oder minder selbst gewähltes Verhaltensprogramm, um persönliche Zwecke zu erreichen. Die Fragwürdigkeit der Diagnose Hysterie ist auch durch andere Autoren in jüngerer Zeit vertreten worden (Shorter 1994). Dafür spricht zudem, dass die Diagnose der Hysterie heute nahezu verschwunden ist; in den aktuellen Diagnosemanualen taucht sie noch als selten gestellte Diagnose der histrionischen Persönlichkeitsstörung auf. Dies gilt ebenso für andere Symptome, die früher als krankheitsrelevant betrachtet worden sind, etwa Homosexualität oder Masturbation (Szasz 1976). Allerdings generalisiert Szasz diesen Befund schon früh auch bezüglich anderer Störungsbilder, etwa bezüglich der Schizophrenie. Seine spätere Kritik bezieht sich darüber hinaus primär auf die Bedingungen der psychiatrischen Behandlung und hier insbesondere auf die zwangsweise Unterbringung aufgrund einer von medizinischer Seite diagnostizierten psychischen Störung.

Gerade die Umstände der psychiatrischen Versorgung haben sich bekanntlich in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verändert. Auch in den Vereinigten Staaten sind die meisten psychiatrischen Großkrankenhäuser aufgelöst und durch gemeindepsychiatrische Zentren und Dienste abgelöst worden. In Relation zu früheren Verhältnissen, wie sie etwa von Erving Goffman aus den fünfziger Jahren geschildert wurden (Goffman 1973), gibt es heute vergleichsweise sehr wenige Personen, die auf unfreiwilliger Basis psychiatrisch behandelt werden. Szasz's neuere Kritik bezieht sich daher nicht nur auf die Institution des Krankenhauses, sondern auch auf die psychiatrischen Hilfsangebote generell. Diese Hilfsangebote seien Ausdruck eines grausamen Mitleids, das die Hilfesuchenden entmündige und ihnen die Möglichkeit der selbständigen Lösung ihrer persönlichen und sozialen Probleme und Konflikte vorenthalte (Szasz 1997).

Fasst man die Ausführungen über Szasz's Position zusammen, so wird deutlich, dass er eine grundlegend konträre Position gegenüber der etablierten Psychiatrie vertritt. Vier für die vorliegende Diskussion relevante Punkte lassen sich herauschälen: Zum einen betont Szasz die Bedeutung des sozialen, kulturellen und moralischen Kontexts bei der Beurteilung psychischer Erkrankungen. Er sieht – wie viele andere Autoren mit einem sozialwissenschaftlichen Hintergrund – die erheblichen historischen und situationsgebundenen Kontingenzen, welche die Zuführung von Menschen zum psychiatrischen Hilfesystem beeinflussen. Als zweiter Punkt soll hier die These hervorgehoben werden, dass die

Verhaltensäußerungen, die psychiatrischerseits als krankheitsrelevant betrachtet werden, von Szasz als Ausdruck von Alltagsverhalten betrachtet wird, das mit den verbreiteten menschlichen Problemen und Konflikten zusammenhänge. Drittens wird in diesem Zusammenhang die Verantwortlichkeit des Einzelnen auch für die Verhaltensweisen betont, die unter juristischen Gesichtspunkten heute als Hintergrund einer Schuldunfähigkeit oder Unzurechnungsfähigkeit gesehen werden. Und viertens betont Szasz den Unterschied zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen. Nur letztere lässt er als Krankheiten gelten, da umschriebene physische Veränderungen als Ursache für solche Erkrankungen gelten können. Bei psychischen Krankheitsbildern sieht er eine gleiche Ursachenkonstellation nicht gegeben.

Scheff über das Etikett ‚Geisteskrankheit‘

Während die Thesen von Foucault und Szasz überwiegend im medizinischen bzw. psychiatrischen Bereich Beachtung gefunden haben, ist die genuin soziologische Auseinandersetzung mit der Thematik des Konstrukts der psychischen Krankheit von Thomas Scheff angestoßen und bis heute befruchtet worden. Der *Labelling*-Ansatz hat eine Vielzahl von theoretischen, insbesondere aber auch empirischen Arbeiten beeinflusst, die sich mit den Auswirkungen des *Labels* der psychischen Krankheit für die Betroffenen beschäftigt haben.

Thomas Scheff schließt in seiner grundlegenden Untersuchung (Scheff 1973) direkt an die früheren Thesen von Szasz an. Während Szasz die als Symptome einer Geisteskrankheit definierten Verhaltensweisen als persönlich übernommene Programme sieht, deren Verantwortung dem Einzelnen obliegt, betont Scheff dagegen eher die Unfreiwilligkeit der Übernahme des *Labels*. Ihm geht es um die Beantwortung der Frage, weshalb die von der Etikettierung betroffenen Menschen oftmals bereitwillig dieses *Label* übernehmen und sich selbst als psychisch krank beschreiben und auch als psychisch krank erleben. Gemeinsamer Ausgangspunkt aller der hier vorgestellten Positionen ist – darin stimmen Foucault, Szasz und Scheff überein – die Beurteilung des Verhalten von Einzelnen als Abweichung von der sozial üblichen Norm.

Scheffs Theorie dreht sich um die Begriffe der ‚Regelverletzung‘ im Sinne einer sozialen Normverletzung sowie der ‚Verhaltensabweichung‘. Letztere wird im Anschluss an Howard Becker und den Symbolischen Interaktionismus an der Reaktion der sozialen Umgebung auf ein Verhalten definiert. Es geht also nicht um das Verhalten als solches, sondern um „einzelne Verhaltensakte, die als Regelverletzungen öffentlich und offiziell etikettiert worden sind.“ (Scheff 1973: 26) In diesem Sinne seien die meisten psychiatrischen Symptome als Fälle residualer Regelverletzung bzw. Verhaltensabweichung zu klassifizieren. Dazu zählt Scheff klassische psychiatrische Symptome wie den sozialen Rückzug, die Reaktion auf Halluzinationen und Selbstgespräche. Diese seien als „Verletzungen eines kulturspezifischen Normenkomplexes“ zu sehen (Scheff 1973: 31) und seien daher der soziologischen Untersuchung zugänglich.

Scheff sieht sehr wohl, dass das zugrunde liegende Verhalten verschiedene biologische, psychische und soziale Ursachen haben kann. Ebenso könne das Verhalten bewusst an den Tag gelegt werden. Entscheidend ist für ihn eben die Reaktion der Umwelt auf dieses Verhalten. Diese Reaktion, die Etikettierung des Verhaltens als abweichend oder gar krankhaft ist für ihn von weitreichender Bedeutung als die wie auch immer geartete ‚ursprüngliche‘ Verhaltensweise oder Symptomatik für den weiteren Verlauf einer Patientenkarriere.

Bei der Entwicklung von Vorstellungen über Geisteskrankheiten und psychisch kranke Menschen geht Scheff davon aus, dass in der frühen Kindheit die entsprechenden Stereotype hierüber übernommen werden. Ein Indiz ist etwa der Gebrauch des Wortes ‚verrückt‘, das schon von kleinen Kindern als Schimpfwort gebraucht wird. Im weiteren Lebensverlauf werden, so Scheff, diese Stereotype immer wieder bestätigt. Nicht zuletzt die öffentlichen Medien sieht er in diesem Zusammenhang als besonders einflussreich an. Der Einfluss der Medien auf die Stereotype über psychische Erkrankungen ist bis in die jüngste Zeit von verschiedenen empirischen Untersuchungen immer wieder bestätigt worden.

Im Falle einer persönlichen Krise kommt es nach Scheff dazu, dass diese sozial induzierten Stereotype von dem Betroffenen übernommen werden. Dies gelte insbesondere dann, wenn „Sozialfürsorger und Personen seiner Umwelt auf ihn gleichförmig im Sinne des Geisteskranken-Stereotyps reagieren“ (Scheff 1973: 69). Diese Reaktion des Umfelds führe dazu, dass ein vorher amorphes und unstrukturiertes Verhalten sich entsprechend der Erwartungen kristallisiere: „Sein Verhalten wird dem anderer als geisteskrank bezeichneter Abweichender ähnlich und stabilisiert sich mit der Zeit. Der Prozess der Angleichung und Stabilisierung ist vollendet, wenn das traditionelle Vorstellungsbild zum Orientierungsmaßstab für sein eigenes Verhalten geworden ist.“ (Scheff 1973: 69)

Einen weiteren zentralen Verstärkereffekt für die Beibehaltung dieser Etikette durch den Betroffenen ist für Scheff in der Struktur der psychiatrischen Versorgung gegeben. Patienten, die ‚Einsicht‘ in die Krankheit zeigen, werden nach Scheff für diese Anerkennung des *Labels* vom der psychiatrischen Institution belohnt. Sie erhalten etwa bestimmte Privilegien wie Ausgang. Die als abweichend Etikettierten, welche in ihre früheren konventionellen Rollen zurückkehren wollten, werden aber von ihrer Umwelt bestraft. Dies gelte insbesondere für öffentlich etikettierte Menschen, die in der sozialen Umgebung als psychisch krank bekannt sind. Solche Menschen hätten erhebliche Schwierigkeiten, sich selbst zu rehabilitieren, da die Umwelt in ihnen nur den Kranken sehe.

Die persönliche Krise, in der sich der Betroffene befindet ist ein zusätzlicher Faktor, der nach Scheff zur Stabilisierung der Übernahme des *Labels* beiträgt. In dieser Situation sei der Betroffene höchst suggestibel und daher geneigt, die Rolle des Geisteskranken zu übernehmen. Vor allem wenn schwere Normverletzungen vorgelegen hätten, führe dies zur Beschämung, Verwirrung und Ängstigung des Patienten. Da er selbst das Rollenvokabular seit frühester Kindheit erlernt habe, falle ihm die Übernahme der Krankenrolle relativ leicht.

Diese Abfolge des Erlernens der Stereotype über psychisch Kranke, die Fremdetikettierung nach einer Regelverletzung sowie die Rollenübernahme des Geisteskranken in der psychischen Krise führt Scheff zu der folgenden Kausalhypothese: „Das Etikettieren bei Verletzungen residualer Regeln bildet die wichtigste Einzelursache für das Einschlagen von Laufbahnen residualer Abweichung.“ (Scheff 1973: 78) Scheff sieht diese Hypothese durch empirische Befunde gestützt, die feststellen, dass ein Großteil des abweichenden Verhaltens auch in der modernen westlichen Welt nicht zur psychiatrischen Etikettierung führt. Epidemiologische Feldstudien finden regelmäßig einen deutlich höheren, im Grunde zu behandelnden Anteil von psychisch kranken Menschen, als tatsächlich dann in die Behandlung kommt (Wakefield 1999). Im Sinne Scheffs kann bei diesen Menschen davon ausgegangen werden, dass noch keine Etikettierung stattgefunden hat.

Für den einzelnen Betroffenen wirke sich die Etikettierung dann möglicherweise kumulativ verstärkend aus. Dies sei zu erwarten, wenn die Etikettierung ein mehrfacher Vorgang gewesen sei. Im weiteren Verlauf sieht Scheff schließlich einen kybernetischen Rückkopplungsprozess, der die Abweichung zunehmend verstärkt. Dieser Prozess beginne mit der Stigmatisierung, es folge der Rückzug, um weitere Stigmata zu vermeiden, dann die nächste Runde der Stigmatisierung aufgrund des Rückzugs und so weiter.

Im Unterschied zur psychiatrischen Sichtweise, so kann man Scheffs Thesen zusammenfassen, ist nicht die basale psychische Störung der Grund für eine Patientenkarriere, die man mit heutiger Terminologie als chronische psychische Krankheit beschreiben kann. Das *Label* der Geisteskrankheit ist demnach für den weiteren Verlauf einer ‚Erkrankung‘ wirkmächtiger als die psychische Störung selbst.

\* \* \*

Die hier vorgestellten Ansätze des sozialen Konstruktivismus psychischer Krankheiten weisen erhebliche methodische Unterschiede auf. Foucault geht es um die Rekonstruktion des psychiatrischen Diskurses in historischer Hinsicht, also um das Problem, wie es zur heute gültigen Art und Weise psychiatrischen Denkens gekommen ist. In diesem Zusammenhang ist er auf die enge Verbindung von Psychiatrie und moralischer Kontrolle gestoßen. Szasz ist eher politisch zu verstehen (wenngleich auch Foucault seine Analysen sicherlich nicht ungerne auch politisch genutzt sah). In gewisser Hinsicht radikalisiert er Foucaults Überlegungen: Wenn solche kontingenten Bedingungen zur Ausbildung der psychiatrischen Disziplin geführt haben, dann kann die Psychiatrie als Wissenschaft ganz in Frage gestellt werden. Scheff analysiert demgegenüber die situativen Kontingenzen, die der Diagnose einer psychischen Erkrankung voraus gehen.

Bei allen Unterschieden in methodischer Hinsicht gelten für alle drei der hier vorgestellten Ansätze zur sozialen Konstruktion psychischer Krankheiten

folgende Gemeinsamkeiten: Zunächst wird sowohl von Foucault als auch von Scheff und Szasz von der Überlegung ausgegangen, dass im Zusammenhang mit psychiatrischer Krankheitsdefinition überwiegend – wenn nicht sogar ausschließlich – außermedizinische Faktoren wirken. Psychiatrische Diagnosen werden vor dem Hintergrund sozialer Normen formuliert. Diese Normen reflektieren jeweils die historisch vorzufindenden kulturellen Werte der Gesellschaft. Weiterhin wird gemeinsam die Thematik des aktuellen Verhaltens der später als krank diagnostizierten Menschen betont. Die Diagnose einer psychischen Erkrankung wird überwiegend am Verhalten der Betroffenen festgemacht. Das Verhalten, das von den beschriebenen sozialen Normen abweicht, ist stets in der Gefahr, als psychisch krankhafte Symptomatik etikettiert zu werden. Die Institution der Psychiatrie, in welcher Organisationsform sie auch vorkommen mag, hat nach dieser Sicht dafür Sorge zu tragen, dass von der Norm abweichendes Verhalten im Auftrag der Gesellschaft identifiziert, behandelt und notfalls exkludiert wird. Insofern besteht eine weitere Gemeinsamkeit darin, dass mit der Psychiatrie zugleich eine Ausübung gesellschaftlicher Macht verbunden ist.

Im Kern scheiden sich die Vorstellungen Foucaults, Szaszs und Scheffs an der Frage, wie real die hinter dem abweichenden Verhalten stehenden psychischen Störungen sind. Während Foucault den Wahnsinn als Bestandteil menschlicher Existenz versteht, der keiner medizinischen oder psychologischen Expertise zugänglich ist, wird von Szasz die Existenz psychischer Krankheiten schlicht bestritten. Bei ihm handelt es sich um mehr oder weniger selbst gewähltes Verhalten, das allenfalls mit diversen persönlichen oder sozialen Problemen und Konflikten zusammenhängt. Für Scheffs *Labelling*-Ansatz ist diese Frage eher zweitrangig. Entscheidend ist hier die Reaktion der Umwelt auf das als abweichend erlebte Verhalten sowie die Internalisierung dieser Reaktionsweisen durch den Betroffenen. Sicherlich werden aber auch bei Scheff die medizinischen Komponenten bei der Entstehung der Störung sowie der Diagnose eher gering eingeschätzt.

Diese Unterschiede sind aber vergleichsweise gering, wenn man den Ansatz des sozialen Konstruktivismus mit psychiatrischen Theorien konfrontiert. Im Gegensatz zu den hier vorgestellten Überlegungen wird im psychiatrischen Diskurs von Krankheitsentitäten ausgegangen, die zu den Verhaltensabweichungen führen. Die Krankheit geht demnach jeweils logisch und oftmals auch zeitlich dem Verhalten voraus. Dagegen wird vom Konstruktivismus versucht, Mechanismen aufzuzeigen, die zum vermeintlich inadäquaten Umgang mit – wie auch immer begründetem – menschlichen Verhalten durch die Psychiatrie führen. Die Psychiatrie unterliegt demnach irrealen Vorstellungen, die durch das Verhalten der Betroffenen selbst nicht gedeckt werden, sondern allein aus dem internen psychiatrischen Diskurs über Normalität und Abweichung gespeist sind. Mit anderen Worten: Die Psychiatrie unterliegt den selbsterzeugten Diskursen über psychische Krankheiten, welche ‚real‘ nicht existieren.

## Epistemologische Überlegungen zu Konstruktion und Realität wissenschaftlicher Erkenntnis

Die psychiatrische Hypothese, psychische Erkrankung gehe dem Verhalten voraus, gilt grundsätzlich auch für den Bereich der Sozialpsychiatrie, der – ebenfalls auf soziologische Expertisen gegründet – von erheblichen sozialen Wirkfaktoren bei der Entstehung und beim Verlauf psychischer Erkrankungen ausgeht. Dieser sozialpsychiatrische Ansatz steht trotz der soziologischen Fundierung in einem offensichtlichen Kontrast zum Konstruktivismus. Es verwundert daher nicht, wenn gelegentlich eine Revision dieses sozialpsychiatrischen Ansatzes zugunsten etwa der *Labelling*-Theorie gefordert worden ist. Das Argument hierfür lautet: Der sozialpsychiatrische Ansatz sei noch zu sehr vom medizinischen Krankheitsbild beeinflusst (Wilken 1973).<sup>2</sup>

Die Kontroverse, ob psychische Krankheiten dem Verhalten vorausgehen oder aber ob das Verhalten *post hoc* als psychische Krankheit etikettiert wird, dreht sich im Kern um die Frage, ob psychische Krankheiten überhaupt existieren. Am deutlichsten hat Szasz diese Frage negiert. Foucault und Scheff lassen allerdings auch keinen Zweifel daran, dass es ohne die Psychiatrie als Wissenschaft vermutlich auch keine Vorstellungen von psychischen Krankheiten existieren könnten. In der Foucaultschen Lesart ist die Psychiatrie aber so konstruiert, dass sie am eigentlichen Wahnsinn vorbeisieht. Und bei Scheff werden die Stereotype über psychische Erkrankungen so wirkungsvoll, dass sie im Grunde noch die Psychiatrie als Wissenschaftsdisziplin bestimmen. Das erkenntnistheoretische Problem der Existenz psychischer Krankheiten wird hier zwar nicht explizit angegangen, allerdings ist mit dem *Label*-Argument zumindest die These verbunden, dass die psychischen Störungen, wie sie heute von der Psychiatrie diagnostiziert werden, durch soziale Stereotype und Normen definiert werden und nicht durch die Störung selbst.

Es stellt sich also die ‚klassische‘ epistemologische Problemlage, ob etwas unabhängig von dem menschlichen Erkenntnisvermögen existiert. Mit anderen Worten: Gibt es psychische Erkrankungen überhaupt oder handelt es sich ‚nur‘ um soziale Artefakte? In welcher Beziehung steht das Konstrukt ‚psychische Erkrankung‘ zu anderen Erkrankungen? Gibt es überhaupt etwas, das irgendeiner Form von Erkrankung gleicht, wir dies aber als die besondere psychiatrische Form der Erkrankung beschreiben? Gibt es etwa nur den allzu menschlichen Wahnsinn, den wir als psychische Krankheit re-konstruieren? Gibt es nur menschliche Alltagsprobleme, die wir als krank etikettieren? Um Antworten auf diese Fragen zu erhalten, soll im nächsten Schritt ein Blick auf die erkenntnistheoretische Diskussion in der Sprachphilosophie und in der Soziologie geworfen werden.

## Rortys Synthese der Kritik am Bewusstsein als Spiegel der Natur

Die genannten Fragestellungen gleichen der Problemlage, die sich der analytischen Philosophie seit dem sprachphilosophischen Wende, dem *Linguistic Turn*, stellt. Hier geht es um das Problem der Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit der Dinge oder Tatsachen von der Sprache. Der traditionelle Positivismus und der traditionelle logische Empirismus waren im Prinzip – bei allen eingestandenen erkenntnistheoretischen Problemen – von dieser Unabhängigkeit ausgegangen. Die Reihe von Gewährleuten dieser Überzeugung reicht von Hume und Kant bis Russell und Carnap.

Die angelsächsische Philosophie dieses Jahrhunderts ist bekanntlich durch den analytischen Ansatz der formalen Logik sowie durch die Sprachphilosophie maßgeblich beeinflusst worden. Die gerade genannten Exponenten Bertrand Russell und Rudolf Carnap stehen beispielhaft am Beginn dieser Tradition.<sup>3</sup> Willard Van Orman Quine (1951) läutet mit der Kritik der beiden Dogmen des Empirismus den Sturm auf die Überzeugungen der Gründungsväter und damit die sogenannte post-positivistische Ära der Epistemologie ein. Darin verabschiedet Quine zwei grundlegende Annahmen des Empirismus, nämlich die auf Kant zurückgehende Unterscheidung zwischen analytischen und synthetischen Wahrheiten sowie den Reduktionismus, dass sinnvolle Aussagen in irgendeiner Form logisch auf unmittelbare Erfahrung referieren. Die Unterscheidung zwischen einer ‚Tatsache‘ und einer ‚Definition‘ ist damit nicht mehr möglich.

Richard Rorty (1981) hat vor ungefähr zwanzig Jahren die nach-positivistische Argumentation von Quine, Sellars und anderen zusammengefasst und deutlich zugespitzt. Während Husserl auf kontinentaler und Russell auf angelsächsischer Seite der Philosophie darum bemüht gewesen sind, die Erkenntnistheorie auf eine neue Basis zu stellen und privilegierte Positionen aufzubauen, werden diese nach Rortys Lesart durch häretische Schüler jeweils wieder in Frage gestellt. Dies betrifft den schon genannten Quine im Falle Russells einerseits und Heidegger im Falle Husserls andererseits.

Zentrales Problem ist die oben schon angedeutete Sprachabhängigkeit der Erfahrung. Dem post-positivistischen Zweifel zufolge, „dass sich überhaupt angeben lässt, wann wir im Unterschied zum Druck der ‚Erfahrung‘ auf den Druck ‚der Sprache‘ reagieren“ (Rorty 1981: 190), kommt der menschlichen Sprache die entscheidende Position in der Erkenntnistheorie überhaupt zu. Jede Verbindung auf außersprachliche Faktoren, welche die Erkenntnis stützen könnten, wird damit gekappt. Die entscheidende Prämisse lautet nach Rorty: „Wir können das Erkennen als die soziale Rechtfertigung von Meinungen verstehen, wir brauchen es daher nicht als die Genauigkeit von Darstellungen aufzufassen.“ (Rorty 1981: 191) Anstelle des Bewusstseins als Spiegel der Natur kann nunmehr die Kommunikation gesetzt werden, die der Rechtfertigung dient.

Der entscheidende Gewinn dieses Ansatzes ist für Rorty, Putnam und andere ist die Aufgabe einer ontologischen und damit privilegierten Position, von der aus über die ‚Wahrheit‘ einer Aussage geurteilt werden kann. Sprache und

Gegenstand der Sprache fallen zusammen und sind wiederum nur noch sprachlich zu trennen. Die Verstricktheit der Erkenntnis in die Sprache führt jeden Versuch eines ontologischen Standpunkts *ad absurdum*.

Eine solche post-positivistische Argumentation hat zweifellos weitreichende erkenntnistheoretische (und viele andere philosophische) Konsequenzen. Die menschliche Sprache ist unüberschaubar vielen Einflüssen historischer und kultureller Art ausgesetzt. In ähnlicher Weise wie die Natur ist auch die Sprache Ergebnis einer evolutionären Entwicklung (Blackmore 1999). Sie bietet daher sicherlich keine Gewähr für Stabilität und Sicherheit von Erkenntnis, sondern ist unhintergebar kontingent. Zu den Unsicherheiten gehört die Frage, was wir denn erkennen können, wenn wir etwas erkennen. Führt diese Position, so die gerne geäußerte Kritik, nicht zu einem epistemologischen (und letztlich auch moralischen) Relativismus?

Diese Frage ist bis heute der Gegenstand vieler Kontroversen. Rorty hat sich schon in seiner Kritik des logischen Empirismus (Rorty 1981) auf die hermeneutische Seite dieses Konflikts gestellt. In weiteren Arbeiten (z.B. Rorty 1989) hat er diesen Standpunkt zunehmend radikalisiert und eine Annäherung an den französischen Poststrukturalismus hergestellt. Die Aufgabe eines ontologischen Standpunktes hat ihn zu einem radikalen Pragmatiker werden lassen.

#### Putnams Ansatz des Internen Realismus

Im Gegensatz zu Rorty, der sich quasi für die Aufgabe der Philosophie als Disziplin ausgesprochen hat, geht Hilary Putnam einen anderen Weg, um trotz der beschriebenen Schwierigkeiten weiter über die Frage des empirischen Zugangs zur ‚äußeren Wirklichkeit‘ nachdenken zu können. Seit dem Beginn der 1980er Jahre formuliert Putnam den Ansatz des *Internen Realismus*. Gegen den metaphysischen Realismus, der implizit oder explizit in den traditionellen empiristischen Vorstellungen enthalten ist, wendet auch Putnam die gerade bei Rorty beschriebenen Punkte ein. Es kann heute nicht mehr von einer ‚Entsprechung‘ von Fakten und Wahrnehmungen die Rede sein, die Referenz und Wahrheit ermöglicht. Dagegen bleibt Putnam insofern Realist, als er bereit ist, „sich Referenz als intern zu ‚Texten‘ (oder Theorien) vorzustellen, *vorausgesetzt*, wir erkennen an, dass es bessere und schlechtere ‚Texte‘ gibt.“ (Putnam 1993b: 213)

Ziel dieses Ansatzes ist die Vermeidung einer relativistischen Position. Diese Gefahr sieht Putnam nicht nur bei Rorty, sondern insbesondere bei Wissenschaftstheoretikern wie Paul Feyerabend und poststrukturalistischen Vorstellungen. Putnam kappt ebenso wie Rorty die Verbindung zur Außenwelt, sieht Texte, Theorien und Diskurse als Grundlage unserer Wahrnehmung und Urteile, aber er formuliert dennoch Kriterien für die ‚Richtigkeit‘ einer Aussage, die über Beliebigkeit hinausgehen. Mit dem Postulat, es gebe bessere und schlechtere Texte wendet Putnam gegen rein subjektivistische und damit relativistische Positionen ein, dass Richtigkeit nicht subjektiv sei. Richtigkeit ist für

ihn nicht nur eine Sache der Meinung. Weiterhin geht Richtigkeit über bloße Rechtfertigung hinaus. Vielmehr soll Wahrheit mit idealisierter Rechtfertigung identifiziert werden. Dabei betont er aber nach wie vor die Kontextempfindlichkeit der Wahrheit. Putnam weigert sich allerdings, Kontextabhängigkeit mit Subjektivität oder gar Willkürlichkeit gleichzusetzen (Putnam 1997).

Das Scheitern des metaphysischen Realismus stellt für Putnam nicht unbedingt ein Problem für die Alltagswelt der Menschen dar. Er sieht gerade bei postmodernen Ansätzen eine Überschätzung der Auswirkungen dieser philosophischen Entwicklungen auf die Alltagspraxis (Putnam 1997). Dagegen formuliert Putnam gerade mit Bezug auf diese Alltagspraxis grundlegende Prinzipien bezüglich berechtigter Überzeugungen und Behauptungen (Putnam 1993a: 241):

- (1) „Unter normalen Umständen ist es gewöhnlich ein Faktum, dass die Aussagen von Leuten berechtigt oder nicht berechtigt sind.“
- (2) „Ob eine Aussage berechtigt ist oder nicht, ist nicht davon unabhängig, ob die Mehrheit von meinesgleichen in meiner Kultur *sagen* würde, sie ist berechtigt oder unberechtigt.“
- (3) „Unsere Normen und Standards von berechtigter Behauptbarkeit sind historische Gebilde; sie entwickeln sich in der Zeit.“
- (4) „Unsere Normen und Standards reflektieren stets unsere Interessen und Werte.“
- (5) „Unsere Normen und Standards von *allem* – berechtigte Behauptbarkeit eingeschlossen – sind zur Verbesserung fähig. Es gibt bessere und schlechtere Standards.“

Als interner Realist kann man somit von kontextabhängigen ‚Wahrheiten‘ weiterhin ausgehen. Auch Putnam sieht im Zusammenhang mit diesen Wahrheiten, dass soziale Konventionen daran beteiligt sind. Hinter diese Konventionen (resp. Konstruktionen, in der hier behandelten Thematik) können wir aber nicht zurück. Wir können eben nicht mehr sagen: „Diese und jene Elemente der Welt sind die rohen Tatsachen, das übrige ist Konvention oder eine Mischung dieser rohen Tatsachen mit Konventionen.“ (Putnam 1993a: 249) Wir sind selbst so tief in die Sprache verstrickt, dass Aussagen wie etwa: die Sprache oder die Kultur erfinde die Welt, keinen Sinn mehr machen. Dies würde nämlich wieder auf eine Trennung der Sprache einerseits und der Tatsachen andererseits hinauslaufen. Aus dieser Perspektive sind eben auch Aussagen zur Konstruktion bestimmter Diskurse nur begrenzt möglich.

Die meisten gebräuchlichen Formen dieses Konstruktionismus gehen aber davon aus, dass zwischen ‚Wirklichkeit‘ und Konstruktion unterschieden werden kann. Dies gilt insbesondere in Fällen, in denen die Konstruktbeschreibung als Vorwurf gebraucht wird. Hier, etwa im Falle Szasz, ist man überzeugt, dass exakt zwischen ‚wirklichen‘, also körperlichen Erkrankungen und per Konstruktion erzeugten psychischen Erkrankungen unterschieden werden kann, und letztere daher prinzipiell auch abschaffen kann. Diese Version des Konstruktionismus offenbart damit deutliche epistemologische Schwächen.

Luhmann über Konstruktion und Realität im Wissenschaftssystem

Die vorgestellten sprachphilosophischen Überlegungen von Rorty und Putnam bedürfen einer soziologischen Übersetzung, damit die Erzeugung wissenschaftlicher Erkenntnis im Wissenschaftssystem beschrieben werden kann. Bis hierher gilt allerdings festzuhalten, dass aus epistemologischer Sicht jedweder ‚Außenkontakt‘ zwischen Erkennendem und Erkanntem in einem ontologischen Sinne nicht herzustellen sein dürfte. Das Erkannte bleibt in jedem Fall ein internes Konstrukt, das allein über die Referenz auf andere sprachliche Elemente seine Bedeutung herstellen kann.<sup>4</sup>

Bei Rorty, vor allem aber bei Putnam sind normative Implikationen nicht zu übersehen. Der *Interne Realismus* dient auch zur Prävention gegenüber relativistischen moralischen Argumentationen. Aus einer soziologischen Perspektive ist diese Abwehr vermeintlicher oder tatsächlicher relativistischer Positionen zu vernachlässigen. Statt dessen kann man sich auf die Frage des Realitätsbezugs des Wissenschaftssystems konzentrieren. Wie eingangs schon angedeutet wurde, ist diese Frage seit geraumer Zeit ein höchst umstrittener Punkt zwischen Natur- und Sozialwissenschaften (Sokal & Bricmont 1999; Hacking 1999). Während Naturwissenschaftler – gegen die post-positivistische Erkenntnistheorie – eher an der direkten Beobachtungsmöglichkeit ihrer Erkenntnisobjekte festhalten, wird von sozial- und geisteswissenschaftlicher Seite diese Möglichkeit gerne bestritten und auf die Beobachterabhängigkeit der Erkenntnis verwiesen. Nicht zuletzt die bekannten quantenphysikalischen Verallgemeinerungen von Bohr und anderen Physikern (Welle-Teilchen-Dualität) scheinen ja gerade aus naturwissenschaftlicher Perspektive ebenfalls die empirische Verquickung zwischen Erkennen und Erkenntnisobjekt nahezulegen.

Die Wissenschaftssoziologie Niklas Luhmanns (1990b) geht unter anderem dieser Frage nach dem Realitätsbezug des Wissenschaftssystems nach. Bevor jedoch die bekanntlich konstruktivistische Herangehensweise Luhmanns hier mit Bezug auf die Wissenschaft beschrieben werden soll, sei zunächst ein Blick auf den Status der Realität innerhalb von sozialen Systemen generell geworfen. Luhmanns Theorie sozialer Systeme (Luhmann 1984) führt drei zentrale Begrifflichkeiten ein, welche die Systemtheorie erkenntnistheoretisch maßgeblich in eine neue Richtung geführt haben: die Autopoiesis sozialer Systeme, die Beobachtung und das System/Umwelt-Verhältnis.

Soziale Systeme – so das Credo der neueren Systemtheorie Luhmanns – vollziehen ihre Operationen (d.h. Kommunikation) eigenständig autopoietisch, und ohne Einwirkung der Umwelt. Es handelt sich auf der operativen Ebene um geschlossene Systeme. Soziale Systeme operieren nicht nur getrennt von psychischen und körperlichen Systemen, auch die einzelnen gesellschaftlichen Funktionssysteme wie Politik und Wirtschaft operieren autopoietisch und ohne Einwirkung von außen. Sie sind jeweils Umwelt für einander. Gleichwohl ist die Umwelt des jeweiligen Systems nicht irrelevant. Soziale Systeme können durch ihre Umwelt irritiert werden, allerdings unter der Maßgabe ihrer eigenen Operationen. Die Reichweite der Irritation wird nicht extern, sondern allein intern

bestimmt. Die Bedeutung der Umwelt wird systemrelativ festgelegt.

Mit jeder Operation des sozialen Systems wird zugleich eine System/Umwelt-Differenz hergestellt. Mit jeder Operation vollzieht das System eine Grenzziehung zu anderen (sozialen, psychischen, körperlichen) Systemen. Weiterhin fungiert jede Operation gleichzeitig als Beobachtung. Mit jeder Beobachtung wird die Grenze neu definiert, zwischen dem was gesagt (gedacht etc.) wird und dem was aktuell nicht kommuniziert wird. Beobachten heißt Grenzziehung, denn: „Beobachten ist nichts weiter als das Handhaben einer Distinktion wie zum Beispiel System und Umwelt.“ (Luhmann 1984: 245)

Wie nun beobachten soziale Systeme die Realität? Alle Systeme, die wie soziale Systeme operativ geschlossen arbeiten, müssen – so Luhmann (1996: 159) – die Indikatoren für die Realität jeweils intern erzeugen. Die oben dargestellten Ergebnisse der modernen Sprachphilosophie (wie übrigens auch die Ergebnisse der neueren Neurobiologie) zwingen Luhmann zufolge zur Annahme operativer Geschlossenheit und damit zur Annahme der Konstruktion von Realität im System. Jedes System konstruiert seine eigene Realität, zumeist über die Wahrnehmung der Umwelt. Mit dieser konstruierten Realität wird innerhalb des Systems unkritisch und in dem Sinne naiv umgegangen, als es eben nur diese eine Realität aktuell für das System gibt (Luhmann 1990b: 85).

Einen weiteren Punkt, den Luhmanns Theorie mit der neueren Sprachphilosophie gemeinsam hat, ist die Aufgabe der Vorstellung, es könne privilegierte Positionen geben, die andere Standpunkte auf ‚wahr‘ oder ‚falsch‘ hin überprüfen. Die Systemtheorie kennt den *Beobachter 2. Ordnung*, der beobachtet, wie ein anderes System wiederum beobachtet. Mit der Position des Beobachters 2. Ordnung ist keinesfalls eine herausgehobene, bessere Stellung verbunden, sondern lediglich eine andere: „Auf der Ebene der Beobachtung zweiter Ordnung, auf der man Beobachter beobachtet, bezieht man keine hierarchisch höhere Position.“ (Luhmann 1990b: 87)

Diese Feststellungen Luhmanns lassen sich exakt auch auf die Wissenschaft als soziales System übertragen. Ebenso wie andere soziale Systeme ist das Wissenschaftssystem ein autopoietisch operierendes System. In der Wissenschaft werden Forschungsergebnisse kommuniziert (in Frage gestellt, bestätigt, diskutiert). Auf dieser Ebene operiert das System mit einem eigenen Code ‚wahr/unwahr‘, indem wissenschaftliche Erkenntnisse – wie nicht anders zu erwarten – als wahr etikettiert werden. Damit ist ebenfalls ein Bezug zur intern beobachteten Realität verbunden, alle „...Themen wissenschaftlicher Kommunikation erhalten einen Realitätsindex, wenn sie auf die Umwelt des Systems bzw. auf die Faktizität der eigenen Operationen bezogen sind.“ (Luhmann 1990b: 315) Gleichwohl bleiben alle Aussagen über die Realität systeminterne Aussagen. Alle beobachteten ‚Tatsachen‘ werden nur im System beobachtet. Aber: „‘Realität‘ indiziert (...) den Weltbezug des Systems, und Welt ist für das System alles, was aufgrund der Unterscheidung von System und Umwelt beobachtet wird.“ (Luhmann 1990b: 315)

Aus dieser Perspektive verwundert es natürlich nicht, wenn in Naturwissenschaften und Medizin auf die Realität der Beobachtungen verwiesen wird.

Aus der internen Sicht der Naturwissenschaften muss es diese Wirklichkeit und ihre Objekte wie etwa Krankheiten geben. Diese Realitätskonstruktionen können – wer sollte Sozialwissenschaftler daran hindern – allerdings wiederum beobachtet und als ‚konstruiert‘ beschrieben werden. Dabei handelt es sich in systemtheoretischer Terminologie um die Beobachtung 2. Ordnung. Sozialwissenschaftler beobachten, wie Naturwissenschaftler beobachten.<sup>5</sup> Es sollte aber auch deutlich geworden sein, dass es mit der Aufgabe privilegierter Beobachtungspositionen auf dem Hintergrund der sprachphilosophischen Erkenntnistheorie nunmehr nicht mehr möglich ist, zu sagen, welche Beobachtung die ‚wahre‘ ist.

Im Unterschied zum Konstruktivismus, wie er oben über Foucault, Scheff und Szasz referiert wurde, und auch im Unterschied zur naturwissenschaftlich-medizinischen Seite (bei der Themen wie das vorliegende kaum implizit diskutiert werden), vermeidet der Luhmannsche Konstruktivismus den ‚Fehler‘ von einer ontologisch sicheren epistemologischen Warte aus zu argumentieren. Beide anderen Lager, Psychiatrie und Konstruktivismus, nehmen zumindest implizit für sich in Anspruch, die ‚Wirklichkeit‘ zu sehen, in der einen gibt es psychische Erkrankungen, in der anderen eben nicht. Über die ‚Richtigkeit‘ dieser Beobachtungen entscheiden allerdings nicht die genannten Kontrahenten, sondern allein der Problembereich, um den es geht, nämlich die Psychiatrie. Das Kriterium hierfür lautet: Anschlussfähigkeit im System. Und hier hat die Zeit offensichtlich gegen den konstruktivistischen Ansatz gearbeitet.

## Gibt es psychische Krankheiten?

Ja! Jedenfalls für die Psychiatrie und für die meisten der psychiatrisch behandelten Patienten.<sup>6</sup> Im psychiatrischen Alltag, sowohl auf der Seite der Behandler wie auch auf der Seite der Patienten, spielen die konstruktivistischen Argumente keine große Rolle. Obwohl die Ideen der Anti-Psychiatrie in den 1960er Jahren in akademischen und intellektuellen Kreisen viel diskutiert wurden, „actual patients found them less convincing“, so jedenfalls das Resümee des Medizinhistorikers Edward Shorter (1997: 277). Die Betroffenen erleben eher deutliche Einbußen bei der Erfüllung sozialer Anforderungen und Rollen und bei weiteren Bereichen der Lebensqualität.

Die Ansätze von Foucault, Szasz und Scheff sind wissenschaftlich sowohl in der Psychiatrie als auch in der Soziologie kontrovers diskutiert und im Falle Scheffs auch empirisch untersucht worden. Gegen Foucaults methodischen Ansatz ist verschiedentlich eingewendet worden, dass seine Rekonstruktion der Psychiatrie (wie auch andere seiner Werke) sehr holzschnittartig vonstatten gegangen sei und viele Variationen und Ungleichzeitigkeiten der Entwicklung verloren wurden (Lachmund 1997; Hagner 1997). Weiterhin wird die zentrale Hypothese Foucaults bezweifelt, nämlich dass die primäre Funktion der Psychiatrie als Überwachungsinstrument im Sinne der Gesellschaft ausgebaut wurde.

Gegen diese These spricht etwa der von Foucault vernachlässigte Befund, dass die Psychiatrie in der Zeit, für die Foucault rekonstruiert hat, überwiegend in privaten Kliniken praktiziert worden ist und nicht in öffentlichen oder staatlichen Einrichtungen. Wenn aber die ‚besseren‘ Schichten der Gesellschaft viel Geld dafür zahlten, dass sie ihre psychisch kranken Familienmitglieder los wurden, wird die Hypothese der großen Überwachung problematisch (Shorter 1997: 17). Statt dessen wird etwa von Shorter die Hypothese der Professionalisierung der Psychiater und der Psychiatrie als medizinisches Fach gestützt.

Ein in der Literatur meines Erachtens zu wenig beachtetes Faktum in der Analyse Foucaults ist, dass er ein relativ rosiges, fast romantisches Bild des Geisteskranken vor der Moderne zeichnet, erinnert sei an die oben zitierte ‚heitere Welt der Geisteskrankheit‘. Mit der Geisteskrankheit werden gemeinhin sogenannte Psychoosen identifiziert, also etwa die Schizophrenie. Das Leben mit einer Schizophrenie ist aber nicht gerade als heiter zu bezeichnen. Viele der Betroffenen leiden massiv unter ihrem Erleben und der damit verbundenen Funktionseinschränkungen ihrer beruflichen, finanziellen und privaten Möglichkeiten. Menschen mit einer Schizophrenie haben eine deutlich erhöhte Sterblichkeit im Vergleich zu Gesunden. Diese ist zu einem Großteil auf Suizide zurückzuführen (Brown 1997). Ein Festhalten an einer radikal antipsychiatrischen Position geht daher an der Realität und Perspektive der Betroffenen vorbei. Anstelle dieser Ablehnung, das hat Peter Sedgwick (1981) in einer fundierten Kritik des Standpunkts Foucaults beschrieben, geht es heute eher um einen adäquaten Umgang der Betroffenen mit den Einschränkungen und Problemen, die sowohl mit der Krankheit als auch mit der Behandlung verbunden sind.

Auch Szasz Position ist wissenschaftlich (bis heute) sehr umstritten. Insbesondere drei Punkte seien hier hervorgehoben. Zum einen wird Szasz radikal-liberalistisches Menschenbild kritisiert. Laor (1984) sieht in den rigorosen Vorstellungen über die Verantwortlichkeit und die Autonomie gewisse Prinzipien von Hobbes wieder auftauchen. So rekonstruiert er bei beiden Autoren einen nicht gelösten Widerspruch in der Argumentation. Dieser Widerspruch bestehe darin, dass einerseits vollkommene Autonomie und Verantwortlichkeit auch denjenigen zugesprochen werden, die als psychisch krank gelten, andererseits aber beispielsweise Kinder von dieser Autonomie ausgenommen werden. Nicht beantwortet ist nach Laor die Frage, ab welchem Stadium Menschen als voll autonome Personen gelten können und damit auch rechtlich im umfassenden Sinne für ihre Handlungen verantwortlich sind. Zudem sprechen auch empirische Befunde gegen diese starke Version der Autonomie, wie sie von Szasz vertreten wird: Interessanterweise schreiben gerade die betroffenen Menschen solche Situationen, in denen sie sich oder andere als nicht moralisch autonom erleben, einer Form psychischer Krankheit zu (Weinberg 1997).

Zum zweiten wird Szasz im Kern biomedizinischer Begriff von Krankheit in Frage gestellt, der psychologische Elemente ausschließt (Bentall & Pilgrim 1993). Ein zentrales Argument von Szasz ist bekanntlich, dass bei psychischen Krankheiten keine körperliche Störung nachzuweisen sei. Dieser Topos wird im Verlauf der Arbeit noch umfassend diskutiert. Es sei aber so viel vorwegge-

nommen, dass sich diese Argumentation nach den gegenwärtigen empirischen Befunden und auch nach der modernen Leib-Seele-Diskussion absolut nicht mehr halten lässt. Psychische Störungen gehen niemals ohne körperliche Beteiligung vonstatten. Psyche und Bewusstsein entstehen nicht unabhängig von organischen Phänomenen, sondern sind strukturell eng gekoppelt. Erst jüngst ist die gleiche Argumentationsstruktur in einem Artikel über die ‚Erfindung‘ der posttraumatischen Belastungsstörung wieder benutzt worden (Summerfield 2001). Mittlerweile existieren aber diverse replizierte Befunde, in denen sogar für dieses Krankheitsbild klare biologische Marker entdeckt wurden; ein schweres psychisches Trauma, beispielsweise eine Vergewaltigung, hinterlässt oftmals Spuren im Gehirn der Betroffenen (siehe Kapitel 5).

Der dritte Punkt bezieht sich auf die Frage nach der sozialen Funktion der Psychiatrie hinsichtlich sozialer und moralischer Probleme. Wie Len Bowers (1998: 118ff.) sorgfältig argumentiert hat, können gewisse gesellschaftliche Funktionen der Psychiatrie nicht in Abrede gestellt werden. Wie auch in dieser Arbeit noch ausführlich dargestellt wird, können gesellschaftliche Missstände wie Gewalt, Armut und soziale Ungleichheit in der Tat für einen Teil psychischer Störungen verantwortlich gemacht werden. In diesem Sinne übernimmt die Psychiatrie sicherlich eine soziale Funktion, indem sie Konsequenzen dieser Missstände behandelt. Der gegenüber der Psychiatrie gehegte Vorwurf, so kann über Bowers hinaus argumentiert werden, müsste sich allerdings auf die gesamte Medizin als Disziplin beziehen, da auch eine Vielzahl körperlicher Krankheiten, etwa des Herz-Kreislauf-Systems, auf diese Umstände zurückzuführen sind (Wilkinson 1996). Und außerdem wäre es zutiefst unmoralisch und gar menschenverachtend, wenn die Psychiatrie ihre Expertise nicht zur Verfügung stellen würde, in Fällen wo es um akutes Leiden geht (und dies ist in der Regel bei allen psychischen Störungen mehr oder minder ausgeprägt vorhanden). Des weiteren sind nicht alle psychischen Störungen auf soziale Probleme zurückzuführen, auch dies wird im weiteren Verlauf noch eingehender erläutert. Daher sind Generalisierungen in diesem Kontext unzulässig. Auch werde, so Bowers, mit diesem Argument impliziert, dass die Psychiatrie kein Interesse daran habe, soziale Probleme aufzudecken und zu beheben. Diese Implikation ist, zumindest für die gegenwärtige Sozialpsychiatrie, sicherlich unzutreffend. Die Verbindung zwischen psychischen Problemen und sozialen Missständen ist kaum irgendwo offensichtlicher, und viele Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen tragen wesentlich zur regionalen wie überregionalen Thematisierung von Problembereichen wie der Wohnungslosigkeit bei.

Besondere soziologische Aufmerksamkeit hat der *Labelling-Ansatz* Scheffs genossen. Bis heute haben sich eine Vielzahl empirischer wie theoretischer Beiträge damit beschäftigt, welche Relevanz das *Label* einer psychischen Erkrankung für den Betroffenen haben könnte. Scheff hat im *Label* selbst den entscheidenden Faktor für die Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsverlaufs gesehen, vor allem in der Übernahme des *Labels* durch den Betroffenen. An der prominenten Funktion der *Label*-Übernahme bestehen allerdings erhebliche und berechtigte Zweifel. Warum sollte, so fragt Bowers (1998: 26ff.) jemand

nach Jahren der Sozialisation und Identitätsentwicklung ohne weiteres das *Label* der psychischen Krankheit übernehmen und dies zur Grundlage seiner neuen Krankheitsidentität machen? Die soziale Beeinflussbarkeit kann gar nicht so weit gehen, dass potenziell Betroffene einen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik auf sich nehmen, nur weil die Umwelt ihr Verhalten missbilligt.

Eine andere Diskussion hängt mit der Praxis des Gebrauchs von Diagnosen als vermeintliche *Label* zusammen. Großes Aufsehen hat in den 1970er Jahren ein Experiment von Rosenhan (1973) erregt, der psychisch Gesunde sich in psychiatrische Kliniken hat einweisen lassen. Obwohl die Versuchspersonen ihr auffälliges Verhalten direkt nach der Aufnahme eingestellt haben, sind die meisten von ihnen mit der Diagnose Schizophrenie nach einiger Zeit wieder entlassen worden. Rosenhan hat aus diesem Befund den Schluss gezogen, dass in psychiatrischen Kliniken nicht zwischen Kranken und Gesunden unterschieden werden kann. Ungewöhnliches und bizarres Verhalten ist, insbesondere wenn andere Personen eine Gefahr daraus ableiten, ein Risikofaktor für die Hospitalisierung in einer psychiatrischen Klinik, dies bestätigen auch empirische Studien (Sullivan et al. 1997).

Die Rosenhan-Studie hat eine erhebliche Diskussion angestoßen, in deren Folge das methodische Vorgehen und die Schlussfolgerungen von psychiatrischer Seite heftig kritisiert wurden. Rosenhan (1973) argumentierte unter anderem mit der *Labelling*-Theorie Scheffs und vertrat die These, dass die negativen Einstellungen, die manche Teile des Personals gegenüber den Patienten zeigten, auf die Etikettierung zurückzuführen seien. Als entscheidenden Kritikpunkt an der psychiatrischen Diagnostik identifiziert Rosenhan (1979) den Sprung von der Erfassung einzelner Symptome zur Stellung der Diagnose. Die Versuchspersonen im Experiment hatten Symptome berichtet, die in dieser Weise nicht bekannt waren, aber im weitesten Sinne zu einem Hauptsymptom der Schizophrenie zählten, nämlich Halluzinationen. Obwohl dies nach diagnostischen Kriterien nicht zulässig war, wurden die Diagnosen zumeist allein auf dieser Grundlage gestellt. Das *Label* hatte offensichtlich seine Wirkung.

Obwohl dies ein Beleg für die Wirkung des *Labels* ist, hat auch die Rosenhan-Studie (die Versuchspersonen haben durch ihren Aufenthalt keine langfristige psychische Erkrankung erlitten) die Kernthese Scheffs nicht bestätigen können, dass das *Label* der entscheidende Schritt zur Patientenkarriere sei. Ein solcher Effekt ist bis heute unbekannt, wie die jüngste Übersicht über den Stand der *Labelling*-Forschung ergeben hat (Link & Phelan 1999), und Scheff hat zu einem späteren Zeitpunkt auch seinen Anspruch, eine umfassende soziale Theorie der Entstehung psychischer Störungen zu formulieren, deutlich abgeschwächt (Scheff 1975). Wie Keupp (1979) in einer späteren Nachbetrachtung zur Debatte über die *Labelling*-Theorie resümierend geschrieben hat, ist die Theorie Scheffs beinahe selbst zum Opfer eines sozialen *Labelling*-Prozesses geworden, sie sei instrumentalisiert worden, um in interprofessionellen Konflikten die sozialwissenschaftliche Seite einerseits politisch zu stärken und andererseits die Verteidiger der Psychiatrie zu diskreditieren. Zu dieser Instrumentalisierung habe Scheff selbst mit beigetragen, so meint Keupp. Man könne nicht

behaupten, „dass sie daran ganz und gar unschuldig gewesen sei, denn sie hat mit manchen vagen und mehrdeutigen Aussagen ihrer gleichermaßen selektiven wie absolutistischen Vereinnahmung durchaus Vorschub geleistet, aber sie hat in einer Phase starker psychiatriekritischer Anstrengungen kaum die Chance gehabt, anders als nach ihrem psychiatriekritischen Potential angeeignet zu werden.“ (Keupp 1979)

Allerdings konnte eine Reihe empirischer Arbeiten negative Einflüsse des Labels auf die subjektive Gesundheit der Betroffenen bestätigen (Link 1987; Link et al. 1989; Link et al. 1997; Rosenfield 1997). Diese negativen Effekte sind mit dem Begriff des *Stigmas* am Besten beschrieben. Psychiatrische Patienten fühlen sich durch die Tatsache, psychisch krank zu sein und psychiatrisch behandelt zu werden, von ihrer Umwelt stigmatisiert. Obwohl die psychiatrische Behandlung als solche sicherlich positive Effekte auf ihre psychische Gesundheit hat, erleben viele Patienten ihre Lebensqualität durch das Stigma beeinträchtigt (Rosenfield 1997).

Die Popularität des Stigma-Begriffs in der Psychiatrie ist ebenfalls auf Erving Goffman zurückzuführen, der in einer nunmehr klassisch zu nennenden Monografie (1975) die Auswirkungen stigmatisierender Zuschreibungen auf die eigene Identität beschrieben hatte. In der Psychiatrie hat sich die Forschung größtenteils auf Menschen mit einer schizophrenen Psychose und der Analyse ihrer Stigmatisierung konzentriert (Finzen 2000a; Finzen 2000b). Diese Stigmatisierung ist ohne Zweifel eine Folge der nach wie vor negativen Beurteilung der Psychiatrie in der öffentlichen Meinung (Angermeyer 2000). Gemeinhin wird gerade Menschen mit einer schizophrenen Psychose Gefährlichkeit, Unberechenbarkeit und eine schlechte Prognose ihrer Erkrankung unterstellt. Interessanterweise hat sich öffentliche Definition von psychischer Krankheit in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg dahingehend verändert, dass heute nicht mehr nur Psychosen dazu gerechnet werden, sondern auch neurotische Störungen und Depressionen. Gleichwohl hat sich das Image von der Psychose deutlich verschlechtert. Gegenwärtig wird mit dieser Störung weitaus mehr Gewalttätigkeit in Verbindung gebracht als noch vor Jahrzehnten (Phelan et al. 2000). Zu dieser Veränderung hat sicherlich die mittlerweile weit verbreitete Berichterstattung der Medien über psychische Störungen im positiven wie im negativen Sinne beigetragen (Hoffmann-Richter 2000). Wenn heute Menschen mit einer Depression weniger nachteilige Reaktionen befürchten, dann sicherlich auch deshalb, weil dieses Störungsbild in verschiedenen Medien als mehr oder minder alltäglich und auch als behandelbar dargestellt wird. Auf der anderen Seite werden Berichte über schizophrene Psychosen häufig mit Gewalttaten in Verbindung gebracht, so dass sich dieser Eindruck nachdrücklich in der öffentlichen Meinung festsetzen konnte.

Dieser Eindruck ist möglicherweise noch durch die Psychiatriereformen verstärkt worden, weil gegenwärtig viele psychisch Kranke in der Gemeinde leben und eben deshalb auch im Straßenbild auffallen können, während die vormals langen Klinikaufenthalte dies kaum zuließen (Phelan et al. 2000). Auch im eigenen Erleben der Betroffenen hat die Deinstitutionalisierung kaum

zur Verbesserung ihres Status in der sozialen Umwelt beigetragen. Das Leben in der Gemeinde kann sogar dazu führen, dass der Selbstwert noch geringer wahrgenommen wird als vor der Entlassung aus der Klinik (Wright et al. 2000). Diese Beobachtung wird gestützt durch frühe Befunde aus der Ära der Psychiatriereform, die ergaben, dass Langzeitpatienten großer psychiatrischer Kliniken sich weitaus weniger stigmatisiert und diskriminiert fühlten als Patienten, die eine Universitätsklinik zur Behandlung aufsuchten. Der Grund hierfür, so vermuteten die Autoren nachvollziehbar, ist in dem Umstand des früher ausgeprägten sozialen Ausschlusses zu suchen, der paradoxerweise die Klinik zu einem Schonraum gegenüber nachteiligen Reaktionen aus der Umwelt werden ließ (Angermeyer et al. 1987).

Daher ist es nicht verwunderlich, dass gegenwärtig vor allem die von einer Schizophrenie betroffenen Menschen in ihrem Alltag diverse nachteilige Reaktionen ihrer sozialen Umwelt auf die Tatsache erleben, dass sie als krank bekannt sind. So gaben in einer US-amerikanischen Umfrage nahezu 80 Prozent der Befragten an, sie würden verletzende und diskriminierende Äußerungen gelegentlich und häufiger zu hören bekommen (Wahl 1999). Daneben fühlt sich ein erheblicher Teil der psychiatrischen Patienten von negativen Informationen in den veröffentlichten Medien beeinträchtigt. Insgesamt führt die Wahrnehmung negativer Einstellungen in der Umwelt dazu, dass die Betroffenen oftmals versuchen, die Erkrankung geheim zu halten. Allerdings leben viele gleichwohl in der permanenten Befürchtung, die Störung könne ihnen angemerkt werden und dies habe wiederum nachteilige Folgen für sie selbst. Man kann sich ohne weiteres vorstellen, wie die erlebte Stigmatisierung mit dazu beiträgt, die Rekonvaleszenz der Betroffenen zu verzögern oder zu verhindern. Wer ständig befürchtet, diskriminiert und diskreditiert zu werden, der geht potenziell gesundheitsförderliche Sozialkontakte beruflicher oder privater Art eben nicht so schnell ein.

Neben Menschen mit einer Psychose sind vor allem bei drogenabhängigen Menschen dieses Stigma und die aus der Stigmatisierung folgenden Konsequenzen zu beobachten, welche die Störung verstärken können (Schmidt et al. 1999). Bedingt durch die strafrechtliche Verfolgung des Konsums illegaler Drogen und seiner Begleitumstände (Prostitution, Beschaffungskriminalität etc.) wird die Abweichung von der sozialen Norm im Grunde weiter betrieben, da die Betroffenen sich fast ausschließlich in der illegalen Subkultur aufhalten können. Die deviante Selbstwahrnehmung mit weiterem Drogenkonsum wird zum Teil positiv konnotiert, sie ist eine Reaktion auf die Illegalisierung. Die Fortführung des Drogenkonsums ist somit durch die Umweltreaktion wesentlich mit angestoßen worden, allerdings ist die Abweichung nicht der entscheidende Grund für die Entstehung der Abhängigkeit. Ähnliches ließe sich auch für alkoholabhängige Menschen formulieren.

Gegen eine weitere Hypothese der *Labelling*-Theorie, dass Patienten, die sich dem psychiatrischen Behandlungssystem anpassen, Vorteile daraus ziehen, sprechen ebenfalls empirische Befunde. Patienten, welche die Einschätzung der Behandler nicht teilen, die sich selbst nicht als krank erleben, werden neueren Studien zufolge kürzer behandelt als Personen, die sich ‚krankheitseinsichtig‘

zeigen (Richter et al. 1999a). Dies mag, so legen jedenfalls die Berichte von Goffman (1973) nahe, in den Zeiten der totalen Institution anders gewesen sein, heute führt der Widerstand gegen die psychiatrische Behandlung eher zur Entlassung, so weit damit keine Risiken für den Patienten oder andere Personen verbunden sind. Insgesamt, so schließt auch Gove (1975) aus einer eingehenden Diskussion zum *Labelling*-Ansatz, habe die Theorie in den Zeiten der Internierung psychisch Kranker einige Evidenz besessen, mit der Modernisierung der Versorgung und der relativ schnellen Entlassung in die Gemeinde seien die Mechanismen aber grundlegend verändert worden. Eine solche Kontextabhängigkeit des *Labelling*-Theorie liegt in der Tat nahe und stellt damit die Generalisierbarkeit der Annahmen zweifelsohne in Frage.

Festzuhalten bleibt, dass aus der Sicht der psychiatrischen und der neueren soziologischen Forschung keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Psychiatrie nicht zu Recht von der Annahme der ‚Realität‘ psychischer Störungen ausgeht. Zweifelsohne bestehen bei der psychiatrischen Diagnostik sowie bei den sozialen Umständen, die zu einer psychiatrischen Behandlung führen, erhebliche Kontingenzen. Auffälliges Verhalten ist ein Risikofaktor für eine psychiatrische Behandlung. Diejenigen Menschen, die aufgrund auffälligem Verhalten durch ihre Umwelt zur Behandlung gebracht werden, weisen in der Regel aber eine psychische Störung auf. Die *Labelling*-Theorie hat, so weit kann man zusammenfassen, die Psychiatrie für stigmatisierende Folgen und potenziell negative Auswirkungen der Diagnose sensibilisiert, wengleich die ursprüngliche Intention einer eigenständigen soziologischen Theorie der Entstehung psychischer Krankheiten durch soziale Reaktionen nicht realisiert werden konnte.

Die konstruktionistischen Positionen sind in der Psychiatrie nur über einen relativ kurzen Zeitraum anschlussfähig gewesen, von den 1950er Jahren bis etwa zu Beginn der 1980er Jahre. Meine Vermutung ist, dass diese Entwicklung mit zwei entscheidenden Veränderungen in der Psychiatrie zusammenhängt. Die eine Veränderung betrifft die Versorgung psychiatrischer Patienten. Während noch in den 1950er und 1960er Jahren die psychiatrische Versorgung nahezu ausschließlich in den psychiatrischen Großkliniken stattfand, hat sich zumindest in den westlichen Ländern heute die Organisationsform der Gemeindepyschiatrie durchgesetzt. Wengleich psychiatrische Kliniken noch einen Anteil an der Versorgung haben, verlagert sich die Behandlung vom stationären Bereich zunehmend auf den ambulanten Sektor. Dies bedeutet etwa eine erhebliche Minderung der Behandlungsdauern verbunden mit einer vergleichsweise geringen Anzahl Menschen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt hospitalisiert sind. Während in den 1950er Jahren stationäre Behandlungsdauern von über 10 Jahren üblich waren (Hollingshead & Redlich 1975), tendieren die Verweildauern selbst hierzulande mittlerweile etwa gegen 10 Tage bei Alkoholismusbehandlungen. In den USA reduzierte sich die Anzahl der zu einem Stichtag hospitalisierten Patienten von über 500.000 im Jahre 1950 auf 61.000 im Jahre 1996 (Geller 2000). Gegen die konstruktionistische Argumentation (und auch gegen den *Labelling*-Ansatz) spricht zudem der Befund des hohen Anteils frei-

williger Patienten, die sich in psychiatrischen Kliniken behandeln lassen. Man müsste schon – wie bei Szasz gelegentlich durchscheint – von einer ubiquitären Verschwörung ausgehen, welche den Betroffenen einredet, sie seien psychisch krank, wenn man auch dies als einen Indikator für die These des Mythos der Geisteskrankheit halten würde.

Der zweite Anhaltspunkt für die nachlassende Aufmerksamkeit für konstruktivistische Positionen sind die grundlegenden Forschungen im Bereich der biologischen und genetischen Psychiatrie. Für nahezu alle schweren psychischen Erkrankungen wie die Schizophrenie, die depressive Störung oder den Alkoholismus sind in den letzten Jahren genetische und andere biologische Komponenten nachgewiesen worden, die ursächlich oder zumindest mitbeteiligt an der Entstehung der Krankheit sind. Die moderne Krankheitskonzeption sieht diese biologischen Anteile – je nach Störung unterschiedlich ausgeprägt – als Faktoren, die gemeinsam mit psychischen und sozialen Elementen das Risiko einer Erkrankung drastisch erhöhen und den Verlauf beeinflussen können. Die gegenwärtige Psychiatrie geht von einem multifaktoriellen bzw. von einem ‚biopsychosozialen‘ Modell der Entstehung und des Verlaufs der Krankheit aus (Richter et al. 1999b). Entgegen früheren Vermutungen ist heute bei jeder Form einer psychischen Störung von einer biologischen Mitbeteiligung auszugehen. Verändertes Denken und Verhalten, aber auch Lernen ist ohne biologische Basis und Anpassungen nicht möglich (Kandel 1998; Kandel 1999). Diese Befunde widersprechen – wie bereits oben angedeutet – Szazs zentralem Argument, psychische Krankheiten seien deshalb keine Krankheiten, weil kein körperliches Korrelat zu finden sei.

## Wie sicher sind psychiatrische Diagnosen?

Psychiatrische Diagnosen sind seit Jahrzehnten Gegenstand der öffentlichen Diskussion. Wie kaum eine zweite medizinische Disziplin kennt die Psychiatrie Einflussnahmen von außen auf die Definition und die Klassifikation der Krankheitsbilder. Interessengruppen haben sich in der Vergangenheit sowohl für die Streichung als auch für die Aufnahme bestimmter Diagnosen gegen die im psychiatrischen Wissenschaftssystem herrschende Mehrheitsmeinung durchsetzen können. Prominenteste Streichung war die Diagnose Homosexualität nach Protesten liberaler Bürgerrechtler in den Vereinigten Staaten. Prominenteste Aufnahme war die posttraumatische Belastungsstörung, die von Aktivisten der Vietnam-Veteranen gegen das psychiatrische Establishment durchgesetzt wurde (Kutchins & Kirk 1997).

Der Einfluss psychiatrischer Klassifikationssysteme auf die therapeutische und medizinische Praxis ist erheblich. Nur solche Diagnosen, die in den anerkannten Systemen auftauchen, sind mit der Sozialversicherung abzurechnen oder aber justiziabel vor Gericht. Der Schriftverkehr zwischen Kliniken, niedergelassenen Therapeuten und Gutachtern bezieht sich auf die festgestellte

Diagnose. Nicht zuletzt wollen Patienten und Klienten, aber auch deren Angehörige und Freunde, wissen, an welcher Krankheit oder Störung sie leiden. Auf der anderen Seite sind psychiatrische Diagnosen nach wie vor in der Lage, die betroffenen Menschen zu stigmatisieren und ihre Lebenschancen und damit die Lebensqualität negativ zu beeinflussen.

Zudem ist die Bedeutung sicherer Diagnosen für die Planung der psychiatrischen Versorgung nicht zu unterschätzen. Nur zuverlässige Diagnosen können den Bedarf psychiatrischer Interventionen sicher abschätzen lassen. Angesichts dieser großen Bedeutung der psychiatrischen Diagnose dürfte zu erwarten sein, dass die Kriterien für die Feststellung einer Diagnose sowohl Reliabilität als auch Validität beanspruchen können. Unter der diagnostischen Reliabilität versteht man die Eigenschaft, dass ein möglichst großer Kreis von Therapeuten die gleiche Diagnose erschließen kann. Unter der diagnostischen Validität soll der Rückschluss der Diagnose auf eine Krankheitsentität verstanden werden: Ist diese Diagnose wirklich in der Lage, eine fest umrissene Krankheit zu beschreiben?

Die beiden großen psychiatrischen Klassifikationssysteme der westlichen Welt, das *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)* der US-amerikanischen psychiatrischen Fachgesellschaft APA sowie das entsprechende Kapitel der *International Classification of Diseases (ICD)* der Weltgesundheitsorganisation, konvergieren in der Methodik in ihren jüngsten Versionen deutlich. Der Schwerpunkt beider Systeme liegt auf einer reliablen Operationalisierung der Störungen bzw. Krankheiten über die Symptomatik. Dahinter liegt der Versuch, theoretische Diskussionen über die Ätiologie der Krankheiten zu ignorieren und statt dessen über die Phänomenologie auf eine Störung zu schließen.

Bis zur Veröffentlichung der Versionen DSM-III im Jahre 1980 und ICD-10 im Jahre 1992 waren die Kriterien psychiatrischer Diagnosen eher unscharf umrissen. Dieser Umstand hatte zur Folge, dass die Validität, insbesondere aber die Reliabilität der Diagnosen nur schwer herzustellen waren. Psychiatrische Diagnosen genossen außerhalb der Fachwelt nur geringe Anerkennung. Sie waren mit dem Beigeschmack der Willkürlichkeit und der Intransparenz behaftet. Dieser Eindruck wurde unterstützt durch die theoretische Heterogenität der Grundlagen, nach denen die Therapeuten arbeiteten. Psychodynamik, Verhaltenstheorie, Sozialpsychiatrie oder Neurobiologie ließen Forschung und Praxis nicht selten zu verschiedenen Urteilen über Krankheitsbilder und damit auch über Diagnosen kommen.

Bei Diagnosen handelt es sich um semantische Beschreibungen von Krankheiten. Die Betonung auf dem Begriff Semantik soll deutlich machen, dass Diagnosen nicht über die direkte Beobachtung von Krankheiten bestimmt werden, sondern in erster Linie durch das Wissenschaftssystem beeinflusst werden. Diagnosen sind soziale Konstrukte des Wissenschaftssystems. Diese Feststellung besagt aber nicht von vornherein, dass Diagnosen nutzlos oder gar schädlich sind. Wie oben gezeigt wurde, ist die Tatsache der sozialen Konstruktion nicht mit der Nicht-Existenz von Objekten gleichzusetzen bzw. nicht als Fiktion mit einer negativen Konnotation zu kennzeichnen. Eine gern benutzte Analogie

macht die potenzielle Nützlichkeit von Diagnosen deutlich: Landkarten sind nicht das Territorium, aber wenn sie das Territorium abbilden können, dann dienen sie zweifelsohne der Orientierung. Genauso können Diagnosen bei der Orientierung in der Landschaft der Psyche durchaus nützlich sein, vorausgesetzt, sie bilden diese Landschaft valide ab (Tien & Gallo 1997).

Soziale Konstrukte unterliegen sozialen Einflüssen. Die Entwicklung und die Einflüsse auf Klassifikationssysteme sind am Beispiel des DSM verschiedentlich beschrieben worden (Kutchins & Kirk 1997). Selbst diese vermeintlich ‚objektiven‘ Ansätze entgehen den sozialen Konstruktionsprozessen selbstverständlich nicht. Gerade die Methode der sogenannten prozeduralen Validierung des DSM macht die möglichen Fehlschlüsse aufgrund des sozialen Konstruktionsprozesses besonders deutlich (Mirowsky 1990). Frühere Versuche, mittels statistischer Verfahren Symptomcluster zu finden, die auf eine Diagnose schließen lassen könnten, sind in der Regel gescheitert. Das spätere Verfahren beruht auf der Herstellung eines Expertenkonsensus. Auf diese Weise soll die Reliabilität verbessert werden. Mit einem solchen Verfahren kann man, wie Mirowsky (1990) herausgestellt hat, natürlich auch Diagnosen wie die mittelalterliche Hexerei zuverlässig reproduzieren. Es bedarf hierzu lediglich klarer Verfahrensanweisungen, aufgrund welcher Symptome die diagnostischen Schlüsse zu ziehen sind. Ein solches Konstruktionsverfahren trägt zwar zur Validierung des Diagnosemanuals bei, keinesfalls sichert es aber die Validität der Diagnosen.

Die Beeinflussbarkeit durch Interessengruppen und persönliche Präferenzen ist in der Psychiatrie offenbar eher möglich, weil hier eindeutige Ätiologien nur selten hergestellt werden können. Die Kontingenzen der psychiatrischen Diagnosestellung sind daher erheblich größer als dies in der somatischen Medizin der Fall ist. Die Möglichkeit der Interpretation und der verzerrten Wahrnehmung durch Einflüsse therapeutischer Schulen ist in der Psychiatrie deutlich mehr gegeben als in anderen medizinischen Disziplinen (Brown 1995).

Die Kontingenzen in der Diagnosestellung werden deutlich, wenn man sich die verschiedenen Traditionen der angelsächsischen und der deutschsprachigen Psychopathologie vergegenwärtigt (Peters 1994). Die deutsche Tradition kannte eine eher deduktiv-holistisch zu nennende Herangehensweise (Wienbruch 1996). Hier stand vor der Sammlung der Symptome die Benennung der Krankheit. Erst dann wurde die Symptomatik erfasst und mit dem Gesamteindruck des kranken Menschen zusammengefügt. Demgegenüber geht die angelsächsische Tradition eher nach dem Muster vor, das in den meisten Bereichen der somatischen Medizin üblich ist (Gross & Löffler 1997). Die diagnostischen Schritte beginnen hier mit der Sammlung von Befunden und anamnestischen Daten, die bewertet werden, um anschließend induktiv eine Diagnose zu bestimmen. Da körperliche Befunde bisher nur wenig Aufschlüsse innerhalb der psychiatrischen Diagnostik bringen konnten, werden in den neueren Klassifikationssystemen (DSM-III ff. und ICD-10) Symptome gesammelt, die (im DSM ab einem Schwellenwert) dann den Wert der Krankheit feststellen lassen.

Das Unbehagen bzw. auch die Kritik, die Kliniker im deutschsprachigen Raum gegenüber den neuen Klassifikationssystemen äußern, haben zwei-

felsohne auch ihre Hintergründe in den verschiedenen wissenschaftlichen Traditionen, die gerade beschrieben wurden. Die wissenschaftliche Kritik (Zusammenfassung bei: Mundt & Spitzer 1999) sieht als übergeordneten Vorbehalt die Einbindung der Psychopathologie in die Psychiatrie, das heißt, den Verlust einer ‚reinen Psychopathologie‘. Diese Entwicklung habe zwar die gesamte Disziplin wieder mehr in die Medizin hineingeführt, dies aber um den Preis der Instrumentalisierung der Psychopathologie durch eine biologisch orientierte Psychiatrie. Weiterhin wird die Vernachlässigung klinischer Evidenzen zugunsten einer Ideenverarmung kritisiert.

Der zuletzt genannte Punkt der klinischen Evidenz spiegelt sich in einem weiteren Argument gegen die derzeitigen Klassifikationssysteme wider. Einer der am häufigsten genannten Einwände ist die Kategorialität der Diagnose. Erst ab einem bestimmten Schwellenwert ist die Symptomatik im DSM wirklich krankheitswertig. Hierdurch wird implizit der Eindruck geweckt, die betreffenden Menschen seien mit der Feststellung von ‚Krankheit‘ qualitativ unterschiedlich gegenüber denjenigen, die diese Kriterien nicht vollständig erfüllen (Sher & Trull 1996). Darüber hinaus lassen sich weitere Schwierigkeiten in diesem Zusammenhang erkennen. Zum einen stellt sich die Frage der Abgrenzung komorbider Störungsbilder. Offenbar bestehen diagnostische Affinitäten zwischen einzelnen Krankheitsbildern, etwa zwischen Angststörungen einerseits und Depression, Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen andererseits (Clark et al. 1995). Komorbidität ist zwar weitverbreitet, unterliegt aber keiner zufälligen Verteilung. Hier stellt sich die Frage, ob die nach den Klassifikationssystemen als unterschiedlich eingestuften Krankheitsbilder nicht doch zusammengehören. Zum anderen lässt sich eine deutliche Heterogenität der Symptome – etwa bei der Schizophrenie – feststellen, so dass hier die Frage zu stellen ist, ob sich dahinter Subtypen (wie derzeit in den Klassifikationssystemen unterstellt) oder aber unterschiedliche Krankheiten verbergen.

An dieser Stelle macht sich das gegenüber der Reliabilität der Diagnose über lange Zeit vernachlässigte Problem der Validität bemerkbar. Studien zur Validität der Einheit der schizophrenen Störungen nach DSM beispielsweise haben nur mäßigen Erfolg gezeitigt. Weder durch neurobiologische noch durch populationsgenetische Methoden konnte das gesamte Spektrum der schizophrenen Störungen überzeugend validiert werden (Nathan & Langebuecher 1999). Die klinischen Erfahrungen decken sich oftmals nicht mit den Kriterien der Klassifikationssysteme und stoßen sich vor allem an der Kategorialisierung von Krankheit vs. Nicht-Krankheit mittels eines Schwellenwertes. Aus klinischer Sicht wäre eine dimensionale Sichtweise psychischer Krankheiten zweifelsohne vorzuziehen.

Mit diesen Feststellungen lässt sich die These der Unsicherheit psychiatrischer Diagnosen stützen. Der Einfluss der Perspektive ließ sich zunächst vor dem Hintergrund des Unterschieds der kontinentalen gegenüber der angelsächsischen Psychopathologie zeigen. Weiterhin hat die Kritik, die insbesondere gegen das DSM vorgebracht wurde, deutlich gemacht, dass mit dem einflussreichsten Klassifikationssystem der westlichen Welt nach wie vor erhebliche Probleme

verbunden sind. Abschließend sollen einige mögliche Alternativen zur gegenwärtigen Praxis psychiatrischer Diagnosen diskutiert werden.

## **Gibt es Alternativen zur heutigen Praxis psychiatrischer Diagnosen?**

Die psychiatrischen Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 kennen (mit der Ausnahme der allgemeinen und der posttraumatischen Belastungsreaktionen sowie hirnorganisch bedingter Störungen) keine ätiologischen Überlegungen. Auf die Nosologie wird zugunsten einer vermeintlich theoriefreien und reliablen Operationalisierung verzichtet, die zweifelsohne an den seit geraumer Zeit zu verspürenden biologischen Trend in der Psychiatrie relativ gut anschlussfähig ist (Brown 1990). Stünde eine anerkannte Nosologie psychischer Krankheiten zur Verfügung, so würde sie natürlich auch die Klassifikation bestimmen. Einige Autoren lassen in der jüngeren Zeit die Hoffnung erkennen, dass mit den Erkenntnissen der Neurobiologie und der Genetik sich auch die Diagnosepraxis verbessern ließe (Csernansky & Posener 1999; Tien & Gallo 1997). Dies betrifft zum einen bildgebende Verfahren, zum anderen biologische Marker. Die Chancen für eine solche Veränderung der Diagnostik scheinen momentan günstiger denn je zu stehen. Die von Eric Kandel (1998; 1999) geäußerte Ansicht, es gebe keine psychischen Erkrankungen ohne biologische Beteiligung, wird heute zunehmend akzeptiert.

Ob psychische Erkrankungen in Zukunft aber ausschließlich durch biologische Verfahren valide und reliabel diagnostiziert und besser klassifiziert werden können, daran bestehen allerdings große Zweifel. Bislang ist es keinem biologischen Verfahren gelungen, eine eindeutige Verbindung zwischen neurophysiologischen Vorgängen und mentalen Phänomenen herzustellen und eine der größeren psychiatrischen Diagnosen als Entität sicher zu beschreiben. Dies ist angesichts der Schnittstellen zwischen biologischem und psychischem System auch nicht zu erwarten (Richter et al. 1999b). Offenbar sind die Verhältnisse weitaus komplizierter, als dies früher angenommen wurde (Richter 1999a), so dass die relevanten Informationen sich zwischen den Systemen nicht in einer Eins-zu-Eins-Relation übersetzen lassen. Kapitel 4 wird sich mit dieser Thematik ausführlich auseinandersetzen

Sichere biologische Verfahren stehen auch auf längere Sicht nicht für die Praxis zur Verfügung, daher müssen Alternativen für eine verbesserte Klassifikation entwickelt werden. Im Zusammenhang mit der derzeitigen Krise der psychiatrischen Epidemiologie, die in zwei aufwendigen Feldstudien in den Vereinigten Staaten zu deutlich unterschiedlichen Prävalenzraten in der Bevölkerung gekommen ist (Wakefield 1999), wurde diskutiert, ob von der Diagnose auf Behandlungsnotwendigkeit geschlossen werden kann. In Ergänzung zur klinischen Diagnose ist von Üstün et al. (1998) vorgeschlagen worden, Funktionseinschränkungen und Behinderungen bei der Feststellung von Behandlungs-

notwendigkeit mit zu berücksichtigen, wie dies derzeit in Instrumenten zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität enthalten ist.

Ein solches Vorgehen wäre auch in der Lage, das Dilemma der kategorialen vs. dimensional-diagnose zumindest ansatzweise zu lösen. Aus klinischer Sicht ist die kategoriale Perspektive zweifelsohne von Nachteil. Die Behandlungsbedürftigkeit von Menschen passt selten exakt zu den vom Klassifikationssystem geforderten Kriterien. Auf der anderen Seite wird sowohl von der Umwelt als auch von der Psychiatrie selbst erwartet, als Teil des Medizinsystems möglichst eindeutig zwischen krank und gesund unterscheiden zu können und diese Unterscheidung auch für Dritte (z.B. Sozialversicherungen) nachvollziehbar zu machen (Luhmann 1990a). Ergänzende Angaben zur Funktionsfähigkeit und zu Alltagsbeschränkungen könnten die offenbar notwendige kategoriale Einschätzung sinnvoll ergänzen.

Zudem sind Reduktionen hinsichtlich der Breite der Diagnosen in den Klassifikationssystemen sicherlich sinnvoll. Kutchins und Kirk (1997: 250) haben dies etwa an dem Störungsbild des hypoaktiven sexuellen Begehrens im DSM-IV deutlich gemacht. Hier und bei einigen anderen Diagnosen wird nicht ausreichend zwischen einer psychischen Störung und Alltagsverhalten unterschieden. Diese Kritik gilt sicherlich für einige Diagnosen, nicht aber generell, wie dies beispielsweise von Thomas Szasz propagiert wird. Dennoch wäre es angezeigt, sich auf solche Diagnosen zu beschränken, bei denen ein überwiegender Konsens unter Praktikern zu erkennen ist.

Die meisten psychiatrischen Diagnosen, soviel bleibt festzuhalten, sind weniger ‚sicher‘ als Diagnosen anderer medizinischer Disziplinen. Psychiatrische Diagnosen sind wie alle medizinischen Diagnosen soziale Konstrukte. Nicht die Feststellung des sozialen Konstrukts gemäß der antipsychiatrischen Kritik macht die psychiatrische Diagnose somit unsicherer als andere, sondern die Tatsache, dass es innerhalb des Wissenschaftssystems vielfältige Unsicherheiten in der Ätiologie und auch in der Nosologie psychischer Krankheiten gibt. Diese Unsicherheiten werden durch Klassifikationssysteme, die eine durchgängige Systematik suggerieren, eher verdeckt. Faktisch hat sich die Sicherheit psychiatrischer Diagnosen, wenn man das Kriterium Validität und nicht Reliabilität heranzieht, nicht erhöht. Gleichwohl sind psychiatrische Diagnosen unentbehrlich. Sie erleichtern die Kommunikation innerhalb des Gesundheitssystems und zwischen Therapeuten und Patienten. Die große Herausforderung bestand in der Vergangenheit und besteht auch weiterhin darin, psychiatrische Diagnosen für Beobachter außerhalb der Psychiatrie und auch für Patienten plausibel nachvollziehbar zu machen.

## Psychische Krankheiten sind ‚real‘

Die These, psychische Krankheiten seien eben keine Krankheiten, sondern lediglich soziale Konstrukte, ist in der Psychiatrie nicht mehr anschlussfähig. Sie war es so lange und so weit, wie die psychiatrische Versorgung als ‚totale Institution‘ auftrat und kaum effektive Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung hatte. Für diese Zeit kann der Eindruck der ‚Bestrafung‘ für nicht angepasstes Verhalten in der Tat nicht für alle Betroffenen von der Hand gewiesen werden. Gegenwärtig nehmen auch Organisationen der Betroffenen zunehmend die Position ein, dass es in der Psychiatrie um Krankheiten geht. Innerhalb der Bewegung der Betroffenen und Nutzer psychiatrischer Einrichtungen gibt es sogar starke Tendenzen, sich mit der pharmazeutischen Industrie zu verbünden, um effektive Behandlungsmöglichkeiten zu erhalten (Peschel & Peschel 1996). Und auch viele Angehörige psychisch Kranker setzten auf die biologische Karte: Die empirisch fundierte These von der starken Mitwirkung des sozialen Familienklimas als Auslöser von Psychosen stößt unter Angehörigen auf großen Widerstand (Mechanic 1995). Betroffene und Angehörige sind mehr denn je von der biologischen Grundlage psychischer Störungen überzeugt.

Aus soziologischer und epistemologischer Perspektive, aber eben auch aus der Betroffenen-Perspektive muss zwar nicht der Hypothese widersprochen werden, Krankheiten seien soziale Konstrukte, aber der Hypothese, es gebe keine psychischen Krankheiten. Die erkenntnistheoretische Diskussion sollte deutlich gemacht haben, dass Aussagen jeder Art soziale Konstrukte sind und heute nicht mehr zwischen ‚konstruierter‘ Realität und ‚realer‘ Realität unterschieden werden kann. Soziale Konstrukte sind real, und sie erzeugen ihre realen Konsequenzen. Vor diesem Hintergrund wird auch der ontologisierende Sprachgebrauch hinsichtlich psychischer Störungen in der Psychiatrie und anderen Wissenschaftsgebieten verständlich. Im Alltag, auch im Alltag der Wissenschaft und des Gesundheitswesens, kann nicht mit jeder Nennung einer Diagnose immer zugleich die epistemologische Relativität thematisiert werden. Das findet in anderen sozialen Bereichen ebenfalls nicht statt. Der Glaube an ‚Liebe‘ ist nach wie vor weit verbreitet, und es gibt viele Intimsysteme, welche diese Semantik regelmäßig benutzen. Dennoch kann dieser vielfältige Gebrauch nicht über die sozialhistorisch gut nachweisbare Konstrukthaftigkeit der ‚Liebe‘ hinwegtäuschen (Luhmann 1982).

Damit sind natürlich die historischen und situationsgebundenen Kontingenzen in der psychiatrischen Diagnostik, Klassifikation und Behandlung nicht zu leugnen. Nach wie vor gibt es erhebliche Unsicherheiten in diesem Zusammenhang. Im Zuge der Weiterentwicklung der psychiatrischen Diagnosemanuale ist diese Thematik wieder diskutiert worden. So haben Mirowsky und Ross (1989) es als quasi religiösen Glauben bezeichnet, dass diagnostische Entitäten wie Depression oder Schizophrenie existierten. Sie unterscheiden zwischen der realen schlechten Befindlichkeit Betroffener und nicht realen psychiatrischen Diagnosen; letztere würden aufgrund ihrer medizinischen Einstufung (krank/nicht krank) nur zu einem Informationsverlust und nicht zu einem besseren

Verständnis der Störung führen.

Sollte dies aber das Konzept der psychischen Erkrankung grundsätzlich ins Wanken bringen? Für diesen Schluss gibt es nach der hier abgehandelten Diskussion kaum noch Argumente. Der kanadische Philosoph Ian Hacking (1999) hat jüngst vorgeschlagen, zwischen der zugrundeliegenden Neuropathologie und der Semantik psychischer Erkrankungen zu unterscheiden. Wie die Krankheitsbilder auch immer benannt werden, es scheint festzustehen, dass sich dahinter gewisse neuropathologische Konstellationen verbergen. Für diesen Vorschlag spricht auch der empirische Befund, dass verschiedene psychische Krankheiten mit unterschiedlichen Medikamenten behandelt werden können. Antidepressiva sind eben erfolgreicher bei der Behandlung einer Erkrankung namens Depression als bei der Behandlung einer schizophrenen Psychose (Klerman 1989). Aus diesem Grund liegt es auch nahe, Symptome zu Diagnosen zu klassifizieren. Ein Verzicht auf solche, wenn auch mit Unsicherheiten behafteten Einteilungen, brächte erheblich mehr Nachteile als Vorteile mit sich, wenn man die sozialen Funktionen psychiatrischer Diagnosen mit in die Kalkulation einbezieht.

Abschließend sei auf eine ebenfalls von Hacking (1999) stammende Einstufung konstruktivistischer Positionen hingewiesen, die sich auf die Problematik der Psychiatrie anwenden lässt. Hacking sieht folgende drei, in ihrer Radikalisierung zunehmende, Grundpositionen:

(1) „X hätte nicht existieren müssen oder müßte keineswegs so sein, wie es ist. X – oder X, wie es gegenwärtig ist – ist nicht vom Wesen der Dinge bestimmt; es ist nicht unvermeidlich.“

(2) „X ist, so wie es ist, etwas Schlechtes.“

(3) „Wir wären sehr viel besser dran, wenn X abgeschafft oder zumindest von Grund auf umgestaltet würde.“ (Hacking 1999: 19)

Für viele Konstruktionisten ergibt sich Satz (3) notwendig aus Satz (1). Die Beobachtung der sozialen Konstruktion von X wird mit der Möglichkeit bzw. Notwendigkeit der Abschaffung von X verbunden.

Selbst Satz (1) ließe sich nur mit Einschränkungen auf die Problematik der Psychiatrie, nämlich auf die Frage der Versorgungspraxis und die Frage der Semantik psychischer Erkrankungen übertragen. Sicherlich sind die Versorgungspraxis und auch die Semantik, also die Klassifikation, Diagnostik und Nosologie psychischer Krankheiten, von erheblichen Kontingenzen bestimmt. Sie müssen nicht notwendigerweise die Merkmale tragen, die sie heute prägen. Satz (2) ist im Zusammenhang mit der Psychiatrie als politische Position zu lesen, über die sich zweifellos trefflich streiten lässt. Allerdings ist damit nicht notwendig ein Rückschluss auf die Frage der Existenz psychischer Krankheiten und der Forderung nach Abschaffung der Psychiatrie verbunden. Der Vorschlag (3), die Psychiatrie abzuschaffen, weil psychische Krankheiten nicht existieren, wie etwa er von Szasz gemacht worden ist, ergibt sich nicht zwingend aus der Tatsache der kontingenten Entwicklung der Psychiatrie und der Semantik psychischer Krankheiten.

Zusammengefasst heißt das: Aus der Eigenschaft der sozialen Konstruktion

der Psychiatrie und der mit ihr verbundenen Semantik psychischer Krankheiten lässt sich die Forderung nach Abschaffung der Psychiatrie nicht ableiten. Konstrukthaftigkeit von X ist kein Argument für die Nicht-Existenz von X. Da wir über die Realität von Dingen nur aus der Perspektive sozialer Systeme (oder mit Putnam philosophisch gesprochen: aus der Perspektive eines Internen Realismus) urteilen können, sind unsere Urteile sämtlich sozial konstruiert. Wenngleich nach der erkenntnistheoretischen und soziologischen Diskussion heute nicht mehr mit ontologischer Sicherheit von der Existenz psychischer Krankheiten ausgegangen werden kann, sind psychische Krankheiten dennoch real und bedürfen einer sozial konstruierten und doch realen Behandlung.

## Anmerkungen

<sup>1</sup> Vorarbeiten zu diesem Kapitel wurden bereits als (Richter 2000a) und (Richter 2000b) veröffentlicht.

<sup>2</sup> Interessanterweise argumentieren beide Ansätze – politisch gesehen – von einem nicht-konservativen Standpunkt. Während im sozialpsychiatrischen und epidemiologischen Ansatz die Thematik der sozialen Ungleichheit angesprochen wird, steht im Konstruktivismus die Machtfrage implizit oder explizit im Hintergrund. Eine ähnliche Auseinandersetzung stellt die eingangs beschriebene Kontroverse um den Physiker Sokal dar, der postmodernen Ansätzen konservative Politikstrategien aufgrund ihrer ‚relativistischen‘ Positionen vorwirft (Sokal & Bricmont 1999).

<sup>3</sup> In der Philosophie ist die sprachliche Wende maßgeblich von Ludwig Wittgenstein beeinflusst worden, der schon im Jahre 1930 den Zusammenhang zwischen Sprache und Realität folgendermaßen problematisierte: „Wenn man aber sagt: Der Philosoph muß aber eben in diesen Kessel hinuntersteigen und die reine Realität selbst erfassen und ans Tageslicht ziehen so lautet die Antwort daß er die Sprache hinten lassen müßte und daher unverrichteter Dinge wieder heraufkommt.“ (Wittgenstein 1994: 3) (Interpunktion wie im Original)

<sup>4</sup> Mit dieser Aussage sind die erkenntnistheoretischen Probleme einer radikal-konstruktivistischen Argumentation, wie sie in diesem Kapitel vertreten wird, letztlich natürlich nicht gelöst. Es sei an dieser Stelle verwiesen auf die Diskussion der Problematik aus einer semiotischen Perspektive, wie sie Umberto Eco vorgenommen hat. Eco (Eco 2000: 62ff.) fragt nach den Resistenzlinien des Seins, die möglicherweise einen ‚harten Sockel‘ bilden, an dem sich die Sprache ‚festfressen‘ kann. Eine dieser Resistenzlinien ist, so Eco plausibel, ohne Zweifel der Tod, dessen Realität uns zwangsläufig einholen wird.

<sup>5</sup> Damit lösen sich die *Science Wars* epistemologisch in ein Beobachterproblem auf, haben Fuchs und Marshall m.E. zu Recht betont: „In observing how some science constructs, the constructivist observer cannot contribute to that science, only to his own .... This means that constructivism has nothing to say about the ‚truth‘ of the science it observes.“ (Fuchs & Marshall 1998: 8)

<sup>6</sup> „When we talk about ‚mental illness‘ our language is not faulty or flawed. Nothing is wrong with this talk. It is not illogical or irrational, we understand what we are saying and we are able usefully to continue with our actions. (...) We use ‚mental illness‘ in a coherent way that allows us to talk about matters with which psychiatry deals.“ (Bowers 1998: 165)

## 2. Interniert die Psychiatrie als totale Institution abweichendes Verhalten?

In kaum einem zweiten Bereich der Medizin hat die Soziologie so weitreichende Auswirkungen gehabt wie in der Versorgung psychisch kranker Menschen. Insbesondere das psychiatrische Krankenhaus hat als Objekt der Forschung eine Vielzahl soziologischer Untersuchungen angeregt. In der Regel wurde die psychiatrische Klinik negativ bewertet und unter Gesichtspunkten der Bestrafung und Ausschließung der Betroffenen durch die soziale Umwelt gesehen. Diese – fast stereotyp zu nennende – Bewertung durch die soziologische Literatur beginnt mit den schon zitierten Untersuchungen Foucaults über die Konstruktion von Geisteskrankheiten durch die psychiatrischen Einrichtungen und findet ihren Höhepunkt in den 1960er Jahren mit der Publikation von Erving Goffman's Buch *Asyle* (Goffman 1973), in dem die These vertreten wird, psychiatrische Kliniken seien totale Institutionen und unterschieden sich in dieser Hinsicht nicht von Gefängnissen und sogar Konzentrationslagern. Für den vorliegenden Zusammenhang ist entscheidend, dass mit dieser These eine zweite, zumindest implizite Aussage verbunden war, die darauf hinaus lief, dass die dort internierten Menschen eben nicht wegen psychischer Störungen eingewiesen worden waren, sondern lediglich wegen irgendeines nicht normkonformen Verhaltens. Sowohl Foucault als auch Goffman werden neben den oben schon vorgestellten Thomas Szasz und Thomas Scheff zu Leitfiguren der sogenannten *Anti-Psychiatrie*.

Die nachfolgenden Ausführungen dieses Kapitels verfolgen zwei Ziele. Zum einen soll der wirklich erhebliche Einfluss soziologischer Analysen und Argumente auf die psychiatrische Versorgungspraxis nachvollzogen werden. Diese Erfolgsstory ist zumindest hierzulande bisher kaum innerhalb der Soziologie zur Kenntnis genommen worden, weder in ihrem Erfolgsteil, noch in dem Teil, der heute spürbar ist und der eben auch erhebliche Missstände und Nachteile für die betroffenen Menschen offenbart. Die angedeuteten Nachteile sind zumindest teilweise auf konzeptionelle Missverständnisse und Fehlschlüsse zurückzuführen, die mit der soziologischen Absage an das psychiatrische Krankheitskonzept zusammenhängen. Zum zweiten sollen daher die aus der soziologischen Literatur gezogenen Schlüsse und Fehlschlüsse für die psychiatrische Versorgung und für das Krankheitskonzept verdeutlicht werden.

Gegenstand der teilnehmenden Beobachtung Goffmans, die er in *Asyle* niederschrieb, waren seine Erlebnisse in einer der großen psychiatrischen Kliniken der Vereinigten Staaten, dem St. Elizabeth's, in Washington, D.C., mit 7000 Betten zu dieser Zeit. Diese Einrichtung gehörte mit vielen anderen Institutionen auf dem amerikanischen und auf dem europäischen Kontinent zu psychiatrischen Einrichtungen, die seit Mitte des 19. Jahrhunderts zunehmend gebaut und mit vielen Patienten belegt wurden. Psychiatrische Asyle existierten schon

seit dem Ende des Mittelalters in vielen Staaten Europas, spielten jedoch bis in die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts nur eine marginale Rolle im Umgang mit psychisch Kranken, Abweichenden, Verrückten oder Unmoralischen, wie man die Betroffenen auch jeweils genannt haben mag.

Entgegen den Feststellungen Foucaults, der den Beginn der „große(n) Gefangenschaft“ der Personen mit abweichendem Verhalten auf die Mitte des 17. Jahrhunderts datierte (Foucault 1973: 68ff.), waren diese Einrichtungen zu diesem Zeitpunkt aufgrund ihrer geringen Zahl und Größe überhaupt nicht in der Lage, einen derartig weitreichenden Einfluss auf die ‚Bewältigung‘ abweichenden Verhaltens zu nehmen. Sowohl in England, als auch in Frankreich und Deutschland waren noch um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert jeweils nur eine kleine Zahl von Menschen überhaupt in den Asylen kaserniert (Shorter 1997: 5ff.). Auch ein weiterer Grundpfeiler der Foucaultschen Argumentation hat sich empirisch als nicht korrekt herausgestellt. Während bei Foucault die staatlichen Einrichtungen eine zentrale Rolle bei der Organisation und Institutionalisation der Asyle spielten, waren es vielerorts private Institutionen, die sich der Behandlung der psychisch Kranken und geistig Behinderten widmeten.

Der Aufstieg des psychiatrischen Krankenhauses vollzog sich nahezu exakt während einhundert Jahren von der Mitte des 19. zur Mitte des 20. Jahrhunderts. Mit der zunehmenden Bedeutung der Klinik bei der Bewältigung sozialer und medizinischer Problemstellungen begann jedoch zugleich der Abstieg in die Inhumanität der Behandlung. Das Asyl reflektierte anfänglich den Optimismus säkularer und religiöser Reformchancen, viele Asyle wurden mit einem explizit religiösen Hintergrund geleitet. Diese Reformen, so waren viele Beteiligte überzeugt, konnten sich auch auf die Persönlichkeit der Patienten erstrecken. Im Zuge der Aufklärung wurde Institutionen vor dieser Zeit die mögliche Eigenschaft von Heilung durchaus zugesprochen, dies geschah im weiten Rahmen der Projektierung der Verbesserung der Zustände durch soziale, politische und medizinische Maßnahmen (Shorter 1997: 8). Die vollkommene Umweltkontrolle durch die Institution, so wurde erhofft, sei in der Lage, die Krankheit zu bewältigen, während die Familienatmosphäre eher zum Aufwallen der Gefühle beitragen würde (Porter 1997: 272). Es handelte sich gewissermaßen um die Realisierung quasi-utopischer Modelle mit dem Asyl als Mikrokosmos einer perfekten Gesellschaft. Die tägliche Routine sollte durch das Setzen von Grenzen und die Fokussierung auf bestimmte Dinge den Patienten in die Lage versetzen, das eigene Leben wieder mehr in die Hand zu nehmen. Der Tagesablauf selbst wurde als therapeutisch betrachtet. Darüber hinaus wurde etwa melancholischen Patienten empfohlen, zu arbeiten, sich mit Kunst, Poesie oder Musik zu beschäftigen und Freunde zu besuchen (Rosenblatt 1984). Moderne therapeutische Ansätze wie Arbeits- und Beschäftigungstherapie oder auch Kreativtherapien wurden hier gleichsam vorweggenommen.

Eine weitere Komponente der Behandlung – neben dem seit früheren Zeiten bekannten Aderlass und anderen älteren Methoden – war die sogenannte moralische Therapie (Porter 1997: 273; Shorter 1997: 18ff.). Es handelte sich dabei um eine Frühform der Psychotherapie, die etwa darauf abzielte, depressiven

Patienten wieder Hoffnung zu vermitteln. Gegenüber früheren Praktiken wurde auf Gewaltanwendung als Mittel der Therapie nunmehr verzichtet, Gewalt sollte allenfalls zur Gefahrenabwehr eingesetzt werden. Stattdessen wurden die Bedürfnisse der Patienten als therapeutische Ressourcen entdeckt. Im Englischen wurde auch der Begriff 'moral management' verwendet, weil damit ein der Leitung eines Industrieunternehmens vergleichbares Vorgehen intendiert war, mit dem zielgerichtet ein Erfolg beim Patienten erreicht werden sollte.

Welche Faktoren sind für den Niedergang der psychiatrischen Kliniken verantwortlich? Aus welchen Gründen sind die einstmals humanistischen Motive und die von der Aufklärung geleiteten therapeutischen Prozesse in den Kliniken verlorengegangen? Der Medizinhistoriker Edward Shorter sieht für diesen Umstand eine zentrale Ursache: den dramatischen Anstieg der Aufnahmen in die Kliniken in der westlichen Welt in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. So stieg etwa in Deutschland die Rate der in psychiatrischen Kliniken internierten Personen von 1:5000 im Jahre 1852 auf 1:500 im Jahr 1911 (Shorter 1997: 47). Ähnliche Entwicklungen waren auch in England und in den Vereinigten Staaten zu registrieren. Hinter dieser Entwicklung sieht Shorter wiederum zwei treibende Kräfte. Zum einen vollzog sich demnach eine Umverteilung der Kranken aus den Familien in die Kliniken. Die moderne Familie des 19. Jahrhunderts, so Shorter, sei in dem Maße, wie sie sich zunehmend als emotionale Einheit erlebte, weniger bereit gewesen, störende Familienmitglieder zu tolerieren. Ähnliche Umverteilungen sind offenbar auch aus Arbeitshäusern und Gefängnissen passiert. Letztere wurden zunehmend als inadäquate Einrichtungen für psychisch Kranke realisiert. Die psychiatrisch Tätigen dieser Zeit waren davon überzeugt, dass psychiatrische Einrichtungen im Vergleich zu den barbarischen Verhältnissen in den Gefängnissen die humanere Alternative darstellten.

Als zweiten Grund identifiziert Shorter (1997: 48ff.) einen erheblichen Anstieg zweier Krankheitsbilder, nämlich der Syphilis und des Alkoholismus. Das 19. Jahrhundert erlebte eine Syphilis-Epidemie in einem vorher nicht bekannten Ausmaß. Eine der Spätfolgen einer Syphilisinfection ist bekanntlich eine Form der Demenz, die seinerzeit progressive Paralyse genannt wurde. Eine Syphilisinfection führte vor der Mitte des 20. Jahrhunderts unweigerlich zum Tode, die Kliniken waren daher bevölkert mit vielen Patienten im Endstadium der Krankheit. Ebenfalls im 19. Jahrhundert steigerte sich der Pro-Kopf-Konsum alkoholischer Getränke dramatisch. Ein zunehmender durchschnittlicher Konsum führt nach neueren epidemiologischen Erkenntnissen zu einer Erhöhung der Rate der Vieltrinker und damit auch der Alkoholabhängigen (Rose 1992). Das 19. Jahrhundert kannte hierfür noch keinerlei Therapie, weder für Folgen wie Alkoholpsychosen oder delirante Zustände noch für die Bewältigung der Abhängigkeit selbst. Daher ist ein Anstieg der Aufnahmen mit dieser Indikation zu erwarten gewesen. Vermutlich besteht auch noch ein Zusammenhang mit wirtschaftlichen Krisen in diesen Jahren, denn alkoholbezogene Aufnahmen in Kliniken in Preußen korrelieren deutlich mit wirtschaftlichen Rezessionen (Hildebrandt 1994).

Die von Shorter genannten Faktoren stehen absolut im Einklang mit der his-

torisch-soziologischen Literatur. Die zweite Hälfte, insbesondere aber das letzte Drittel des 19. Jahrhunderts war gekennzeichnet durch die Durchsetzung der Funktionssysteme Politik, Wirtschaft, Erziehung (Richter 1996: 204ff.) sowie der zunehmenden Selbstreferentialität des Intimsystems und der Familie (Luhmann 1982). Hinzu kam aber noch ein weiterer Faktor, den Shorter nur am Rande erwähnt, nämlich die Anfänge eines öffentlichen Gesundheitswesens (de Swaan 1990). Letzteres war eine Reaktion auf diverse Epidemien, die Europa im 19. Jahrhundert heimsuchten, vor allem Cholera-Epidemien. Diese Epidemien hatten zur Folge, dass neben baulichen hygienischen Veränderungen Gesundheitsaufseher und andere Berufsgruppen wie Fürsorger (diese allerdings erst im 20. Jahrhundert) eingesetzt wurden. Nach und nach wurde auf diese Weise ein breites Netz von Sozial- und Gesundheitsdiensten errichtet, das wesentlich dazu beitrug, ‚auffällige‘ Personen den psychiatrischen Kliniken zuzuführen.

Sicherlich wurden immer wieder auch Patienten aus den Asylen bzw. Krankenhäusern, wie sie zunehmend genannt wurden, entlassen. Zumeist handelte es sich um Spontanremissionen. Gleichwohl stieg die Anzahl internierter Patienten erheblich an. Die ‚große Gefangenschaft‘, die Foucault schon Jahrhunderte zuvor gesehen hatte, vollzog sich in der zweiten Hälfte des 19. und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Ein wichtiger Grund für die Überbevölkerung psychiatrischer Einrichtungen lag in den nicht vorhandenen Therapiemöglichkeiten. Weder die Aderlasse, noch die moralische Therapie, noch die späteren Insulinkomatherapien noch die Elektrokrampftherapie in der damals praktizierten Form (und erst recht nicht die operative Lobotomie) waren in der Lage, echte Entlastung in therapeutischer Hinsicht bieten zu können. Bis in die fünfziger Jahre des 20. Jahrhunderts stieg daher die Anzahl der internierten Patienten weiter an. Die psychiatrischen Kliniken der westlichen Welt wandelten sich zu Einrichtungen der Größe von Dörfern oder gar Kleinstädten. Das Georgia State Sanatorium in Milledgeville war mit 10.000 Betten die größte Einrichtung dieser Art in den Vereinigten Staaten (Shorter 1997: 191) und vermutlich auch des gesamten Westens. Auch in Deutschland wuchsen die Einrichtungen zu einer immensen Größe heran, wenngleich diese im einzelnen in der Regel nicht an die amerikanischen Verhältnisse heranreichten.

Am Ende blieb angesichts der so gut wie nicht vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten nur die negative Seite der vollkommenen Inklusion in den psychiatrischen Kliniken übrig. Die Überbevölkerung der Einrichtungen machte einen humanen therapeutischen Umgang mit den Patienten nahezu unmöglich. Zum einen wurde nur den wenigsten Patienten überhaupt ein persönlicher Raum zugestanden. Die früher üblichen Bettensäle, die auch in somatischen Krankenhäusern vorhanden waren, wurden mit einer Vielzahl von Betten belegt, so dass nicht einmal Ablagemöglichkeiten für die persönlichen Dinge der einzelnen Patienten vorhanden waren (Geller 2000). Die Stationen waren nicht selten mit doppelt so vielen Patienten belegt, wie ursprünglich geplant war. Manche Kliniken verzeichneten insgesamt eine Überbelegung von 75 Prozent (Brown 1985: 27). Allein diese Zustände können für einen Großteil der nicht eintretenden psychischen Besserung der Betroffenen verantwortlich

gemacht werden. Hinzu kam eine ärztliche und pflegerische Unterversorgung: ein Arzt war nicht selten für mehr als 50 Patienten verantwortlich und eine ausgebildete Krankenschwester hatte die Aufsicht über 700 Personen zu führen. In der Regel wurden die meiste Arbeit von nicht ausgebildetem Hilfspersonal erledigt, das oftmals brutalen und unangemessenen Umgang mit den Patienten pflegte. Physische Fixierungen aufgrund von Herumwandern in der Einrichtung oder wegen Masturbation waren an der Tagesordnung (Geller 2000).

## **Die Hypothese: Die totale Institution interniert abweichendes Verhalten**

Mitte der 1950er Jahre erreichte die Anzahl der internierten Patienten in den Vereinigten Staaten ihren Höhepunkt. In diesen Jahren waren mehr als eine halbe Million Menschen zu einem bestimmten Stichtag im Jahr als Patienten untergebracht. Zu dieser Zeit erhielt Erving Goffman einen Forschungsauftrag des staatlichen psychiatrischen Forschungsinstituts (National Institute of Mental Health; NIMH) für eine soziologische Studie über eine psychiatrische Einrichtung. Die Nachkriegszeit war die Hochzeit der Verbindung von psychologischem und psychiatrischem Wissen einerseits und der soziologischen Expertise andererseits. Allenthalben hatten die Beobachtungen des Nationalsozialismus und des Zweiten Weltkrieges unter den Akademikern der westlichen Welt den Eindruck verschafft, dass es einen engen Zusammenhang zwischen der Psyche und der Gesellschaft geben müsse. Kultur und Gesellschaft hatten demnach einen zentralen Einfluss auf die individuelle psychische Verfassung eines Individuums (Leighton 1998). Es handelte sich um eine wiederholte Wellenbewegung, die diesmal erneut die Umwelt gegenüber der Natur stark machte, vergleichbar den beschriebenen Reformüberzeugungen, die während der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts den semantischen Hintergrund für die Asylbewegung geliefert hatte. Später war das Pendel dann wieder in Richtung der körperlichen Konstitutionsmerkmale und anderer Vorstellungen geschwungen, die schließlich auch in den Vereinigten Staaten eugenisches Gedankengut stark gemacht hatten (Weingart et al. 1988; Sofair & Kaldjian 2000), das nun von psychoanalytischen und sozialwissenschaftlichen Ideen im weitesten Sinne abgelöst wurde. Diese enge Verbindung zwischen psychologischer und soziologischer Expertise drückte sich auch in dem Aufbau eines *Laboratory of Socio-environmental Studies* am Sitz des NIMH in Bethesda, Maryland, aus. Erving Goffman war dort Gastdozent gewesen und erhielt den Auftrag, das soziale Milieu unter Klinikinsassen einer größeren psychiatrischen Klinik zu untersuchen.

Goffmans Untersuchung der Psychiatrie als totaler Institution steht in der Tradition der jüngeren Generation der Chicago School um Lemert und Becker, deren Forschungen sich um die Konstitution von abweichendem Verhalten bzw. der Konstruktion von Abweichungsdefinitionen drehte. Den schon aus-

giebig vorgestellten Thomas Szasz zitierend, ging auch Goffman davon aus, dass die Entscheidungen, die zur Aufnahme und zur psychiatrischen Diagnose führten „... politisch [sind], in dem Sinn, dass sich in ihnen das Sonderinteresse einer bestimmten Fraktion oder Person ausdrückt, und nicht ein Interesse, von dem man sagen könnte, dass es über den Interessen jeder Einzelgruppe stehe, wie dies bei der physischen Pathologie ist.“ (Goffman 1973: 346) Konsequenterweise wird der Begriff ‘Geisteskrankheit’ bei Goffman strikt in einem für ihn soziologischen Sinne verwendet. Die Beschreibung als Geisteskranker komme nur dann zum Tragen, wenn diese das soziale Schicksal des Betroffenen verändere, wenn sich also aus dem *Label* eine soziale Veränderung ergebe, etwa die Einweisung in eine psychiatrische Klinik (Goffman 1973: 128). Ganz im Sinne Scheffs betrachtete auch Goffman daher die ‘Verrücktheit’ als primär von der Umwelt zugeschriebene Eigenschaft und weniger als Konsequenz oder Eigenschaft der mentalen Störung.

Hinsichtlich der sozialen Funktion der Psychiatrie gab sich Goffman durchaus ambivalent. Zum einen stand er in der konstruktivistischen Tradition, welche psychiatrische Pathologien als abweichendes und anschließend medicalisiertes Verhalten sahen, zum anderen sah er keine Alternative zu einem solchen Vorgehen, dies unterscheidet ihn vom Szasz und anderen Vertretern der Antipsychiatrie. Die Aufrechterhaltung der sozialen Ordnung, so Goffman, sei ohne die Praxis nicht möglich, und da es kein funktionales Äquivalent gebe, sei die Aufgabe dieser Praxis schwer vorstellbar (Goffman 1973: 347f.). Im Zeitgeist-Klima der 1960er Jahre wurde Goffman allerdings eher als antipsychiatrisch engagierter Soziologe gehandelt – und er hat dieses Image bis heute. Verbürgt ist, dass Goffman, gemeinsam mit anderen führenden Vertretern des Anti-Establishments dieser Jahre (unter anderen Herbert Marcuse, Ernest Mandel und Allen Ginsberg) auf einer Konferenz in London im Jahre 1967 sprach, auf der auch R.D. Laing, der führende Antipsychiater dieser Jahre einen Vortrag hielt (Jones 1998).

Die Aufrechterhaltung der sozialen Ordnung war aber nur ein Aspekt unter mehreren, die Goffman als Eigenschaften totaler Institutionen betrachtete. Zu totalen Institutionen unter idealtypischen Gesichtspunkten zählte Goffman Fürsorgeeinrichtungen wie Altenheime, Ordnungseinrichtungen wie Gefängnisse und Konzentrationslager, Erziehungseinrichtungen wie Internate und religiöse Einrichtungen wie Klöster. Psychiatrische Kliniken gehören demnach zu Fürsorgeeinrichtungen für Personen, von denen angenommen werde, dass sie nicht für sich selbst sorgen könnten, ähnlich den früheren Lungenheilstätten und Leprosorien. Wesentlicher als die soziale Funktion für die Umwelt war nach Goffman die Organisation dieser Institutionen. Es ist, genauer gesagt, die Aufhebung funktionaler räumlicher Begrenzungen hinsichtlich der Alltagsfunktionen Wohnen, Arbeiten und Freizeit. In totalen Institutionen finden diese drei Funktionen gemeinsam statt, weil die Grenze zur Umwelt hermetisch verriegelt ist (Goffman 1973: 17):

1. an einem Ort und unter der gleichen Autorität;
2. in der gleichen Gemeinschaft, in der allen gleiche Behandlung zuteil wird;

3. in einem vorab geplanten Zeitablauf und mit expliziten formalen Regeln;
4. indem die von den Patienten erzwungenen Tätigkeiten zu einem einzigen rationalen Plan vereinigt werden, der die offiziellen Ziele der Einrichtungen reflektiert.

Totale Institutionen seien „soziale Zwitter“ aus Wohn- und Lebensgemeinschaft einerseits und formalen Organisationen andererseits, daher seien sie für die Soziologie auch besonders interessant (Goffman 1973: 23).

Goffman näherte sich seinem Forschungsobjekt mit der klassischen qualitativen Methode der teilnehmenden Beobachtung. Diese Methode gehört nicht nur zu den Standardansätzen in der qualitativen Sozialforschung, sie ist auch insofern klassisch als sie viele Nachahmer anregte, sich in psychiatrische Kliniken einweisen zu lassen, um die Zustände dort zu erleben (berühmt wurde etwa die Studie von Rosenhan 1973). Goffman ließ sich als Assistent des Sporttherapeuten dort einschleusen, allerdings mit Wissen der Klinikleitung, deren Unterstützung er im Vorwort des Buches ausdrücklich positiv erwähnte (für ein ähnliches Vorgehen in einer deutschen Klinik siehe Fengler & Fengler 1994).

Spiegelbild für die totale Inklusion in die Institution der psychiatrischen Klinik war für Goffman die Exklusion des Betroffenen aus der sozialen Umwelt. Mit dem Eintritt in die Institution vollzog sich demnach eine Anpassungsleistung an eine vollkommen eigenständige Organisation, die vor allem auf der Demütigung der betroffenen Menschen beruht. Goffman nannte in diesem Zusammenhang die Einschränkung der Bewegungsfreiheit, das zwangsweise Leben in der Gemeinschaft sowie die diffusen Autoritätsstrukturen, denen sich die Patienten zu unterwerfen haben, die miserable Möblierung der Stationen, „ein undefinierbares Essen und den Bruchteil eines Zimmers als Schlafstelle“. (Goffman 1973: 146f.). Die Mahlzeiten wurden vielerorts püriert zubereitet, damit die Patienten wenigstens Löffel benutzen konnten; Messer und Gabel wurden als zu gefährlich betrachtet. Ergänzen kann man diese Aufzählung durch weitere Aufnahmepraktiken, die in vielen psychiatrischen Kliniken der westlichen Welt seinerzeit üblich waren: Anstaltskleidung statt persönlicher Kleidung, Einziehung der Brillen (aufgrund vermeintlicher Verletzungsgefahr) und Einziehung der Zahnprothesen (Cancro 2000).

Die totale Institution verlangte nach Goffmans Darstellung aber nicht nur eine Anpassung an diese besonderen Umstände, sie verlangte insbesondere die Übernahme der ‚therapeutischen‘ Vorstellungen der Einrichtungen. Damit war vor allem die verlangte Einsicht in die Erkrankung gemeint, die nach Goffmans Beobachtungen die zentrale Voraussetzung für den Weg in Richtung Entlassung war. Auch hier wird wieder die Differenz deutlich zwischen der ‚Ideologie‘ der Klinik, die psychische Krankheiten zu behandeln meint, und dem Zustand der ‚Patienten‘, die gezwungen sind, diese Einsicht zu übernehmen, obwohl sie ‚eigentlich‘ nicht krank sind. Zeigte der Patient tatsächlich diese Einsicht oder simulierte er sie auch nur, so war dies der erste Schritt in ein Privilegiensystem hinein, innerhalb dessen der Patient sozial ‚aufsteigen‘ konnte. Dazu gehörte als entscheidendes Merkmal ein zunehmender persönlicher Freiraum, das heißt mehr Selbstbestimmung sowie ein eigener persönlicher Raum, der sogar seiner-

zeit auf ein Einzelzimmer hinauslaufen konnte.

Goffman erkannte, dass ein Teil der Patienten diese von der Institution verlangte Anpassung nur insoweit vollzog, dass sich daraus die erhofften Privilegien ergaben. Dieses Vorgehen wurde von ihm als „sekundäre Anpassung“ beschrieben. Während die primäre Anpassung die bereitwillige Übernahme der Werte der Organisation bzw. der Gesellschaft darstellt, ist die sekundäre Anpassung „... ein Verhalten, bei welchem das Mitglied einer Organisation unerlaubte Mittel anwendet oder unerlaubte Ziele verfolgt, oder beides tut, um auf diese Weise die Erwartungen der Organisation hinsichtlich dessen, was er tun sollte und folglich, was er sein sollte, zu umgehen.“ (Goffman 1973: 185) Konkret: in der psychiatrischen Klinik, so Goffman, musste man den vermeintlich ‚therapeutischen‘ Ansätzen folgen und diese Anpassung für das Personal zeigen, damit man auf diese Weise Besserung oder gar Heilung dokumentieren konnte, was Voraussetzung für die Entlassung war.

Die Schaffung eigener Freiräume sowie die vermeintliche Anpassung an das therapeutische Regime untersuchte Goffman als ‚Unterleben‘ der Klinik, man könnte es auch mit einem moderneren Begriff als die informelle Organisation der Klinik benennen. Der nach Goffman wichtigste Mechanismus in dieser Hinsicht war die Erlangung eines Status, der dem Betroffenen einen ‚Posten‘ zuweisen ließ, mit dem eine bestimmte Aufgabe oder eine beliebte Beschäftigung verbunden war. So verschaffte die Mitarbeit in der Küche der Klinik einen Zugang zu mehr und möglicherweise besseren Nahrungsmitteln, und ein Bibliotheksgehilfe kam in den Genuss neuer Bücher. Es mussten aber nicht nur Posten sein, die einem Privilegien verschaffen. Auch die Teilnahme an therapeutischen Aktivitäten wie der Gymnastik war bei Patienten beliebt, die um die ‚ausbeutbaren‘ Chancen dieser Situation wussten. Die Gymnastikstunden erlaubte den Patienten etwa, „... die weichen Turnmatten für ein Nachmittags-schläfen [zu] benutzen, was zu den großen Attraktionen des Kliniklebens gehörte.“ (Goffman 1973: 215)

Die reale oder vermeintliche Übernahme der psychiatrisch-therapeutischen Perspektive war die zentrale Voraussetzung nach Goffmans Beobachtungen sowohl für die Erlangung von Privilegien als auch für die Entlassung. Allerdings hatte insbesondere die Internalisierung dieser Perspektive, so Goffman, gewissermaßen eine Aufgabe des Selbst und seiner Eigenschaften wie der Selbstachtung zur Folge. Diese Aufgabe des Selbst konnte sich sogar auf die Zeit nach der Entlassung erstrecken, da mit der Entlassung zumeist eine Aufsicht oder Vormundschaft des Betroffenen verbunden war. Führte sich der ehemalige Patient nicht den Erwartungen entsprechend, so war dies relativ schnell wieder mit einer erneuten Einweisung verbunden (Goffman 1973: 165). Die ‚moralische Karriere‘, die ein Patient durchlief, war mit dem Ende des Klinikaufenthalts noch nicht beendet. Die Patienten hatten sich erstens unter der Aufsicht zu bewähren und waren zweitens mit dem Stigma des Aufenthalts in der Klinik behaftet, was ihre Renormalisierung sicherlich erschwert hat.

Zusammengefasst ist die psychiatrische Klinik als totale Institution eine Organisationsform, welche die Patienten ihrer Selbstachtung und Würde

beraubt. Allerdings, so kann man Goffmans Beobachtungen zum Unterleben der Klinik interpretieren, ist dieses ‚Therapieziel‘ nur zum Teil erfolgreich, da die Betroffenen versuchen, die Organisation selbst auszunutzen, um sich einen Rest an Würde und Freiraum zu bewahren. In jedem Fall ist es für Goffman keine Organisation, die wirklich therapeutische Ziele verfolgt, es ist im Grunde für ihn kein Krankenhaus. Nur 100 der ca. 7.000 Patienten erhielten eine Form von individueller Psychotherapie, so berichtet Goffman in einer Fußnote (Goffman 1973: 297). Das für körperliche Erkrankungen entwickelte Dienstleistungsmodell ließ sich nach seiner Einschätzung für die meisten Fälle nicht anwenden, die als psychisch krank bezeichnet wurden. Spätestens an dieser Stelle wird deutlich, dass damit auch die Existenz psychischer Krankheiten negiert wird, zumindest für die ‚Patienten‘ der totalen Institution. Wenn die ‚Patienten‘ keine ‚richtige‘ Therapie erhalten, dann können sich nicht krank sein.

Mit diesem Werk hatte Goffman der moralischen Empörung über inhumane und unhaltbare Zustände in psychiatrischen Einrichtungen eine wissenschaftlich tragfähige Begründung geliefert. Diese Verbindung aus moralischer Kritik und wissenschaftlicher Methode ist es wohl, die dazu beigetragen hat, dass *Asyle* zu einer der meist gelesenen und meist zitierten soziologischen Monografien geworden ist (Weinstein 1994). Natürlich blieb dieses Werk nicht ohne Kritik, weder von soziologischer noch von psychiatrischer Seite (Übersicht: Weinstein 1994). So wurde etwa angeführt, dass die idealtypische Methode, die Goffman nach Weber auf die totale Institution angewendet hatte, zu pauschalisierend mit den tatsächlichen Verhältnissen in verschiedenen psychiatrischen Kliniken umging. Weiterhin wurde Goffman vorgeworfen, die therapeutischen Möglichkeiten, die Patienten auch in der Klinik hatten, vollkommen zu unterschätzen und die positiven Entwicklungen, welche die Kliniken gerade in dieser Zeit vollzogen hätten, überhaupt nicht zu wertschätzen.

Vor allem innerhalb akademischer Kreise verfehlte das Buch, in einer Zeit, als Foucault und Szasz ebenfalls die Kritik an der Psychiatrie formulierten, seine Wirkung nicht (Shorter 1997: 275). In den Vereinigten Staaten wurde *Asyle* sogar in Gerichtsprozessen über die Rechte von Gefangenen und psychiatrischen Patienten herangezogen (Weinstein 1994). Selten hat ein soziologisches Werk eine Wirkung so weit außerhalb des Wissenschaftssystems erzielen können. Wenngleich spätere empirische Untersuchungen wesentliche Befunde Goffmans nicht bestätigen konnten (z.B. die Transformation der Selbstachtung der Patienten), wurde *Asyle* zu einem Standardwerk, das die Reform psychiatrischer Versorgung in den 1960er und 1970er Jahren wesentlich mit beeinflusste (Scheid & Horwitz 1999).

## Von der totalen Institution zur Deinstitutionalisierung

Die Charakterisierung der psychiatrischen Kliniken als totale Institution fiel auch außerhalb des angloamerikanischen Sprachraums auf fruchtbaren Boden.

Die deutschsprachige Übersetzung von *Asyle* geschah in einer Zeit, in der die bundesdeutsche Psychiatriereform vorbereitet wurde. Daher wurde das Werk sowohl von soziologischer Seite (Eisenbach-Stangl 1978) als von psychiatrischer Seite (Häfner 1997) als weiterer Anstoß für Reformen gerne rezipiert. Die deutsche Rezeption von *Asyle* geschah zu Zeiten, in denen sich das amerikanische und das britische Versorgungssystem schon dramatisch verändert hatten. Im Nachhinein wurde diese Veränderung international als *Deinstitutionalisierung* benannt. Auch die Wahl dieser Begrifflichkeit ist sicherlich – wenn auch nur zum kleinen Teil – als Reminiszenz an die Absage der psychiatrischen Klinik als totale Institution durch Goffman zu werten.

Bis heute gibt es allerdings Meinungen, dass es eher eine Enthospitalisierung als eine wirkliche Deinstitutionalisierung gewesen sei (Geller 2000) und gegenwärtig etwa in Deutschland immer noch ist. Mit der Enthospitalisierung ist zugleich eines der Hauptmerkmale der Entwicklung genannt, nämlich die Entlassung früherer Langzeitpatienten aus den Krankenhäusern sowie der Abbau psychiatrischer Betten bis hin zur Schließung ganzer Kliniken.

Die Hintergründe der Psychiatriereformen und insbesondere der Enthospitalisierungen sind in den verschiedenen Staaten auch unterschiedlich anzuedeln. Selbst in den Vereinigten Staaten (Übersicht: Williams et al. 1980; Mechanic & Rochefort 1990) und in Großbritannien (Übersicht: Busfield 1998), die zweifelsohne als Vorreiter gelten können, haben jeweils Bündel diverser Ursachen zusammen zu den angestoßenen Entwicklungen beigetragen. Für die USA ist bis heute umstritten, ob es die Einführung der ersten neuroleptischen Medikamente oder aber finanzielle Beweggründe der Bundesstaaten gewesen seien, die den Hauptanstoß gegeben hätten. Beide Entwicklungen fielen in der Tat zusammen.

Die Psychopharmakotherapie vor dieser Zeit war begrenzt, es standen allenfalls Barbiturate und andere sedierende Präparate zur Verfügung, die aber nicht antipsychotisch gegen Symptome der Schizophrenie und anderer Störungsbilder wirkten. In der Tat wurden Medikamente vorher zumeist gegen agitierte Patienten und Erregungszustände sowie zur Abwehr von Aggressionen eingesetzt (Cancro 2000). Das erste gegen psychotische Zustände wirksame Medikament war – wie so häufig in früheren Zeiten – ein Zufallsfund. Der Wirkstoff Chlorpromazin war ein Abfallprodukt der Antihistaminika-Forschung (Medikamente gegen Asthma oder Allergien). Der klinischen Einführung des Präparates Mitte der 1950er Jahre folgte sowohl in Großbritannien (Tansey 1998) als auch in den Vereinigten Staaten (Mechanic & Rochefort 1990) die bis heute anhaltende Abnahme der Anzahl internierter Patienten. Diese Medikamente wirkten sowohl sedierend als antipsychotisch und erlaubten einen deutlichen Rückgang von Gewaltmaßnahmen wie physischen Fixierungen. Zugleich war damit die Grundlage für eine Entlassung der Patienten gelegt, die mit Chlorpromazin behandelt wurden. Vorausgesetzt, das Medikament würde nach der Entlassung weiter eingenommen werden, war so erstmals die Möglichkeit gegeben, psychisch kranke Menschen außerhalb von Klinikmauern erfolgreich zu behandeln.

Finanzielle Überlegungen waren, wie gesagt, ein anderer wichtiger Hintergrund der Enthospitalisierung. Die Träger der US-amerikanischen psychiatrischen Kliniken, die Bundesstaaten, hatten nach den Zweiten Weltkrieg mit erheblichen Haushaltsproblemen zu kämpfen. Die Einführung von föderalen Sozialversicherungsprogrammen wie Medicare und Medicaid in den 1960er Jahren schaffte zweifellos Anreize für die Bundesstaaten, die Kosten zu verlagern. Zunächst wurden insbesondere ältere und demente Patienten in Pflegeheime ‚transinstitutionalisiert‘, die mit der Einführung der Programme erhebliche Zuwachsraten zu verzeichnen hatten (Mechanic & Rochefort 1990). Die Bedeutung ökonomischer Gründe hat in den vergangenen Jahrzehnten dramatisch zugenommen und kann heutzutage als die eigentlich treibende Kraft hinter der andauernden Deinstitutionalisierung gesehen werden.

Neben diesen beiden Hauptfaktoren sind weitere treibende Kräfte identifiziert worden. Dazu zählen bürgerrechtliche und psychiatrierechtliche Entwicklungen in den USA und Großbritannien, die etwa die kaum vorhandenen Rechte zwangsuntergebrachter Patienten kritisch betrachteten. Daneben gab es eine Reihe von wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Büchern und Filmen (*Einer flog über das Kuckucksnest*), die eine moralische Empörung über die Verhältnisse in den Kliniken auslösten (Williams et al. 1980; Mechanic & Rochefort 1990; Busfield 1998). In diesem Zusammenhang ist auch die soziologische Kritik an der Anstaltspsychiatrie zu sehen, die hier schon vorgestellt wurde. Schließlich, und nicht zuletzt, war in therapeutischer Hinsicht ein deutlicher Optimismus zu verspüren, dass die Behandlung in der Gemeinde der psychischen Gesundheit eher zuträglich sei als die langfristige Unterbringung in der Klinik. Dieser Aspekt wird unten noch ausführlicher zu behandeln sein.

Die Psychiatriereformen haben sich nach dem Zweiten Weltkrieg in der gesamten westlichen Welt und seit der politischen Wende auch in Osteuropa abgespielt (Thom & Wulff 1990). In Osteuropa besteht, bedingt durch finanzielle Problemstellungen, allerdings noch ein erheblicher Nachholbedarf. Die Hauptbestandteile der Psychiatriereform in der westlichen Welt sind relativ konform. Diese können gemäß Überblicksarbeiten über die Entwicklungen in Europa und den Vereinigten Staaten (Forster 1997; Rössler et al. 1994; Rössler & Salize 1993) beschrieben werden als Entlassung ehemaliger Langzeitpatienten aus den Kliniken, Rückgang der Behandlungsdauer, Abbau psychiatrischer Betten, Verkleinerung bzw. Schließung der psychiatrischen Kliniken, Gemeindeorientierung der Behandlung (Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Aufbau ambulanter Dienste, Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, Aufbau von Tageskliniken), Ausbau komplementärer Einrichtungen (Wohnen, Arbeiten, Freizeit), Veränderung der rechtlichen Grundlagen zur zwangsweisen Unterbringung und schließlich die Änderung finanzieller Grundlagen.

Diese Entwicklungen seien im folgenden kurz skizziert, wobei der Schwerpunkt der Darstellung auf der Bundesrepublik Deutschland liegt.<sup>1</sup> Die Entlassung der Patienten aus den Kliniken vollzieht sich seit Mitte der 1950er Jahre in den Vereinigten Staaten und Großbritannien. Andere Länder wie die

Bundesrepublik Deutschland haben erst ab Anfang der 1980er Jahre konsequent enthospitalisiert. Allerdings war trotz eines immensen Reformbedarfs die Anzahl enthospitalisierter Personen hierzulande vergleichsweise gering (Rössler & Salize 1993). Wohin die früheren Patienten entlassen wurden, dies ist in den verschiedenen Staaten sehr unterschiedlich ausgefallen, und gleiches gilt sogar innerhalb eines Landes wie der Bundesrepublik Deutschland. Ein Teil der Patienten ist in die frühere häusliche Umgebung, das heißt die Familie entlassen worden. Andere sind – ähnlich dem Beginn der Deinstitutionalisierung in den USA – ‚transinstitutionalisiert‘ worden, und zwar in Wohn- und Altenheime oder aber in spezielle Einrichtungen für psychisch Kranke oder geistig Behinderte. Letztere haben einen erheblichen Teil der Betten psychiatrischer Kliniken gefüllt, obwohl in aller Regel keine psychiatrische Indikation zur Behandlung vorlag, sondern zumeist adäquate Betreuungsinstitutionen fehlten. Die Trägerschaft dieser Einrichtungen, in die hierzulande vor allem geistig Behinderte verlegt wurden, liegt zumeist in privater Hand.

Bei anderen Patienten wiederum war es nicht möglich gewesen, diese zu enthospitalisieren. Im Zuge der Reformen sind viele dieser Patienten organisatorisch ausgegliedert worden, wodurch die früheren psychiatrischen Betten in Wohnplätze für psychisch Kranke umgewidmet wurden. Die Patienten werden in Einrichtungen betreut, die nahe an den psychiatrischen Kliniken liegen, weil offensichtlich neben der Betreuung nach wie vor ein hoher medizinischer Aufwand notwendig ist. Letzteres ist insbesondere dann gegeben, wenn die psychiatrische Symptomatik chronisch persistiert oder aber periodisch häufig in den Vordergrund tritt. Eine vom Autor selbst durchgeführte Studie über Bewohner eines gerontopsychiatrischen Pflegeheims hat ergeben, dass diese über Jahrzehnte hinweg nicht enthospitalisiert werden konnten oder aber nach kurzem extramuralen Aufenthalt wieder in die Klinik zurückkehrten, weil der Behandlungs- und Betreuungsbedarf in anderen Einrichtungen nicht adäquat befriedigt werden konnte. Hinzu kam, dass die psychiatrische Symptomatik der Bewohner zum Teil noch ausgeprägter war, als dies in der Vergleichsgruppe der Krankenhauspatienten erhoben werden konnte (Richter et al. 2000).

Die Entlassung vieler Patienten war ein Element, das zum Abbau psychiatrischer Betten sowie zur Verkleinerung und zur Schließung von Kliniken geführt hat. Ein weiteres entscheidendes Element war und ist bis heute die erhebliche Reduktion der Behandlungsdauer während des stationären Aufenthalts. Vor der Enthospitalisierungsphase waren jahrelange Behandlungen an der Tagesordnung (Hollingshead & Redlich 1975); dies reichte bei einigen Patienten bis hin zu lebenslangen Aufenthalten (Richter et al. 2000). Noch Mitte der 1970er Jahre betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in einigen Bundesländern mehr als 150 Tage. Gegenwärtig steht die mittlere Behandlungsdauer in den psychiatrischen Abteilungen und Kliniken der Bundesrepublik bei 33 Tagen (BMG 1999). Damit liegt die Bundesrepublik im Vergleich mit anderen Staaten noch relativ hoch (Richter 2001).

Der Auflösungsprozess verlief in den Staaten recht unterschiedlich. In Großbritannien wurden von 1960 bis 1993 89 der ehemals 130 Kliniken

geschlossen (Busfield 1998: 22; Becker 1995; Becker 1998b). Dagegen ist es in der Bundesrepublik Deutschland bislang nur zur Schließung des saarländischen Landeskrankenhauses in Merzig gekommen. Die anderen psychiatrischen Kliniken sind allerdings massiv verkleinert worden. Zu Beginn der 1970er Jahre existieren in der Bundesrepublik noch 68 Krankenhäuser mit mehr als 1.200 Betten (Rössler et al. 1994), 1992 waren es noch 3 Kliniken mit mehr als 1.000 Betten (Haug & Rössler 1999) – und diese dürften mittlerweile auch nicht mehr in dieser Größe vorzufinden sein. Die psychiatrischen Kliniken tragen nunmehr zur gemeindepsychiatrischen Versorgung bei.

Parallel zur Verkleinerung und Schließung der Kliniken hat es einen Ausbau gemeindeorientierter stationärer, teilstationärer und ambulanter Dienste gegeben. Darunter ist insbesondere die Etablierung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie der Aufbau von psychiatrischen Ambulanzen zu verstehen. Mit dem Terminus der ‚Gemeindeorientierung‘ wird in erster Linie die Zugänglichkeit zur psychiatrischen Versorgung in ihrem umfassenden Sinne beschrieben. Psychiatrische Kliniken alten Stils waren bekanntlich oftmals fernab der Wohnsiedlungen der Betroffenen gebaut worden, und die Betroffenen mussten bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein oftmals mehrere hundert Kilometer überwinden, um versorgt werden zu können. Die Einbeziehung von Angehörigen sowie rehabilitative Maßnahmen im Lebensumfeld der Betroffenen waren damit so gut wie ausgeschlossen. Gemeindeorientierte Versorgung sollte dort stattfinden, wo die Betroffenen leben, also durch eine gute Verkehrsanbindung oder durch kurze Wege zu erreichen sein.

Psychiatrische Abteilungen sind wie chirurgische oder internistische Abteilungen in die medizinische Grundversorgung integriert und leisten auf diese Weise ihren Beitrag zur gemeindeorientierten Versorgung. Vielerorts sind die Aufnahmebezirke zwischen den Abteilungen und den noch vorhandenen Kliniken aufgeteilt; so tragen beide Organisationsformen zur Pflichtversorgung bei. Sowohl an den Kliniken als auch an den Abteilungen sind psychiatrische Ambulanzen installiert worden, welche die ambulante ärztliche, psychologische, sozialarbeiterische und pflegerische Versorgung unterstützen und zum Teil allein vertreten. In anderen Ländern werden diese Aufgaben von sogenannten gemeindepsychiatrischen Zentren vertreten (Community Mental Health Centers; CMHCs). Die Möglichkeiten reichen hier vom Freizeitkontakt bis hin zu stationären Betten. Allerdings existieren auch hier erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern.

Neben der primär medizinischen Versorgung hat sich eine Reihe von komplementären Einrichtungen etabliert, welche den Bedarf in den Bereichen Wohnen, Arbeiten und Freizeit zu decken versuchen. Darunter sind Übergangswohnheime, Betreutes Wohnen, Tagesstätten und Kontakteinrichtungen sowie Werkstätten und Zuverdienstfirmen zu verstehen.

Abschließend sei auf Veränderungen rechtlicher und finanzieller Art hingewiesen. Nahezu alle westlichen Länder haben in den vergangenen Jahrzehnten ihre Unterbringungsgesetze verändert (für Deutschland vgl. Bruns 1993). In der Regel waren damit mehr Rechte für die Betroffenen sowie eine Kontrolle

der Rechts- und Unterbringungspraxis verbunden. Gleichzeitig hat sich die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung vielerorts gewandelt. Damit war zunächst auch die Gleichstellung psychischer Krankheiten mit körperlichen Erkrankungen verbunden. In der Bundesrepublik ist diese Gleichstellung im stationären Bereich erst im Jahre 1991 durch die Psychiatrie-Personalverordnung geschaffen worden. Während für die Finanzierung des Wohn- und Arbeitsbereiches der psychiatrischen Versorgung überwiegend die Sozialhilfeträger verantwortlich sind, wird die Behandlung von der Krankenversicherung getragen. Hierdurch ist die Psychiatrie den anderen medizinischen Fächern gleichgestellt bzw. konkurriert mit ihnen um die Ressourcen.

## Die Folgen der psychiatrischen Deinstitutionalisierung

Sowohl die Veränderungen in den psychiatrischen Kliniken als auch die Verlagerung der Behandlung in die Gemeinde sind von optimistischen Grundüberzeugungen hinsichtlich besserer Heilungschancen durch soziale Beziehungen begleitet worden. Dazu zählte zunächst die in Großbritannien entwickelte Idee der therapeutischen Gemeinschaft. Hierbei handelte es sich dem Grunde nach um eine Wiederaufnahme und Fortsetzung der moralischen Therapie des 19. Jahrhunderts, also der Vorstellung, durch eine soziale Umgebung therapeutische Effekte im positiven Sinne erzielen zu können. Allerdings waren die Vorstellungen, die nun entwickelt wurden, primär gegen die psychiatrische Institution und ihre potenziell schädlichen Auswirkungen gerichtet. Spätestens seit der Veröffentlichung von Goffmans *Asyle* wurde vielen Beteiligten klar, dass mit der Hospitalisierung vielfach negative Konsequenzen verbunden waren und die therapeutischen Ziele der Institution durch ihre Organisation unterminiert wurden.

Die Idee der therapeutischen Gemeinschaft entstammte der Zeit des Zweiten Weltkriegs und ging zurück auf Erfahrungen, die ihr Initiator, Maxwell Jones, mit einer innovativen Therapieform für psychosomatische Störungen gemacht hatte (Jones 1976). Unter der therapeutischen Gemeinschaft wurde dabei eine partizipative Interaktion zwischen Therapeuten und Patienten verstanden, die Patienten hatten an der Entwicklung der Therapie und an therapeutischen Entscheidungen erheblichen Anteil. Wenn heute mit neudeutscher Begrifflichkeit von *Empowerment* im Gesundheitswesen die Rede ist, dann geht dies auf die Idee Jones' zurück. Das therapeutische Milieu im umfassenden Sinne, von der Architektur der Station bis hin zur Beziehung zwischen Mitarbeitern und Patienten, rückte im Laufe der Zeit zunehmend in den Mittelpunkt psychiatrischer Intervention. Damit verbunden war die Vorstellung, dass die Patienten in der Gemeinschaft Erfahrungen machen konnten, die sie auf ihr Alltagsleben außerhalb der Klinik übertragen konnten. Die Gemeinschaft war somit zu einem großen Baustein auf dem Weg zur Heilung geworden.

Der Anspruch, Heilung durch soziale Gemeinschaft erzielen zu können,

erstreckte sich aber nicht nur auf die psychiatrische Klinik. Aufgrund der offensichtlich negativen Konsequenzen der psychiatrischen Hospitalisierung gingen die Vorstellungen weit über die Mauern der Kliniken hinaus. Die Rückkehr in die reguläre Gemeinschaft der Normalbevölkerung sollte ebenfalls positive Auswirkungen zeitigen, und zwar durch zwei Mechanismen. Zum einen erhoffte man sich positive Effekte allein schon durch die Entlassung aus der totalen Institution. Besondere Aufmerksamkeit zog in diesem Zusammenhang die Reform der italienischen Psychiatrie auf sich, deren Protagonist Franco Basaglia im Jahre 1978 als Direktor der Einrichtung die Klinik in Triest schloss und die früheren Patienten entließ. „La libertà è terapeutica“ (Freiheit heilt) war seinerzeit auf den Mauern der Klinik zu lesen (Schmid 1981). Dahinter stand die Vorstellung, dass viele Verhaltensauffälligkeiten der Patienten die Konsequenz langfristiger Hospitalisierung seien und weniger auf psychische Grunderkrankungen zurückzuführen seien. Zum zweiten wurde erwartet, dass mit der Rückkehr in die soziale Normalität Verhaltensauffälligkeiten verschwinden würden. Und schließlich war nicht zuletzt durch das folgende Aufeinandertreffen psychiatrischer Patienten und Normalbevölkerung die Vorstellung entwickelt worden, dass durch diesen Kontakt die Normalbevölkerung toleranter werden und sogar ein wenig von ihren ‚bürgerlichen‘ und im psychoanalytischen Sinne repressiven Lebensverhältnissen verlieren sollte.

Die Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung im Sinne der Dehospitalisierung der Langzeitpatienten und der Schließung von Bettenkapazitäten ist in dreierlei Hinsicht zu bewerten. Zunächst wird zu fragen sein, wie sich die einschneidenden Veränderungen für die von der Entlassung Betroffenen ausgewirkt haben. Daran schließt sich die Frage an, wie sich die Deinstitutionalisierung für die psychiatrische Versorgung insgesamt ausgewirkt hat. Hier geht es um eine Bewertung der von den Protagonisten der Gemeindeorientierung selbst gestellten Kriterien, insbesondere der Zugänglichkeit des Versorgungssystems und der Adäquatheit der Leistungen für die Betroffenen. Weiterhin wird zu untersuchen sein, wie sich die Entlassung in die Gemeinde dort selbst ausgewirkt hat.

Die Dehospitalisierung ist erst in den letzten Jahren von einer Reihe von Evaluationsstudien begleitet worden. Das bekannteste und vermutlich größte Projekt dieser Art ist sicherlich das TAPS-Projekt in Großbritannien gewesen, das die Schließung der beiden Kliniken Friern und Claybury im Norden Londons begleitet hat (Becker 1995; Leff et al. 2000). Hierbei handelte es sich überwiegend um schizophrene Patienten, die zum Zeitpunkt der Entlassung im Mittel über 60 Jahre alt waren. Die große Mehrheit der früheren Langzeitpatienten wurde in betreute Wohneinrichtungen entlassen, die Größe der Einrichtungen betrug im Mittel acht Bewohner. Die Betreuung wurde kontinuierlich gewährleistet, wobei die Anwesenheit des Personals ca. 12 Stunden am Tag betrug und nach Dienstende eine Rufbereitschaft bestand.

Eines der Hauptkriterien für die Bewertung des Enthospitalisierungsprozesses ist neben klinischen Parametern die Bewertung der Veränderungen durch die Betroffenen selbst. Hier zeigte sich, wie in vielen anderen Untersuchungen

auch, dass die Belastungen durch das neue soziale Umfeld unmittelbar nach der Entlassung relativ groß war. Hierbei sind die Ausgangsbedingungen zu bedenken. Die (früheren) Patienten hatten zu einem großen Teil mehrere Jahrzehnte in den psychiatrischen Kliniken zugebracht und mussten sich in dieser Zeit um wenige Dinge überhaupt kümmern. Ihre Alltagsfertigkeiten waren in diesem Setting vielfach verloren gegangen. Ein auf den ersten Blick etwas verwirrendes Ergebnis in einigen Enthospitalisierungsstudien ist die relativ hohe Ausgangszufriedenheit der Patienten in den Kliniken gewesen, die sich in der Gemeinde dann aufgrund der zunehmenden Belastungen vermindert hat. Hier sind Adaptationsprozesse in den Kliniken in Rechnung zu stellen, die sicherlich zu einem kleinen Teil auch durch krankheitsbedingte kognitive Einbußen gefördert wurden. Im Laufe der Zeit nach der Entlassung stieg die Zufriedenheit allerdings deutlich an, und viele Bewohner konnten ihre Fertigkeiten wieder und auch neu erwerben. Die sozialen Kontakte nahmen im Lauf der Jahre zu, und nur ein kleiner Teil war mit ihrer Situation nach mehreren Jahren nicht zufrieden. Dies ist sicherlich auch mit den neuen Freiräumen zu begründen, welche die Bewohner in der Gemeinde erfahren haben. Die Reglementierungen in der Klinik waren weitaus größer, und dementsprechend war die persönliche Autonomie deutlich geringer gewesen.

Die klinische Symptomatik der jeweiligen Krankheitsbilder und auch die Verhaltensauffälligkeiten haben sich nach den Befunden der TAPS-Studie während des Evaluationszeitraums von fünf Jahren nicht verändert (Leff et al. 2000). Die relativ ausgeprägte Symptomatik führte bei einem Teil der Patienten auch zu stationären Wiederaufnahmen. Ungefähr 10 Prozent der Bewohner waren zu einem beliebigen Stichtag in stationärer Behandlung. Hinsichtlich der Kosten ergaben sich zwischen der Behandlung in der Klinik und dem betreuten Wohnen in der Gemeinde keine bedeutenden Unterschiede. Bedenkt man allerdings die besseren Lebensbedingungen der Betroffenen, ergibt sich eine erhöhte Kosteneffektivität durch die Betreuung in der Gemeinde. Eine sorgfältig durchgeführte Enthospitalisierung, so viel kann an dieser Stelle festgehalten werden, bringt für die Betroffenen weitaus mehr Vorteile als Nachteile.

Doch nicht allen Betroffenen ist diese Sorgfalt zuteil geworden. Nicht alle entlassenen Patienten haben diese Verbesserung der Lebensbedingungen erfahren, nicht in Großbritannien (Busfield 1998: 22) und auch in vielen anderen Ländern nicht. Sowohl in Großbritannien als auch anderswo sind viele Patienten einfach aus der Klinik entlassen worden, oftmals unter ökonomischem Druck. Die Nachsorge sowie die notwendige ambulante Versorgung sollte durch gemeindeorientierte Dienste geleistet werden. Zu diesem Zwecke war etwa in den Vereinigten Staaten ein eigens erlassenes Gesetz geschaffen worden, das die Bundesstaaten anwies, Pflichtversorgungssektoren zu schaffen, die von Community Mental Health Centers (CMHCs) versorgt werden sollten (Scheid & Horwitz 1999). Diese Dienste waren aber entweder gar nicht vorhanden oder aber nur unzureichend auf die Klientel eingestellt, wie sich im Verlaufe der Jahre herausstellen sollte.

Vorab sei auf eine erhebliche Lücke in der Literatur zur Deinstitutionalisierung hingewiesen, welche die privaten Einrichtungen betrifft, in die ein erheblicher Teil der früheren Langzeitpatienten transferiert wurden. Die Privatisierung der Betreuung hat sich in vielen Staaten abgespielt. Ein zentrales Problem dieser Versorgungsform ist die nur schwer überprüfbare Qualität der Unterbringung und Betreuung. Während in öffentlichen Einrichtungen Besuchskommissionen und Qualitätsberichte heute zum Standard gehören und die Missstände, die auftauchen können, zumindest dokumentiert und in der Regel auch abgeschafft werden, unterliegen private Heime solchen Standards kaum. Dies gilt vor allem dann, wenn sie nicht größeren konfessionellen oder anderen karitativen Verbänden angeschlossen sind. Insbesondere in den Vereinigten Staaten ist an der Privatisierung der Betreuung erhebliche Kritik geübt worden. So nennt Brown (1985: 93ff.) die Heime, in welche die früheren Patienten transferiert wurden, den ‚neuen kustodialen privaten Sektor‘. Vielen dieser Einrichtungen, die in den 1950er Jahren und danach entstanden, mangelte es an elementaren Standards. Es handelte sich, wie ein Untersuchungsausschuss des US-Senats feststellte, zum Teil um Caravans oder um umgebaute Hühnerfarmen, in denen die Betroffenen untergebracht waren (Brown 1985: 104).

Auch die Darstellung der Folgen der psychiatrischen Deinstitutionalisierung kann nicht mit einem groben Überblick gegeben werden. Zu unterschiedlich sind die Entwicklungen in den westlichen Ländern gelaufen, und sogar innerhalb der Länder findet man höchst diverse Abläufe (Mechanic & Rochefort 1990). Eine gute Literaturlage bieten die US-amerikanischen Verhältnisse. In den Vereinigten Staaten war die Deinstitutionalisierung schon sehr früh, Mitte der 1950er Jahre, begonnen worden. Die Geschwindigkeit der Veränderungen vollzog sich nach Mechanic und Rochefort (1990) sowohl zwischen den Bundesstaaten als auch im Zeitverlauf höchst unterschiedlich. In einer groben Periodisierung benennen sie die erste Dekade bis Mitte der 1960er Jahre als benigne Phase, während die darauf folgende Dekade als ‚radikale‘ Phase betitelt wird. Der Theorie nach sollten die CMHCs die soziale Integration der Betroffenen befördern. Darunter war unter anderem der Aufbau von Programmen zum Erwerb sozialer Kompetenzen, die Koordination der notwendigen Dienstleistungen und die Hilfestellung beim Aufbau sozialer Unterstützung zu verstehen (Scheid & Horwitz 1999).

Schon sehr früh wurde aber deutlich, dass die CMHCs die Last der nicht-stationären Versorgung nicht tragen konnten. Die Ursachen hierfür sind vielfältiger Natur. Zum einen sahen sich die entlassenen Patienten mit einem elementaren sozialen Problem konfrontiert, dem Fehlen von bezahlbarem Wohnraum (Aviram 1990). Seit einigen Jahrzehnten wird in den USA diskutiert, ob der registrierbare Anstieg der Wohnungslosigkeit direkt mit der psychiatrischen Deinstitutionalisierung zusammenhängt. Dies ist allen Daten zufolge nicht direkt der Fall, allerdings sind ca. ein Drittel der Wohnungslosen in den Vereinigten Staaten als psychisch krank anzusehen. Die fehlende Wohnung, die Nicht-Akzeptanz von Behandlung und andere Faktoren wie die fehlende Krankenversicherung haben dazu geführt, dass ein erheblicher Teil psychisch

Kranker bis heute nicht adäquat versorgt wird. Schon gegen Ende der 1970er Jahre wurde deutlich, dass die Betroffenen eher im Justizsystem auffallen als im System der psychiatrischen Versorgung (Whitmer 1980). Die CMHCs behandelten statt der schwer und chronisch Kranken eher weniger schwer beeinträchtigte Personen, die sogenannten *Worried Well* (Scheid & Horwitz 1999; Tausig 1999: 185ff.). Ein möglicher Hintergrund für diese Entwicklung in den USA ist der Befund, dass der spezielle ärztliche Anteil an der Versorgung der chronisch Kranken aufgrund von Kostenerwägungen erheblich zurückgegangen ist (Mechanic & Aiken 1987). Obwohl ein großer Teil der Arbeit mit dieser schwer beeinträchtigten Klientel sicherlich einen guten psychosozialen Hintergrund erfordert, wie ihn Sozialarbeiter, Psychologen oder psychiatrische Pflegekräfte mitbringen, ist gleichwohl eine medizinische Supervision erforderlich. Insbesondere die adäquate pharmakologische Behandlung kann eine entscheidende Voraussetzung für die Zugänglichkeit für weitere Therapieformen darstellen.

Die Verlagerung der Behandlungsschwerpunkte des ambulanten Sektors auf weniger schwer kranke Personen ist ein Mechanismus in der ambulanten psychiatrischen Versorgung, der sich auch in anderen Ländern im Rahmen der Deinstitutionalisierung herausstellte (Forster 1999), so auch in Großbritannien oder den Niederlanden (Busfield 1998; Richartz 1990: 524).<sup>2</sup> Im Gefolge der Deinstitutionalisierung kam es paradoxerweise zu der Konsequenz, dass mit zunehmendem Ausbau ambulanter Dienste - zumindest in einigen Ländern und Regionen - die 'eigentlich' von der Reform betroffenen Personen immer weniger erfasst werden konnten: „Leichter beeinträchtigte Personen gelten tendenziell als Gewinner, chronisch Kranke als Verlierer dieser Umschichtungen.“ (Forster 1999: 62) Und selbst für diejenigen Personen, die vom Versorgungssystem erreicht werden können, ist der Nachweis der Wirksamkeit ambulanter Maßnahmen allenfalls als gemischt zu bezeichnen. So fand an der Heiden (1996) bei einer Zusammenstellung der Literatur über die Wirksamkeit außerstationärer Maßnahmen 23 Studien, die einen Zusammenhang zwischen ambulanten Diensten und verminderter stationärer Behandlungsbedürftigkeit belegten, während 14 Studien keinen oder sogar einen solchen Zusammenhang beschrieben, der eine Zunahme der Behandlungsbedürftigkeit bedeutete.

Die Angemessenheit der Methoden, Behandlungskapazitäten sowie der Zielgruppen des ambulanten Sektors werden durch weitere empirische Befunde zumindest nicht bestätigt. In einer großen Meta-Analyse von Studien, die das Case Management, eine ambulante Standardmethode, evaluiert haben, kommen Marshall et al. (1999) zu einer sehr zurückhaltenden Bewertung. Unter Case Management versteht man die Integration der Versorgungsleistungen in einer Hand, in der Regel von psychiatrisch ausgebildeten Sozialarbeitern oder Pflegekräften mit akademischem Hintergrund. Der Case Manager ist im günstigsten Fall an der Koordination zwischen ambulanten, stationären und komplementären Diensten beteiligt und hält kontinuierlichen Kontakt zu seinen Klienten.

Ebenfalls Skepsis über die Wirksamkeit ambulanter Dienste ist durch den

Befund ausgelöst worden, dass parallel zur Psychiatriereform und zum Ausbau des ambulanten Versorgungssystems die Anzahl der Zwangseinweisungen in den stationären Bereich zugenommen hat (Bruns 1993). Diese Entwicklung läuft einer der Grundprämissen der Gemeindepsychiatrie diametral entgegen, die davon ausgegangen war, dass durch ambulante Versorgung stationäre Aufenthalte vermindert werden können. Es handelt sich hierbei vermutlich um eine klassische nichtintendierte Nebenfolge, die unter systemtheoretischem Blickwinkel nicht weiter verwundert.

Die gemeindepsychiatrische Bewegung hatte in vielen Ländern nicht nur das Ziel, psychisch Kranke zu betreuen und zu behandeln, sondern sah sich in Teilen im Grunde als Bewegung, die zugleich andere soziale Probleme wie Gewalt in der Familie oder Armut beseitigen wollte (Brown 1985: 57ff.). Psychische Krankheiten und Behinderungen wurden gerne als Symptome für soziale Ursachenkonstellationen betrachtet, und auf letztere wurde eigentlich gezielt. Eine Ausweitung der ambulanten Dienste bedeutet aber zugleich eine Vervielfachung der Umweltkontakte des Versorgungssystems, das selbst nicht in der Lage ist, mit schwer kranken bzw. aggressiven und suizidalen Personen umzugehen, ohne stationäre Leistungen in Anspruch zu nehmen. Die Vielzahl von Umweltkontakten erweitert auch die Zugänglichkeit des Systems zu früher nicht oder unterversorgten Personenkreisen. In diesem Zusammenhang sollen die Leistungen der ambulanten Dienste keinesfalls geringgeschätzt werden. Hier wird das Möglichste getan, um Klienten und Patienten adäquat zu versorgen und stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Es ist allerdings zu fragen, ob Ausstattung und Organisation der Dienste dazu geeignet sind, dieses Ziel auch wirklich zu erreichen.

Die Arbeit des ambulanten Sektors wird durch eine weitere Entwicklung im Rahmen der Deinstitutionalisierung der Versorgung nicht gerade erleichtert, die dramatische Reduktion der Behandlungsdauer im stationären Bereich (Richter 2001). Innerhalb von knapp 20 Jahren hat sich die durchschnittliche Behandlungsdauer um ein Vielfaches reduziert. Im Jahre 1982 betrug die mittlere Behandlungsdauer in typischen psychiatrischen Kliniken 188 Tage (LWL 1986). Dieser Wert reduzierte sich in psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1997 auf 33,2 Tage (BMG 1999). Alle psychiatrischen Krankheiten wurden im Jahr 1993 46,7 Tage lang behandelt. Dieser Wert reduzierte sich bis 1996 auf 29,8 Tage im Mittel (BMG 1999). In den angloamerikanischen Staaten sind noch kürzere Behandlungen üblich. OECD-Daten über westliche Industriestaaten zufolge betrug die mittlere Behandlungsdauer in der Psychiatrie in den USA im Jahre 1995 etwa ein Drittel der Zeit, die in den Niederlanden oder in der Bundesrepublik Deutschland registriert wurde (Sturm & Bao 2000). Behandlungen in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern der Vereinigten Staaten dauerten im Jahre 1994 je nach Trägerschaft im Durchschnitt zwischen 9,0 und 11,3 Tagen. Allerdings betrug die mittlere Behandlungsdauer in den staatlichen psychiatrischen Kliniken im Jahre 1992 noch 56 Tage (Mechanic et al. 1998).

In nahezu allen Staaten ging die Reduktion der Behandlungszeit mit der

Erhöhung der Aufnahme­frequenz in die stationäre Behandlung einher. Das Phänomen der sogenannten Drehtür­Psychiatrie ist wesentlich auf die reduzierten Behandlungsdauern zurückzuführen. Der prototypische Verlauf einer chronischen psychischen Erkrankung wie Alkoholabhängigkeit oder Schizophrenie geschieht im Rahmen häufiger stationärer Behandlungen. Ambulante und komplementäre Einrichtungen können offensichtlich nur einen kleinen Teil der stationären Behandlungsbedürftigkeit abfangen. Die Reduktion der Behandlungsdauer pro Behandlungs­episode wird, so die Ergebnisse einiger, aber nicht aller Studien, durch die häufige Wiederaufnahme zumeist kompensiert (Übersicht: Richter 2001). Die Verringerung der Behandlungsdauer bei gleichzeitiger hoher Wiederaufnahmerate entspricht allerdings eher den Patientenbedürfnissen als die gleichlange Behandlung ohne Unterbrechung. Für die nachsorgenden Dienste bedeutet diese Entwicklung aber, dass die Patienten in ‚akuterer‘ Verfassung entlassen werden und für die notwendigen Vorbereitungen in Sachen Wohnung, Arbeit oder Freizeit in der Klinik oftmals keine Zeit bleibt.

Die Reduktion der Behandlungsdauer ist immer auch als Merkmal der Deinstitutionalisierung betrachtet worden. In den letzten Jahren, so scheint es, hat die Ökonomie die fachlichen Aspekte als treibende Kräfte der Deinstitutionalisierung vollends abgelöst. Ökonomische Aspekte spielten, wie oben dargestellt wurde, schon bei den initialen Enthospitalisierungen in den Vereinigten Staaten und Großbritannien eine nicht zu gering zu schätzende Rolle. Die Reduktion der Behandlungsdauer in den letzten Jahren ist – zumindest in der Bundesrepublik –größtenteils auf den finanziellen Druck der Kostenträger zurückzuführen. Es mangelt hierzulande an empirischen Informationen über die Folgen dieser Entwicklung. Erste Hinweise darauf, dass die personenbezogene Behandlungsdauer nicht dem Trend der Reduktion folgt, sondern dass hier die kurze Behandlungs­episode durch viele Episoden kompensiert wird, offenbaren nicht nur positive Konsequenzen für die Betroffenen (Richter 2001).

Ist es möglich, dass die Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung zu weit gegangen ist? Der dänische Psychiater und Epidemiologe Povl Munk-Jørgensen (1999) hat diese Frage erstmals in einer der führenden europäischen Zeitschriften der Psychiatrie gestellt. Hintergrund dieser Fragestellung waren Ergebnisse des dänischen psychiatrischen Fallregisters. Von 1977 bis 1997 ist die Anzahl stationärer Betten in Dänemark um 59 Prozent gesunken. Parallel zur Deinstitutionalisierung der Versorgung ist die standardisierte Suizidrate von psychotischen Patienten um 100 Prozent gestiegen, es gab einen jährlichen Anstieg von psychisch kranken Personen mit einem kriminellen Delikt um 6,7 Prozent, die Bettenbelegung stieg im Mittel auf fast 100 Prozent ganzjährig, es gab eine deutliche Zunahme gewalttätiger Aktivitäten und Zwangsmaßnahmen sowie keinen Rückgang der Wiederaufnahmeraten der psychotischen Patienten.

Das Suizidrisiko von Patienten innerhalb eines Zeitraums von fünf Tagen nach der Entlassung lag den dänischen Daten zufolge 2,1 mal so hoch wie bei der Aufnahme (Munk-Jørgensen 1999), bei der die Patienten in der Regel

akuter krank sind. Suizide psychiatrischer Patienten sind keine seltenen Ereignisse. Das Suizidrisiko über alle psychischen Störungen liegt in Relation zu psychisch Gesunden ca. 9 mal so hoch (Neeleman 2001). Ein großer Teil von Suiziden psychiatrischer Patienten lässt sich nicht verhindern. Allerdings ist zu fragen, wann und unter welchen Umständen diese Suizide stattfinden.

In einer britischen Studie wurden alle Suizide in England und Wales innerhalb eines Zwei-Jahreszeitraums retrospektiv auf den Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem untersucht (Appleby et al. 1999b). Von den gut 10.000 Personen, die sich suizidierten, hatten ein knappes Viertel (N = 2370; 24%) innerhalb eines Jahres vor der Tat Kontakt mit psychiatrischen Einrichtungen. Die hauptsächlichlichen Diagnosen der psychiatrischen Störungen dieser Personen lauteten Depression, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung und Alkoholabhängigkeit. Von diesen wiederum suizidierten sich 16 Prozent während des Aufenthaltes. Knapp ein Viertel der Suizide geschah in einem Zeitraum von drei Monaten nach der Entlassung. In der ersten Woche nach Entlassung war die Anzahl der Suizide am höchsten, und in der ersten Woche geschahen die meisten Selbsttötungen direkt am Tag nach der Entlassung.

Ein erheblicher Teil der Betroffenen hatten den Kontakt zu den psychiatrischen Diensten im Laufe der Zeit verloren. Dieser Befund ergab sich in einer weiteren Studie von Appleby et al. (1999a). Mit einem Fall-Kontroll-Design wurde den Umständen des Suizides nachgegangen. Während in der Kontrollgruppe die Kontakte zum System zum Zeitpunkt des Suizides des Falles eher zunahmen, war dies in der Fallgruppe eher nicht so. Hier wurde eine abnehmende Tendenz der Kontakte zu den Diensten festgestellt. Die gleiche Arbeitsgruppe um Appleby untersuchte auch Tötungsdelikte psychiatrischer Patienten (Shaw et al. 1999a). Hier zeigte sich ebenfalls, dass die Personen, die als psychisch krank galten, relativ wenig Kontakt zum Versorgungssystem hatten.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus diesen Befunden ziehen? Obwohl, wie gesagt, sich solche Taten (Suizide wie Tötungen) nur sehr schlecht vorhersehen lassen, lassen sich doch zwei potenzielle Risikofaktoren ableiten, die eine weitere empirische Untersuchung wert wären. Beide Faktoren stehen in einem direkten Zusammenhang mit der Deinstitutionalisierung der Versorgung. Der eine Faktor ist im stationären Bereich zu suchen, und zwar in der Verkürzung der Behandlungsdauer. Der große Anteil von Suiziden unmittelbar nach Entlassung lässt fragen, ob die Dauer der Behandlung wirklich ausgereicht hat. Der zweite Faktor ist die Organisation des ambulanten Dienstes. Viele der Suizidenten und der Täter von Tötungsdelikten hatten den Kontakt zum System verloren. Die Organisation der ambulanten Versorgung ist offenbar nicht ausreichend in der Lage, den aufsuchenden Kontakt zu gewährleisten.

Weiterhin ist zu fragen, ob die Reduktion der stationären Betten, wie sie vielerorts in Europa und den Vereinigten Staaten stattgefunden hat, den anfallenden Bedarf noch decken kann. Sowohl im dänischen Fallregister (Munk-Jørgensen 1999) als auch in anderen Datenquellen, etwa aus Großbritannien (Greengross et al. 2000), wird gegenwärtig von einer Überbelegung der psychiatrischen Kliniken berichtet. Dies ist nach britischen Studien insbesondere dann

der Fall, wenn die Anzahl der Betten unter 0,22 Betten auf 1.000 Einwohner gefallen ist. Die Empfehlung für die Bundesrepublik liegt bei 0,6 Betten/1.000 Einwohner, wobei diese sogenannte Bettenmessziffer in einigen Regionen deutlich übererfüllt wird, und hierzulande sind vergleichbare Probleme bisher nicht bekannt geworden. Dies zeigt, wie weit der Bettenabbau in Großbritannien vorangeschritten ist. Besonders dramatisch scheint die Lage in London zu sein, wo schwierige sozioökonomische Bedingungen die Situation zusätzlich verschärfen (Goldberg 2000). In Großstädten, in denen die Unterschiede des Sozialstatus besonders ausgeprägt sind, ist die Prävalenz psychischer Störungen erwartungsgemäß höher als in anderen Regionen. Diese erhöhte Prävalenz wird, wie im nachfolgenden Kapitel über den Zusammenhang von Sozialstatus und psychischer Störung detailliert beschrieben wird, einerseits durch Armut und andere aversive Faktoren verursacht, und andererseits ist sie eine Folge des sozialen Abstiegs, den viele Betroffene durchmachen, und der die Betroffenen in Stadtteile führt, in denen Armut deutlich mehr ausgeprägt ist.

Die Vision einiger Protagonisten der Gemeindepsychiatrie, ohne die ‚totale Institution‘, das heißt letztlich: ohne psychiatrische Betten auskommen zu wollen, hat sich als Illusion herausgestellt. Die psychiatrischen Kliniken tragen vielerorts noch die Hauptlast der Versorgung, insofern als sie Anlaufpunkte für die schwer und chronisch Kranken geblieben sind. Die psychiatrischen Kliniken haben die Deinstitutionalisierung größtenteils überlebt – und sie haben sich massiv verändert. In den Vereinigten Staaten wurde schon relativ früh, nämlich gegen Ende der 1970er Jahre deutlich, dass die früheren großen Kliniken insbesondere die chronisch Kranken zu versorgen haben (Craig & Laska 1983; Goldman et al. 1983). Dieser Befund hängt zu einem Teil mit den nicht erfüllten Funktionen der CMHCs, die oben berichtet wurde, zusammen. Während die ‚alten‘ Langzeitpatienten in andere Institutionen und zu einem kleineren Teil auch in ihre Familien entlassen wurden, stellte sich eine neue Klientel chronisch Kranker ein, die jünger war und ebenfalls nur unzureichend in der Gemeinde versorgt wurde (Durham & La Fond 1996).

Die Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung ist offenbar, wie Bachrach (1997) herausgestellt hat, ein sozialer Prozess mit diversen Nebenfolgen, die offensichtlich bei der Fokussierung auf die ‚alten‘ Langzeitpatienten nicht ausreichend beachtet wurden. Eine aus heutiger Sicht zu optimistische Perspektive implizierte, dass das Phänomen der Langzeitpatienten ausschließlich der langjährigen Hospitalisierung und nicht der psychischen Störung zuzuschreiben sei. Es gibt aber offensichtlich eine kleine Minderheit von Patienten, die unter Gemeindebedingungen auch in gut betreuten Wohneinrichtungen nicht zurechtkommen bzw. deren Umgebung mit ihnen nicht zurechtkommt. Unabhängig von der Qualität der gemeindepsychiatrischen Versorgung besetzen diese Patienten stationäre Betten mit einer relativ langen Behandlungsdauer. Komplementäre Einrichtungen, in denen diese Patienten längerfristig leben können, gibt es relativ wenig. Die Patienten zeigen oftmals eine geringe Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, stellen andererseits aber eine hohe Belastung für ihre Umwelt dar. Nicht selten werden die Chancen auf eine gemeindenähe

Lebensform mit Autonomie durch aggressives Verhalten der Betroffenen infragegestellt. Eine Minderheit dieser Patientengruppe muss offenbar auf längere Sicht mit einer geschlossenen Tür leben, entsprechende Einrichtungen sind aber rar und erleben einen großen Aufnahmepressur.

Lässt sich aus diesen Befunden ableiten, dass die Deinstitutionalisierung zu weit gegangen ist? Die referierten Daten aus Großbritannien und aus Dänemark lassen zumindest darauf schließen, dass in diesen Ländern offensichtlich zu viele Betten abgebaut worden sind. Einige Verlaufsformen psychischer Erkrankungen lassen sich nicht ohne stationären Rahmen behandeln. Für die Bundesrepublik Deutschland kann das Resümee gezogen werden, dass die Deinstitutionalisierung glücklicherweise noch nicht so weit getrieben wurde, dass es zu erheblichen Einbußen der Gesundheit der Patienten gekommen ist. Bettennotstände und auffällig hohe Suizidraten im psychiatrischen Versorgungssystem sind hierzulande noch nicht bekannt geworden, allerdings fehlt für letzteres auch eine solide Datengrundlage. Des Weiteren ist in der Bundesrepublik der ambulante Bereich noch nicht so weit ausgebaut worden, wie dies etwa in Großbritannien oder in Teilen der Vereinigten Staaten der Fall ist. Die akute Versorgung findet mangels anderer Alternativen in Deutschland noch häufig in der Klinik bzw. in der Abteilung statt. Ableiten lässt sich auf jeden Fall, dass die nächsten Schritte der Veränderungen des psychiatrischen Versorgungssystem sorgfältig vorbereitet und evaluiert werden sollten. Die referierten Hinweise sollten zumindest Skepsis hinsichtlich einer weiteren Reduktion der Behandlungsdauern sowie eines Abbaus weiterer stationärer Betten hervorrufen.

Was aber bedeuten diese zum Teil negativen Folgen der Deinstitutionalisierung für die leitende Hypothese dieses Kapitels, nach der die Psychiatrie keine Krankheiten behandelt, sondern abweichendes Verhalten interniert? Der zentrale Begründungszusammenhang dieser Hypothese bestand darin, dass Patienten über Jahre hinweg interniert worden seien, ohne dass eine adäquate Therapie zur Verfügung stand, geschweige denn angewendet wurde. Aus beiden nicht zu bestreitenden Fakten, der Dauer und der Nicht-Therapie, wurde auf die Nicht-Existenz psychischer Krankheiten geschlossen. Beide Umstände haben sich offensichtlich im Verlaufe der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts drastisch gewandelt. Die stationäre psychiatrische Behandlung dauert heute nur noch Tage bis Wochen, und dies liegt unter anderem an der Verfügbarkeit biologischer, psychologischer und soziotherapeutischer Therapieverfahren. Obwohl das Potenzial hierzulande sicherlich noch nicht ausgeschöpft ist, findet ein großer Teil dieser Verfahren im ambulanten Setting statt, das von den Patienten genauso freiwillig in Anspruch genommen wird wie die stationäre Behandlung gegenwärtig (siehe unten). Zudem indizieren die referierten negativen Konsequenzen der Deinstitutionalisierung ebenfalls, dass die Betroffenen ‚wirklich‘ psychisch krank sind, anders wären die steigenden Suizidraten kaum zu erklären. Insgesamt kann die Hypothese durch den positiv wie negativ zu bewertenden Wandel in der psychiatrischen Versorgung als widerlegt gelten. Vermögen diese vielfach empirisch abgesicherten Tendenzen die der Psychiatrie kritisch gewogenen Sozialwissenschaften umzustimmen?

## Deinstitutionalisierung und Medikalisierung im sozialwissenschaftlichen Diskurs

Neben der Verjüngung der Patientenklientel und der Verkürzung der Behandlung haben sich zwei weitere elementare Entwicklungen in den Kliniken vollzogen, die beide eine Hinwendung zur Akutversorgung und zugleich eine Ausweitung der Behandlungsindikationen andeuten. Einer der Trends ist die erhebliche Zunahme freiwilliger Behandlungen auch in den Kliniken. Während die freiwillige Behandlung noch vor zwanzig Jahren in den bundesdeutschen psychiatrischen Kliniken nur bei der Hälfte der Aufnahmen zur Anwendung kam (LWL 1986), machen freiwillige Aufnahmen heute mehr als 80 Prozent der Aufnahmen aus. Die anderen Aufnahmen geschehen als direkte zwangsweise Behandlung (nach länderspezifischen Gesetzen) oder aber als Behandlungen nach Betreuungsgesetz (früher Vormundschaft). Ein großer Teil der freiwilligen Patienten kommt mit Diagnosen und Indikationen, die früher typischerweise nicht in psychiatrischen Kliniken behandelt wurden. Dazu zählen insbesondere weniger schwere Erkrankungen aus dem neurotischen Bereich sowie Suchterkrankungen.

Mit der Verlagerung der Behandlungsschwerpunkte vor allem in Richtung Sucht ist der zweite Trend bezeichnet. Suchtpatienten waren, wie Wienberg (1992) vollkommen richtig titelte, die „vergessene Mehrheit“. Obwohl suchtkranke Personen epidemiologisch weitaus häufiger vorkommen als etwa Menschen mit einer Schizophrenie, war die Suchtbehandlung bis vor kurzem ein Stiefkind der Psychiatrie. In der Vergangenheit hatte die Institution die Schwellen der Behandlung eindeutig zu hoch gelegt und von den hilfesuchenden Personen erhebliche Vorleistungen in Richtung Eigenmotivation schon für die Entgiftungsbehandlung erwartet. Das Ziel der Behandlung war die Abstinenz vom Suchtmittel. Diese Schwellen sind heute so gut wie nicht mehr vorhanden. Moderne Behandlungskonzepte sehen vor allem die Reduktion der gesundheitlichen Gefahren im Vordergrund (*Harm Reduction*), während die Abstinenz zu einem Fernziel geworden ist, das nur über den Aufbau von Motivation zur Behandlung zu erreichen ist. Die früher vernachlässigte Behandlung von Suchtkranken in der Psychiatrie spiegelt sich auch in der sozialwissenschaftlichen und psychiatriekritischen Literatur. Ebenso wie in der traditionellen Sozialpsychiatrie kommt dieses Störungsbild in der soziologischen Psychiatrieliteratur so gut wie nicht vor.

Außer Alkoholpatienten werden vor allem Patienten mit der Abhängigkeit von illegalen Drogen behandelt. Die Vergabe von Substitutionsmitteln (Drogensatzstoffen) wie Polamidon oder Methadon gehört gegenwärtig zum ambulanten Behandlungsangebot vieler Kliniken, Abteilungen und niedergelassener Psychiater. Ein wesentlicher Bestandteil der Psychiatriereformen in allen Ländern war der Ausbau ambulanter Versorgungsformen. Dazu zählen neben den Ambulanzen vor allem die niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten. Die Gruppe der Psychopharmaka ist bei Verordnungen niedergelassener Ärzte die fünfthäufigste Indikationsgruppe (BMG 1999: 227). Mit diesen und

anderen ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten erreicht das psychiatrische Versorgungssystem heute weitaus mehr Personen als noch vor wenigen Jahrzehnten. Psychiatrische Patienten sind nicht zuletzt deshalb für die behandelnden Institutionen interessanter geworden, weil die Behandlung auch unter ökonomischen Gesichtspunkten von Vorteil ist. Die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat mit dazu beigetragen, die psychiatrische Behandlung aus ihrem früheren Schattendasein in den Anstalten zu holen.

Gleichwohl darf in diesem Zusammenhang nicht übersehen werden, dass der Kern der chronisch psychisch Kranken in den psychiatrischen Praxen nach wie vor unterrepräsentiert ist. Die Behandlung chronisch schizophrener Patienten oder abhängiger Drogenkonsumenten ist zum einen relativ undankbar, weil die Therapiebereitschaft der Betroffenen vielfach nicht gegeben ist, und zum anderen stellt dieses Klientel ein erhebliches Störungspotenzial in der nervenärztlichen Praxis dar. Daher verwundert es nicht, wenn diese Patienten eher in Institutsambulanzen psychiatrischer Kliniken als in der niedergelassenen Praxis behandelt werden.

Die gerade beschriebene Verlagerung und Ausweitung der psychiatrischen Behandlung wird innerhalb des sozialwissenschaftlichen Diskurses (Soziologie und Psychologie) mindestens ambivalent, wenn nicht sogar mit Ablehnung betrachtet. Die mit den Psychiatriereformen einhergehende Veränderung des Versorgungssystems steht im Verdacht, eine Form sozialer Kontrolle durch die Medikalisierung sozialer Probleme zu sein. Medikalisierung wird durch die Definition eines Problems in medizinischer Terminologie, durch den Gebrauch medizinischer Sprache, die Adaption an eine medizinische Sichtweise oder aber durch die Nutzung medizinischer Interventionen zur Behandlung des Problems in Gang gesetzt (Conrad 1992). Das Konzept der Medikalisierung sozialer Probleme stammt originär aus der psychiatriekritischen und antipsychiatrischen soziologischen Literatur und geht zurück auf Parsons' Untersuchung der ‚Krankenrolle‘ (Parsons 1951: Kap. 10), mittels derer die medizinische Profession ihre Definitionsmacht ausüben könne.

In dieser Diskussion geht es um die empirisch nicht zu bestreitende Gleichzeitigkeit der Reform der Versorgung einerseits sowie den erheblichen Zuwachs der Bedeutung der pharmakologischen Behandlung andererseits. Während die Standardsicht (z.B. Geller 2000; Mechanic & Rochefort 1990) Psychopharmaka als große Unterstützung wenn nicht sogar als Voraussetzung für die Deinstitutionalisierung begreift, wird dies in Teilen der soziologischen Diskussion zugunsten einer polit-ökonomischen Einschätzung schlicht bestritten. Für Andrew Scull etwa haben die Medikamente nichts dazu beigetragen, sondern allenfalls einige Symptome beseitigt, die den Reformprozess gestört hätten (Scull 1980). Hinter der Deinstitutionalisierung stehen für ihn ausschließlich ökonomische und politische Zwänge. Der Wohlfahrtsstaat nach dem Zweiten Weltkrieg habe keine kostspieligen und ausschließenden Formen der Behandlung mehr legitimieren können. Es sei lediglich darum gegangen, die Einsparungen durch humanistische Rhetorik rechtfertigen zu können. Ganz ähnlich argumentieren Heinrich Keupp, Elmar Koenen und Kollegen für die

bundesdeutschen Verhältnisse in einem Beitrag zu Scull's zitiertem Buch (Keupp et al. 1980). Die Psychiatriereform in der Bundesrepublik sei als Folge sozialstaatlicher Defizite angestoßen worden. Das System sozialer Kontrolle habe mehr Arbeitskraft vernichtet als rehabilitieren können, und aus diesem Grund habe es seine Legitimation verloren.

Einerseits wird somit der Stellenwert der pharmakologischen Behandlung geringer geschätzt als im psychiatrischen Diskurs, andererseits wird die Ausweitung der Indikationsstellung über den Kern der ‚alten‘ Psychiatriepatienten hinaus sowie die Medikalisierung des Alltagsverhaltens sehr kritisch beobachtet. Hinsichtlich der Ausweitung der Behandlungsindikationen dienen die neuen Diagnose- und Klassifikationssysteme dazu, das Alltagsverhalten zu pathologisieren, so die bereits im vorherigen Kapitel vorgestellte Hypothese von Kutchins und Kirk (1997). Die Pathologisierung des Alltagsverhaltens begünstige wiederum die pharmakologische Behandlung. Indem psychologische Probleme als medizinische Indikation betrachtet würden, die in der Regel nur durch Medikamente behandelt werden könnten, behalte die ärztliche Profession die Dominanz über das Feld der seelischen Gesundheit, argumentiert etwa Brown (1985: 156). Psychotherapeutische und soziotherapeutische Verfahren würden dagegen nicht ihren Möglichkeiten entsprechend zur Anwendung kommen.

Innerhalb des politisch-ökonomischen Rahmens der sozialwissenschaftlichen Diskussion um die Medikalisierung dient die Ausweitung des medizinischen Feldes letztlich auch der Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Machtverhältnisse. Normales Verhalten sei ökonomiegerechtes Verhalten betonte von Kardorff (1978: 545). Die Medikalisierung der Psychosen könne als Vernichtung von Erkenntnisquellen sowie als Verdeckung typischer sozialer Krisen betrachtet werden.

Die grundlegende kritische Tendenz der psychiatriekritischen Soziologie hat sich offensichtlich auch im Rahmen der Psychiatriereformen nicht gewandelt. Allerdings sind kleine, aber entscheidende Veränderungen in der kritischen Stoßrichtung festzustellen. Wie Rudolf Forster in seiner umfassenden Analyse der sozialwissenschaftlichen Literatur zu den Psychiatriereformen vermerkt hat, geht es in der jüngeren Zeit nicht mehr um den Missbrauch der Medizin als Repression. „Vielmehr rückt der verdeckte ‚moralisch-politische‘, von sozialen Vorurteilen durchdrungene Charakter von Krankheitsdefinitionen und der medizinischen Praxis im allgemeinen in den Mittelpunkt.“ (Forster 1997: 131) Damit konvergiert die institutionskritische Position mit der konstruktivistischen Argumentation, die im ersten Kapitel vorgestellt wurde. Dies kann angesichts der gemeinsamen ‚Wurzeln‘, wie sie etwa das frühe Werk Foucaults darstellt, nicht weiter verwundern. Erneut trifft sich hier eine eigentümliche Koalition aus linksorientierter soziologischer Analyse mit radikalliberalistischen Vorstellungen vom rechten Rand, wie sie etwa von Szasz formuliert werden. Beide Perspektiven stimmen vor allem durch die Kritik an sozialen Machtverhältnissen überein.

Ein argumentativer Kern im sozialwissenschaftlichen Medikalisierungsdiskurs besteht eben in der oben bereits zitierten These des Aufrechterhaltens

ökonomischer und politischer Machtverhältnisse bzw. der Verhinderung sozialer Reformprozesse (vgl. zum folgenden Forster 1997: 134f.). Sobald man psychische Probleme des Individuums medikalisiert, rücken nach dieser Lesart die strukturellen Probleme der modernen, politisch kontrollierten und kapitalistisch durchsetzten Gesellschaft aus dem Blick. Daher diene die Medikalisierung der Stabilisierung der sozialen Machtverhältnisse. Wie Forster zusammenfassend herausgearbeitet hat, werden selbst in den Fällen von unbestreitbaren Vorteilen für die Betroffenen, etwa die wohlfahrtsstaatliche Absicherung durch das Gesundheitssystem, eher die Nachteile im Medikalisierungsdiskurs beleuchtet. Entsprechende Argumente findet man etwa in der Arbeit Castels und anderer über die ‚Psychiatisierung‘ der US-amerikanischen Gesellschaft, wo Methadon als ein „chemisches Kontrollmittel“ charakterisiert wird, „um Rauschgiftsüchtige zu neutralisieren.“ (Castel et al. 1982: 329)

Angesichts dieses Zynismus gegenüber den von psychischen Krankheiten betroffenen Menschen kann die zunehmende Marginalisierung derartiger Positionen im Gesundheits- und im Wissenschaftssystem nicht überraschen. Die Betroffenen und Nutzer psychiatrischer Behandlungsangebote folgen den kritischen Ansätzen nicht bzw. nicht mehr. Nur ein kleiner Teil von Betroffenenorganisationen gibt sich auch heute noch explizit psychiatriekritisch. Die Medikalisierung ihres Zustandes wird dagegen von Vielen intendiert, wenngleich die Zwangslage ihrer Krankheit natürlich nicht übersehen werden darf. Beispielhaft sei auf die erhebliche Ausweitung der Substitutionsbehandlung durch Methadon für Abhängige von illegalen Drogen hingewiesen. In der Bundesrepublik befanden sich Ende der 1990er Jahre ca. 50 Prozent aller Drogenabhängigen in Methadonprogrammen (Kinnunen & Nilson 1999), die sie regelmäßig zwingen, sich ärztlich behandeln zu lassen. Diese und andere Maßnahmen haben zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensbedingungen der Patienten beigetragen, von der Minimierung des Sterblichkeitsrisikos ganz zu schweigen.

So erweist sich zusammenfassend auch die zweite These der psychiatrischen Soziologie der Nachkriegszeit als nicht stichhaltig. Aus dem Faktum nicht vorhandener therapeutischer Möglichkeiten in den Asylen und Anstalten kann nicht geschlossen werden, dass die mit Recht als ‚Internierte‘ bezeichneten Menschen nicht doch psychisch krank waren. Die formale organisationssoziologische Gleichstellung psychiatrischer Kliniken mit Gefängnissen und sogar mit Konzentrationslagern übersieht jedoch entscheidende Unterschiede. Während die Willkürpraxis der Internierung in Konzentrationslagern außer Zweifel steht, stehen bei der Einweisung in psychiatrische Kliniken oftmals – wenn auch in früheren Zeiten zugegebenermaßen nicht immer – tatsächliche Notsituationen der Betroffenen oder aber ihrer Umwelt im Hintergrund. Wenngleich die Betroffenen diese Notsituationen nicht in jedem Fall sehen, ignoriert die psychiatriekritische Sozialwissenschaft häufig das Leid der Angehörigen bzw. der näheren Umgebung (hierzu: Angermeyer et al. 1997). Das Leben mit einem Menschen, der beispielsweise psychotisch dekompenziert ist und seine Umwelt wahnhaft verkennt, ist nicht leicht. Gleiches gilt für das Zusammenleben mit

einem chronisch alkoholabhängigen Trinkenden, der seiner Umwelt das Leben im wahrsten Sinne des Wortes zur Hölle machen kann. Und wenn die Betroffenen auch in einer akuten Krankheitsepisode möglicherweise nicht unter ihrem Zustand leiden, so stellt sich dieses Erleben oftmals zu einem anderen Zeitpunkt ein. Die hohen Suizidraten unter psychisch kranken Menschen sprechen hier eine zu deutliche Sprache (Neeleman 2001).

## Anmerkungen

<sup>1</sup> Ein vollständiger Überblick über weitere Länder kann nicht das Ziel dieser Arbeit sein, die angegebene Literatur kann hier konsultiert werden. Einen umfassenden Überblick über die derzeitigen Versorgungsformen in der Bundesrepublik geben Rahn und Mahnkopf (1999: 51ff.).

<sup>2</sup> Nach persönlichen Erfahrungen des Autors, der Mitte der 1980er Jahre einige Monate in einer psychiatrischen Institutsambulanz tätig war, ist diese Tendenz auch in der Bundesrepublik zu erkennen gewesen. Die bundesdeutsche Psychiatriereform zielte sicherlich auch auf die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung, ob sich dies aber zu Lasten der schwer und chronisch Kranken ausgewirkt hat, darüber fehlen – wie so häufig in Deutschland – grundlegende empirische Untersuchungen.

### 3. Ist ein niedriger Sozialstatus Ursache psychischer Störungen?

Im Jahre 1854 erhielt der amerikanische Arzt Edward Jarvis einen Auftrag des Bundesstaates Massachusetts. Der Auftrag bestand darin, „die Anzahl und die Umstände der Kranken im Staat zu bestimmen, diese so sicher wie möglich zwischen den Geisteskranken und den Idioten zu unterscheiden, zwischen den Gefährlichen und den Harmlosen, den Heilbaren und den Unheilbaren, und zwischen den hier Geborenen und den Fremden, sowie die Anzahl in jeder Gruppe, die arm sind.“ (Eaton & Muntaner 1999: 276, eig. Übersetzung). Jarvis sollte also die ‚geisteskranken‘ Personen im Staate identifizieren und die Hintergründe ihrer Krankheiten untersuchen. Die Mediziner und der örtliche Klerus bekamen die Auflage, bekannte Personen, die offensichtlich als geisteskrank galten, zu melden. Gleiches galt für Krankenhäuser, Gefängnisse und andere Einrichtungen (Vander Stoep & Link 1998; Eaton & Muntaner 1999).

Mit dieser Untersuchung wurde Edward Jarvis der erste psychiatrische Epidemiologe. Viele seiner damaligen Erkenntnisse bewegen die Psychiatrie bis heute. Dieser Umstand liegt in der Tatsache begründet, dass Jarvis aus seinen Daten Hypothesen für die Ursachen psychischer Krankheiten abgeleitet hat. Diese Hypothesen drehten sich insbesondere um die Frage, welcher Zusammenhang zwischen Armut und psychischer Erkrankung besteht. Jarvis erkannte nämlich, dass offensichtlich ein solcher Zusammenhang vorlag. Er fand über 2.600 ‚Geistesranke‘ in einer Bevölkerung von mehr als einer Million Menschen. Diese Rate entspricht mit circa 0,5 Prozent ungefähr dem Anteil von Menschen mit einer Psychosen, wie er üblicherweise auch heute gefunden wird. Unter das Stichwort Geisteskrankheit wurden nach damaligen Sprachgebrauch die Personen gefasst, die heute als Psychose-krank gelten würden.

Unter den Armen zählte Jarvis jedoch über sechs Prozent ‚Geistesranke‘. Damit überstieg die Rate der Kranken hier die Quote in den begüterten Schichten des Staates um ein Vielfaches. Jarvis zog zwei Schlüsse aus diesem Befund: Zum einen stellte er fest, dass die Geisteskrankheit die betroffenen Menschen in die Armut abgleiten ließ. Zum zweiten sah er einen engen Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit dahingehend, dass beides einen gemeinsamen Ursprung hat. Psychische Krankheit und Armut waren nach Jarvis offenbar auf natürliche Weise vergesellschaftet, weil unter den Armen weniger Lebenskräfte, mehr Schwäche und früherer Tod zu finden seien.

Der Nexus zwischen Armut und Krankheit wurde für Jarvis unter anderem auch dadurch bestätigt, dass nach seinen Erkenntnissen unter den armen irischen Einwanderern in Massachusetts die Geisteskrankheit besonders weit verbreitet war (Vander Stoep & Link 1998). Auch hinsichtlich dieses Umstands vermutete Jarvis die Wirkung der geringeren Lebenskraft („low vital force“), die unter den irischen Einwanderern verbreitet sei. Dahinter stand die Annahme

einer erblichen Veranlagung für eine Vielzahl von ‚moralischen‘, psychischen und körperlichen Verfehlungen, inklusive Armut und Geisteskrankheit.

Wie eine Reanalyse der Daten, mit denen Jarvis arbeitete, gezeigt hat, waren diese Befunde statistisch nicht gerechtfertigt (Vander Stoep & Link 1998). Innerhalb der Schicht der Armen war die Rate der Geisteskranken unter den irischen Einwanderer geringer als unter den Armen amerikanischer Herkunft. Jarvis hatte übersehen, dass die irischen Einwanderer häufiger unter den Armen zu finden waren als die ursprünglichen Amerikaner. Die höhere Rate der irischen Armen hatte ihn dazu verleitet, auf einen größeren Anteil an den Geisteskranken zu schließen. Es handelte sich offensichtlich um eine Konfundierung der kruden Prävalenzraten durch die Sozialschicht.

Obwohl die Schlussfolgerungen durch die Daten nicht gerechtfertigt waren, hatte die Untersuchung von Jarvis weitreichende Konsequenzen für die Analyse der Ursachen psychischer Erkrankungen. Die inverse Beziehung zwischen niedrigerem Sozialstatus und einer höheren Prävalenz psychischer Erkrankungen ist bis heute in hunderten, wenn nicht in Tausenden von Studien gefunden worden. So sehr dieser Befund unstrittig ist, so sehr ist seit Jarvis' Zeiten umstritten, worauf dieser Befund zurückzuführen ist. Wissenschaftlich wird diese Debatte unter den Stichworten soziale Verursachung vs. soziale Selektion geführt. Unter sozialer Selektion bzw. sozialer Drift wird die These verstanden, dass die psychische Erkrankung oder aber konstituierende Faktoren der Erkrankung zu einem sozialen Abstieg führen. In diesem Sinne war Jarvis davon ausgegangen, dass unter den irischen Einwanderern in Massachusetts ein erblicher Faktor im Spiel sei, der sowohl Armut als auch Geisteskrankheit verursache. Dagegen wird von Protagonisten der These der sozialen Verursachung der niedrige Sozialstatus bzw. die Armut als Voraussetzung für die Entwicklung der Erkrankung gesehen.

In der Psychiatrie wie in der Soziologie hat die These der sozialen Verursachung bis heute viele Anhänger. Diese stehen zweifelsohne im Zusammenhang mit Forschungen und theoretischen Überlegungen zu den Auswirkungen sozialer Ungleichheit, einem der zentralen Themen der Soziologie des Zwanzigsten Jahrhunderts. Hier ist die Sozialschicht häufig ein Thema, das nicht so sehr als Erklärungsfaktor für andere Merkmale herangezogen wird, sondern vielmehr ein Thema, das selbst erklärungsbedürftig ist. Anders ist dies im Zusammenhang mit medizinischen Fragestellungen. Hier geht es zumeist um die Explikation von medizinischen Topoi über den Sozialstatus. Wie kaum ein zweites Merkmal ist die Berücksichtigung der Sozialschicht in den meisten medizinsoziologischen und epidemiologischen Studien zu finden. Im allgemeinen gilt die Korrelation zwischen Sozialstatus und Gesundheitsstatus als gesichert. Ein höherer Sozialstatus ist statistisch in der Regel mit einem besseren Gesundheitsstatus verbunden. Ein solcher Zusammenhang ist bei der Entstehung vieler Krankheiten festgestellt worden, die eine hohe Morbidität und frühe Mortalität aufweisen: Herz-/Kreislauferkrankungen, Diabetes, Arthritis, Atemwegserkrankungen, Magen- und Darmerkrankungen, Geburtssterblichkeit sowie Unfälle und gewaltsame Tode, aber auch das Gesundheitsverhalten selbst (Prävention

etc.) (Adler & Ostrove 1999; Mielck 2000). Bei Krebserkrankungen hängt die Richtung des Zusammenhangs vom Krebstyp sowie von der Frage ab, ob man Inzidenz oder Überlebenschancen betrachtet.

Dieser robuste Befund ist etwas überraschend, weil der Sozialstatus über verschiedene Indices und Einzelmerkmale wie Einkommen, Ausbildung oder aktueller Beruf operationalisiert wird. Bis heute hat sich – nicht einmal bezüglich spezifischer Fragestellungen in der Psychiatrie – ein eindeutiges Merkmal oder ein definitiver Index durchsetzen können (Liberatos et al. 1988). Es sind aber nicht nur solche generellen Überlegungen, die hinsichtlich der Relation von Sozialstatus und psychischer Krankheit eine Rolle spielen. Die These der sozialen Verursachung psychischer Krankheiten durch einen niedrigen Sozialstatus stützt sich auf eine Reihe bedeutender Studien, die hier im folgenden vorgestellt werden. Es wird am Ende zu fragen sein, ob die Schlussfolgerungen der soziologischen Seite auch nach der ‚Dekade des Gehirns‘ noch berechtigt sind oder ob Jarvis und die Vertreter der sozialen Selektion am Ende doch Recht hatten. Die Antwort auf diese Fragestellung hat auch Auswirkungen auf die Analyse der Ursachen psychischer Störungen. Sollte sich erweisen, dass der Sozialstatus im Sinne der Selektionshypothese die Folge und nicht die Ursache für spätere Störungen ist, wäre ein Hauptfaktor der Theorie der sozialen Verursachung eliminiert, und die biologische Ätiologie würde erheblich mehr Glaubwürdigkeit erhalten.

### **Die Hypothese: Niedriger Sozialstatus ist Ursache psychischer Erkrankungen**

Zu den mittlerweile klassischen Studien, die einen kausalen Zusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus als Voraussetzung einer psychischen Erkrankung gefunden haben, werden die New Haven-Studie von August Hollingshead und Fredrick Redlich aus den 1950er Jahren und die Midtown-Manhattan-Studie von Leo Srole und Mitarbeitern, ebenfalls aus den 1950er Jahren (siehe die Übersichten bei Cockerham 1989; Eaton & Muntaner 1999).

Der Ursprung dieser Studien geht zurück auf eine Untersuchung, die aus dem Umfeld der Chicago-School in den 1930er Jahren stammt. Es handelte sich um die Studie von Faris und Dunham über die Verteilung psychiatrischer Aufnahmen in Chicago aus der Mitte der Dreißiger Jahre. Diese Forschungsvorhaben in den Vereinigten Staaten sind auf ein soziales und wissenschaftliches Klima zurückzuführen, das durch zwei einschneidende Ereignisse geprägt wurde, die große ökonomische Depression in der ersten Hälfte der Dreißiger Jahre sowie der Zweite Weltkrieg (Dohrenwend 1998; Leighton 1998). Hier war zum einen unmittelbar zu sehen, welche Auswirkungen und Verwerfungen Armut und Arbeitslosigkeit zur Folge haben können. Zum anderen waren der Krieg und

seine Begleiterscheinungen externe Bedingungen, die sich als besonders einflussreich auf die menschliche Psyche erwiesen. Die Große Depression veränderte nicht nur die amerikanische Sozialpolitik grundlegend, die bis dahin (und heute wieder) von einem Non-Interventionismus geleitet wurde, sondern beeinflusste ebenso stark die wissenschaftliche Sichtweise. Gerade in den Vereinigten Staaten existierte bis weit in die 1920er Jahre hinein eine starke wissenschaftliche Fraktion, die soziale Probleme unter einer genetischen Sichtweise betrachtete (Weingart et al. 1988: 345ff.; Dohrenwend 1998). Noch Mitte der 1930er Jahre wurde in amerikanischen Medizinjournalen über die eugenische Indikation für eine Zwangssterilisation diskutiert und in einigen Bundesstaaten ist diese Praxis in hoher Zahl durchgeführt worden. Zielgruppen von Zwangssterilisationen waren unter anderen Menschen mit einer geistigen Behinderung, Schizophrenie oder einer bipolaren Störung (Sofair & Kaldjian 2000). Diese Sichtweise hatte eine lange Tradition und konnte eine Reihe von Vorläufern aufweisen, wie am Beispiel von Jarvis' Untersuchung deutlich wurde.

Dieses Klima veränderte sich grundlegend in den 1930er Jahren und wurde in den 1950er Jahren, die kriegsbedingt quasi als wissenschaftliches Folgejahrzehnt gelten können, fortgesetzt. Die Große (ökonomische) Depression führte zu einer Vielzahl politischer und wissenschaftlicher Initiativen, die auf eine Milderung der Folgen sowie auf eine Reintegration der von der Depression Betroffenen ausgerichtet waren. Viele Sozialwissenschaftler waren der Auffassung, dass die schlechte sozioökonomische Situation einen zentralen Stressfaktor darstellte, der psychische Reaktionen hervorrufen könnte, die sich wiederum negativ auf die ökonomische Wiedereingliederung der von der Arbeitslosigkeit und anderen Bedingungen Betroffenen auswirkten (Leighton 1998). H. Warren Dunham erinnerte mehrere Jahrzehnte später an diesen Ursprung, den die Große Depression ausgelöst hatte, die „one third of a nation ill-clothed, ill-housed, ill-fed“ machte (Dunham, zitiert nach Cockerham 1989: 143). Es seien die Auswirkungen der Unterernährung und der ökonomischen Deprivation auf organische Erkrankungen gewesen, die den Anlass gegeben hätten, die gleichen Mechanismen auch für die sogenannten funktionalen Psychosen wie die Schizophrenie zu unterstellen.

Geprägt durch die sozialökologische Ausrichtung der Chicago-School untersuchten Faris und Dunham Mitte der 1930er Jahre die Verteilung der Aufnahmen in psychiatrische Kliniken nach dem Wohnbezirk der Patienten. Mit Hilfe großer Karten lokalisierten sie ungefähr 35.000 Patienten in staatlichen und privaten Krankenhäusern. Aus den ärmeren innerstädtischen Wohngebieten stammten demnach deutlich mehr Patienten mit Diagnosen wie Schizophrenie, Alkoholismus und organischen Psychosen. Besonders groß war diese Differenz bei der Schizophrenie, die sieben mal häufiger aus den zentralen Bezirken kamen als aus den Vororten der Mittelschicht. Faris und Dunham zogen aus dieser Verteilung der Aufnahmen kausalen Schlüsse für die Entstehung der Schizophrenie. Diese Ursachen lagen weniger in der Armut als vielmehr in der mit dem niedrigen Sozialstatus verbundenen sozialen Isolation. Soziale Isolation, so schlossen die beiden Autoren, fördere die Entstehung von Halluzinationen, Wahnvorstellungen und unangemessener Handlungen, zumal die übliche soziale Kontrolle durch die

Einsamkeit nicht vorhanden sei. Faris und Dunham gehen mit diesen Schlussfolgerungen nicht davon aus, dass Schizophrenie bzw. deren Behandlung durch sozialen Abstieg verursacht wird, sondern sehen eine eigenständige Komponente in der mit niedrigem Sozialstatus verbundenen sozialen Isolation. Diese Studie war die erste Untersuchung, in der deutlich wurde, dass der Sozialstatus bestimmte Implikationen für die psychische Gesundheit hat. Diese Erkenntnis hat spätere Analysen stimuliert, wie sie im folgenden vorgestellt werden.<sup>1</sup>

#### New Haven-Studie (Hollingshead und Redlich)

Während Faris und Dunham nicht direkt dem Zusammenhang von psychischer Erkrankung und niedrigem Sozialstatus auf der Spur waren, ist diese Fragestellung in der New Haven-Studie von August Hollingshead und Fredrick Redlich direkt untersucht worden (Hollingshead & Redlich 1975) (1958). Es handelte sich bei dieser Untersuchung um eine Kooperation zwischen einem Soziologen (Hollingshead), der in der Sozialstrukturanalyse zu Hause war, und einem Psychiater (Redlich). Die beiden Autoren benutzten den früher von Hollingshead erarbeiteten Schichtindex, um zwei Relationen zu untersuchen. Es handelte sich zum einen um den Zusammenhang zwischen Sozialschicht und Erkrankung und zum anderen um den Zusammenhang zwischen Sozialschicht und dem Behandlungsmodus von psychischen Erkrankungen.

Der Sozialschichtindex wurde primär aus dem Wohnort, der Beschäftigung und der Ausbildung konstruiert. Mit diesem Index wurden fünf Schichten ermittelt: I - Oberschicht (Führungspersönlichkeiten des Berufs- und Geschäftslebens), II - obere Mittelschicht (Ausbildung höher als Highschool, Manager-tätigkeiten), III - untere Mittelschicht (Angestellte, Inhaber kleiner Geschäfte), IV - Arbeiterschicht, V - Unterschicht (Schulbildung nicht abgeschlossen, ungelernete Arbeiter). Die Schicht IV machte mit 47 Prozent knapp die Hälfte der Einwohner New Havens aus.

Das Studiendesign sah eine Erhebung in Behandlungseinrichtungen in New Haven vor. Es handelte sich bei den als psychisch krank klassifizierten Fällen also um eine Inanspruchnahmepopulation, zweifelsohne eine Einschränkung hinsichtlich der Möglichkeit zur Generalisierung. Bekanntermaßen wird die Mehrzahl der psychisch Kranken in der Gemeinde gar nicht behandelt, so dass nicht klar ist, ob die Einflussfaktoren auf die Krankheit die gleichen sind, die auch zur Behandlung führen. Allerdings lag ein Hauptaugenmerk dieser Studie auf der Untersuchung der Behandlungsmodalitäten und ihres Zusammenhangs mit der Schichtung. Darüber hinaus unternahmen Hollingshead und Redlich auch einen Vergleich mit einer Kontrollgruppe aus der Normalbevölkerung, deren Angehörige sich nicht in Behandlung befanden.

Hinsichtlich der Hauptfragestellung, der Beziehung zwischen Sozialschicht und psychischer Erkrankung fanden Hollingshead und Redlich, dass die Erkrankungen innerhalb der Schichten nicht gleich verteilt waren. Die Prävalenz neurotischer Störungen und die Prävalenz psychotischer Störungen standen in einer inversen

Relation. Während in den höheren Schichten die neurotischen Störungen deutlich überrepräsentiert waren, waren es bei den unteren Schichten die psychotischen Erkrankungen, die gemeinhin als schwerer eingestuft werden.

Im Vergleich zum Schichtaufbau der Normalbevölkerung waren die schizophrenen Patienten in der Schicht V deutlich überrepräsentiert, während in Schicht IV die Relation ungefähr der Häufigkeit in der Bevölkerung entsprach. In den oberen Schichten I bis III war die Prävalenz erheblich geringer als unter den Bedingungen der Gleichverteilung zu erwarten gewesen wäre. Weiterhin bestanden große Unterschiede in der Wahrnehmung psychischer Krankheiten und sowie persönlicher Probleme zwischen den Schichten. Angehörige höherer Schichten waren viel eher in der Lage, interpersonelle Konflikte wahrzunehmen und eher bereit, psychische Störungen als solche zu benennen.

Deutliche Unterschiede waren auch bei den Aufnahmeverfahren in die psychiatrische Behandlung zu erkennen. Patienten aus Schicht I wurden demnach häufiger von niedergelassenen Ärzten in die Klinik eingewiesen, während Patienten aus der niedrigsten Sozialschicht häufiger von Polizei und Gerichten in die Behandlung eingewiesen wurden. Diese Unterschiede waren natürlich auch auf die divergierenden Prävalenzraten hinsichtlich der Krankheitsbilder zurückzuführen. Aber selbst wenn man nur die psychotischen Störungen betrachtete, waren verschiedene Wege in die Behandlung zu sehen. Psychotische Patienten aus höheren Schichten wurden eher von Familienangehörigen und Freunden zur Behandlung motiviert, bei psychotischen Patienten aus den weniger gut gestellten Schichten waren es eher Ordnungsinstanzen, die hierfür verantwortlich waren. Dieses Muster korrespondierte mit den Orten der Behandlung: Patienten aus höheren Schichten wurden eher in Privatkliniken aufgenommen, anderen blieb in der Regel keine Alternative zur Aufnahme in staatlichen Kliniken.

Ein ähnliches Muster erkannten Hollingshead und Redlich bei Patienten mit neurotischen Krankheitsbildern. Hier war deutlich, dass Patienten aus den höheren Schichten eher von niedergelassenen Psychiatern behandelt wurden, während die Patienten aus den anderen Schichten tendenziell eher stationär behandelt wurden. Und selbst bei den Behandlungsmethoden wurde deutlich, dass psychoanalytische Therapieformen nahezu ausschließlich für Patienten aus Schicht I und II angewendet wurden. Hier gab es offenbar auch eine Präferenz der Patienten, die mit den oben berichteten Resultaten zur Problemwahrnehmung zusammenhing: für Patienten aus niedrigeren Sozialschichten war die Psychoanalyse offenbar weniger akzeptabel und bezahlbar.

Hollingshead und Redlich unternahmen auch einen Test der Drift-Hypothese bei schizophrenen Patienten. Sie operationalisierten den sozialen Abstieg über die Mobilität in der Gemeinde bzw. den Zuzug in ärmeren oder Slum-Gegenden. Hierbei stellten sie keine vermehrten Wanderungsbewegungen der schizophrenen Patienten fest. Sie kamen zu dem Schluss, „dass die hohen Einweisungsraten für schizophrene Patienten aus Elendsvierteln nicht auf sozialen Abstieg zurückzuführen sind.“ (Hollingshead & Redlich 1975: 156) Dieses Resultat bestätigte die Schlussfolgerung von Faris und Dunham aus Chicago zwanzig Jahre zuvor.<sup>2</sup>

Zusammengefasst kann man die Ergebnisse der New Haven-Studie dahinge-

hend beschreiben, dass hier erstmals ein sicherer Zusammenhang von niedrigem Sozialstatus und psychischer Krankheit gefunden wurde. Diese Studie war eine der einflussreichsten psychiatrischen Untersuchungen der Nachkriegszeit. Die Benachteiligung der ärmeren Patienten wurde nicht nur im Zusammenhang mit der Entstehung der Krankheit postuliert, sondern auch die Behandlung gefunden. Die New Haven-Studie spielte in der Folge eine Schlüsselrolle bei der Etablierung der Community Mental Health Centers in den Vereinigten Staaten (Cockerham 1989: 150).

#### Midtown Manhattan-Studie (Srole und Mitarbeiter)

Eine der Schwächen der New Haven-Studie war die Tatsache, dass sie auf Patienten beruhte, die sich in Behandlung befanden. ‚Wahre‘ Prävalenzraten sind auf diesem Wege nicht zu erhalten, da sich in der Regel nur ein kleinerer Teil der ‚Kranken‘ in Behandlung befindet. In den Kriegsjahren ist eine Reihe von Studien durchgeführt worden, die mit unselektierten Probanden arbeiteten. Allerdings ergab sich aus diesen Untersuchungen, die in der Regel im Zusammenhang mit Musterungen für den Militärdienst durchgeführt wurden, keine klaren Ergebnisse. Teilweise ergaben sich sogar höhere Prävalenzen der psychischen Beeinträchtigung bei Individuen mit einem hohen Sozialstatus. Vor diesem Hintergrund unternahm der Psychiater Thomas Rennie (der vor der Datenerhebung verstarb) und der Soziologe Leo Srole eine Feldstudie, in der die Prävalenz der Psychopathologie in der Allgemeinbevölkerung untersucht werden sollte. Das Untersuchungsteam führte Interviews mit über 1.600 Personen aus einer Zufallsstichprobe von Haushalten im New Yorker Stadtteil Manhattan (Srole & Langner 1974) (1962).

Bei der Datenerhebung wurde nicht auf einzelne Krankheiten primär abgehoben, sondern die allgemeine Psychopathologie berücksichtigt und eingeschätzt. Auch in dieser Studie wurde die ausgeprägtere Psychopathologie in den niedrigeren Sozialschichten gefunden. Dieser Befund galt sowohl für den elterlichen Sozialstatus als auch für den eigenen Status als Erwachsener. Während die Rate der beeinträchtigten Personen bezüglich des elterlichen Status 19,8 Prozent betrug (vs. 9,9 Prozent in der Gruppe mit einem hohen Status), machte dies vor dem Hintergrund des eigenen Sozialstatus 47 Prozent aus (vs. 12,5 Prozent in der Gruppe mit hohem Status) (Srole & Langner 1974). Für Srole und Mitarbeiter ergab sich damit die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der intergenerationalen Mobilität und der Psychopathologie. Die sozioökonomische Aufwärtsmobilität war mit einer geringeren Psychopathologie verbunden als der Verbleib in der gleichen Sozialschicht oder gar die Abwärtsmobilität. Die Raten der psychisch beeinträchtigten Individuen betragen in den Gruppen der Aufwärts-Mobilen 13, der Stablen 23 und der Abwärts-Mobilen 30 Prozent. Darüber hinaus wurde eine charakteristische Altersverteilung beobachtet, welche die Schichtung überlagerte. Mit dem Alter kam es offenbar zu einer Zunahme psychischer Symptome, während die jüngsten Befragten die geringste

Ausprägung der Psychopathologie aufwiesen. Die Charakteristika ‚jung‘ und ‚hoher Sozialstatus‘ bürgten für die geringste Ausprägung psychopathologischer Symptomatik.

Alter und Sozialstatus standen darüber hinaus in einem weiteren Zusammenhang. Die Analysen zur Mobilität zwischen der elterlichen und der eigenen Generation als Erwachsener haben die Autoren schließen lassen, dass während der Kindheit bestimmte Gesundheitspotenziale angelegt wurden, die sich primär über den Sozialstatus bestimmten. Im Verlauf der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter würden weitere auslösende Faktoren entsprechende Störungen bei den besonders anfälligen Personen aller Statusgruppen hervorrufen. Die Wirkungsrichtung der Mobilität auf die Störung war nach Srole und Mitarbeitern eindeutig: „*alles in allem* ist aufsteigende Statusmobilität psychisch und materiell belohnend, wogegen absteigende Statusmobilität in beiderlei Hinsicht deprivierend wirkt.“ (Srole & Langner 1974: 86)

Srole und Mitarbeiter fanden in dieser Untersuchung einen ätiologischen Faktor, der die spätere Forschung bis heute bestimmen sollte: Stress. Offenbar gab es eine inverse Beziehung zwischen Stress und niedrigem Sozialstatus. Menschen aus höheren Schichten erlebten nach diesen Resultaten weitaus weniger Stress als Menschen aus unteren Schichten. Diese Unterschiede im Stresserleben standen in einer generellen Beziehung zu dem Risiko, psychisch krank zu werden. Darüber hinaus hatten ärmere Personen bei gleichem Stresslevel ein deutliches größeres Risiko psychischer Krankheit. Stress wurde somit als vermittelnder Faktor zwischen dem Sozialstatus und dem psychischen Gesundheitsstatus konzipiert.

Den Mitarbeitern der Midtown Manhattan-Studie zu Folge haben diese Unterschiede auch etwas mit den verschiedenen Bewältigungsmustern in den Schichten zu tun. Die Sozialisation in der jeweiligen Schicht führe zur Internalisierung differenter Normen, Werte und Annahmen. Als Ergebnis der Sozialisation reagierten Personen aus niedrigeren Schichten eher mit psychotischen Symptomen wie Rückzug. Demgegenüber neigten Personen aus höheren Sozialschichten eher zu neurotischen Bewältigungsmustern wie Angst.

Der Zusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus und einem größeren Risiko, psychisch krank zu werden, ist durch die New Haven-Studie und die Midtown Manhattan-Studie der wissenschaftlichen und der politischen Öffentlichkeit verdeutlicht worden. Diese beiden Untersuchungen haben – gemeinsam mit der Vorgänger-Studie von Faris und Dunham – zugleich die ätiologische Diskussion in neue Bahnen gelenkt. In Chicago und New Haven wurden keine Hinweise auf einen sozialen Abstieg psychisch Kranker gefunden, das heißt, es gab keine Belege für die Drift-Hypothese. Obwohl es keine direkten Hinweise für die kausale Verbindung zwischen Sozialstatus und Psychopathologie, etwa longitudinale Verläufe oder quasi-experimentelle Settings gab, sind beide Studien in diesem Sinne interpretiert worden. Die Abwesenheit von Belegen für Selektion bzw. Drift sind als indirekte Evidenzen für soziale Kausalität bewertet worden (Wheaton 1978). Die New Yorker Untersuchung hat dann die ätiologischen Überlegungen in eine neue Richtung gelenkt, in dem sie den Faktor Stress

in einen Zusammenhang mit der sozioökonomischen Position gebracht hat. Gemeinsam haben diese Untersuchungen in der Folgezeit eine Vielzahl weiterer Forschungsvorhaben angestoßen, die sich ebenfalls diesem Thema widmeten und den Zusammenhang bestätigten.

## Die Prüfung der Hypothese: Soziale Ursache oder soziale Selektion?

Die psychiatrische Epidemiologie untersucht mittlerweile die Verteilung und die Umstände psychischer Erkrankungen mit sogenannten Studien der dritten Generation (Kohn et al. 1998). Bis zum Zweiten Weltkrieg wurden in der Regel Informanten (wie Ärzte oder Pfarrer) befragt oder institutionelle Aufzeichnungen benutzt. Nach dem Krieg wurden in der Allgemeinbevölkerung direkt mittels Feldstudien geforscht. Allerdings wurden in dieser Zeit – von wenigen Ausnahmen abgesehen – kaum standardisierte Instrumente eingesetzt. Die Identifikation von Krankheit (Fallidentifikation) wurde zumeist nachträglich von Psychiatern auf der Basis der Interviewdaten vorgenommen. In der gegenwärtigen dritten Generation werden explizite diagnostische Kriterien überprüft und mit strukturierten klinischen Interviews gearbeitet. Diese Interviews basieren häufig auf den Kriterien der standardisierten Diagnosemanuale wie dem *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM III ff.) oder der *International Classification of Diseases* (ICD).

Der Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Psychopathologie steht heutzutage auch in den Studien der dritten Generation außer Zweifel. In einer umfassenden Übersichtsarbeit haben Kohn et al. (1998) sämtliche epidemiologische Feldstudien zusammengestellt. Für die Schizophrenie ermittelten die Autoren eine Median-Rate der Prävalenz über alle Studien, die für die niedrigste Sozialschicht 3,4 mal höher als für die höchste Sozialschicht ist (Ein-Jahres-Prävalenz; Lebenszeit-Prävalenz: 2,4). Für die Depression (Major Depression) wurde eine Median-Rate der Ein-Jahres-Prävalenz für die niedrigste Sozialschicht von 2,4 mal so häufig wie in der höchsten errechnet. Für die Panikstörung wie für Phobien scheint ein solcher Zusammenhang ebenfalls gesichert. Gleiches gilt für die Alkoholerkrankung. Hier war die Prävalenz in der niedrigsten Sozialschicht 3,4 mal höher als in der höchsten (Ein-Jahres-Prävalenz; Lebenszeit-Prävalenz: 1,6).<sup>3</sup> Allerdings besteht dieser Zusammenhang eher bei Männern.<sup>4</sup> Besonders hoch ist der Unterschied im Sozialstatus bei Individuen mit einer Persönlichkeitsstörung, vor allem mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. Die ermittelte Lebenszeitprävalenz war hier über diverse Studien hinweg mehr als sieben mal so hoch im niedrigen Sozialstatusbereich. Für die Messung des Zusammenhangs von niedrigem Sozialstatus und Persönlichkeitsstörungen besteht allerdings ein erhebliches Problem, das mit der Fragestellung dieses Kapitels zusammenhängt. Erste Auswirkungen einer Persönlichkeitsstörung zeigen sich vor allem bei Jungen schon im Alter von 8 oder 9 Jahren. Diese frühen Auffäl-

igkeiten wirken sich erwartungsgemäß auf den Schulabschluss aus, der häufig als Indikator für den Sozialstatus herangezogen wird. Hier lassen sich schon in der Schullaufbahn Selektionsprozesse vermuten, und diese Frage wurde in der Dunedin-Studie auch explizit untersucht (s.u.). Lediglich bei Zwangserkrankungen sowie bei Angsterkrankungen ist die Relation von niedrigem Sozialstatus und dem Störungsbild unsicher bzw. nicht nachzuweisen.

Ein weiterer Befund, der durch große Feldstudien nicht hervorgebracht werden kann, sondern lediglich durch spezifische Längsschnitt-Untersuchungen, ist der Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand und der Entwicklung einer Demenz im Alter. Sowohl bei der vaskulären Demenz als auch beim Alzheimerschen Typ existiert einer Übersicht über diese Problematik zufolge eine statistische Assoziation zwischen Bildungsgrad und Demenzrisiko (Aurich et al. 1999). Diese Beziehung bleibt bestehen, auch wenn man die in diesem Fall erheblichen methodischen Probleme ausschließt (Geerlings et al. 1999). Als Hypothese für den Grund einer geringeren Erkrankungswahrscheinlichkeit mit höherem Bildungsstand wird vermutet, dass das gebildete Gehirn gewissen ‚Reserven‘ schafft, welche die Schwelle erhöht, bei der dementielle Symptome sichtbar werden.

Bis in die 1990er Jahre hinein ist der Hintergrund der Beziehung zwischen niedrigem Sozialstatus und ausgeprägter Psychopathologie allerdings nur unzureichend empirisch getestet worden. Reanalysen früherer Studien hatten eher Unterstützung für die soziale Kausalität als für die Selektion gefunden (Wheaton 1978; Fox 1990). Die früheren Studien, wie etwa die Midtown-Manhattan-Untersuchung, hatten aber in der Regel den Nachteil, dass der Sozialstatus der Eltern, der als Ausgangsstatus genommen wurde, retrospektiv erhoben wurde. Diese Methode ist unter methodischen Gesichtspunkten problematisch. Prospektive Studien über mehrere Generationen hinweg könnten hier mehr Aufschluss verschaffen, sind jedoch extrem aufwendig und wenig praktikabel. Zwei neuere Untersuchungen, die hier im folgenden vorgestellt werden sollen, haben diesen Sachverhalt unter quasi-experimentellen Bedingungen (Israel-Studie) sowie unter longitudinalen Verhältnissen (Dunedin-Studie) untersucht.

#### Israel-Studie (Dohrenwend und Mitarbeiter)

Die zuvor beschriebene Ausgangslage veranlasste Bruce Dohrenwend und ein Team amerikanischer und israelischer Sozialepidemiologen, ein innovatives Forschungsdesign zu wählen, mit dem die Verursachungs- vs. Selektionsproblematik unter quasi-experimentellen Bedingungen getestet werden konnte (Dohrenwend et al. 1992; Dohrenwend et al. 1998). Ausgangsüberlegung war die folgende: Die Hypothesen der sozialen Verursachung und der sozialen Selektion machen die gleiche Voraussage, nämlich die inverse Beziehung zwischen Sozialstatus und Psychopathologie. Dohrenwend war seit mehreren Jahrzehnten auf der Suche nach einem Setting, bei dem die kontrastierenden Hypothesen zu unterschiedlichen Resultaten führten. Dieses konnte nur erreicht werden,

wenn der Sozialstatus durch ein anderes Merkmal ersetzt wurde, das weniger veränderlich war als die Sozialschicht. Ein solches Merkmal ist die ethnische Zugehörigkeit. Angehörige ethnischer Gruppen mit Minderheitsstatus haben in der Regel weniger Gelegenheit, sozial aufzusteigen, da sie von der Mehrheitsethnie diskriminiert werden. Beispiele hierfür sind Afroamerikaner in den Vereinigten Staaten oder aber, wie im Falle Israels, jüdische Einwanderer aus Nordafrika. Angehöriger dieser ethnischen Minderheiten werden aufgrund der Diskriminierung mehr Stress erleben als die Mehrheitsethnie. Die Geburt in eine benachteiligte Ethnie und die Geburt in eine Mehrheitsethnie stellten die quasi-natürlichen Ausgangsbedingungen für Lebensumwelten mit unterschiedlichen Stressoren dar.

Aus diesen Umständen lassen sich Forschungshypothesen ableiten, die getestet werden können. Wenn sozialer Stress die Ursache für die psychische Erkrankung ist, dann ist zu erwarten, dass Angehörige der Minderheitsethnie in jeder Sozialschicht höhere Prävalenzraten der Störung aufweisen. Wenn Selektion die Ursache für den Zusammenhang zwischen Sozialschicht und Erkrankung ist, dann werden die Gesunden sozial aufsteigen oder in der Schicht verbleiben, die Kranken aber tendieren zur Abwärtsdrift. Diese Selektionsprozesse werden in den unterschiedlichen Ethnien zu divergierenden Konsequenzen führen. Gesunde Angehörige der Minderheitsethnie werden nicht in dem gleichen Maße wie die Gesunden der Mehrheitsethnie aufsteigen können. Wenn Selektion vorliegt, dann werden die Angehörigen der benachteiligten Ethnie in jeder Sozialschicht eine geringere Prävalenzrate aufweisen (Dohrenwend et al. 1992; Dohrenwend et al. 1998).

Dohrenwend fand in Israel die idealen Bedingungen für die Überprüfung der Hypothese. Zum einen gibt es in Israel eine ethnische Struktur mit Minderheits- und Mehrheitsethnie. Das Team konzentrierte sich auf die zweite Generation von Einwanderern europäischer Juden und nordafrikanischer Juden. Die zweite Generation wurde deshalb gewählt, um selektive Migration als Hintergrund der Psychopathologie auszuschließen. Weiterhin gibt es in Israel ein Bevölkerungsregister, das wesentliche Daten enthält, welche das Team zur Rekrutierung eines stratifizierten Samples benötigte. Mit einem zweistufigen Screening- und Interviewverfahren wurden letztlich mehr als 2.700 Personen psychiatrisch untersucht. Die psychiatrische Diagnose wurde mit einem standardisierten Instrument erhoben. Der Sozialstatus wurde über die formale Ausbildung und den aktuellen Beruf abgebildet.

In Übereinstimmung mit der Hypothese der sozialen Selektion war die gegenwärtige Schizophrenie unter den Juden europäischer Herkunft verbreiteter als unter den nordafrikanischen Israelis. Adjustiert für umfangreiche Merkmale des Sozialstatus und anderer Variablen ergab sich in der logistischen Regression ein Odds Ratio von 3,82. Das heißt, alle anderen Merkmale konstant gehalten, haben europäische Juden ein knapp viermal so großes Risiko, eine Schizophrenie auszubilden. Ein ähnlich hohes Odds Ratio (4,30) ergab sich für das Lebenszeitrisko. Demgegenüber erfüllten die Depression (bei Frauen), die antisoziale Persönlichkeitsstörung (bei Männern) sowie die Substanzmittelabhängigkeit (bei Männern) die Hypothesen der sozialen Verursachung. Das heißt, diese Krankheitsbilder

waren bei den nordafrikanischen Juden signifikant häufiger und zeigten in der Regression, kontrolliert für andere Merkmale, die gleichen Trends.

Mit diesen Ergebnissen haben Dohrenwend und seine Mitarbeiter ein Resultat geliefert, das auf differente ätiologische Kausalitäten bei unterschiedlichen Krankheitsbildern verweist. Schizophrenie scheint in diesem Zusammenhang eher durch nicht-sozialen Faktoren (im Sinne des Sozialstatus) verursacht zu werden. Depression, Substanzmittelabhängigkeit und die antisoziale Persönlichkeitsstörung werden dagegen diesen Ergebnissen zufolge durch Stress mit ausgelöst, wenn nicht sogar verursacht. Soziale Kausalitäten sind offenbar bei einigen Krankheitsbildern vorhanden, bei der Schizophrenie aber nicht.<sup>5</sup>

#### Dunedin-Studie (Miech und Mitarbeiter)

Die Chance eines prospektiven und longitudinalen Studiendesigns unter Berücksichtigung des Sozialstatus ergab sich in der Dunedin-Studie (Miech et al. 1999). Hierbei handelt es sich um eine Studie, welche eine Kohorte, die innerhalb eines Jahres in Dunedin, Neuseeland, geboren wurde, in mehreren Wellen vom 3. bis zum 21. Geburtstag immer wieder untersuchte. Die Größe der Stichprobe betrug ursprünglich 1.037 Kinder.

Die vorliegende Studie berichtet über Resultate zum 15. und zum 21. Geburtstag. Der psychopathologische Status und die Diagnose wurden nach Kriterien des amerikanischen Diagnosemanuals DSM-III bzw. DSM-III-R bestimmt. Zum Alter von 15 wurden kinder- und jugendpsychiatrische Kriterien verwendet, beim Alter 21 waren es die Kriterien der Erwachsenenpsychiatrie. Die Krankheitsprävalenz (Ein-Jahres-Prävalenz) betrug 15 Prozent zum 15. Geburtstag und 40 Prozent zum 21. Geburtstag.

Wie in den meisten anderen Studien zu dieser Thematik fand sich auch hier ein Zusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus und Psychopathologie. Weiterhin wurde negative Korrelationen zwischen der Anzahl einzelner Symptome sowie den verschiedenen Statusindikatoren Beruf der Eltern, Ausbildung der Eltern, Familieneinkommen und einem Schichtindex zum 15. Geburtstag gefunden. Generell unterschieden die Autoren zwischen internalisierenden und externalisierenden Störungen. Zur ersten Kategorie zählten Angst und Depression, zur zweiten (im Alter von 15 Jahren) Verhaltensstörungen und Aufmerksamkeitsdefizite. Externalisierende Störungen waren höher negativ mit den Statusindikatoren korreliert.

Die Selektionshypothese wurde über den Einfluss der psychischen Störung zum 15. Geburtstag auf den nachfolgenden Schulerfolg getestet. Hier zeigte sich, dass die frühen externalisierenden Störungen einen erheblichen Einfluss auf das Nichterreichen bestimmter Schulabschlüsse hatten. In der logistischen Regression hatten Kinder mit einer Verhaltensstörung ein viereinhalbfach erhöhtes Risiko, überhaupt keinen Schulabschluss zu erreichen. Ähnlich groß war das Risiko der Kinder mit einer Aufmerksamkeitsstörung. Hier betrug das Odds Ratio für das Nichterreichen irgendeines Abschlusses 5,6. Demgegenüber

fand sich bei den internalisierenden Störungen Angst und Depression keine negative Konsequenz hinsichtlich des Schulabschlusses.

Der niedrige Sozialstatus der Eltern zum 15. Geburtstag hatte angesichts des Ausbildungsganges und der Anamnese psychischer Störungen keine Auswirkungen auf die Psychopathologie zum 21. Geburtstag. Dagegen zeigte sich hier erneut der Zusammenhang zwischen dem aktuellen Sozialstatus der jungen Erwachsenen und der psychischen Störung. Eine niedrigere Ausbildung hatte signifikanten Einfluss auf die Verschlechterung der Symptomatik bei Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen, allerdings nicht bei Depression.

Die Autoren ziehen unterschiedliche Schlüsse aus ihren Ergebnissen für die einzelnen Störungsbilder. Bei Angststörungen sehen sie ausschließlich soziale Verursachung. Für die Depression finden sie weder für die Verursachung noch für die Selektion Belege. Dieses Resultat wird auf das junge Alter der Respondenten zurückgeführt. Der aus anderen Studien bekannte und vielfach replizierte Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Depression ist möglicherweise ein Effekt des Erwachsenenalters. Bei der Persönlichkeitsstörung werden sowohl Verursachungs- als auch Kausalitätseffekte postuliert. Ein niedriger Sozialstatus hatte negative Konsequenzen hinsichtlich der Ausbildung der Krankheit, aber es folgte auch ein Effekt auf den späteren Schulerfolg durch die Störung. Ein reiner Selektionsprozess war den Autoren zufolge bei den Aufmerksamkeitsdefiziten der Fall.

Obwohl diese Studie den Nachteil hat, nicht über Suchterkrankungen und über Schizophrenie zu informieren (vermutlich wegen des jungen Alters und der niedrigen Prävalenz der Schizophrenie), werden hier neue Muster des Zusammenhangs zwischen Sozialstatus und psychischer Krankheit deutlich. Jedes Störungsbild hat einen eigenen Hintergrund von Kausalität bzw. Selektion. Generalisierte Studien geben über diese Hintergründe keinen Aufschluss, sondern verschleiern eher die Zusammenhänge. Zudem ist die Grenze zwischen psychotischen und anderen Störungsbildern, wie sie bei Dohrenwend und Mitarbeitern auftauchte, hier nicht bestätigt worden. Sicherlich ist davon auszugehen, dass die Beziehung zwischen Psychosen und Sozialstatus eher durch Abstiegsprozesse charakterisiert ist, jedoch kann dies auch bei anderen Störungsbildern der Fall sein. Weiterhin ist auch deutlich geworden, wie sehr Störungen im Kindesalter den weiteren Staterfolg behindern. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, sozialwissenschaftlichen Konzepte erweitern zu müssen, um von einer unidirektionalen Beziehung von Sozialstruktur und psychischer Störung wegzukommen. Zumindest bei Persönlichkeitsstörungen ist eine Interaktion zwischen Individuum und sozialer Umgebung (hier als Sozialstatus) sichtbar geworden.

Zusammengefasst kann eine Entwicklung hinsichtlich der Untersuchung der Relation zwischen Sozialstatus und psychischer Erkrankung nicht übersehen werden. Je rigoroser die methodischen Standards sind, desto mehr Differenzierungen ergeben sich. Während die oben referierten frühen Studien von der Abwesenheit intra- oder intergenerationeller Mobilität auf soziale Kausalität geschlossen haben, lässt sich in neueren Studien ein störungsspezifischer

Zusammenhang erkennen. Sicherlich bedarf es noch einer Reihe von Untersuchungen mit entweder quasi-experimentellem oder longitudinalem Design, um die hier gewonnenen Eindrücke zu bestätigen. Ein genereller unidirektionaler Einfluss des Sozialstatus auf psychische Störungen kann nicht mehr unterstellt werden.

## **Verbindende Mechanismen zwischen Sozialstatus und psychischer Erkrankung**

### Soziale Marginalisierung: Die Folgen psychischer Störungen

Nachdem mit epidemiologischen Methoden mittlerweile zunehmende Klarheit über die Relation von Sozialstatus und Krankheit hergestellt wird, stellt sich die Frage nach den Mechanismen, die hier wirksam sind. Das Ergebnis von Dohrenwend und Mitarbeitern, dass die Schizophrenie nicht durch einen niedrigen Sozialstatus verursacht wird, sondern dass schizophrene Patienten eher sozial absteigen, ist mittlerweile durch Studien mit anderen Forschungsdesigns bestätigt worden (siehe kürzlich Mulvany et al. 2001). Die *soziale Abwärtsmobilität* ist insbesondere bei an Schizophrenie erkrankten Menschen in einigen Studien untersucht worden (Eaton & Muntaner 1999). In einer großen Fallregister-Studie mit einem retrospektiven Follow-Up nach 17 Jahren fanden Aro et al. (1995) in Finnland beispielsweise eine mit dem Alter zunehmende Drift in die Arbeitslosigkeit bei schizophrenen Patienten. Darüber hinaus konnte auch innerhalb der verschiedenen Berufskategorien eine Abwärtsdrift festgestellt werden. Bei den als Kontrollgruppe untersuchten Patienten mit einer schweren Depression war dagegen die Abwärtsmobilität weitaus geringer. So waren beispielsweise von der größten Gruppe (blue-collar workers) einer Population mit einer schizophrenen Erkrankung im Jahre 1970, die zwischen 1933 und 1947 geboren war, fünf Jahre später noch 45 Prozent in der gleichen beruflichen Gruppe und 17 Jahre später (1987) waren es noch 7 Prozent. Komplementär dazu stieg die Arbeitslosenrate unter diesen Patienten von 47 Prozent in 1970 auf 91 Prozent in 1987. Aufstiege in bessere Berufe waren sehr selten. Zum Vergleich: die Arbeitslosenrate der Patienten mit einer Depression aus der gleichen Kohorte betrug 17 Jahre später 44 Prozent.

Ein sehr differenziertes Bild der sozialen Abstiegs- und Exklusionsprozesse bei Personen mit einer Schizophrenie hat die Mannheimer ABC-Studie gezeichnet. Hierbei handelte es sich um eine Untersuchung von Erstaufnahmen in Kliniken mit einer schizophrenen Psychose. Ein Teil der Untersuchung drehte sich um die Frage, in welchem Zusammenhang die psychotischen Symptome

mit biografischen Veränderungen standen (Löffler & Häfner 1999). Im Durchschnitt folgten die biografischen Verluste des Arbeitsplatzes, des Partners und des Einkommens den ersten präpsychotischen und psychotischen Symptomen. Für die meisten Patienten waren die Abwärtsmobilität sowie die Einschnitte in die berufliche Karriere und in die persönlichen Rollen die Folge des Eingriffs der Krankheit in die Biografie.

Im Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe zeigte sich, dass etwa die Partnerintegration zum Zeitpunkt der ersten Symptomatik gleich groß war. Für die Gruppe der schizophrenen Patienten folgte im Verlauf teilweise ein Verlust der Partner, während sich bei der gesunden Kontrollgruppe der Anteil mit festen Partnerschaften weiter erhöhte. Als Resultat dieser Studie unterschieden die Autoren die Folgen für Patienten mit einem frühen Beginn der Krankheit und mit einem späteren Beginn. Patienten mit einem frühen Start der Krankheit schafften den Start in eine ‚Normalbiografie‘ (etwa hinsichtlich der Partnerschaft) deutlich weniger. Ein späterer Beginn der Erkrankung war mit sozialen Abstiegsprozessen verbunden. In Ergänzung zur Drift-Hypothese vertreten die Autoren um Häfner eine Nonstarter-Hypothese insbesondere für Betroffene mit einem frühen Ausbruch der Erkrankung.

Mit soziologischer Terminologie kann bei den Folgen dieser Prozesse durchaus von sozialer Exklusion gesprochen werden (Shaw et al. 1999). Damit ist gemeint, dass die Betroffenen von einer Vielzahl relevanter Sozialbeziehungen zunehmend ausgeschlossen werden. Der Terminus ‚soziale Exklusion‘ geht also über die Begriffsimplicationen, wie es etwa für ‚Armut‘ gelten, weit hinaus. Die Einschränkungen beginnen im Interaktionsbereich intimer Beziehungen, führen über organisatorische Ausschlüsse aus Schule und Arbeit bis hin zu extremer Armut und Entrechtung, wie sie vielfach im Wohnungslosenmilieu vorzufinden sind. Nicht selten sind diese Prozesse schon zu Beginn absehbar, etwa bei verhaltensgestörten Kindern, die im weiteren Verlauf ihres Lebens immer wieder auffällig werden. Kinder, denen im Alter von 10 Jahren eine Verhaltensstörung attestiert wurde, verursachen einer britischen Studie nach zehnmal mehr soziale Kosten bis Ende des dritten Lebensjahrzehnts als unauffällige Kinder (Scott et al. 2001). Bei dieser Gruppe findet sich in den Lebensläufen eine Kumulation von Merkmalen wie Leseschwierigkeiten, keine Schulabschlüsse, regelmäßige Inhaftierungen wegen Eigentums- und Gewaltdelikten, Missbrauch von Alkohol und anderen Drogen, diskontinuierliche Arbeitsverhältnisse und gewalttätige Intimbeziehungen.

Diese Befunde aus der Schizophrenieforschung und der Kinderpsychiatrie lassen auf eine erhebliche Beteiligung biologischer und psychischer Mechanismen hinsichtlich der sozialen Folgen während einer schweren chronischen psychischen Störung mit sozialem Abstieg schließen. Offensichtlich verfügen die Betroffenen nicht über adäquate kognitive und andere psychische Ressourcen, die es ihnen erlauben würden, den Alltag in der modernen Gesellschaft so schadlos wie Gesunde zu überstehen. Ihre Ressourcen reichen häufig nicht aus, Sozialkontakte aufrecht zu erhalten und zu pflegen, die für eine Gesundheit förderlich wären. Ebenfalls halten die von sozialen Abstiegsprozessen

betroffenen Personen mit einer Psychose oder anderen Beeinträchtigungen den Anforderungen im zentralen Lebensbereich der Arbeitswelt nicht stand. Das Verhalten der Betroffenen ruft häufig eine Reaktion in der Umwelt hervor, das den Krankheits- und Defizitsprozess antreibt. Viele von ihnen geraten auf diesem Wege in eine Abwärtsspirale hinein, bei denen sich die psychischen und kognitiven Kompetenzdefizite, die Krankheitssymptome und die sozialen Folgen gegenseitig verstärken.

Hinzu kommen vermutlich weitere Effekte, die mit dem Gesundheitssystem zusammenhängen. In einer irischen Untersuchung zum Zusammenhang von Sozialstatus und Schizophrenie wurde zwar keine kausale Verbindung dieser Relation gefunden, jedoch waren Betroffene aus besser gestellten Familien erheblich eher in die Behandlung gekommen als Betroffene mit einem niedrigeren Sozialstatus (Mulvany et al. 2001). Der Unterschied zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Status betrug fast neun Jahre. Da es keine biologischen Gründe für diesen Unterschied gibt, kann davon ausgegangen werden, dass in Familien mit einem höheren Sozialstatus die Betroffenen eher in die Behandlung gedrängt werden, was der entsprechenden Forschungslage zufolge erhebliche Auswirkungen auf den Verlauf der Krankheit hat. Je eher die Schizophrenie pharmako-, psycho- und soziotherapeutisch behandelt wird, desto besser ist die Prognose hinsichtlich der Rezidivrate und verschiedener sozialer Indikatoren.

#### Sozialstatus als Ursache psychischer Störungen

Für die *Verursachungshypothese* sind verschiedene Faktoren als Vermittler zwischen Sozialstatus und psychischer Krankheit diskutiert und überprüft worden. Zum einen ist es möglich, dass Personen mit einem niedrigen Sozialstatus mehr Stressoren gegenüber exponiert sind. Sozialer Stress ist dem gegenwärtigen Forschungsstand zufolge das entscheidende Verbindungsglied zwischen sozialen Umweltbedingungen einerseits sowie körperlichen und psychischen Störungsbildern andererseits. Solche Stressoren könnten etwa kritische Lebensereignisse oder chronischer Stress sein, darauf geht der zweite Teil dieser Arbeit extensiv ein. Zum zweiten könnten Personen mit niedrigem Sozialstatus vulnerabler gegenüber externen Stressoren sein. Das Vulnerabilitätskonzept stammt ursprünglich aus der Schizophrenieforschung (Zubin & Spring 1977), ist aber mittlerweile ein verbreitetes und anerkanntes Konzept in den Gesundheitswissenschaften geworden (Jerusalem 1990). Vulnerabilität bedeutet so viel wie Verletzlichkeit und meint, dass vulnerable Personen externen Stressoren weniger entgegenzusetzen haben als weniger verletzbare Menschen. Für vulnerable Menschen bedeutet der gleiche externe Stressor eine größere Belastung als für weniger vulnerable Menschen.

Für beide Faktoren, Stressexposition und Vulnerabilität, gibt es Hinweise, dass sie als Vermittler zwischen Sozialstatus und Krankheit im Spiel sind (siehe schon Brown et al. 1975). Allerdings hängt die Richtung der Wirkungen offenbar vom Krankheitsbild selbst ab, so wie es aus den oben referierten Israel- und

Dunedin-Untersuchungen zu schlussfolgern ist. Für nicht-psychotische Störungen und Behinderungen ist die Befundlage mittlerweile relativ klar, der kausale Zusammenhang von Sozialstatus und psychischer Befindlichkeit ist hier in verschiedenen methodisch anspruchsvollen Untersuchungen bestätigt worden, darauf wird gleich noch einzugehen sein. Der indirekt-kausale Nexus zwischen niedrigem Sozialstatus und psychischen Störungen beginnt dem gegenwärtigen Forschungsstand nach schon in der Kindheit. Zentrale Eigenschaften des familiären Milieus und des Erziehungsverhaltens sind mit dem Sozialstatus assoziiert, und über diese Eigenschaften werden offenbar intergenerationelle Merkmale des Verhaltens und auch der psychischen Störungen transportiert (vgl. zum folgenden Fonagy & Higgitt 2000). Armut und niedriger Sozialstatus schlagen sich beispielsweise in Merkmalen wie der Verfügbarkeit von Ressourcen, Lebensstilen und Einstellungen und nicht zuletzt im sozial-emotionalen Kontext des Aufwachsens nieder (Fonagy & Higgitt 2000: 105). Familiäre Instabilität ist in unterprivilegierten Milieus deutlich häufiger anzutreffen. Diese Instabilität geht oftmals einher mit vermehrter Aggressivität zwischen den Elternteilen sowie dem Kind gegenüber. Im Durchschnitt ist das Erziehungsverhalten bei Familien mit niedrigem Sozialstatus weniger förderlich für das Kind ausgerichtet. Dies liegt zum Teil in fehlenden Ressourcen und Unterstützungssystemen für die Familien begründet, zum Teil ist dies aber auch Folge einer geringeren Bildung der Eltern und geringerer kognitiver Leistungsfähigkeit. Weiterhin sind für die kindliche Entwicklung die oben beschriebenen Zusammenhänge von niedrigem Sozialstatus und psychischer Befindlichkeit von Bedeutung. Die in unterprivilegierten Milieus verbreitetere Psychopathologie der Eltern, beispielsweise mütterliche Depression oder väterlicher Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit stellt einen eigenen Risikofaktor dar, der von dem Sozialstatus zu trennen ist. Letztlich lassen sich die gesamten hier referierten Merkmale zu einem großen Teil auf die Frage reduzieren, welches Bindungsverhalten zwischen Eltern und Kind entsteht. Sicher ist heute jedoch, dass dieses Bindungsverhalten physiologische Konsequenzen in der Stressverarbeitung des heranwachsenden Kindes haben wird und dass die Stressverarbeitung eine wichtige Komponente in der Entwicklung einer vulnerablen Persönlichkeit darstellt.

Ein niedriger Sozialstatus ist auf diesem Wege ein Element für die Entstehung einer vulnerablen Persönlichkeit als Erwachsener. Die jeweils im Lebensverlauf vorhandene Vulnerabilität wird durch biologische Faktoren, Persönlichkeitsfaktoren sowie durch Determinanten der sozialen Umwelt bestimmt. Offensichtlich kann von einer Interaktion von biologischen Vulnerabilitätsfaktoren und Sozialstatusfaktoren ausgegangen werden. Eine amerikanische Längsschnittuntersuchung über mehrere Jahrzehnte hat gezeigt, dass ein niedriger elterlicher Sozialstatus im Kindesalter von 7-8 Jahren das Risiko einer psychischen Störung im Erwachsenenalter nahezu verdoppelte. Wenn allerdings Geburtsrisiken bei diesen Kindern vorhanden waren, dann kam es zu einer Verdreifachung des Risikos (Fan & Eaton 2001). Ein niedriger Sozialstatus wirkt sich also für biologisch vulnerable Personen deutlich nachteiliger aus als für Personen ohne entsprechende Vorbelastungen.

Zu den interagierenden Risiken gehören weiterhin psychische Persönlichkeitsfaktoren wie der sogenannte *Locus-of-Control*, also die Frage, ob die Person sich selbst in der Lage sieht, Schwierigkeiten zu bewältigen. Außerdem spielen Faktoren wie der sogenannte Neurotizismus (ein Persönlichkeitsmerkmal) eine Rolle, hier geht es darum, wie emotionaler Stress überhaupt verarbeitet wird. Auch diese Faktoren unterliegen Sozialisationseinflüssen. In einer Untersuchung der Wirkung sozialer Schichtung in der Kindheit auf solche Persönlichkeitsfaktoren fanden Bosma et al. (1999) einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Sozialstatus der Ursprungsfamilie und der Ausbildung von Persönlichkeitsmerkmalen, die der Gesundheit eher abträglich sind. Personen aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus zeigten beispielsweise häufiger einen externen Locus-of-Control, von dem bekannt ist, dass damit die aktive Bewältigung von Problemen und Krankheiten nicht unterstützt wird (Taylor & Seeman 1999).

Festzuhalten in diesem Kontext bleibt die Unterscheidung zwischen einem niedrigen Sozialstatus und Armut. Für die kindliche psychische Entwicklung als solche scheint den vorliegenden Befunden nach weniger die materielle Armut als vielmehr der Status von Relevanz zu sein. Armut dagegen ist eher für die allgemeinen Lebenschancen eines Kindes von Bedeutung, etwa für die Frage, ob ein höherer Schulabschluss erreicht wird oder nicht (Duncan et al. 1998). Hier machen sich die entscheidenden Effekte im übrigen schon in der frühen Kindheit bemerkbar, in der Eigenschaften wie die Schulreife erheblich vom materiellen Status beeinflusst werden. Das bedeutet jedoch nicht, dass die allgemeinen Lebenschancen keine Bedeutung für die psychische Gesundheit haben. Als Kind erwirbt man Anteile dessen, was man als soziales Kapital beschreiben kann (Wadsworth 1999), und dieses soziale Kapital kann man potenziell gewinnbringend im Sinne der psychischen Gesundheit einsetzen. Es handelt sich dabei um materielle und kognitive Ressourcen, die sowohl protektiv gegenüber Stressoren sind als auch zur Krankheitsbewältigung beitragen können. Eine neuere Studie aus der Arbeitsgruppe um Dohrenwend konnte zeigen, dass der elterliche Bildungsstatus ein eigener Resilienzfaktor für die Kinder ist, der unabhängig von der elterlichen Neigung zur Depression fungiert: „Perhaps the achievement of higher education is a reflection of greater resilience or greater resources (social, emotional, instrumental, etc.), some of which may be transmitted to the offspring to protect them from depression.“ (Ritsher et al. 2001: s89)

Allerdings korrelieren diese Ressourcen nur zum Teil mit dem Sozialstatus der Eltern, auch eigene Persönlichkeitsanteile sind hier zu verorten. Wie Analysen über aufwärtsmobile Personen gezeigt haben, ist Aufwärtsmobilität mit einer gewissen psychischen Immunität gegenüber externen Stressoren verbunden (Kessler & Cleary 1980). Zweifelsohne ist die Resistenz eher mit höherem Sozialstatus vergesellschaftet, dennoch kommt sie auch in niedrigeren Statusgruppen vor, denn sonst gäbe es logischerweise keine Aufwärtsmobilität. In jedem Fall haben aufwärtsmobile Personen soziale Kompetenzen erworben, die es ihnen erlauben, die Arbeit am sozialen Aufstieg erfolgreich aufzunehmen.

Neuere Studien zur Mobilität zwischen Statusgruppen sind in der Lage, diese Zusammenhänge besser aufzuklären. Einer entsprechenden britischen Studie zufolge haben aufwärtsmobile Personen mehr Kompetenzen als die stabilen Personen ihrer Herkunftsgruppe. Dennoch reichen diese Kompetenzen nicht an diejenigen der stabilen Personen in der höheren Gruppe heran (Blane et al. 1999). Offenbar jedoch müssen hier noch weitere Einflüsse in Rechnung gestellt werden, die über den reinen Sozialstatus hinausweisen.

Zudem ist die Begrifflichkeit des ‚Sozialstatus‘ oder anderer sozioökonomischer Positionsbestimmungen in gewisser Weise irreführend, weil unterstellt wird, dass vor allem der väterliche Beruf, der damit verbundene Bildungsgrad und das entsprechende Einkommen die entscheidende Basis für die kindliche Entwicklung darstellen. In einer finnischen Studie dieser differenziellen Einflussfaktoren auf die kognitiven Fertigkeiten als erwachsene Männer, stellte sich hingegen der mütterliche Bildungsgrad als bester Prädiktor für die kognitiven Leistungen heraus (Kaplan et al. 2001). Der väterliche Beruf war dagegen nur für den Bildungsgrad als Erwachsener prädiktiv und wirkte sich lediglich indirekt auf die kognitiven Fertigkeiten als Erwachsener aus. Bei solchen Analysen müssen also offenbar gewisse Inkonsistenzen zwischen den mütterlichen und väterlichen Positionsbestimmungen mit einbezogen werden (Krieger et al. 1999).

Während also bei Kindern im Großen und Ganzen eher der Sozialstatus und weniger die materielle Armut für die Entwicklung eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt, stellt sich dies bei Erwachsenen anders dar. Hier sind Armut und die damit verbundene subjektive finanzielle Belastung ein gewichtiger Prädiktor für die Entstehung einer psychischen Störung von Erwachsenen (Weich & Lewis 1998). Finanzielle Belastungen tragen darüber hinaus zur Aufrechterhaltung der Krankheit bei. Würde der Lebensstandard der ärmsten Bürger Großbritanniens verbessert werden, so trüge dies einer Studie zufolge zu einer Prävalenzminderung neurotischer Störungen von bis zu 10 Prozent bei (Lewis et al. 1998). Die Beeinflussbarkeit der psychischen Gesundheit durch externe Stressoren wird insgesamt durch verschiedene Charakteristika der Person und der sozialen Umwelt vermittelt. Ein Teil der weniger guten psychischen Gesundheit bei Personen mit einem niedrigen Sozialstatus kann sicherlich durch eine größere Anzahl externer Stressoren erklärt werden, beispielsweise Armut und finanzielle Belastungen. Ein nicht unerheblicher Teil wird aber auch durch die höhere Vulnerabilität erklärt. Personen mit einem niedrigen Sozialstatus entwickeln offenbar mehr Stresssymptome nach einem gleich belastenden Stressor (McLeod & Kessler 1990). Es reicht also nicht aus, nur auf die aktuellen Belastungsverhältnisse zu blicken, wenn man die Beziehung zwischen Sozialstatus, Vulnerabilität und psychischer Störung untersucht. Personen mit hohem Sozialstatus verfügen über das in ihrem Lebensverlauf akkumulierte soziale Kapital insgesamt über eine geringere Vulnerabilität gegenüber negativen externen Einflüssen.

Das oben beschriebene Konzept der Vulnerabilität hängt eng mit den Möglichkeiten der Stress- und Problembewältigung zusammen, die heute unter

dem Begriff des Coping diskutiert werden (Heim 1998). Allerdings ist hier noch einmal zwischen der Bewältigung von Umweltstressoren einerseits und der Bewältigung von Krankheitsauswirkungen andererseits zu unterscheiden. Personen, die weniger stark durch externe Bedingungen negativ beeinflusst werden, verfügen in der Regel auch über adäquate Bewältigungsmechanismen (Coping). Copingmechanismen sind wiederum hinsichtlich des Sozialstatus nicht gleich verteilt. Personen mit einem höheren Status verfügen über mehr und bessere Problembewältigungsmechanismen als Personen aus einer niedrigeren Schicht (Kessler & Cleary 1980). Dazu zählen die schon angedeuteten Kontrollüberzeugungen, die einer aktiven Problembewältigung Vorschub leisten (hierzu vgl. Taylor & Seeman 1999). Im sozialen Bereich finden entsprechende Untersuchungen in der Regel weniger unterstützende und mehr belastende (z.B. Aggressivität) Beziehungen bei Personen mit einem niedrigen Sozialstatus. Evident ist zudem die geringere Ausstattung mit Zeit, Geld und Bildung, die jeweils eigene Copingressourcen darstellen. Diese Lebensumstände reflektierten die oben beschriebene Metapher des sozialen Kapitals.

Ein als Bewältigungsmechanismus bekanntes Verhalten ist der Alkoholkonsum. Auch hier finden sich die vermuteten Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und riskantem und gesundheitsschädlichem Konsum. Einer niederländischen Querschnitts-Bevölkerungsstudie zufolge ist die Rate der Abstinente in der Gruppe mit dem höchsten Bildungsstand am größten, genauso wie die Rate der exzessiv Trinkenden in der Gruppe mit dem niedrigsten Bildungsstand am größten war (van Oers et al. 1999). Der Bildungsstand eignet sich vor allem bei der Frage des Alkoholkonsums als Indikator, da dieser relativ früh im Lebenslauf feststeht, während andere Indikatoren wie Einkommen oder derzeitiger beruflicher Status nicht selten die Folge sozialen Abstiegs aufgrund des Suchtmittelkonsums sind.

Sozial besser gestellte Individuen sind offensichtlich auch in der Lage, besser mit bereits eingetretenen Krankheitsfolgen umzugehen. Diese besseren Copingchancen wurden in einer Studie über remittierte alkoholabhängige Personen mit überraschenden Ergebnissen gefunden (Bischof et al. 2000). Diese Studie verglich Personen, die mit und ohne therapeutische Hilfe von der Alkoholabhängigkeit remittierten. Personen, die ohne therapeutische Hilfen ihre Suchtproblematik bewältigen konnten, waren dabei weniger häufig arbeitslos, verfügten über eine bessere Schulbildung sowie über ein höheres Monatseinkommen. Dieses Ergebnis war umso überraschender als die Personen, die auf therapeutische Hilfen verzichteten, deutlich schwerer abhängig waren. Das Trinkverhalten war eingengter, die Toleranz gegen Alkohol war größer, das Trinkverlangen (Craving) war größer, und auch die körperlichen Entzugssymptome waren in dieser Gruppe ausgeprägter. Gleichwohl waren es offensichtlich die besseren sozialen Umfeldbedingungen, und hier vor allem die Merkmale, die auf einen höheren Sozialstatus schließen lassen, welche die vermutlich entscheidenden Faktoren für die Überwindung der Abhängigkeit darstellten.

Unterschiede im Sozialstatus, die sich gesundheitlich auswirken, lassen sich selbst auf dem Hintergrund feiner Abstufungen finden, beispielsweise in der

Organisation des öffentlichen Dienstes. Die britische Whitehall-II-Studie etwa untersuchte ca. 10.000 Angehörige der öffentlichen Verwaltung in London auf Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken (Stansfeld et al. 1998b; Stansfeld et al. 1998a; Stansfeld et al. 1999). Sowohl auf einer Affekt-Skala, die Wohlbefinden abfragte, als auch teilweise im General Health Questionnaire (GHQ) sowie generell im Score für psychische Gesundheit des Lebensqualitätsfragebogens SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form 36) bildeten sich Rangunterschiede in der erwarteten Form einer inversen Beziehung zwischen Dienstgrad und psychischer Befindlichkeit ab. Gleiches galt auch für psychiatrische Gründe und Fehlzeiten. Sowohl kurzzeitige als auch längerfristige Abwesenheiten aufgrund von psychischen Störungen waren mit der Arbeitshierarchie invers verbunden (Feeney et al. 1998). Akute Lebensereignisse und chronische Stressoren wie materielle Probleme waren in den unteren Dienstgraden deutlich häufiger zu finden als in höheren Rängen. Die Arbeitsumgebung selbst unterschied sich ebenfalls in der erwarteten Form, dass bei höheren Dienstgraden mehr positive Arbeitsmerkmale wie Entscheidungsautorität oder soziale Unterstützung bei der Arbeit, allerdings auch mehr psychische Anforderungen vorhanden waren. Als ein zusätzlicher Faktor, der auf die psychische Gesundheit wirkt, kann die individuelle Verarbeitung der Arbeitsplatzstressoren gelten. Wer große Verantwortung und hohe Beanspruchung als Herausforderung und weniger als Belastung erlebt, der wird auch weniger affizierbar durch die Stressoren sein (North et al. 1996). Die gesamten Resultate aus der Whitehall-II-Studie waren aber nicht durchgängig für beide Geschlechter gleich, was vermutlich mit den unterschiedlichen Bedeutungen einzelner Merkmale wie Einkommen oder Bildung für die Selbstwahrnehmung des Sozialstatus bei Männern und Frauen zu tun hat (Kessler 1982). So berichteten die in der Studie untersuchten Frauen aus höheren Diensträngen eine schlechtere psychische Befindlichkeit als Frauen mit niedrigerem Status (Martikainen et al. 1999).

Arbeitsplatzcharakteristika, die mit dem Sozialstatus korrelieren, sind in verschiedenen Studien im Hinblick auf die Entwicklung psychischer Störungen untersucht worden. Im Unterschied zu einem reinen Sozialstatus innerhalb einer Firma hat Wohlfahrt (1998) Hinweise für einen zusätzlichen negativen Einfluss auf die psychische Befindlichkeit hinsichtlich der Verfügung über Produktionsmittel gefunden. Die Stellung in der Hierarchie hatte demnach auch etwas mit den Anforderungen durch die Arbeitstätigkeit selbst zu tun. Wohlfahrt favorisierte in dieser Hinsicht die Wiedereinführung des marxistischen Klassenbegriffs. Einen ähnlichen kausalen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und Arbeitsplatzmerkmalen wie Bestimmen, Kontrollieren und Planen einerseits und einer depressiven Verstimmung andererseits fanden Link et al. (1993). Personen mit geringeren Möglichkeiten der drei genannten Arbeitsplatzcharakteristika hatten ein erheblich höheres Depressionsrisiko. Allerdings ist ein Teil dieser Beziehung auch durch Persönlichkeitsfaktoren zu erklären. Persönlichkeitsfaktoren, die für eine Depression disponieren, sorgen demnach auch für eine Selektion in Berufe, die weniger Kontroll-, Bestimmungs- und Planungsmerkmale aufweisen. Bei schizophrenen Ersterkrankungen fanden

Link et al. (1986) Einwirkungen der Arbeitsumgebung in Form von Lärm und anderen unangenehmen Merkmalen. Diese Faktoren können vermutlich einen kleinen Teil der Auslösung von Psychosen erklären. Der niedrige Sozialstatus wirkt hier offenbar gemeinsam mit aversiven Arbeitsplatzcharakteristika. Inwieweit eine größere Vulnerabilität der Betroffenen mitwirkt, kann aber nicht geklärt werden.

Der über den Sozialstatus gesteuerte Einfluss der sozialen Umwelt einer Person geht aber über arbeitsplatzbedingte Stressoren hinaus. Offenbar existiert ein weiterer Zusammenhang zwischen dem Sozialstatus und der Bereitstellung von Bewältigungsressourcen als nur die Reaktion gegenüber externen Stressoren. Zu den hier relevanten Mechanismen zählt die soziale Unterstützung, die eine Person aus ihrem Umfeld erfährt. Der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und psychischer Gesundheit ist sehr gut dokumentiert. Menschen, die sozial isoliert leben und weniger aktive Beziehungen pflegen, sind psychisch weniger gesund als Menschen die sozial integriert sind. Dieser Befund ergab sich unter anderem in einer Untersuchung, die den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Schichtung sowie beider Einflüsse auf depressive Symptome analysierte (Turner & Marino 1994). Sowohl die soziale Unterstützung als auch die psychische Befindlichkeit verteilte sich in der erwarteten Weise, dass ein niedriger Sozialstatus mit weniger Unterstützung sowie mehr krankheitsrelevanten Symptomen verbunden war. Allerdings konnte eine direkte Verbindung zwischen der schichtgemäßen Verteilung der Unterstützung und der Verteilung der Psychopathologie nicht hergestellt werden. Hier sind wahrscheinlich noch andere Faktoren wirksam. So fanden die Autoren einen deutlichen Zusammenhang zwischen der durch die Betroffenen erfahrenen sozialen Unterstützung und der Anzahl sozialer Rollen. Je mehr Rollen (Partner, Kollege etc.) wahrgenommen wurden, desto höher ist – wie kaum anders zu erwarten – die Unterstützung. Diese Ergebnisse wurden gestützt durch Analysen aus der schon angeführten Whitehall-II-Untersuchung. Eine vertrauensvolle und emotionale Unterstützung durch Sozialkontakte war hier ebenfalls eher in höheren Diensträngen zu finden. Dagegen fanden sich belastende Elemente enger sozialer Beziehungen (z.B. Konflikte) eher bei Angehörigen der unteren Dienstgrade (Stansfeld 1999: 170f.). Interessanterweise unterschieden sich auch die Personenkreise, mit denen man soziale Beziehungen unterhielt. Je höher der Dienstrang, desto mehr wurden Kontakte mit Freunden von den Befragten angegeben, während niedrigere Dienstränge eher Sozialkontakte mit Verwandten beschrieben. Vermutlich macht sich hier die größere soziale Mobilität der Personen mit einem höheren Sozialstatus bemerkbar. Eine größere soziale Mobilität ermöglicht wahrscheinlich eine bessere Selektion unterstützender Sozialkontakte, weshalb die eher traditional-verwandschaftlichen Beziehungen der unteren Dienstränge weniger durch dieses Merkmal ausgezeichnet sind, sondern eher Konflikte beinhalten. Allerdings ist der Literatur über diesen Zusammenhang kein empirischer Hinweis zu entnehmen.

Schließlich muss in diesem Kontext auf den Faktor der sozialen Qualität des Wohnortes eingegangen werden, da dieser Faktor immer wieder mit der Prävalenz psychischer Störungen, oder, genauer gesagt, mit der Verursachung psychischer

Störungen in Verbindung gebracht wird. Hinsichtlich der Prävalenz psychischer Störungen wird auch heute noch der Befund von Faris und Dunham aus den 1930er Jahren vielfach repliziert, dass insbesondere urbane Regionen mit einer ausgeprägten sozialen Deprivation eine hohe Rate psychischer Störungen aufweisen (Shepherd et al. 1997; Ostler et al. 2001).<sup>6</sup> Bezüglich der Verursachung psychischer Störungen durch den Wohnort in diesen Regionen existieren allerdings unterschiedliche Befunde. Die forschungsleitende Frage ist hier, ob Personen mit einem niedrigen Einkommen in einer deprivierten Region ein höheres Krankheitsrisiko haben als in anderen Regionen. Positive Befunde (Yen & Kaplan 1999; Ostler et al. 2001) stehen hier negativen (Reijneveld & Schene 1998; Slogget & Joshi 1998) gegenüber und werden ergänzt durch solche, die allenfalls indirekte Auswirkungen des Wohnens in solchen Regionen finden (Stronks et al. 1998; Dekker et al. 1997). Methodische Unterschiede sind bei dieser Fragestellung genauso in Rechnung zu stellen wie länderspezifische Randbedingungen (eine verarmte Region in den Niederlanden ist kaum mit entsprechenden Gegenden in den Vereinigten Staaten gleichzusetzen). Daher können an dieser Stelle derzeit keine weiteren Aufschlüsse erwartet werden.

\* \* \*

Die Hypothese der Verursachung psychischer Störungen durch einen niedrigen Sozialstatus kann in Teilen auch gegenwärtig noch als zutreffend betrachtet werden. Bei der Entstehung einer Reihe von individuellen psychischen Störungen spielen sozioökonomische Parameter eine nicht zu unterschätzende Rolle. Die Hypothese gilt jedoch nicht für die ursprünglich angenommene Verbindung von Sozialstatus und Schizophrenie. Der empirisch immer wieder gefundene Zusammenhang des niedrigen Status mit der Schizophrenie ist primär als Folge der Erkrankung zu betrachten.

Was lässt sich aus diesem Resultat für den weiteren Verlauf dieser Arbeit schließen? Zunächst einmal weisen die Resultate dieses Kapitels auf die Problematik der Inklusion und Exklusion aus sozialen Systemen hin, die mit psychischen Störungen verbunden sind. Diese Thematik wird im zweiten Teil in Kapitel 6 wieder aufgenommen. Wie zuvor schon angedeutet wurde, existieren krankheitsrelevante Inklusions- und Exklusionsprozesse weit über die ökonomische Sphäre bzw. das Wirtschaftssystem und seine Organisationen hinaus. Im Rahmen psychischer Störungen finden sich Ein- und Ausschlussprozesse in nahezu allen Sozialsystemen der modernen Gesellschaft. Daher ist die in der empirischen Forschung und in Teilen der Soziologie übliche Vorstellung der Sozialstruktur als allein ökonomisch basierter Schichtung prinzipiell ungeeignet, die Komplexität sozialer Prozesse abzubilden, die psychische Krankheiten betreffen.

Weiterhin macht paradoxerweise die klassische soziologische Fragestellung hinsichtlich der Schizophrenie deutlich, wie sehr Entstehung und Verlauf psychischer Störungen durch biologische Einflüsse gesteuert werden. In Kapitel 5

werden die biopsychosozialen Hintergründe schizophrener Störungen detaillierter dargestellt. Biologische Faktoren sind aber nicht nur bei der Schizophrenie zu erkennen, alle psychischen Störungen unterliegen biologischen Einflüsse. Die oben angesprochene Verletzlichkeit psychischer Systeme wird in hohem Maße durch biopsychologische Faktoren beeinflusst. In den Kapiteln des zweiten Teils der Arbeit wird eine Lebenslaufperspektive unterstellt, und gerade im Lebenslauf macht sich die immer wieder aufscheinende Verschränkung biologischer, psychischer und sozialer Marker bemerkbar: „The life course perspective on health and its social determinants sees a person’s biological status as a marker of their past social position and, through the structured nature of social processes, as liable to selective accumulation of future advantage or disadvantage. A person’s past social experiences become written into the physiology and pathology of their body. The social is, literally, embodied; and the body records the past, whether as an ex-officer’s duelling scars or an ex-miner’s emphysema.“ (Blane 1999: 64) Soziale Erfahrungen schreiben sich also gewissermaßen in die Biologie und die Psyche eines Menschen hinein und steuern so wiederum mögliche pathogene Prozesse. Über die im Zitat angesprochenen körperlichen Krankheiten wie das Lungenemphysem hinaus werden psychische Störungen, wie noch gezeigt wird, gleichermaßen über diese Mechanismen getriggert. Das diesen Prozessen zugrundeliegende biopsychosoziale Modell wird im nachfolgenden Kapitel entworfen.

## Anmerkungen

<sup>1</sup> Jahrzehnte später relativierte Dunham die früheren kausalen Schlüsse angesichts der mittlerweile diskutierten Selektions- und Drift-Hypothesen, die einen sozialen Abstieg von Menschen mit einer Schizophrenie postulierten. Sein Resümee lautete nunmehr, „dass der selektive Prozess durch die soziale Notwendigkeit wirkt, ein Gleichgewicht zwischen den Bedürfnissen der Personen und den zentralen Eigenschaften der sozialen Organisation aufrecht zu erhalten, und dass der auslösende Faktor die Lebenschancen der Familie bei der Geburt des potenziell Schizophrenen sind.“ (Dunham 1974: 289)

<sup>2</sup> Dass kein Zusammenhang zwischen Abstieg und Schizophrenie gefunden wurde, liegt vermutlich an der Zusammensetzung des Schichtindex. Dieser Index, der durch Bildung beeinflusst ist, führte zu Verzerrungen, da durch den frühen Ausbruch der Krankheit viele Betroffene nicht über eine abgeschlossene Ausbildung verfügten (Liberatos et al. 1988).

<sup>3</sup> Hinter dieser erheblich höheren Prävalenz der Alkoholabhängigkeit verbergen sich erhebliche Unterschiede in den gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen zwischen Personen mit einem hohen und einem niedrigen Sozialstatus. Ein interessanter, wenngleich psychiatrisch nur am Rande relevanter Fall, ist der Tabakkonsum bzw. die Nikotinabhängigkeit. In früheren Jahrzehnten war der Tabakkonsum ein Oberschichtphänomen. Typischerweise verändert sich das Konsummuster im Laufe der Zeit dahingehend, dass Personen mit höherem Sozialstatus dieses riskante Verhalten aufgeben, während im Rahmen der ‚Demokratisierung‘ des Rauchens mehr Personen aus niedrigen Statusgruppen damit beginnen, und – was entscheidend ist – das Rauchen tendenziell nicht aufgeben. Dieses Verlaufsmuster findet sich bis heute in verschiedenen europäischen Staaten (Cavelaars et al. 2000). Unklar ist allerdings, weshalb Menschen mit einem niedrigen Sozialstatus diesem Konsum weiter folgen. Möglicherweise sind ihre sozialen Lebensbedingungen am wenigstens dazu geeignet, dieses gesundheitsschädliche Verhalten aufzugeben (Jarvis & Wardle 1999: 251).

<sup>4</sup> Der angeführte Zusammenhang erstreckt sich auch auf die Folgen des Alkoholkonsums, nämlich auf die alkoholbedingte Sterblichkeit (Harrison & Gardiner 1999).

<sup>5</sup> Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die quasi-experimentelle Anlage dieser Studie erhebliche methodische Implikationen beinhaltet, die das Resultat potenziell in Frage stellen. Eaton und Muntaner (1999) haben darauf hingewiesen, dass zwischen der benachteiligten Ethnie und einem niedrigen Sozialstatus kein zwingender Zusammenhang besteht, was insbesondere den erlebten Stress und die Folgen des erlebten Stresses betrifft.

<sup>6</sup> Für Deutschland existieren ebenfalls solche Befunde (siehe Löffler & Häfner 1994; Löffler & Häfner 1999).



## Teil II

### 4. Das biopsychosoziale Modell psychischer Krankheiten

Soziologisches Denken hat die Psychiatrie über weite Strecken ihrer Geschichte begleitet und viele Anregungen für die Ätiologie und für die Therapie psychischer Erkrankungen gegeben. Allerdings, dies hat der erste Teil deutlich gemacht, haben sich diese Anregungen nur zu einem kleinen Teil sinnvoll in der psychiatrischen Theorie und Praxis integrieren lassen. Die Argumentation, dass psychische Störungen soziale Konstrukte seien und aus diesem Grund nicht wirklich existierten, hat sich nicht halten lassen. Es ‚gibt‘ psychische Krankheiten, sie existieren für die Betroffenen und für die Behandler im psychiatrischen Gesundheitssystem. Mit der konstruktionistischen These verbunden war die Ansicht, die Psychiatrie interniere abweichendes Verhalten in totalen Institutionen und wisse sich nicht anders zu helfen als durch das Wegschließen missliebiger Individuen. Auch diese These hat sich nicht halten lassen, heute macht die unfreiwillige Behandlung in der Klinik nur einen vergleichsweise geringen Anteil aller psychiatrischen Behandlungen aus. Lediglich die soziologische These der Verursachung psychischer Krankheiten durch soziale Benachteiligung und Armut konnte – allerdings auch nur in Teilen – bis heute empirisch bestätigt werden.

In den beschriebenen drei Fällen soziologischer Theorie und Empirie der Psychiatrie hat sich an jeweils zentraler Position die Vernachlässigung biologischer Merkmale entscheidend bemerkbar gemacht. Hinsichtlich der konstruktionistischen Argumentation kann angesichts der Fülle neurobiologischer und genetischer Forschungsergebnisse heute nicht mehr übersehen werden, dass psychische Störungen durch biologische Merkmale zumindest begleitet, wenn nicht sogar mit verursacht werden. Im Falle der Versorgung hat sich die biologisch ansetzende Pharmakotherapie faktisch als entscheidende Behandlungskomponente der vergangenen Jahrzehnte herausgestellt. Und im Falle des Zusammenhangs des Sozialstatus mit psychischen Krankheiten kann bei einigen Störungsbildern eher der soziale Abstieg infolge biologischer Ursachen festgestellt werden.

Auch eine soziologische Analyse der Psychiatrie darf gegenwärtig nicht mehr die Bedeutung biologischer Faktoren bei Entstehung und Therapie der Krankheitsbilder ignorieren. Angesichts des Forschungsstandes der Biomedizin geht es heute nicht mehr um ein entweder ‚sozialer Ursprung‘ oder ‚biologischer Ursprung‘, sondern um die Frage, wie die sozialen Anteile der menschlichen Entwicklung bis hin zu psychischen Krankheiten in Abgrenzung und im Zusammenspiel mit biologischen Faktoren zu verorten sind. Wie groß ist der

Anteil sozialer Merkmale an der Entstehung psychischer Krankheiten heute einzuschätzen? An welchen Stellen macht sich die soziale Umwelt als verursachender oder begünstigender Faktor bemerkbar? Welche kausalen Mechanismen lassen sich heute feststellen? Wie wirken soziale Merkmale gemeinsam mit psychischen und biologischen Faktoren auf die Entstehung der Störungen?

Die Ausführungen dieses Kapitels sollen eine kohärente theoretische Perspektive entwickeln, die in der Lage ist, sowohl biologische und psychische als auch soziale Anteile der Ätiologie und Therapie psychischer Krankheiten zu beschreiben. Es handelt sich um ein *biopsychosoziales* Modell, das entwickelt werden soll. Ziel der folgenden Überlegungen ist aber nicht eine psychiatrische Theorie, sondern vielmehr ein Modell, in dem der soziale Anteil psychischer Störungen konkreter beschrieben werden kann. Daher werden viele biologische Einflüsse zwar in ihrer Bedeutung betont, jedoch nicht in der für eine umfassende psychiatrische Theorie notwendigen Ausführlichkeit beschrieben.

Bevor dieses Modell am Ende des Kapitels ausgearbeitet sein wird, soll zunächst der gegenwärtige biologische Diskurs der Psychiatrie mit seinen Hauptströmungen der Neurobiologie und der Genetik referiert und eingeschätzt werden. In diesen Abschnitten wird zu fragen sein, wie der Stand der Forschung in beiden Bereichen aussieht, und wie groß der Beitrag zur Psychiatrie mittlerweile eingeschätzt wird.

An diese Analyse schließt sich die Beschreibung sowie die Kritik eines in früheren Jahren von George Engel entwickelten biopsychosozialen Modells an. Sowohl die Thematik als auch die Begrifflichkeit sind, aufbauend auf der Allgemeinen Systemtheorie, schon vor mehreren Jahrzehnten entwickelt worden. Auch hier gilt es wieder den Stand der Literatur einzuschätzen und auf notwendige Änderungen hinzuweisen.

Es folgt dann die Ausarbeitung einer evolutionstheoretischen Perspektive, die biologische, psychische und soziale Elemente zu integrieren vermag. Bekanntlich spielt die Evolutionstheorie sozialer Systeme eine entscheidende Rolle in der Luhmannschen Gesellschaftstheorie. In diesem Kapitel möchte ich zeigen, dass die Vorstellungen Luhmanns im Großen und Ganzen anschlussfähig an den gegenwärtigen naturwissenschaftlichen Mainstream in diesem Bereich sind. Aus soziologischer Sicht ist die Evolutionstheorie Luhmanns jedoch eindeutig den insbesondere im angelsächsischen Raum populären soziobiologischen und evolutionspsychologischen Ansätzen vorzuziehen.

Die neodarwinistische Evolutionstheorie stellt heute den Hauptzweig evolutionärer Theorien dar, und sie ist auch für die Medizin und insbesondere für die Psychiatrie mit erheblichem Erkenntnisgewinn gewesen. Mit der evolutionstheoretischen Perspektive soll zudem gezeigt werden, dass die soziale Evolution zur modernen Gesellschaft eigenständig weiter gegangen ist, nachdem die biologische Evolution den *Homo sapiens* hervorgebracht hat. Dieser Umstand begründet die Irreduzibilität sozialer Einflüsse auf psychische Störungen. Es sei schon an dieser Stelle auf das Kapitel 7 verwiesen, in dem die Differenz von biologischer und sozialer Evolution als Ausgangsbasis für die Soziologie psychischer Störungen beschrieben wird.

Abschließend soll ein revidiertes biopsychosoziales Modell vorgestellt werden, mit dessen Hilfe die sozialen Anteile der Ätiologie psychischer Störungen näher beleuchtet werden sollen. Dieses biopsychosoziale Modell basiert auf der neueren, autopoietisch angelegten Systemtheorie. Das Modell baut auf der evolutionstheoretischen Diskussion auf, in dem es für das biologische System, das psychische System und das soziale System jeweils Irreduzibilität unterstellt, das heißt, die drei genannten Systeme als eigenständig operierend beschreibt. Die eigenständige Operationsweise der Systeme ist das Ergebnis von biologischer Evolution einerseits und fortgesetzter sozialer Evolution andererseits.

## Biologische Theorien zur Entstehung psychischer Krankheiten

In den letzten dreißig Jahren des 20. Jahrhunderts hat die Biologie als Grundlagenwissenschaft einen zunehmenden Einfluss auf die Medizin insgesamt und damit auch auf die Psychiatrie genommen. Auch in der nichtwissenschaftlichen Öffentlichkeit sind insbesondere die Entwicklungen in der Genetik mit großer Aufmerksamkeit zur Kenntnis genommen worden. Als herausragende Ereignisse seien hier die Klonierung eines Schafes („Dolly“) und das wissenschaftliche Wettrennen um das Humangenomprojekt genannt. Innerhalb der Biologie ist vor allem die Genetik bzw. die Molekularbiologie hervorgetreten, und in der Öffentlichkeit werden mit diesen Entwicklungen Hoffnungen auf neue medizinische Therapieformen für verschiedene Krankheiten und genetische Störungen geweckt. Als psychiatrische Indikationen, die in diesem Zusammenhang immer wieder genannt werden, sei auf die Alzheimer-Demenz und das Down-Syndrom hingewiesen.

Neben der Genetik bzw. Molekularbiologie haben sich für die Psychiatrie vor allem fundamentale Entwicklungen innerhalb der Neurobiologie als wegweisend herausgestellt. Psychische Krankheiten werden heute zunehmend als Erkrankungen des Gehirns interpretiert. Generell lassen sich psychische Vorgänge nicht mehr ohne biologische Phänomene in der Begleitung oder als Ursache hinreichend beschreiben. In diesem Zusammenhang ist auf die zunehmende Integration der psychiatrisch relevanten Biowissenschaften als Neurowissenschaften (*Neuroscience*) hinzuweisen. Das Ziel dieser Integration ist die durchgängige Erforschung psychischer Phänomene (nicht nur der Störungen) von der Genetik über die Neurobiologie bis hin zum Verhalten. Als Label für diese neue Disziplin wird gelegentlich auch der Begriff *Cognitive Neuroscience* verwendet (Übersichten u.a. bei Milner et al. 1998; Posner & DiGirolamo 2000; Albright et al. 2000). Darunter wird explizit die Integration der Kognitionspsychologie und der Neurobiologie verstanden.

## Der genetische Ansatz zur Entstehung psychischer Krankheiten

Für Sozialwissenschaftler bedeutet die Beschäftigung mit biologischen Grundlagen des menschlichen Verhalten in der Regel das Betreten wissenschaftlichen Neulandes. Aus der wissenschaftlichen Sozialisation des Autors dieser Zeilen, aber auch aus vielen Lehrveranstaltungen zu diesen Themenbereichen kann der Schluss gezogen werden, dass das notwendige Wissen nur rudimentär oder aber gar nicht vorhanden ist. Es ist aber nicht nötig, ein Biologie-Studium abzuschließen, um die Grundlagenkenntnisse zu erwerben. Ein Blick in entsprechende Standardlehrbücher der Verhaltensgenetik sollte ausreichen.<sup>1</sup>

Um dennoch dem biologisch unvorbelasteten sozialwissenschaftlichen Leser das Verständnis nicht vorzuenthalten, seien hier kurz einige einführende Bemerkungen gestattet. Das Standardargument für die biologische Psychiatrie (Guze 1989) ist die Tatsache, dass das menschliche Gehirn das Ergebnis der biologischen Evolution ist. Alle Hirnfunktionen wie Wahrnehmung, Emotionen, Lernen, Denken, Erinnern, Kommunikation und Sprache sind demnach Entwicklungen der biologischen Evolution. Die ‚Programmierung‘ der Hirnfunktionen geschieht zentral durch die menschlichen Gene. Der genetische Code ist in der Sequenz der Nukleotidbasen enthalten, die unter anderem das Molekül Desoxyribonukleinsäure (DNA) bilden. Ein großer Anteil der ungefähr drei Milliarden Nukleotidbasen, die das menschliche Genom bilden, finden ihren Ausdruck im Gehirn. Ungefähr ein Drittel der – je nach Forschungsstand – ca. 30.000 oder aber 100.000 Gene, die aus diesen Basen gebildet werden, wirken sich auf die Entwicklung des Gehirns und machen sich damit zumindest potenziell auch im Verhalten des Menschen bemerkbar.

Gene steuern das Verhalten nicht direkt, sie sind aber für die Regulation der Proteine verantwortlich und regulieren weitere Gene. Bei den Transformationsprozessen der DNA können sich Mutationen einstellen, es kommt zum Verlust oder zur Ersetzung von Basen, die wiederum zu entscheidenden Veränderungen der folgenden Kaskaden der biologischen Prozesse führen und vererbt werden können.

Diese genetischen Prozesse, so lautet das Standardargument weiter, determinieren unsere Empfänglichkeit für Umweltstimuli. Sie beeinflussen weiterhin das Wachstum und die Entwicklung des Gehirns und sorgen so für individuelle Differenzen. Da außer bei eineiigen Zwillingen jeder Genotyp nur einmal vorkommen kann, wird davon ausgegangen, dass die epigenetische Entwicklung des Gehirns insbesondere zu individuellen Differenzen der Hirnfunktionen und letztlich zu individuellen Persönlichkeiten führt.

Menschliches Verhalten wird auch im biologischen Sinne durch eine Vielzahl von Genen und komplexen Prozessen gestaltet, die deterministische Aussagen über Einflüsse und Entwicklungen nur selten zulassen. In der Genetik wird unterschieden zwischen monogenetischen und multigenetischen Störungen. Monogenetische Störungen, z.B. die Huntingtonsche Krankheit, lassen sich auf ein einzelnes Gen zurückführen. Bei psychischen Erkrankungen ist es dagegen bis heute trotz aufwändiger Forschungsbemühungen nicht gelungen, einzelne

Gene für die Ausbildung der verschiedenen Störungsbilder verantwortlich zu machen. Psychische Krankheiten lassen sich allenfalls als multigenetisch beschreiben, was die exakten Entstehungsbedingungen und damit auch eine mögliche Therapie nachvollziehbar deutlich schwieriger erforschen lässt.

Für Sozialwissenschaftler steht die biologische Forschung und insbesondere die genetische Forschung nicht selten in dem Verdacht, sozialdarwinistische und eugenische Tendenzen zu fördern. In der Vergangenheit hat es in der Tat immer wieder entsprechende Schlussfolgerungen gegeben, die zum einen den Anteil der sozialen Umwelt an der menschlichen Entwicklung auf ein Minimum zu reduzieren trachteten und zum anderen durch politische und andere soziale Maßnahmen Minderheiten diskreditierten (Weingart et al. 1988; Shipman 1995; Steen 1996). Die Menschenversuche und die rassistisch und eugenisch motivierte Tötung von Millionen Menschen durch die deutschen Nationalsozialisten haben biologische Erklärungsmuster in weiten Teilen der Öffentlichkeit und der Wissenschaft in Verruf gebracht.

Die – wenn man so will – Ahnenreihe der eugenischen Tendenzen reicht zurück bis zu Francis Galton, einem Vetter Charles Darwins, in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts. Galton hatte auf dem Hintergrund von Beobachtungen über Vererbung von kognitiven Fertigkeiten die kontrollierte Züchtung von Menschen gefordert. Galton war es auch, der als erster den Begriff Eugenik schriftlich gebrauchte und die Gegenüberstellung von Anlage (*nature*) und sozialer Umwelt respektive Erziehung (*nurture*) formulierte. Galton zufolge gab es bezüglich der menschlichen Fertigkeiten kein Entrinnen vor der Schlussfolgerung, „that nature prevails enormously over nurture“ (Galton, zitiert nach (Plomin et al. 1999: 121)).

Nach einer Reihe von Jahren, in denen Annahmen über die Vorrangstellung der Anlage diskreditiert waren, tauchen in der jüngsten Zeit solche Vorstellungen erneut auf. Der britische Biologe Steven Rose (1995b; 1997) hat viele solcher Beispiele zusammengestellt und kritisch diskutiert. In der Öffentlichkeit, zum Teil aber auch in der Wissenschaft wird bisweilen unkritisch mit Forschungsergebnissen umgegangen. Prominentes Beispiel in den Vereinigten Staaten war die Publikation eines Buches, das behauptete, dass die Verteilung des Sozialstatus auf erblicher Intelligenz beruhe und nicht verändert werden könne (Herrnstein & Murray 1994). Das Humangenomprojekt wurde in der amerikanischen Öffentlichkeit als Mittel zur Erforschung der biologischen Grundlagen sozialer Probleme wie der Gewalt in den Straßen dargestellt (Steen 1996: 46). Die Vorwürfe gegen solche Darstellungen, die zum Teil auch in der Wissenschaft selbst formuliert werden, lauten bekanntlich auf neurogenetischen Determinismus und Reduktionismus, nämlich die Reduktion sozialer Phänomene auf biologische Merkmale (z.B. gesellschaftliche Gewalt auf genetisch bedingte individuelle aggressive Persönlichkeitszüge). Unzweifelhaft haben solche Erklärungsmuster soziale Auswirkungen und sind gerade in populärwissenschaftlichen Veröffentlichungen sowie in Reportagen über naturwissenschaftliche Forschungsergebnisse in der Tagespresse zu finden. In den USA nehmen verhaltensbiologische Erklärungsmuster schon nahezu den

gleichen paradigmatischen Charakter an wie sozialdarwinistische Theorien während des 19. Jahrhunderts (Nelkin 1999).

Übersetzt in biologische Termini lautet der Vorwurf, der Phänotyp (hier: das Verhalten) werde auf den Genotyp (das Genom) reduziert. Ein solcher Reduktionismus ist weder logisch noch biologisch zu rechtfertigen (Sarkar 1998). Eine von Sarkar vorgenommene sorgfältige biologisch-philosophische Analyse der genetischen Termini kommt sogar zu dem Ergebnis, dass eine phänotypische Eigenschaft nur dann als genetisch bedingt angesehen werden kann, wenn sie nur aufgrund der Eigenschaft spezifischer Gene (d.h. spezifischer Allele auf spezifischen Loci) erklärt werden kann. Multigenetische Eigenschaften sind Sarkar zufolge nicht als nicht im engeren Sinne genetisch einzustufen, da das Zusammenwirken verschiedener Gene in ihrer Komplexität nicht verstanden ist und bisher nur auf Annahmen beruhe.

Die genetische Forschung folgt diesem Vorschlag bisher nicht im großen Umfang. Dennoch ist auch aus der Molekularbiologie verschiedentlich eine vorsichtige bis skeptische Stimme zu vernehmen. Die bisherige Forschung, so schlussfolgert Flint in einer großen Übersicht über die genetische Basis kognitiver Prozesse „...has not (...) significantly advanced our understanding of the biology of cognitive processes.“ (Flint 1999: 2015). Der Forschungsstand erlaube Rückschlüsse auf die Funktionsweise von Neuronen, aber nicht auf die Funktionsweise des Gehirns. Auf diese Problemlage wird im Verlaufe des Kapitels noch mehrfach unter Stichworten wie Emergenz und Komplexität einzugehen sein. Je weiter man sich von der genetischen Basis psychischer Prozesse entfernt, desto unhaltbarer sind deterministische Konzepte.

Allerdings ist gerade aus der Verhaltensgenetik immer wieder auch Skepsis gegenüber solchen Reduktionismen zu hören. Die Ergebnisse vieler verhaltensgenetischer Studien laufen diesen Reduktionismen sogar diametral entgegen. Verhaltensgenetische Untersuchungen arbeiten in der Regel mit Zwillingsstudien, welche die Übereinstimmung von Verhaltensmerkmalen von Geschwistern sowie eineiigen und zweieiigen Zwillingen unter verschiedenen Umweltbedingungen testen (siehe hierzu ausführlich Kapitel 5). Mit Hilfe von Zwillings- und Adoptionsdesigns wird der Frage nachgegangen, ob die statistische Varianz des Verhaltens durch die Erblichkeitskomponente des gleichen Genoms bei eineiigen Zwillingen erklärt werden kann (Plomin et al. 1999). Die Erblichkeit im verhaltensgenetischen Sinne ist eine populationsbezogene statistische Größe, sie lässt sich nicht auf Individuen beziehen. Als Einflussgrößen außer der statistischen Erblichkeit werden die geteilte Umwelt der Familie und die nicht-geteilte Umwelt bei getrennt aufwachsenden Geschwistern berücksichtigt. Für Persönlichkeitseigenschaften, wie sie mit entsprechenden psychologischen Tests gemessen werden, sowie für psychische Störungen kommen die verhaltensgenetischen Analysen im Großen und Ganzen auf einen erblichen Einfluss von ca. 45 bis 50 Prozent in der Varianzaufklärung (Rose 1995a; Steen 1996; Plomin et al. 1999).

Das heißt, selbst (oder gerade!) unter solch aufwändigen methodischen Bedingungen, wie sie in der jüngeren Zeit in der Populationsgenetik üblich

sind, lässt sich die Varianz des Verhaltens nur knapp zur Hälfte durch die genetische Ausstattung erklären. Der andere Teil der Erklärung muss daher – wenn man den Zufall abzieht – in der Umwelt der Personen liegen. Dieser Befund ist innerhalb der Sozialwissenschaften m.E. bislang nur unzureichend zur Kenntnis genommen und gewürdigt worden. Gerade die verhaltensgenetischen Befunde müssten im Grunde als Herausforderung der Soziologie und anderer Sozialwissenschaften rezipiert werden, um mittels rigoroser methodischer Studiendesigns dazu beizutragen, die Umwelteinflüsse auf Verhalten und psychische Störung aufzuklären. Mögliche soziale Mechanismen der Beeinflussung von Psyche und Verhalten und der Entwicklung psychischer Störungen werden im Verlaufe dieser Arbeit noch eingehender diskutiert.

#### Der neurobiologische Ansatz zur Entstehung psychischer Krankheiten

Unter der Rubrik Neurobiologie ist in erster Linie die Erforschung der Hirnfunktionen und ihrer Störungen zu verstehen. Darunter fallen Bereiche wie die Anatomie und die Physiologie des Gehirns. Aus neurobiologischer Sicht sind psychische Krankheiten Erkrankungen des Gehirns, daher werden hier für spezifische Krankheitsbilder spezifische neurobiologische Ursachenkonstellationen gesucht. Die oben bereits angestellten Vermutungen über das biologische Hintergrundwissen von Sozialwissenschaftlern gilt zweifelsohne auch für die Neurobiologie. Daher sei hier auf einführende Literatur verwiesen, die von Nicht-Biologen verstanden werden kann.<sup>2</sup>

Die Konjunktur der neurobiologischen Forschung begann in den 1950er Jahren mit dem Einsatz der ersten Psychopharmaka, mit denen Psychosen behandelt werden konnten (siehe Kapitel 2). Pharmakologische Substanzen waren nun offensichtlich in der Lage, die psychische Befindlichkeit der behandelten Patienten zu wirksam verändern. Aus diesem durch Zufall ans Tageslicht gekommenen Befund wurde nun geschlossen, dass chemische Substanzen auf das Gehirn einwirken können. Allerdings waren die anatomischen und physiologischen Verhältnisse des Gehirns bis weit in dieses Jahrzehnt hinein unbekannt. Erst zu Beginn der folgenden Dekade wurde die Relevanz der sogenannten Neurotransmitter für die Psychiatrie entdeckt (Valenstein 1998).

Hirnaktivitäten gleich welcher Art geschehen immer im Verbund von Nervenzellen. Nervenzellen sind aber nicht direkt miteinander verknüpft, sondern benötigen Botenstoffe für die Übertragung der Information. Neurotransmitter wie Serotonin, Dopamin oder Noradrenalin sorgen für die Reizübertragung zwischen zwei Nervenzellen. Diese chemischen Botenstoffe wirken im synaptischen Spalt auf komplizierte Weise zwischen den Nervenzellen, der Spalt stellt die Verknüpfungsstelle dar.

Zwei Neurotransmitter spielten in der Folgezeit jeweils entscheidende Funktionen für die neurobiologische Erklärung psychischer Störungen. Für die schizophrene Psychose war dies Dopamin und für die Depression war es Serotonin. Da für verschiedene Störungsbilder unterschiedliche neurobiologi-

sche Genesen angenommen werden, deren Darstellung an dieser Stelle zu weit führen würde, beschränkt sich die folgende Übersicht auf die schizophrene Psychose. Die ‚Dopamin-Theorie‘ der Schizophrenie wurde auf dem Hintergrund klinischer Befunde entwickelt, die zeigten, dass die mit antipsychotischen Medikamenten behandelten Menschen Nebenwirkungen entwickelten, die der Parkinsonschen Krankheit ähnlich waren. Da die Parkinsonsche Krankheit auf einem Dopaminmangel beruht, lag der Schluss nahe, antipsychotische Medikamente blockierten Dopaminrezeptoren und produzierten auf diese Weise eine Besserung der schizophrenen Symptome sowie gleichzeitig die zum Teil sehr belastenden Nebenwirkungen der Substanzen (Spitzer 1996: 289f.; Valenstein 1998: 110ff.).

Die Dopamin-Theorie der Schizophrenie lässt sich gegenwärtig nicht mehr schlüssig belegen. Sicherlich spielt Dopamin eine gewisse Rolle bei der Schizophrenie, allerdings hat sich das Bild in den letzten Jahrzehnten erheblich verkompliziert (Egan & Weinberger 1997; Gaebel & Maier 1993; Henn 1995). Neben dem Dopamin, für das inzwischen verschiedene Rezeptortypen entdeckt wurden, spielen noch weitere Neurotransmitter eine wichtige Rolle. Darüber hinaus werden Hirnfunktionsstörungen und auch anatomische Veränderungen als mögliche Hintergründe für die Entwicklung psychotischer Symptome gehandelt. Die Vielzahl verschiedener Befunde hat denn auch Beobachter dazu geführt, darüber zu spekulieren, ob es sich bei der Schizophrenie, wie sie heute als einheitliches Krankheitsbild gehandelt wird, überhaupt um eine Einheit handelt oder ob es nicht verschiedene Störungen seien. Es ist bis heute nicht gelungen, zentrale Symptome der Schizophrenie eindeutig bestimmten Läsionen oder anderen anatomischen oder physiologischen Zuständen des Gehirns zuzuordnen. Einer der wichtigen gegenwärtigen Forschungsbereiche ist denn auch nicht die Suche nach spezifischen Läsionen und Transmitterstörungen, sondern die Netzwerktheorie. In diesem Zusammenhang wird theoretisch und aufgrund von bildgebenden Verfahren sowie Computersimulationen davon ausgegangen, dass es bei Menschen mit schizophrenen Symptomen zu Störungen der Konnektivität zwischen Hirnregionen innerhalb von neuronalen Netzen kommt (Andreasen et al. 1998; Friston 1996).

Im Unterschied zu früheren Einschätzungen der Schizophrenie als einer degenerativen Krankheit wird heute eher von einer Störung der neuronalen Entwicklung ausgegangen. Das menschliche Gehirn erlebt nach der Geburt erhebliche neuronale Veränderungen. Bedingt durch Reifung sowie durch externe Stimulation muss ein Großteil der nervlichen Verbindungen in dieser Zeit erst entstehen. Im späteren Lebensverlauf nimmt die Dichte der synaptischen Verbindungen wieder ab. Sowohl vorgeburtlich als auch nach der Geburt unterliegt das Gehirn einer Reihe von Einflussfaktoren, von denen angenommen wird, dass sie im Rahmen der neuronalen Entwicklung zur späteren Psychose beitragen. Dazu gehören sicherlich die schon angedeuteten genetischen Einflüsse. Hinzu kommen eine Vielzahl biologischer und sozialer Merkmale, die das werdende Gehirn vor, während und nach der Geburt negativ beeinflussen können. Dazu zählen Virusinfektionen der Mutter, Hunger und Unterernährung, Rhesus-

Unverträglichkeiten sowie Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen. Die epidemiologisch gesicherten Befunde eines größeren Psychose-Risikos nach einer Geburt im Winter und im städtischen Lebensraum lassen ebenfalls auf Infektionsgefahren schließen.

Schon während der Kindheit und frühen Adoleszenz zeigen viele Menschen, die später eine Psychose entwickeln, Symptome wie eine vergleichsweise geringere Ausdrucksfähigkeit der Emotionen, Passivität, sozialen Rückzug oder Angst. Im Laufe ihres Lebens verdichten sich diese Symptome zunehmend in Richtung psychotischer Zeichen. Als Hintergrund wird die neuronale Entwicklungsstörung vermutet, die sich erst mit zunehmender Reife einerseits und mit zu lösenden Entwicklungsaufgaben andererseits in ihrer vollen Tragweite zeigt. Die prä-, peri-, und postnatalen Einflüsse wirken sich in der Form der Entwicklungsstörung erst in späteren Lebensjahren aus.

Auch dem nichtpsychiatrischen Beobachter dieser Forschungsbemühungen wird ein Problem deutlich, das in der Psychiatrie bis dato nur am Rande diskutiert wird, aber etwa in der Philosophie seit Jahrhunderten zentraler Bestandteil ist, nämlich die Frage, wie neurobiologische Vorgänge und das psychische Erleben überhaupt zusammenhängen. Das Leib-Seele-Problem, wie es im deutschsprachigen Raum heißt (Hastedt 1988), ist bis heute nicht abschließend gelöst. Das entscheidende Problem ist die Übersetzung biologischer Vorgänge in subjektives mentales Erleben; dies ist Gegenstand der neurowissenschaftlichen Diskussion, die sich bis in die Philosophie erstreckt. Wie entsteht Bewusstsein? Schon innerhalb der biologischen Domäne der Erklärung des Bewusstseins sind eine Reihe von ‚Systemsprüngen‘ zu erkennen, die nur als emergent zu beschreiben sind (Scott 1995). Die Dynamik der Eiweißmoleküle in der Nervenmembran steht in keiner direkten Beziehung zu den Signalen, die sie erst ermöglichen (Scott 1995: 53). Diese Signale wiederum sind nicht-deterministisch mit den Netzwerken verbunden, die sie wiederum ermöglichen. Und wie aus den neuronalen Netzen dann subjektives Bewusstsein und Gedanken entstehen, dies ist, wie gesagt, bis heute nur hypothetisch zu erklären. Wenngleich bis heute kein wissenschaftlicher Konsens innerhalb der Philosophie des Geistes zur Entstehung des Bewusstseins zu erreichen ist (Guttenplan 1994), scheint es sinnvoll, sich für die vorliegende Thematik der Schlussfolgerung Scotts anzuschließen, dass Bewusstsein aus unterschiedlichen Ebenen physikalischer, chemischer und biologischer Vorgänge entsteht: „Just as life emerges of cycles of cycles of cycles of biochemical activity, consciousness seems to emerge from assemblies of assemblies of .... of assemblies of neurons.“ (Scott 1995: 172)

In irgendeiner Weise sind Biologie und Psyche aneinander gekoppelt, es gibt offenbar kein subjektives Erleben ohne biologische Beteiligung. Aus dieser Perspektive wird philosophisch gerne die Identität von biologischen und mentalen Vorgängen behauptet. Allerdings ist die Korrelation zwischen spezifischen Hirnaktivitäten und spezifischem Erleben nicht immer besonders ausgeprägt. Hinzu kommt, dass das spezifisch Subjektive am Erleben nicht neurobiologisch erklärt werden kann; darauf wird im Verlaufe dieses Kapitels noch ausführlicher einzugehen sein.

Soziologisch und psychologisch interessant – und bisher kaum erforscht – ist darüber hinaus die Übersetzung biologischer Faktoren über Mentales in Verhalten. So ist etwa bekannt, dass Personen mit kognitiven Funktionseinbußen, wie sie mit der Schizophrenie einhergehen, häufig auch soziale Funktionseinbußen erleben müssen (Kuperberg & Heckers 2000). Es handelt sich um genau diese fehlenden oder geringer werdenden Fertigkeiten, die dafür verantwortlich sind, dass Menschen mit einer Schizophrenie häufig einen sozialen Abstieg erleben müssen (siehe Kapitel 3 und 7). Zusätzlich zu der geringen Beachtung sozialer Folgen biologischer Prozesse ist hinsichtlich der neurowissenschaftlichen Forschung generell ein soziales Defizit festzustellen. Soziale Ereignisse spielen hier lediglich eine untergeordnete Rolle, obwohl die Umwelt etwa für die neuronale Entwicklung von entscheidender Bedeutung ist.

Diese Problemstellungen machen deutlich, wo die grundsätzlichen Schwierigkeiten der neurobiologischen Forschung zur Entstehung psychischer Krankheiten liegen. Diese Schwierigkeiten spielen für den Forschungsalltag nur eine untergeordnete Rolle, da es hier zumeist um die Untersuchung spezifischer neuronaler Verhältnisse und ihre Auswirkung auf psychische Krankheiten geht. Spätestens jedoch bei der Bilanz der neurobiologischen Forschung wird klar, dass der sicherlich erhebliche Fortschritt, der hier in den letzten Jahren zu verzeichnen gewesen ist, kaum entscheidend zur Klärung der Entstehung psychischer Störungen beigetragen hat. Wir wissen allenfalls, dass es eine Beteiligung des Gehirns an allen mentalen Phänomenen gibt und somit auch an psychischen Störungen. Die früher in der Psychiatrie übliche Dichotomie zwischen organischen und psychogenen Krankheitsbildern ist sicherlich obsolet geworden. Statt der Klärung der ätiologischen Verhältnisse fördert die Forschung aber zunehmend komplexere Konstellationen zutage, welche die grundsätzliche Schwierigkeit der Erklärung der Übertragung biologischer in mentale Phänomene nicht hat lösen können. Und diese Komplexität wird nicht kleiner, wenn die soziale Umwelt als bislang unterbelichteter Einflussfaktor noch hinzukommt.

Die in den späteren Kapiteln gemachten Ausführungen aus soziologischer Sicht auf psychische Erkrankungen können diese Problemlagen *letztlich* sicherlich auch nicht klären. Allerdings wird versucht, soziologische, psychologische und biologische Forschungsbefunde in einem Modell zu integrieren, das die Schwierigkeiten nicht zu überwinden trachtet, sondern die Komplexität der Verhältnisse als Ausgangspunkt für ätiologische Überlegungen nimmt. Mit Hilfe dieses Modells soll dann überlegt werden, wie soziale Ereignisse auf biologische und psychische Vorgänge wirken und wie auf der anderen Seite biologische und psychische Phänomene die soziale Alltagswelt der von psychischen Krankheiten Betroffenen beeinflussen.

## Das biopsychosoziale Modell nach George Engel

Das im folgenden zu entwickelnde Modell ist nicht das erste, das mit dem Begriff 'biopsychosozial' operiert. Die Integration biologischer, psychischer und sozialer Faktoren in ein medizinisches Erklärungsmodell ist schon in den 1970er Jahren erstmals propagiert worden. Es war der 1999 verstorbene Internist und Psychosomatiker George Engel (1977) der in einem der meistzitierten wissenschaftlichen Artikel überhaupt (in der Zeitschrift *Science*) die traditionelle Biomedizin aufgefordert hat, sich auch konzeptionell psychosozialen Einflussfaktoren gegenüber zu öffnen. Engel zufolge befindet sich die gesamte Medizin und mit ihr die Psychiatrie in einer Krise. Diese Krise beruhe insbesondere auf dem biologischen Reduktionismus, welcher der Biomedizin inhärent sei. Engel kritisiert, dass dieses Modell inadäquat hinsichtlich der wissenschaftlichen Aufgaben und der sozialen Verantwortung der Medizin überhaupt sei.

Das biomedizinische Modell auf der Grundlage der Molekularbiologie lasse keinen Raum für die sozialen, psychischen und verhaltensbezogenen Elemente von Krankheit. Krankheit werde innerhalb dieses Modells nicht nur als Faktum behandelt, das unabhängig vom sozialen Verhalten des Betroffenen entstehen könne, sondern auch verhaltensbezogene Störungen (wie in der Psychiatrie) würden allein auf der Basis somatischer Prozesse betrachtet. Mit dieser Konzeption hänge die Medizin immer noch an einer Perspektive, die im 17. Jahrhundert entwickelt worden sei (Engel 1992). Dazu gehörten nach Engel auch erkenntnistheoretische Elemente, so etwa die Vorstellung, dass Mediziner als Wissenschaftler objektive Beobachter einer von ihnen unabhängigen Natur seien. Neuere erkenntnistheoretische Konzepte, die zum Beispiel aus der physikalischen Quantentheorie kämen, würden dagegen die Untrennbarkeit von Beobachter und Beobachtetem betonen.

Vor dem Hintergrund solcher erkenntnistheoretischer Befunde fordert Engel auf, die Begegnung zwischen Mediziner und Patient gegenüber traditionellen Verfahren als gleichwertige Quelle für die Erhebung wissenschaftlicher Daten zu nutzen. Das spezifisch Menschliche sei nicht mit objektivierbarer Datengewinnung zu erheben. Sprache, Symbole, Gedanken und Gefühle ließen sich nur über eine Beziehung zum Patienten erschließen (Engel 1992). Nur über den Dialog könne der Arzt erkennen, welche Bedeutung bestimmte Ereignisse für den Patienten haben, und nur auf diesem Wege ließen sich diese Fakten in einen Zusammenhang mit anderen Ebenen (sozialen und psychischen) stellen, mit deren Hilfe ein Gesamtbild entstehen würde. Hinzu kommt nach Engel der positive Effekt auf der Seite des Patienten, bei dem das Gefühl entstehe, richtig verstanden zu werden.

In konzeptioneller Hinsicht schlägt Engel den schon genannten Begriff 'biopsychosozial' für das von ihm vorgeschlagene Alternativmodell zur Biomedizin vor. Das biopsychosoziale Modell sei die Basis für Berücksichtigung aller Determinanten der Krankheit sowie für die Erarbeitung einer wirklich rationalen Therapie (Engel 1977). Dazu gehöre der Patient, der soziale Kontext, in dem er lebt, sowie das Gesundheitssystem und der darin wirkende Arzt. Das profes-

sionelle Wissen des Arztes und seine Fertigkeiten müssen sich nach Engel auch auf die Bereiche erstrecken, die bisher nicht zur genuin medizinischen Domäne gehören, sondern eben auch auf die psychosozialen Elemente des menschlichen Lebens.

Engel entwickelt sein biopsychosoziales Modell auf dem Hintergrund der Allgemeinen Systemtheorie, insbesondere im Anschluss an die Arbeiten Ludwig von Bertalanffys (Engel 1977; Engel 1981). Von Bertalanffy hatte versucht, Wissenschaftlichkeit und organismisches Denken, wie es in der Biologie der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts weit verbreitet war, zu integrieren. Der Anspruch einer *allgemeinen* Systemtheorie zielte dabei auf ein generalistisches Theorieprogramm, das auf einer mathematischen Basis sowohl naturwissenschaftliche wie auch sozialwissenschaftliche Fragestellungen beantworten helfen sollte. Kernpunkt dieser Theorie war die Analyse organisierter Komplexität als offene Systeme, das heißt, als Systeme, die in einer Input-Output-Relation zu ihrer Umwelt stehen. Die Allgemeine Systemtheorie war theoriegeschichtlich gesehen ein äußerst einflussreiches Programm, das beispielsweise die Grundlagen für die spätere Kybernetik, aber auch für die Systemtheorie von Talcott Parsons bildete.<sup>3</sup>

Von Ludwig von Bertalanffy übernimmt Engel die Vorstellung einer hierarchischen Organisation der biopsychosozialen Domäne (Engel 1981). Die Hierarchie beginnt unten bei subatomaren Partikeln und führt unter anderem über Atome, Moleküle, Zellen, Organsystemen und Nervensystem zur Person, die Erfahrung und Verhalten repräsentiert. Über der Person stehen in der Hierarchie die Dyade, die Familie, die Gemeinschaft, die Kultur-Subkultur, die Gesellschaft-Nation und die Biosphäre. Jede Ebene in der Hierarchie bilde ein dynamisches Ganzes, das distinkte Eigenschaften und Charakteristika entfalte. Weiterhin erfordere die Betrachtung der unterschiedlichen Ebenen im Modell eigenständige Kriterien und Methoden, denn kein übergeordneter Level lasse sich mit den Methoden erfassen, die für untergeordnete Ebenen adäquat seien.

Engel sieht die Hierarchie von subatomaren Teilchen bis zur Biosphäre als ein Kontinuum. Jede Ebene bilde gleichzeitig eine Komponente des jeweils höheren Levels. Person und Dyade seien Komponenten der Familie und der Gemeinschaft. In der Kontinuität, so Engel, bilde jede Einheit sowohl ein Ganzes als auch einen Teil der übergeordneten Ebene. Daher existiere keine Systemeinheit in Isolation. Jedes System werde von den jeweils vorgängigen und nachfolgenden Einheiten beeinflusst und könne daher ohne die Berücksichtigung der Umwelt des jeweiligen Systems nicht vollständig beschrieben werden. Aus diesem Modell folgert Engel denn auch die praktische Relevanz für die Medizin: der systemorientierte Mediziner berücksichtige neben der einzelnen Systemebene immer auch die anderen Ebenen. Die in der Biomedizin übliche Präokkupation mit dem Körper und der Krankheit führe zu der berechtigten Klage, dass die Medizin die Person des kranken Menschen nicht mehr in den Blick bekomme.

Die klinische Relevanz des biopsychosozialen Modells verdeutlicht Engel mit einer Kasuistik. Ein 55-jähriger Mann, verheiratet, Vater von zwei erwachsenen

Kindern und Immobilienmakler, wird zum zweiten Mal mit den Symptomen eines Herzinfarkts in der Notaufnahme einer Klinik behandelt. Das biopsychosoziale Modell, so Engel, erlaube eine Datensammlung, die wesentlich vollständiger sei, als dies traditionell üblich ist. So zeige die Information, dass der Patient nach dem ersten Infarkt die Krankheit nicht anerkennen wolle, Entscheidendes über die psychische Lage und die Konflikte des Betroffenen auf. Für den systemorientierten Mediziner liege der Schluss nahe, dass der Krankheitsverlauf bisher wesentlich durch die Persönlichkeit des Patienten beeinflusst worden sei. Die adäquate Behandlung müsse über die biomedizinischen Aspekte der Beherrschung möglicher lebensbedrohlicher Symptome hinaus sich auch auf die Teile erstrecken, die gewöhnlich nicht in den Blick genommen würden. Dies beginnt nach Engel schon in der Aufnahmesituation, wo nicht nur nach den unmittelbaren Daten des kardiovaskulären Systems geschaut, sondern mittels eines entsprechenden Interviews auch der psychische Zustand des Betroffenen erhoben werden sollte. An anderer Stelle weist Engel auf die große Bedeutung der Beobachtung, der Introspektion sowie des Dialogs als grundlegende methodische Trias der Datengewinnung im medizinischen Bereich hin (Engel 1997).

Über die körperlichen und psychischen Bedürfnisse des Patienten hinaus ist sich der systemorientierte Arzt nach Engel auch der Verantwortung für die Familie und anderer Bezugspersonen bewusst. Für die Dauer der Erkrankung sei die Dyade von Arzt und Patient zwischen den Patienten und sein soziales Umfeld geschaltet. Viele Angelegenheiten, die normalerweise direkt vom Patienten und seinen Bezugspersonen geregelt würden, werden in dieser Situation von Arzt gefiltert. Er ist der Ansprechpartner, mit dem Entscheidungen getroffen werden. Hier, so Engel, sei der Kontrast zwischen dem biomedizinisch und dem biopsychosozial orientierten Arzt besonders groß. Einschätzungen und Entscheidungen würden traditionellerweise ohne große Berücksichtigung des sozialen Umfeldes geschehen. Die relevanten Informationen, aber auch das Verständnis für die soziale Situation des Patienten und seines Bezugssystems, seien in der Regel nur spärlich vorhanden und ausgeprägt. Daher würden Entscheidungen auf dem Hintergrund der Tradition, der üblichen Sitten, der Intuition und des gesunden Menschenverstandes getroffen.

Anders sei dies beim biopsychosozial orientierten Mediziner, er wisse, dass er dem Patienten am besten versorgen könne, wenn er das soziale Umfeld mit der gleichen Intensität und Aufmerksamkeit angehen würde, wie er es mit den biologischen Systemebenen des Patienten mache. Hier gehe es insbesondere um die Identifikation und Berücksichtigung der stabilisierenden bzw. destabilisierenden Faktoren aus dem Umfeld. Im Falle des oben beschriebenen herzkranken Patienten habe sich beispielsweise die Ehefrau als wenig belastbar hinsichtlich der Erkrankung ihres Mannes gezeigt. Daher erstrecke sich die Verantwortung des Mediziners auch auf das Wohlbefinden der Ehefrau, ihr Wohlbefinden sei ein kritisches Element auch der Genesung des herzkranken Patienten. Dies sei nicht nur ein Akt des Mitgefühls und der Humanität, sondern die rigorose Anwendung von wissenschaftlichen Prinzipien und Praktiken.

George Engel erkennt natürlich, dass seine Forderungen zum Umstieg auf

das biopsychosoziale Modell erhebliche Ansprüche an die Medizinerinnen und Mediziner stellt. Allerdings, so seine Argumentation, würde dieses Modell nichts verlangen, das nicht ohnehin in der Patientenversorgung als notwendig bekannt sei. Das biopsychosoziale Modell erlaube dagegen dem Arzt nunmehr auch rationale Entscheidungen in Bereichen zu treffen, die traditionellerweise außerhalb seiner Aufmerksamkeit liegen würden. Zudem motiviere es den Arzt, sich auch für die psychosozialen Anteile der Erkrankung näher zu interessieren, zumal viele Mediziner intuitiv die große Bedeutung dieser Bereiche für die Versorgung erkennen würden. Vom biopsychosozialen Arzt werde nicht Expertentum in allen diesen Bereichen erwartet, allerdings müsse er ein anwendbares Basiswissen der Prinzipien und der Grundlagen jeder relevanten Wissenschaftsdisziplin sich aneignen, die hier von Relevanz sei. Da die Psychiatrie von vornherein die größere Nähe zu diesen Prinzipien aufweise, auch wenn hier die gleichen biomedizinischen Grundlagen gelehrt würden, seien Psychiater prädestiniert, die biopsychosozialen Aspekte der Versorgung an Kollegen anderer Fächer weiter zu geben (Engel 1982).

Das biopsychosoziale Modell Engels hat in den Jahren nach seinen ersten Veröffentlichungen viel Aufmerksamkeit erhalten. Der Rekurs auf dieses Modell ist vielfach zum Inhalt von Kongresseröffnungen oder der Ansprachen der Präsidenten verschiedener medizinischer Fachgesellschaften geworden (Beigel 1995; Hartmann 1993). Innerhalb der Psychiatrie ist dieses Modell auch deshalb auf große Resonanz gestoßen, weil es offenkundig in der Lage war, die beiden großen opponierenden Lager des Fachs, die biologische Psychiatrie und die Sozial- und Gemeindepsychiatrie wieder zusammenzuführen (Beigel 1995). Der theoretische Rahmen erlaubte es beiden Lagern, die sichtbaren Defizite der eigenen Subdisziplin zu korrigieren, nämlich zum einen die Vernachlässigung sozialer Ursachen und Folgeerscheinungen und zum anderen die stärkere Berücksichtigung der Pharmakotherapie.

Mit dem biopsychosozialen Modell scheint auf den ersten Blick auch eines der großen Dilemmata der Psychiatrie gelöst werden zu können, nämlich die Frage, ob das Fach reduktionistisch oder integrationistisch vorgehen sollte (Lipowski 1986). Das biopsychosoziale Modell erlaubt beides: die Berücksichtigung des Kontexts sowie die Konzentration auf einzelne Elemente. Innerhalb der Fachdiskussion wird der Reduktionismusvorwurf im übrigen nicht nur gegenüber den biologisch orientierten Ansätzen geäußert, auch die jeweils orthodoxen psychodynamischen und sozialpsychiatrischen Ansätze sehen sich mit dem gleichen Verdacht konfrontiert (Lipowski 1986).

Trotz der positiven Resonanz und der vielfältigen Adaptions- und Anwendungsversuche<sup>4</sup> ist das originale biopsychosoziale Modell in den letzten Jahren vermehrt kritisiert worden. Die Kritik setzt dabei an verschiedenen Aspekten des Modells an. In praktischer Hinsicht, so analysieren Sadler und Hulgus (1990), stellt das biopsychosoziale Modell aufgrund seiner Komplexität keine hinreichenden Anregungen für die konkrete Behandlung des Patienten zur Verfügung. Anstelle der Frage, "Welche Systemebenen sind hier von Bedeutung?" sei eher die Frage "Wie können wir unser unmittelbares praktisches Problem

lösen?“ zu stellen. An diese Frage schließen sich verschiedene entscheidungsrelevante Problemstellungen an, welche die Autoren mit Wissensproblemen, praktischen Handlungsproblemen und Bewertungsproblemen beschreiben. Bei den Wissensproblemen gehe es in der Tat um die wissenschaftliche Analyse eines klinischen Falls, wie ihn der von Engel (1981) vorgestellte darstellt. In praktischer Hinsicht gehe es um die Realisierung der klinischen Ziele, weniger um die Analyse. Und in der Bewertungsproblematik gehe es um die Frage, welche der verschiedenen Therapiemöglichkeiten zum Zuge kommen sollten, und hier sei auch an ethische Probleme zu denken. Im Prinzip geht es den Autoren um Anwendbarkeit und Verbesserung des Modells, wie sie in einem weiteren Artikel deutlich machen, der sich um konkrete medizinische Entscheidungsformen dreht. Ein Entscheidungsmodell, so Sadler und Hulgus (1992), müsse das biopsychosoziale Modell begleiten und vervollständigen.

In theoretischer Hinsicht ist die Kritik an verschiedenen Punkten des biopsychosozialen Ansatzes angesetzt worden. Formal gesehen, lautet der Einwand von McLaren (1998), sei das Engelsche Modell kein Modell, da es nicht in der Lage sei, Vorhersagen aus einer Situationsbeschreibung zu liefern. Allerdings habe Engels Wirken dazu geführt, dass den Einseitigkeiten der Psychoanalyse und dem sterilen Nihilismus des Behaviorismus wieder durch einen umfassenden und praktisch orientierten Ansatz begegnet worden sei. Insofern habe er der orthodoxen Psychiatrie einen guten Dienst erwiesen, als er das Gespräch mit dem Patienten wieder an die zentrale Position gestellt habe.

Die Einbindung psychosozialer Aspekte in die psychiatrische Behandlung findet nicht ungeteilten Beifall, dies gilt vor allem für die sozialwissenschaftlich orientierte Kritik. So wendet sich Armstrong (1987) gegen die von ihm beobachtete Stärkung der Biomedizin durch die Integration psychosozialer Krankheitsaspekte. Im Grunde würde die Berücksichtigung der sozialen Ursachen und Folgen lediglich dazu dienen, ein besseres Management der Krankheit zu erreichen. Durch diese Integration in das biomedizinische Krankheitsmodell, werde aber die kritische Substanz des sozialwissenschaftlichen Blickes, wie ihn etwa Foucault formuliert habe, noch weiter entwertet. Ebenfalls in einer Foucaultschen Perspektive argumentiert Quindel (2001). Seiner Ansicht nach leistet das biopsychosoziale Modell der Machttransformation von der Klinikpsychiatrie zur Gemeindepsychiatrie Vorschub, indem es dazu beiträgt, sämtliche Anteile der Patienten der wissenschaftlichen Beobachtung auszuliefern. In einer etwas andere Perspektive akzentuiert Finzen (1997) seine Kritik. Der Begriff ‚biopsychosozial‘ sei ein Plastikwort geworden, mit dem vorhandene Gegensätze leicht überdeckt werden könnten, damit sei kein Problem wirklich zu lösen.

Die bisher referierte Kritik bezog sich primär auf die Auswirkungen eines solchen Modells und auf die Umsetzbarkeit. Nur der Psychosomatiker Herbert Weiner (1994) hat sich grundlegend mit den Prämissen des Engelschen Modells auseinandergesetzt, nämlich mit der Orientierung an der Allgemeinen Systemtheorie. Weiner zufolge sitzt Engel veralteten und inadäquaten Vorstellungen über den Aufbau biologischer Systeme und deren Interaktionen auf. Insbesondere die Vorstellung der Hierarchie sei heute angesichts von

Erkenntnissen über nicht-lineare Zusammenhänge und chaotischen Systembildungen nicht mehr zu akzeptieren. Das Engelsche Modell lasse ein Feedback nur zwischen den benachbarten Systemebenen zu, dies werde der Komplexität des biologischen Geschehens überhaupt nicht gerecht, wie etwa die Wirkweise von Hormonen zeige. Zudem geschehe die Interaktion zwischen Zellen und Netzwerken im Gehirn und in anderen Teilen des Körpers nicht-linear und sei deshalb auch kaum vorherzusagen. Weiner schlussfolgert aus seiner Analyse, es gelte nunmehr die „...Einschränkungen der Bedeutung der Systemtheorie...“ zu erkennen, um über neue Konzepte von Komplexität, Ordnung und Veränderung nachzudenken (Weiner 1994: 82). In die gleiche Stoßrichtung geht die Kritik Fritz B. Simons am Modell der älteren Systemtheorie: „Eine solche Konzeptualisierung hat sich als wenig fruchtbar erwiesen, um die Komplexität in einer (z.B. für die psychosomatische oder psychiatrische Forschung) praktisch relevanten Weise zu reduzieren.“ (Simon 1994: 65)

Die folgenden Ausführungen schließen sich der Kritik Weiners und Simons an der Allgemeinen Systemtheorie und der Umsetzung der Vorgaben im biopsychosozialen Modell Engels an. Die Konzeption Engels wird der Komplexität der Abläufe sowie der Schnittstellen zwischen den Systemen nicht gerecht. Letzteres betrifft etwa die Schnittstelle von Gehirn und Psyche, die in Engels Ansatz nicht adäquat analysiert wird, was zurecht von Kommentatoren des Modells bemängelt worden ist (Dalton & Forman 1994). Die Problematik des Engelschen Modells liegt, wie Weiner vollkommen zutreffend ausgeführt hat, in verschiedenen Punkten des Ansatzes begründet. Zentraler Kritikpunkt ist die Hierarchie der Systemebenen, die dem Modell zufolge nur Wechselwirkungen zwischen benachbarten Ebenen zulässt. Das heißt etwa, dass das Sozialsystem nur auf dem Weg über das in der Hierarchie niedrigere psychische System auf den Körper einwirken kann. Eine direkte Einwirkung des Sozialsystems auf das biologische System ist damit ausgeschlossen. Diese Vorstellung ist angesichts der realen Schnittstellen unhaltbar. So ist etwa bekannt, dass ein soziales Phänomen wie ein wirtschaftlicher Notstand über die Unterernährung direkt negativ auf die Entwicklung des Gehirns wirken kann (Susser et al. 1996), was in der Konsequenz wiederum negative Auswirkungen auf die psychische Entwicklung nehmen kann. Kurz gesagt, es ist der Weg vom sozialen auf das biologische System und dann erst auf das psychische System zu beschreiben. Anstelle der Hierarchie ist eher ein Modell vorzustellen, in dem die drei beteiligten Systeme jeweils füreinander Umwelt darstellen: „Als sehr viel nützlicher erweist es sich, wenn man statt der Teil-Element-Unterscheidung (wie in der Allgemeinen Systemtheorie, D.R.) die System-Umwelt-Unterscheidung in den Mittelpunkt des Interesses rückt: der Körper als Umwelt von Psyche und sozialem System, das soziale System als Umwelt von Psyche und Körper, die Psyche als Umwelt von sozialem System und Körper.“ (Simon 1994: 65) Jedes System kann somit durch die beiden anderen beeinflusst werden.<sup>5</sup>

Die genannten theoretischen Schwächen des biopsychosozialen Modells von Engel zwingen zu einer Neuorientierung und Reformulierung. Wie im letzten Absatz schon deutlich wurde, soll hier anstelle der Allgemeinen Systemtheorie

der Fortentwicklung systemtheoretischen Denkens gefolgt werden, die Niklas Luhmann mit der Theorie selbstreferentieller Systeme erarbeitet hat. Dieser theoretische Ansatz, so die noch zu belegende Hypothese, stellt einen methodischen Rahmen zur Verfügung, der zum einen hinreichend komplex ist, um den derzeitigen Forschungsbefunden gerecht zu werden, und der zum anderen in der Lage ist, die soziale Umwelt biologischer und psychischer Phänomene und ihre Einwirkungen auf das biologische sowie das psychische System angemessen darzustellen.

Für das der Theorie selbstreferentieller Systeme folgende biopsychosoziale Modell soll zunächst ein evolutionstheoretischer Rahmen entwickelt werden, der das biologische, das psychische und das soziale System in ihrer jeweiligen Entwicklung sowie in ihrer jeweiligen Autonomie kurz beschreibt. Die Beschreibung des evolutionstheoretischen Rahmens erscheint aus zwei Gründen notwendig. Zum einen wird aus der biologischen Forschung heraus die Eigenständigkeit eines sozialen Systems (und, je nach Kontext, eines psychischen Systems) gelegentlich bestritten. Der starken Version der Soziobiologie zufolge ist die Gesellschaft und die menschliche Psyche lediglich mit Eigenschaften ausgestattet, die biologisch-genetisch begründet sind (Wilson 1975). Die mit dem soziobiologischen Denken verbundenen Probleme sollen daher im folgenden Abschnitt kurz untersucht werden. Zum zweiten gibt es mittlerweile ernstzunehmende Versuche, psychische Störungen neodarwinistisch zu erklären (McGuire & Troisi 1998). Innerhalb dieses Erklärungsmodells spielt die soziale Umwelt ebenfalls eine nicht zu unterschätzende Rolle. Daher soll dieser Ansatz und seine Erklärungskraft für eine Soziologie psychischer Störungen untersucht werden. Zuvor jedoch wird ein Überblick über zentrale Prämissen und Argumente modernen evolutionstheoretischen Denkens gegeben.

## Die neodarwinistische Grundlegung des biopsychosozialen Modells

### Das neodarwinistische Paradigma

Moderne Evolutionstheorie ist neodarwinistisch ausgerichtet. Im Zentrum der Argumentation steht Darwins Konstrukt der natürlichen Anpassung der biologischen Ausstattung durch Selektion. Dieses Gedankengut macht sich in den letzten Jahren in verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen nachdrücklich bemerkbar. Entsprechende Ansätze sind etwa aus der Medizin (Nesse & Williams 1996), aus der Psychologie (Barkow et al. 1992), aus der Psychiatrie (McGuire & Troisi 1998), aus der Philosophie (Dennett 1995) und selbst aus der Soziologie (Maryanski & Turner 1992; Nielsen 1994) bekannt. In der Soziologie ist der Darwinismus sogar als Rettungsprogramm für die gesamte Disziplin empfohlen worden (Lopreato & Crippen 1999).

Die Renaissance darwinistischen Denkens geht zurück auf das im Jahre 1975 veröffentlichte Werk *Soziobiologie* von Edward O. Wilson (1975). In dieser Arbeit hatte Wilson versucht, Erkenntnisse über das tierische Sozialverhalten zusammenzufassen und, zumindest ansatzweise, auf das menschliche Sozialverhalten zu übertragen. Dabei sieht er die Soziologie als noch unreife Wissenschaftsdisziplin an, deren methodische Ansätze sich mehr im naturwissenschaftlichen Sinne erweitern sollten: „Sociology *sensu strictu*, the study of human societies at all levels of complexity, still stands apart from sociobiology because of its largely structuralist and nongenetic approach.“ (Wilson 1975: 4) Wilsons Intention ist es, auf diesem Wege die Vereinheitlichung der wissenschaftlichen Disziplinen zu erreichen, die sich bekanntermaßen häufig konträr gegenüber stehen. Diese Vereinheitlichung sieht Wilson als die moderne Synthese hinsichtlich der Erklärung menschlichen Verhaltens an. Die Federführung der Biologie in dieser Synthese steht Wilson zufolge außer Frage: „It may not be too much to say that sociology, as well as the humanities are the last branches of biology waiting to be included in the Modern Synthesis. One of the functions of sociobiology, then, is to reformulate the foundations of the social sciences in a way that draws these subjects into the Modern Synthesis.“ (Wilson 1975: 4) Allerdings sei abzuwarten, so Wilson, ob die Sozialwissenschaften in diesem Sinne vollständig „biologized“ werden könnten.

Der Widerstand gegen die Biologisierung der Sozialwissenschaften geschieht aus verschiedenen methodischen Bedenken, die zweifelsohne zutreffen. Nicht selten aber wird dieser Widerstand gegen die Soziobiologie und andere evolutionstheoretische Absichten auch aus politischen Gründen und Unwissenheit über den Stand der Diskussion dort geführt. Moderne evolutionstheoretische Ansätze haben – entgegen der Befürchtung vieler Sozialwissenschaftler – nichts mit Sozialdarwinismus, sozialer Auslese oder Eugenik zu tun. Richard Dawkins, neben Wilson der zweite große Protagonist der evolutionstheoretischen Renaissance, wendet sich gleich zu Beginn seines grundlegenden Buches *The selfish gene* (Orig. 1976) gegen eine speziezistische oder gar rassistische Interpretation des Darwinismus, wie sie – gewollt oder ungewollt – von Autoren wie Konrad Lorenz oder Irenäus Eibl-Eibesfeldt nahegelegt worden ist. Beide Autoren, so Dawkins (1989: 2), hätten die Funktion der Evolution missverstanden, in dem sie auf die Spezies oder auf eine Gruppe als zentrale Einheit der Selektion abgestellt hätten. Gegen diese älteren Überzeugungen stellt Dawkins die heute weitgehend akzeptierte These „... that the fundamental unit of selection, and therefore of self-interest, is not the species, nor the group, nor even, strictly, the individual. It is the gene, the unit of heredity.“ (Dawkins 1989: 11)<sup>6</sup>

Da die Gruppe oder die Spezies als zentrale Einheit der Selektion ausscheidet, stellt sich für die Theorie der Evolution die Aufgabe zu zeigen, wie menschliches Verhalten, einschließlich dem Sozialverhalten, evolutionär gesteuert wird. Die Antwort auf dieses Fragestellung ist so einfach wie naheliegend: es werden diejenigen Gene bzw. Eigenschaften durch die Evolution selektiert, die adaptiv für den Reproduktionserfolg sind, das heißt adaptiv für die Weitergabe der eigenen Gene. Aus diesem Grunde steht die Beschäftigung mit der Reproduktion bzw.

dem menschlichen Sexualverhalten häufig im Mittelpunkt der neodarwinistischen Theoriebildung.

Beispielhaft für diesen Ansatz ist die Ableitung menschlichen Sexualverhaltens aus der biologischen Ausstattung des Menschen. Gegen eine konstruktivistisch argumentierende Soziologie, insbesondere gegen den feministischen Teil der Disziplin, wird neodarwinistisch aus der unterschiedlichen Biologie von Männern und Frauen etwa auf das als different zu beobachtende Sexualverhalten geschlossen (Lopreato & Crippen 1999: 135ff.). Nicht die üblicherweise unter Verdacht stehende geschlechtsspezifische Sozialisation forme als typisch angesehenes weibliches wie männliches Denken und Verhalten, sondern die evolutionär bedingten biologischen Eigenschaften. Dazu zählen beispielsweise auch die bei Männern empirisch häufiger zu findende Aggressivität oder die bei Frauen ausgeprägtere Bereitschaft für sorgendes Verhalten.

Diese Aussagen widersprechen grundsätzlich vielen sozialwissenschaftlichen Common-Sense-Vorstellungen über die menschliche Entwicklung. So wenden sich etwa die Protagonisten der Evolutionspsychologie ausdrücklich und mit großer Verve gegen das, was sie als Standard-Modell der Sozialwissenschaften bezeichnen (*Standard Social Science Model*, SSSM) (Tooby & Cosmides 1992); es geht – wie kaum anders zu erwarten – um die alte und auch schon in dieser Arbeit verschiedentlich angesprochene *Nature/Nuture*-Problemstellung. Dem SSSM zufolge, das die Autoren insbesondere an der amerikanischen Anthropologie Margaret Meads und Clifford Geertz' sowie der Soziologie Durkheims festmachen, ist die menschliche Entwicklung ausschließlich ein soziales Produkt der Gesellschaft, in welcher der sich entwickelnde Mensch lebt. Die sozialen Einflüsse reichen nach dieser Lesart bis hinein in Formung des menschlichen Geistes. Der menschliche Geist werde im Grunde als ein quasi beliebig zu formendes Phänomen betrachtet, dessen biologische oder ‚angeborene‘ Eigenschaften eigentlich vernachlässigt werden könnten. Auf die Spitze getrieben worden sei diese Lesart menschlicher Entwicklung mit der Skinnerschen Variante des Behaviorismus, die bekanntermaßen aus dem Geist eine Black Box machte, deren interne mentale Prozesse ignoriert wurden. Innerhalb der Psychologie wird die grundsätzliche Kontroverse nach der evolutionstheoretischen Lesart dahingehend geführt, ob der menschliche Geist von Beginn an über spezifische Eigenschaften verfügt oder nicht. Die Mainstream-Psychologie sei über Jahrzehnte der Annahme gefolgt, dass der Geist eben nicht über diese besonderen Eigenschaften verfüge, sondern Mechanismen beinhalte, die eher allgemeinen Prinzipien folgten. Demgegenüber postuliert die neodarwinistische psychologische Theorie, dass der menschliche Geist durch seine biologische Basis mit spezifischen Problemlösemechanismen versehen worden sei, die sich bis heute in basalen psychischen und Verhaltensphänomenen zeigen.

Innerhalb der relevanten Literatur des Neodarwinismus können zwei Lager identifiziert werden, die Alexandra Maryanski (1994) das Hardcore-Lager und die weiche Variante nennt. Diese beiden Lager unterscheiden sich in der Frage, wie sehr der Phänotyp des beobachteten Verhaltens vom Genotyp der biologischen Ausstattung determiniert wird. Die starke Version evolutionstheoretischen

Denkens sieht dabei eine relativ enge Verbindung zwischen Genotyp und Phänotyp. So vertritt etwa Wilson die These, „dass sich die Ätiologie von Kultur einen gewundenen Weg von den Genen durch Gehirn und Sinne bis hin zum Lern- und Sozialverhalten bahnt.“ (Wilson 2000: 201) In diese Richtung geht Wilsons an anderer Stelle aufgestellte Hypothese eines engen Zusammenhangs zwischen der genetischen Ausstattung von Menschen und ihrer Religiosität, die sich wiederum biologisch vorteilhaft auswirken soll (Wilson 1978).

In jüngerer Zeit liegt eine solche starke Version beispielsweise in der Theorie vor, die Vergewaltigung von Frauen durch Männer sei primär evolutionär bedingten Mechanismen wie der Reproduktion anzulasten (Thornhill & Palmer 2000). Das heißt, das heutzutage als kriminell eingestufte Verhalten entziehe sich im Grunde der Steuerung des Mannes, der seiner genetischen Ausstattung zu folgen habe, weil er damit seinen Reproduktionserfolg vergrößern könne. Im Hintergrund steht die Hypothese, dass die biologische Grundlage der menschlichen Psyche sich seit dem Zeitalter des Pleistozän, nämlich seit der evolutionären Entwicklung der Spezies *Homo sapiens*, im Großen und Ganzen nicht mehr verändert habe. Unsere psychische Ausstattung gleicht, mit anderen Worten, noch der Ausstattung der Jäger und Sammler, und viele der gegenwärtigen psychischen, moralischen und sozialen Probleme sind dieser Lesart der Soziobiologie zufolge auf die Divergenz moderner sozialer Standards mit der offensichtlich nicht mehr angepassten Psyche zurückzuführen.

Die schwächere Version dieses Ansatzes sieht dagegen eher indirekte Einflüsse auf das Sexualverhalten. So wird etwa innerhalb der sexuellen Attraktionsforschung untersucht, inwieweit die Partnerauswahl von Eigenschaften bestimmt wird, die sich im Rahmen der evolutionären Selektion herausgebildet haben. Die Argumentation ähnelt hier eher der Verhaltensgenetik, zieht also eher statistische Schlüsse als Rückschlüsse auf Individuen. Frauen finden, so die Zusammenfassung der einschlägigen evolutionstheoretischen Attraktionsforschung (Ellis 1992), eher solche Männer anziehend, die erwarten lassen, dass sie sich an einer Erziehung der Kinder sorgend und sichernd beteiligen. Gleichwohl ist die aktuelle sexuelle Attraktion einer Frau einem Mann gegenüber nicht notwendig von diesen Eigenschaften beeinflusst, somit erotische Anziehung nicht ausschließlich durch den potenziellen mütterlichen Pragmatismus bestimmt (Ellis 1992). Die zugrundeliegenden Mechanismen der psychischen Ausstattung sowie der generellen sexuellen Attraktion seien allerdings primär durch die Selektion entsprechender Eigenschaften geprägt.

Sozialverhalten, und das heißt hier auch menschliches Sozialverhalten, wird innerhalb der neodarwinistischen Überlegungen üblicherweise über zwei Phänomene rekonstruiert, von denen eines direkt im Zusammenhang mit der Reproduktion steht. Zum einen ist es die Aufzucht von eigenen Nachkommen und zum anderen ist es die Erklärung von Altruismus. Menschliches Sozialverhalten, so kann man die neodarwinistische Essenz zusammenfassen, beginnt mit der Sorge um das Überleben der eigenen Nachkommen. Darin unterscheidet sich das menschliche Sozialverhalten nicht von dem anderer Primaten. So lange, wie die Nachkommen nicht reproduktionsfähig sind, kümmern sich

Eltern oder ein Elternteil (in der Regel die Mutter) um die Nachkommen. Unter dem Stichwort der ‚inkluisiven Fitness‘ wird postuliert, dass sich das Interesse des Überlebens auf die Gene der Verwandtschaft erstreckt. Dies betrifft nicht nur die eigenen Kinder, sondern auch die weitere Verwandtschaft, mit denen man genetische Anteile gemeinsamer Vorfahren teilt (Dawkins 1989: 88ff.; Lopreato & Crippen 1999: 104ff.). Viel schwieriger als die Sorge für die eigenen Verwandtschaft zu erklären ist dagegen der universal zu beobachtende Altruismus. Da das Selbstinteresse erklärtermaßen an oberster Stelle der Motivation von Verhalten steht, müssen nach evolutionstheoretischer Lesart Eigenschaften selektiert worden sein, die den sozialen Austausch begünstigen. Die Erklärung von sozialem Austausch bei maximalem Egoismus wird innerhalb dieses Ansatzes naheliegenderweise spieltheoretisch durchgeführt (Cosmides & Tooby 1992). Die Nähe zur ökonomischen Erklärung liegt zweifelsohne in der gleichen Voraussetzung des Selbstinteresses als oberstem Ziel des Verhaltens.

Aber lassen sich mit diesem Erklärungsmuster Varianten menschlichen Sozialverhaltens, somit Soziotypen (Freese 1994) als Ergänzung zu Genotypen und Phänotypen erklären? Die Problematik ist, wie unter anderem der Soziologe Lee Freese (Freese 1994) und der Philosoph Daniel Dennett (1995) herausgearbeitet haben, logischer Art. Können Gene so weit reichen, dass sie Sozialverhalten bestimmen? Die genetische Ausstattung des Menschen ist durch natürliche Selektion á la Darwin zustande gekommen. Sowohl Freese als auch Dennett sehen hier, mit jeweils unterschiedlichen Hinweisen, den zentralen Schwachpunkt in der neodarwinistischen Argumentationskette, wenn menschliches Verhalten und insbesondere Sozialverhalten erklärt werden soll. Genetische Erklärungen, so Freese (1994) zunächst, lassen sich hinsichtlich der sozialen Systems allenfalls auf die Nachkommen erstrecken. Je weiter das soziale System vom originalen Genotyp entfernt sei, desto geringer sei die Chance, dass die ursprüngliche genetische Ausstattung wirksam werde.

Daniel Dennett (1995: 481ff.) formuliert ähnliche logische Probleme insbesondere bei der Übertragung von Erkenntnissen aus dem Tierreich auf das menschliche Sozialverhalten. Sein Argument lautet, beim menschlichen (und nur beim menschlichen) Sozialverhalten könne es logisch nicht ausgeschlossen werden, dass neben der genetischen Adaption immer auch soziokulturelle Mechanismen am Werk seien. Dennett verweist auf die Praxis neodarwinistischer Argumentation, wenn eine Eigenschaft universal trotz verschiedener kultureller Einflüsse zu finden sei, dann lasse dies auf eine genetische Anpassung schließen. Dies sei kein zwingender Schluss, so Dennett. Die Tatsache, dass in allen Teilen der Erde Jäger und Sammler den Speer mit der Spitze nach vorn geworfen hätten, lasse auch nicht auf ein Gen schließen, dass für den Wurf mit der Spitze nach vorn verantwortlich sei. Es könne auch sein, dass bestimmte kulturelle Praktiken sich universal aufgrund der Praktikabilität durchgesetzt hätten, somit soziokulturell bestimmt seien. Weiterhin können Dennett zufolge simple Übertragungen von Verhaltensweisen aus dem Tierreich auf den Menschen in die Irre führen. Ein solches Beispiel sei die Übertragung des Begriffs ‚Vergewaltigung‘. Wenn im Tierreich eine Kopulation erzwungen werde, dann

sei es zumindest fragwürdig, dieses ‚Vergewaltigung‘ im menschlichen Sinne zu nennen. Gleiches gelte für den Unterschied zwischen ‚Töten‘ und ‚Ermorden‘. Ein Tier könne ein anderes töten, aber nicht ermorden; letzteres impliziere einen intentionalen und frei gewählten Akt. Im Falle der Vergewaltigung und des Mordes, so kann Dennetts Argument zusammengefasst werden, sind immer auch soziokulturelle (hier: moralische) Elemente im Spiel, die sich *nicht ohne weiteres* automatisch durch die Biologie unserer Vorfahren erklären lassen. Die Beweislast, dass es sich um Adaptionen handele, liege bei der neodarwinistischen Theorie. Es müsse für jeden Einzelfall gezeigt werden, dass eine bestimmte Anpassung kein kulturelles Produkt sei, das auf relativ neue Bedingungen reagiere.

Was lässt sich aus dieser Diskussion für die Entwicklung eines biopsychosozialen Modells psychischer Störungen ableiten? Zunächst einmal erscheint die neodarwinistische Argumentation so weit plausibel (wenngleich nicht zwingend im Dennettschen Sinne), wie es sich um bestimmte individuelle Eigenschaften und möglicherweise auch Verhaltensweisen handelt. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich zentraler Eigenschaften der Sexualität und der Reproduktion (einschließlich der Erziehung der Nachkommen) können biologisch am Besten erklärt werden. Menschen sind nicht nur soziale Wesen (im Sinne des *zoon politikon*), sondern auch biologische Wesen, was in den Sozialwissenschaften der Nachkriegszeit häufig vernachlässigt wurde. Im Bereich der Sexual- und Reproduktionsforschung liegt eine solche Fülle von Resultaten vor (Dawkins 1989; Ridley 1995), die eine erhebliche biologische Beteiligung an der menschlichen Sexualität kaum zurückweisen lassen.

Weiterhin legt die neodarwinistische Argumentation nahe, dass die menschliche Psyche ebenfalls zu einem erheblichen Anteil durch biologische Vorgaben geprägt wird. Diese Prägung macht sich vor allem in der *Voraussetzung mentaler Vorgänge* bemerkbar. Die menschliche Psyche unterliegt bestimmten Beschränkungen, die nicht überwunden werden können. Im Bereich der akustischen Wahrnehmung etwa sind wir auf einen bestimmten Frequenzbereich festgelegt, während andere Tiere hier andere Möglichkeiten zur Verfügung haben. Während dieser Frequenzbereich bei allen Menschen mehr oder weniger gleich ausgeprägt ist, finden sich zwischen Individuen jedoch wiederum deutliche Unterschiede in der Hörfähigkeit verschiedener Frequenzen. Diese Unterschiede sind vermutlich biologisch (mit-)bedingt. Gleiches gilt für andere Persönlichkeitseigenschaften. Unsere sexuelle Orientierung etwa ist in der Regel auf das andere Geschlecht ausgerichtet. Die empirische Tatsache, dass es aber gleichwohl homosexuelle und bisexuelle Orientierungen gibt, lässt nach heutigen Forschungsbefunden darauf schließen, dass selbst diese sexuellen Orientierungen biologisch geprägt werden. Als mögliche Faktoren werden Hormone diskutiert, welche die Hirnentwicklung beeinflussen (LeVay 1993; Rogers 1999). Inwieweit hier genetische Faktoren eine Rolle spielen, ist bis heute nicht abschließend geklärt.

Die biologisch-genetische Ausstattung stellt, mit anderen Worten, den Rahmen für psychische Vorgänge bereit. Gene, so fassen McGuire und Troisi

(1998: 180), den Forschungsstand zusammen, sind nicht an ein spezifisches Verhalten gebunden, sondern an das psychische System, das Verhalten ermöglicht. Zwischen Biologie und Verhalten steht das psychische System, dessen Inhalte und – wie noch zu zeigen sein wird – dessen biologische Grundlagen anpassungsfähiger sind, als bis vor kurzem allgemein angenommen wurde. Diese Anpassungsfähigkeit wird in der Literatur auch als phänotypische Plastizität beschrieben (McGuire & Troisi 1998). Zur Erklärung eines bestimmten individuellen Verhaltens muss man demnach beide Komponenten berücksichtigen, den Genotyp und den Phänotyp, die nicht aufeinander reduzierbar sind. Es gebe, so die Autoren, identifizierbare Eigenschaften von sozialer Bedeutung wie die Eltern-Kind-Bindung oder männliche und weibliche Sexualstrategien und Präferenzen, von denen angenommen werden muss, dass sie relativ eng an die genetische Ausstattung bei der Geburt gebunden sind. Mit der phänotypischen Plastizität, die primär durch Erfahrung und Lernen in der sozialen Umwelt bestimmt werde, könnten sich wiederum interindividuelle Variationen dieser Eigenschaften erklären lassen, nicht jedoch die basalen Merkmale selbst.

#### Neodarwinismus und soziologische Theorie

Bis hierher ist deutlich geworden, dass die neodarwinistische Argumentation einen plausiblen Hintergrund der Entwicklung der menschlichen Psyche, vor allem der biologischen Umwelt der Psyche, liefern kann. Die Resultate dieser Überlegungen decken sich weitgehend mit den oben bereits vorgestellten Ansätzen der Genetik und der Neurobiologie. Psychisches Erleben ist zu einem unterschiedlich großen Anteil, aber dennoch in deutlichem Maße biologisch (mit-)bedingt. Gene können das psychische Erleben zwar nicht determinieren, steuern aber die grundlegenden Mechanismen der Informationsverarbeitung, Emotion und anderer Eigenschaften der Psyche. Das psychische Erleben selbst ist ein autonomes Phänomen, die Psychologie steht, wie Tooby und Cosmides (1992) am Ende ihrer Übersicht über die Evolutionspsychologie formulieren, zwischen Biologie und Verhalten.

Unstreitig ist weiterhin, dass die menschliche Biologie und die menschliche Psyche auf diese Weise wiederum entscheidende Voraussetzung und Rahmen für die Entwicklung des sozialen Systems darstellen. Ohne die biologisch determinierte Sprachfertigkeit des Menschen, aber auch ohne die akustischen und anderen Sinnesvorgänge wäre Kommunikation und damit auch ein komplexes Sozialsystem nicht möglich.

Zu bestreiten ist allerdings, dass biologische Phänomene in der Lage sein sollen, über zentrale Eigenschaften der modernen Gesellschaft und ihren komplexen Sachverhalten aufzuklären. Eine entsprechende These vertreten Lopreato und Crippen (1999) in ihrem schon erwähnten Werk, in dem sie der Soziologie den Darwinismus als Rettungsprogramm für die gesamte Disziplin anempfehlen. Nach der sicherlich nicht unzutreffenden Diagnose, dass die Soziologie einen erheblichen Teil ihrer Wirkung in der Öffentlichkeit und in anderen

Wissenschaftsdisziplinen aufgrund ihrer methodologischen Heterogenität verloren habe, vermeinen Lopreato und Crippen im unmittelbaren Anschluss an die Soziobiologie und die Evolutionspsychologie den Ausweg aus der Krise zu sehen. Allerdings sind sie nicht in der Lage, diese These schlüssig zu begründen. Ihre Rekonstruktion der darwinistischen Grundlagen und möglicher Anwendungen auf die Soziologie bleibt in den herkömmlichen neodarwinistischen Forschungsbereichen des Sexualverhaltens und verwandter Themen stecken. So ist etwa hinsichtlich des Themas Ethnizität in Frage zu stellen, ob ausreichend soziologische Sachverhalte mit der These zu erklären sind, dass Menschen sich aus biologischen Grundlagen gegen anderen Personengruppen abzuschotten neigen. Gleiches gilt für die Frage der sozialen Ungleichheit in der modernen Gesellschaft. Reicht es wirklich aus, biologisch fundiertes Dominanzstreben der männlichen Vertreter der Spezies als zentralen Wirkmechanismus anzuführen? Sicherlich nicht.

Wie weit also reicht die Erklärungskraft soziobiologischer und biologisch-evolutionärer Theorien? Sie reicht nach dem vorliegenden wissenschaftlichen Material nicht sehr weit in die Kerndomäne der Soziologie hinein. Biologisch-evolutionäre Ansätze können bestenfalls psychische Dispositionen erklären. Dies gilt beispielsweise für Partnerwahlpräferenzen und andere Phänomene der sexuellen Attraktionsforschung, bei denen etwa hormonelle Faktoren eine große Rolle spielen. Selbst der evolutionären Argumentation wohlgesinnte Autorinnen wie Meredith Small sehen diesen Sachverhalt: „Humans, to a large degree, have disconnected sex from reproduction and tied our sexuality up with all things unrelated to reproduction, such as marriage, the emotions of love, money, and much more. But those layers and various nonreproductive connections don't fully dissolve our underlying animal nature.“ (Small 1995: 39). Die soziokulturellen Entwicklungen der modernen Gesellschaft sorgen offensichtlich nicht für eine Maximierung des Reproduktionserfolgs. Die in der soziobiologischen Hardcore-Fraktion gehegte Hypothese, dass *jedes* menschliche Verhalten adaptiv sei, „... is almost certainly wrong in modern industrial environments.“ (Symons 1992: 155) Weitergehende Erklärungen in Richtung komplexer Sachverhalten der modernen Gesellschaft lassen sich der Soziobiologie nicht entnehmen, jedenfalls so lange nicht, wie an der Genetik als zentralem Erklärungsfaktor festgehalten wird (Giesen & Lau 1981; Maryanski & Turner 1992).

Der wissenschaftliche Streit zwischen neodarwinistischen Ansätzen und der Soziologie sollte sinnvollerweise dort beginnen, wo etwa von der schon oben als Hardcore-Fraktion beschriebenen Variante der Soziobiologie behauptet wird, dass zentrale soziale Verhaltensmerkmale oder gar soziokulturelle Eigenschaften der modernen Gesellschaft ebenfalls evolutionär, und zwar im biologischen Sinne geprägt seien. Wie Susan Blackmore (1999: 32ff.) beschrieben hat, ist die entscheidende Frage, ob Kultur an der Leine der Gene hänge oder nicht.

Im Falle einer engen Verbindung zwischen Biologie und Verhalten sprechen auch Evolutionstheoretiker offen von einem Missbrauch des Darwinismus (Symons 1992). Ein derartiger Missbrauch ist etwa dort gegeben, wo das

menschliche Sexualverhalten auf die Reproduktion reduziert werde. Symons (1992) zitiert Autoren aus dem soziobiologischen Umkreis, die etwa die Hypothese aufstellen, ein Mann der Schwangerschaften vermeiden wolle, werde primär Sexualkontakte mit Frauen haben, die aus Altersgründen oder anderen Faktoren nicht in der Lage sind, schwanger zu werden. Wie jedem Leser (!) unmittelbar einleuchten wird, ist die Leine zwischen Biologie und Verhalten bei dieser Hypothese offensichtlich viel zu kurz geraten.

Entsprechende Behauptungen im weiteren Sinne – etwa bei Wilson (1975; 2000) zu finden – sind selbst nach Meinung führender Evolutionstheoretiker bzw. der Evolutionstheorie wohlgesonnener Autoren nicht haltbar. Dennett etwa schlägt folgende Beschreibung des Zusammenhangs zwischen den biologischen Grundlagen sowie der soziokulturellen Sphäre vor: „Whereas animals are rigidly controlled by their biology, human behavior is *largely* determined by culture, a *largely* autonomous system of symbols and values, growing from a biological base, but growing indefinitely away from it. *Able to overpower or escape* biological constraints in most regards, cultures can vary from one another enough so that important portions of the variance are thereby explained.“ (Dennett 1995: 491)

Diese Einschätzung des Verhältnisses von Biologie und Kultur als bestimmende Faktoren menschlichen Verhaltens steht im Einklang mit dem Mainstream neodarwinistischer Theoriebildung. Einer ihrer führenden Vertreter etwa, Richard Dawkins, hat in seiner grundlegenden Arbeit darüber hinaus Hinweise gegeben, in welcher Weise soziokulturelle Phänomene in diese Sicht integriert werden könnten. Dawkins prägte in diesem Zusammenhang den Begriff des Mems (Dawkins 1989: 189ff.). Ein Mem ist dem Vorschlag von Dawkins zufolge eine neuer Replikator, der im Prinzip ähnlich wie ein Gen funktioniere. Dawkins wendet sich mit diesem Vorschlag ausdrücklich gegen soziobiologische Versuche, aktuelles menschliches Verhalten primär über Adaption an Umweltgegebenheiten im Sinne eines biologischen Vorteils zu erklären. Das Gen als Replikator besitze kein Monopol auf alle Zeiten, sondern es sei vorstellbar, dass eine neuer Replikator eine neue Evolution in Gang setze. Meme stellen die Bestandteile kulturelle Überlieferung dar, die sich durch die Aufnahme in menschlichen Gehirnen entwickeln könnte. Entscheidend für die Entwicklung der Meme sei der Akt der Imitation, bei dem immer auch ein wenig abgewandelt und angepasst würde.

Im Kontrast zur Hardcore-Fraktion der Soziobiologen sieht Dawkins auch die Möglichkeit, dass die kulturelle Evolution der biologischen Evolution zuwiderläuft. Menschen seien zwar als Genmaschinen gebaut, aber als Memmaschinen enkulturiert, sie seien deshalb die einzige Spezies, die sich gegen die Biologie zur Wehr setzen könnten: „We, alone on earth, can rebel against the tyranny of the selfish replicators.“ (Dawkins 1989: 201) Damit wird dem Vorwurf des biologischen Determinismus, dem sich auch Dawkins gelegentlich ausgesetzt sieht, aus dem Weg gegangen.

Selbst das Lieblingsthema der Evolutionstheoretiker, die menschliche Reproduktion, ist in der Form des Sexualverhaltens in der modernen Gesellschaft solch

ein offensichtliches Verhalten, das der Tyrannei der Gene häufig widerspricht. Sexualität ist von der Reproduktion gelöst worden, wenngleich zweifelsohne starke biologische Kräfte nach wie vor am Werk sind (Small 1995). Die oben schon zitierte unsinnige Hypothese, dass Männer, die Schwangerschaften vermeiden wollen, nicht-reproduktionsfähige Frauen als Sexualobjekte vorziehen würden, macht mehr als deutlich, wie weit die Lösung von der Reproduktion gegangen ist. Sexualität in der modernen Gesellschaft, so das Fazit von Susan Blackmore (Blackmore 1999: 141), handle nicht mehr davon, die Gene möglichst breit zu streuen: „Sex has been taken over by the memes.“

Der Begriff des Mems beschreibt die Evolution von Ideen, bleibt – wenn man es soziologisch formuliert – auf der Ebene semantischer Begriffe stehen. Die Transmission der Meme vollzieht sich nach Ansicht der relevanten neodarwinistischen Autoren (Blackmore 1999; Dawkins 1989; Dennett 1994; Dennett 1995) über die Rezeption schriftlich oder mündlich überlieferter Ideen im Gehirn der beteiligten Menschen. Aus soziologischer Sicht ist eine solche Perspektive natürlich unzureichend; soziokulturelle Meme entstehen nicht und verbreiten sich nicht ohne die gleichzeitige Entwicklung der Struktur der Gesellschaft (Stichweh 1999). Innerhalb der Soziologie ist dieses Faktum evident und wird in verschiedenen theoretischen Ansätzen formuliert, man denke etwa an die Basis/Überbau-Konstruktion in der marxistischen Theorie.

Dieses alte Thema der Wissenssoziologie ist auch von Niklas Luhmann unter den Stichworten Gesellschaftsstruktur und Semantik (Luhmann 1980) bzw. Ideenevolution (Luhmann 1997a: 536ff.) abgehandelt worden. Im Kontrast zu früheren wissenssoziologischen Ansätzen, etwa im Marxismus oder im Strukturfunktionalismus, wird bei Luhmann kein notwendiger Zusammenhang zwischen der sozialen Evolutionsstufe und den vorherrschenden Ideen beschrieben. Der Zusammenhang ist kontingenter Art, das heißt, die Semantik genießt eine gewisse Eigenständigkeit gegenüber der Gesellschaftsstruktur.

Wie immer man diesen Sachverhalt auch beschreiben möchte, zunächst geht es in evolutionstheoretischer Sicht darum, darzustellen, wie die soziokulturelle bzw. die sozialstrukturelle Evolution angestoßen wurden. Gewissermaßen handelt es sich um das *Missing Link* zwischen den verschiedenen evolutionären Richtungen, das sowohl die Biologie, die Sozialstruktur und die Semantik integrieren kann. Einen solchen Versuch mit plausiblen Resultat hat jüngst Jared Diamond (1997) vorgelegt. Seine Fragestellung bezieht sich auf die Tatsache, dass die sozialstrukturelle Entwicklung in verschiedenen Teilen der Erde so unterschiedlich abgelaufen ist, obwohl die biologischen Voraussetzungen der dort lebenden Menschen als absolut gleich anzusehen sind. Es gibt aus biologischer Sicht heute keine ernstzunehmenden Hinweise darauf, dass die genetische Ausstattung der Menschen in verschiedenen Regionen der Erde sich auf die empirisch feststellbaren Divergenzen in der Weltgesellschaft ausgewirkt hat. Die genetischen Differenzen zwischen den als ‚Rassen‘ beobachteten Menschengruppen sind so minimal, dass dies sich dies kaum in kognitiver Leistungsfähigkeit und anderen Merkmalen der Persönlichkeit niederschlagen könnte (Cavalli-Sforza & Cavalli-Sforza 1994), die man wiederum in soziokulturelle

Unterschiede extrapolieren könnte.

In welchem Umstand liegt also das Faktum begründet, dass sich ausgerechnet in Europa die bekanntesten soziokulturellen Entwicklungen abgespielt haben, während in anderen Regionen bis vor wenigen Jahrhunderten noch Jäger und Sammler lebten, wenn dies nicht genetisch zu begründen ist? Diamonds (1997) überzeugender Rekonstruktion zufolge waren es die unterschiedlichen Zeitpunkte und Ausprägungen der Evolution der Landwirtschaft, die den Übergang vom Jäger-und-Sammler-Stadium zum sesshaften Menschen in Gang setzte, worauf sich eine eigenständige sozialstrukturelle und soziokulturelle Evolution entwickelte. Am Beginn standen zumeist ökologische Zwänge und Chancen, möglicherweise eine Nahrungsmittelknappheit, die mit dem Vorhandensein von domestizierbaren Pflanzen und Tieren koinzidierte (Cavalli-Sforza & Cavalli-Sforza 1994). Die Domestikation von Pflanzen und Tieren erlaubte einen Nahrungsüberschuss und die Vorratshaltung, die wiederum Sesshaftigkeit erzwang. Folge der Sesshaftigkeit war eine Bevölkerungsexplosion, da nunmehr die Geburten in schnellerer Folge vonstatten gehen konnte. Die Begründung hierfür liegt im Wegfall des Transports der Kleinkinder während des nomadischen Umherziehens, der notwendig eine Geburtenkontrolle zur Folge hatte.

Als einer der entscheidenden evolutionären Umstände für eine qualitative Veränderung der Sozialstruktur wird auch in der Anthropologie die Größe bzw. Dichte der Bevölkerung angesehen.<sup>7</sup> Sesshafte Gesellschaften mit hoher Bevölkerungsdichte sahen sich mit dem Problem der Koordination von Handlungen konfrontiert und entwickelten auf diese Weise Formen der Schichtung. Zwang zur Handlungskoordination bestand neben der Beherrschung interner Konflikte insbesondere bei der Abwehr gegenüber Feinden und dem Führen von Eroberungskriegen. Geschichtete Gesellschaften waren wesentlich besser in der Lage, die Kriegführung zu gewährleisten (Diamond 1997: 96), und mit Waffen standen zugleich Machtmittel zur Verfügung, welche die Schichtung nach innen absichern konnten. Die Befreiung einzelner Schichten von der Nahrungsmittelproduktion führte in der Folge zu ersten Funktionsdifferenzierungen hinsichtlich technischer Entwicklungen wie Waffen oder Transportmittel. Gleichzeitig entstand in einigen stratifizierten Gesellschaften Schrift und eine politische Organisation, die sich gegenseitig beförderten.

Bei der Evolution der Landwirtschaft handelte es sich, Diamond zufolge, um einen „autokatalytischen Prozess“ (Diamond 1997: 126). Landwirtschaft ermöglichte Sesshaftigkeit, die wiederum erzwang durch einen Geburtenanstieg mehr Nahrungsmittel, was verbesserte Techniken der Bewirtschaftung notwendig machte, die wiederum mehr Menschen ernähren konnte usw. usf. Letztendlich entstand ein sozialer Rückkopplungsprozess, der eine Eigendynamik entfaltete, die zu den unterschiedlichen sozialen Lebensformen führten, deren Nachwirkungen wir noch heute in der Weltgesellschaft spüren. Es war, wie Diamond betont, „das Ob und Wann des Übergangs zu Ackerbau und Viehzucht auf den verschiedenen Kontinenten“, die sich hinsichtlich der sozialstrukturellen sowie der soziokulturellen Divergenzen nachhaltig auswirkten (Diamond 1997: 91).

Die gegenwärtigen Unterschiede zwischen den Sozialstrukturen in der Weltgesellschaft liegen – wenn man der Interpretation Diamonds folgt – somit darin begründet, ob, wann und mit welcher Geschwindigkeit die gesellschaftsstrukturelle und mit ihr die semantische Evolution vonstatten ging. Für den vorliegenden Zusammenhang ist es wichtig zu betonen, dass die unterschiedliche Entwicklung der Gesellschaftsstruktur in der Weltgesellschaft ein eindeutiger empirischer Beleg für die Eigenständigkeit der sozialstrukturellen Evolution darstellt. Die Sozialstruktur hat sich zwar nicht unabhängig von der Evolution der Psyche entwickelt, aber eine so große Eigendynamik entfaltet, dass die menschliche Psyche nicht als determinierender Faktor der gesellschaftlichen Entwicklung gesehen werden kann. Es handelt sich mithin um einen empirischen Beleg für die Irreduzibilität des Sozialen, die sowohl von biologischer Seite (Wilson 2000) als auch innerhalb der Soziologie von der empirischen Forschung her nach wie vor bestritten wird (Bohnen 1994).

Wenngleich diese Begründung bei Niklas Luhmann explizit nicht zu finden ist, kann sein neodarwinistischer Ansatz zur soziologischen Begründung von sozialstruktureller und semantischer Evolution umstandslos an diese Erkenntnisse angeschlossen werden.<sup>8</sup> Eine weitere Gemeinsamkeit besteht darin, dass sowohl biologische Ansätze (z.B. Mesulam 1998) als auch die Gesellschaftstheorie Luhmanns (Luhmann 1997a: 249ff.) in der Einführung der Schrift den entscheidenden Ansatzpunkt zur Beschleunigung sozialkultureller Evolution sehen. Aus einer biologischen Perspektive kann damit verdeutlicht werden, wie menschliche Entwicklung sich ohne gleichzeitige biologische Evolution vollzogen hat. Drastische kognitive Fortschritte haben sich demnach trotz ausbleibender Veränderungen im Gehirn des *Homo sapiens* abgespielt. Der Grund hierfür liegt in der übereinstimmenden Bewertung der Schrift als eine Art neuen Gedächtnisses, das Kultur von Anwesenheit und Gegenwartsbezogenheit befreit.

Luhmann steht mit diesem Ansatz in der systemtheoretischen Tradition, wo schon Talcott Parsons evolutionstheoretische Prämissen für die Entwicklung der Gesellschaft vorgezeichnet hatte (Parsons 1964). Allerdings gibt er das Prinzip der natürlichen Selektion auf, das die biologische Variante des Darwinismus theoretisch untermauert. Anstelle der natürlichen Selektion wird von Luhmann vorgeschlagen, die Theorie auf die Co-Evolution strukturell gekoppelter, autopoietischer Systeme umzustellen (Luhmann 1997a: 427). Dennoch bestimmen auch bei Luhmann darwinistische Prinzipien wie Variation, Selektion und Restabilisierung die Evolution der Systeme (Luhmann 1990b; Luhmann 1997a). Diese Begriffe werden in einem abstrakten Sinne auf die Ebene einer allgemeinen Evolutionstheorie gehoben, die in der Lage ist, sowohl die biologische als auch die soziale Evolution zu beschreiben. Zentrales Bindeglied für die Entwicklungen sowohl der organischen als auch der sozialen Entwicklung ist nach Luhmann der aus der neurobiologischen Theorie entlehnte Begriff der Autopoiesis (dt.: Selbsterschaffung), der in beiden Bereichen anschlussfähig ist.

Aus den bis hierher beschriebenen Entwicklungen lassen sich zwei zentrale

Punkte für die weitere Diskussion des Zusammenhangs von biologischen, psychischen und sozialen Systemen ableiten: Zum einen lässt sich evolutionstheoretisch begründen, dass die menschliche Biologie, die menschliche Psyche und das menschliche Sozialsystem sich als operationell getrennte Systeme entwickelt haben. Zum anderen gibt es offensichtlich ein durchgängiges neodarwinistisches Erklärungsparadigma trotz der divergierenden Systeme. Eine stringente neodarwinistische Argumentation schließt das soziale System als eigenständig operierend nicht aus, sondern ist vielmehr in der Lage, gerade die Eigenständigkeit des Sozialen zu begründen. Die Analyse der menschlichen Gesellschaft ist mithin nicht ein Sonderfall in der biologischen Domäne, wie er von der biologischen Evolutionstheorie her gern gesehen wird (Wilson 1975; Wilson 2000), sondern erfordert die Soziologie als eigenständiges Fach mit einem besonderen Themenfokus und dazu passenden theoretisch-methodischen Zugängen. Dass dieser Befund den methodischen Zugang zum Sozialen in den Augen etwa der empirisch Forschenden nicht leichter macht, davon ist auszugehen. An anderer Stelle wurde auf die Probleme der empirischen Sozialforschung in diesem Zusammenhang schon ausführlicher eingegangen, da natürlich auch diese Arbeit, die sich zu einem großen Teil auf die empirische Literatur aus Psychiatrie, Psychologie und Soziologie stützt, mit diesen Problemen methodologisch zu kämpfen hat. Die Differenz von biologischer und sozialer Evolution wird als gewichtiger Hintergrund für die Entstehung psychischer Krankheiten in Kapitel 7 wieder aufgenommen.

## Das revidierte biopsychosoziale Modell

Bis hierher sollte deutlich geworden sein, wieso eine ausschließlich biologische Theorie psychischer Störungen sich nicht hat durchsetzen können. Sowohl die exklusiv genetische Theorie als auch die ausschließlich neurobiologische Erklärung psychischer Störungen weisen erhebliche Unzulänglichkeiten auf. In gewisser Weise spiegelt sich hier die Situation, die innerhalb der Sozialwissenschaften zu finden ist: während auf der einen Seite die biologische Komponenten ignoriert wird, ist auf der anderen Seite die Beteiligung sozialer Faktoren in weiten Teilen der Literatur im Grunde kein erwähnenswertes Thema. Keine der Großdisziplinen ist offenbar in der Lage, ein Modell anzubieten, das in alle Richtungen der wissenschaftlichen Evidenz anschlussfähig ist.

Die folgenden Überlegungen zur Konzeptualisierung eines biopsychosozialen Modells schließen an die Erkenntnisse des vorherigen Abschnittes insoweit an, dass von einer operativen Trennung des biologischen, psychischen und sozialen Systems ausgegangen wird. Wie im einzelnen zu zeigen sein wird, können das biologische, das psychische und das soziale System jeweils als autopoietisches System beschrieben werden. Die entscheidende Veränderung gegenüber der Allgemeinen Systemtheorie und ihrer von George Engel propagierten Anwendung auf das biopsychosoziale Modell ist die Berücksichtigung der autopoietischen

Wende der Systemtheorie, wie sie für die Soziologie Niklas Luhmann in den 1980er Jahren vollzogen hat. Gleiche Tendenzen, nämlich die Abkehr von den Maschinenmodellen der Kybernetik der ersten Generation, haben sich in diversen anderen natur- und geisteswissenschaftlichen Bereichen wie der Neurobiologie und der Psychologie abgespielt (siehe unten). Erst mit der Hinwendung zu Vorstellungen der Selbstorganisation, so meine These, wird es möglich, ein Modell zu formulieren, das in der Lage ist, die drei Systeme adäquat zu integrieren. Diese Integration bedeutet aber nicht eine Entwicklung eines holistischen Ansatzes, wie er unter esoterischer Mitwirkung in der Medizin und verwandten heilkundlichen Bereichen en vogue ist (Richter 1998), im Gegenteil. Es geht um die *Leitidee eines umfassenden, aber gleichwohl differenzierungsfähigen Modells*. Mit der Integration biologischer Elemente bei gleichzeitiger Differenzierung wird es möglich sein, die Grenzen der einzelnen Systeme besser bestimmen zu können. Die Berücksichtigung der biologischen Elemente muss nämlich nicht bedeuten, eine eigenständige soziologische Position aufzugeben, auch wenn dies von biologischer Seite gerne so gesehen wird. Wie im Verlauf dieser Arbeit zu zeigen sein wird, geht das nun skizzierte Modell konform mit den system- und gesellschaftstheoretischen Vorstellungen Niklas Luhmanns, welche die Grundlage für die weitere Argumentation bilden.

Die oben vorgestellte Diskussion um soziobiologische und andere evolutionäre Ansätze hat deutlich gemacht, dass die Reichweite der Biologie umstritten ist. Sicherlich kann von einer Determination des Sozialverhaltens nicht die Rede sein, daher stellt sich die Frage des theoretischen Modells der Integration biologischer und sozialer Verhaltensanteile. Schon die Absage an ein deterministisches Modell lässt darauf schließen, dass es Übersetzungsleistungen zwischen den biologischen, psychischen und sozialen Anteilen des Verhaltens bedarf. Es geht, mit anderen Worten, um die zentrale Bedeutung von Kopplungen dieser Bereiche. Die folgenden Überlegungen zur Konzeptualisierung eines biopsychosozialen Modells schließen ein Kopplungsmodell insofern ein, als von einer operativen Trennung des biologischen, psychischen und sozialen Systems ausgegangen wird. Wie im einzelnen zu zeigen sein wird, können das biologische, das psychische und das soziale System jeweils als autopoietisches System beschrieben werden. Sowohl das biologische, das psychische als auch das soziale System sind der Theorieanlage Luhmanns zufolge Sonderfälle autopoietischer Systeme im Allgemeinen. Den biopsychosozialen Sachverhalt charakterisiert Luhmann in seiner Theoriesprache wie folgt: „In systemtheoretischer Sicht sind lebende Systeme, Bewußtseinssysteme und Kommunikationssysteme (...) verschiedenartige, getrennt operierende selbstreferentielle Systeme.“ (Luhmann 1990b: 28). Die Theorie autopoietischer Systeme wurde entwickelt als Revision der Allgemeinen Systemtheorie, wie sie oben bereits vorgestellt worden ist. Die chilenischen Neurobiologen Humberto Maturana und Francisco Varela haben diese Weiterentwicklung im wesentlichen vorangetrieben und sind als Hauptautoren dieser Richtung bekannt geworden. Ausgangspunkt ihrer theoretischen Überlegungen waren neurophysiologische Resultate der Forschung über die

Kognition und das Erkennen. Dazu gehörte etwa der Befund, dass das Nervensystem operational geschlossen arbeitet (Maturana & Varela 1987). Diese operationale Geschlossenheit ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für die konstruktivistische Erkenntnistheorie, die Maturana, Varela und viele andere in den vergangenen Jahrzehnten ausgearbeitet haben. Kern dieser Theorie ist die These, dass das Nervensystem eine gewisse Autonomie hinsichtlich der Erkenntnismöglichkeiten ausbildet. Es ist – kurz gesagt – nicht der sensorische Input in das Nervensystem, der das Erkennen primär steuert, sondern die Operation des Nervensystems.

Niklas Luhmann hat für seine Theorie autopoietischer Systeme zentrale Inhalte der Überlegungen Maturanas und Varelas übernommen (Luhmann 1984: 57ff.). Allerdings löste er wichtige Konstrukte der Theorie lebender Systeme aus ihrem Ursprungskontext, um sie für eine genuin soziologische Theorie fruchtbar zu machen (von Beyme 1991; Kneer & Nassehi 1993). Zentraler Unterschied und Konfliktpunkt zwischen beiden Spielarten der Theorie autopoietischer Systeme ist die Frage, ob das Konstrukt Autopoiesis auf das Sozialsystem übertragen werden könne. So ist etwa Maturana von der Hypothese ausgegangen, dass das Sozialsystem aus individuellen Lebewesen gebildet wird (Maturana 1987). Bis in die jüngste Zeit war Maturana von der biologischen Fundierung sozialer Systeme überzeugt. Demgegenüber war Luhmann als Soziologe von der Idee getragen, dass das Sozialsystem in Analogie zu biologischen Systemen ebenfalls autopoietischen Gesetzmäßigkeiten unterliegt, deren Elemente in seiner Theorieanlage ausschließlich Kommunikationen sind.

Aus der Perspektive der hier zu bearbeitenden Problemlage der sozialen Anteile psychischer Störungen bietet die Theorie Luhmanns weitaus mehr Anschlussmöglichkeiten als die Theorie lebender Systeme Maturanas. Dies gilt vor allem für die vielfältigen Komplexitäten sozialer Systeme, die hier umfassender und detaillierter beschrieben vorliegen und daher aus soziologischer Sicht vorzuziehen sind. Gleichzeitig aber ist es möglich, auch die beiden anderen Systeme, das biologische und das psychische System, in diese soziologische Perspektive kohärent zu integrieren, wie die folgenden Ausführungen zeigen werden.<sup>9</sup>

Die Beschreibung der drei Systembereiche wird deutlich machen, wie sehr die einzelnen Systeme jeweils von den anderen Systemen abhängen, obwohl sie operationell geschlossen sind. Daher lässt sich eine strikte Trennung, wie sie die Überschriften der nachfolgenden Abschnitte nahelegen, nicht immer durchhalten. Insbesondere das psychische System steht im besonderen Maße in der ‚Zange‘ zwischen biologischem und sozialem System. Es ist zum einen sehr eng an die biologischen Prozesse gekoppelt, ohne die es nicht funktionieren kann, und ist auf der anderen Seite der Bewusstseinsinhalte vollständig vom sozialen System abhängig, ohne dessen Input keine Gedanken gefasst werden könnten.

### Das biologische System

Theorien der Selbstorganisation sind – wie aus der Darstellung der Entwicklung autopoietischer Theorien bereits deutlich wurde – innerhalb der Naturwissenschaften in den vergangenen Jahrzehnten zu einflussreichen Denkrichtungen herangewachsen (Bak 1996; Kauffman 1995). Von der Mathematik über die Physik und die Chemie bis hin zur Biologie existieren mittlerweile detailliert ausgearbeitete Vorstellungen, die miteinander zwar nicht immer kompatibel sind, aber grundlegende Prämissen teilen. Dazu gehören evolutionstheoretische Grundlagen, Annahmen über den Grad der Determiniertheit von Entwicklungen oder die Analyse von Komplexität. Für die moderne Medizin werden Begriffe wie Selbstorganisation und Komplexität ebenfalls zunehmend attraktiver, weil damit offenbar Sachverhalte theoretisch beschrieben und bisweilen auch mathematisch modelliert werden können, die konventionellen Verfahren nicht zugänglich sind (Coffey 1998). Auch in der Systemtheorie Luhmanns ist die theoretische Konvergenz verschiedener Wissenschaftsdisziplinen um das Stichwort ‚Selbstorganisation‘ herum registriert worden (Luhmann 1995).

Aus einer theoretischen Perspektive besteht heute innerhalb der Biologie kaum noch Zweifel darüber, dass die Funktionsweise des biologischen Systems als Selbstorganisation beschrieben werden kann. Das biologische System folgt nach dieser Lesart einer Vielzahl von Signalen, die jeweils eigene Rhythmen und Ausprägungen annehmen. Die Haupteigenschaft dieses Systems besteht Weiner (1992: 248ff.) zufolge in der Vernetzung der großen Zahl von Subsystemen und Komponenten: „According to this view the organism is seen as an intricate communication system of information exchange by means of signals, which regulates *its own* behavior and that of its components – genes, cells, and organs.“ (Weiner 1992: 249, meine Hervorhebung, D.R.) Das Prinzip der Selbstorganisation ist dabei auf jeder Ebene der Analyse anzutreffen, folgt man zeitgenössischen biologischen Expertisen. Informationsaustausch in dem im Zitat genannten Sinne unterliegt ebenfalls diesem Prinzip. Der genetische Code etwa wird nicht einfach ‚gelesen‘, wie ein Scanner einen Barcode liest und in interne Informationen umsetzt. Die Bedeutung der Information hängt immer vom Zustand des lesenden Systems ab, und dieser Zustand richtet sich auch nach den System-/Umwelt-Verhältnissen des lesenden Systems. Prinzipiell ist dieses Verfahren mit diskursiven Praktiken gleichzusetzen, die in den Sozialwissenschaften bekannt sind.<sup>10</sup> Informationen ‚haben‘ auch im biologischen Kontext nicht eine fixe Bedeutung, sondern sind immer zeit- und kontextabhängig. Innerhalb des Organismus können demnach Veränderungen am besten als nichtlineare Zusammenhänge beschrieben werden. Auch hier kann also von deterministischen Relationen keine Rede mehr sein, der Weg vom Gen zum Verhalten wird angesichts der biologischen Komplexitäten und der System-/Umwelt-Verhältnisse offenbar unüberschaubar lang.

In der soziologischen Theorie Luhmanns spielt das biologische System nur eine nachgeordnete Rolle, während das psychische System (Bewusstsein, Kognition, Emotion) und natürlich das soziale System weitaus mehr Aufmerk-

samkeit erhalten haben. Wenn im folgenden vom biologischen System die Rede ist, dann ist damit insbesondere die Neurobiologie des Gehirns gemeint. Eines der immer wieder beschriebenen Kennzeichen des (menschlichen) Gehirns ist die biologische Komplexität, die einen wissenschaftlichen Zugang nicht gerade leicht macht. Welche Funktion hat diese Komplexität? Innerhalb eines evolutionstheoretischen Rahmens stellt sich diese Funktion heute relativ einfach dar: das Gehirn soll demnach das Individuum (und seine Nachkommen) in dem bestimmten Ökosystem, in dem es lebt, schützen und die Weitergabe des individuellen Genoms sichern (Koch & Laurent 1999). Es geht beim Gehirn, wie dies Michael Gazzaniga (1998) schlicht zusammenfassend beschrieben hat, um ein Thema: Sex. Die Komplexität des menschlichen Gehirns reflektiert in dieser Lesart die Komplexität der sozialen Umwelt. Je einfacher die ökologische Nische, in der ein Individuum einer Spezies lebt, desto einfacher ist auch das neuronale Steuerungszentrum.

Die Komplexität des Gehirns wird gebildet aus einer Reihe von biologischen Subsystemen vom zellulären Level bis hin zum Level der Neurotransmitter (Scott 1995). Angesichts der für biologische Laien nicht überschaubaren Literatur zur Neurobiologie soll hier nur eine zentrale Eigenschaft des Nervensystems festgehalten werden: die oben bereits angedeutete operationale Geschlossenheit. Das herausragende Charakteristikum des Nervensystem des Menschen ist die neuronale Vernetzung (Spitzer 1996). Diese Vernetzung sorgt letztlich für wesentliche Funktionen des Gehirns: Koordination, Informationsverarbeitung, Wissensspeicherung und vieles mehr. Sowohl die Struktur des Netzwerks als auch Veränderungen im Netzwerk (Plastizität) im ausgereiften Gehirn werden heute als Resultate von Selbstorganisationsprozessen analysiert (Engel & König 1998). Die Operationen in den neuronalen Netze geschehen, wie Gerhard Roth auch für biologische Laien plausibel dargestellt hat, mittels eines Codes, der aus chemischen und elektrischen Signalen besteht (Roth 1994). Dabei handelt es sich – so Roth – gewissermaßen um die ‚Sprache‘ des Gehirns, in die Umweltreize durch die Sinnesorgane übersetzt werden müssen. Von entscheidender Relevanz ist diese Tatsache insofern, als mit dem neuronalen Code noch keine Bedeutung oder Interpretation von Umweltreizen verbunden ist. Der neuronale Code an sich ist absolut neutral: es bestehen synaptische Verbindungen oder sie bestehen nicht. Zwischen Umweltreizen und internen Prozessen des Gehirns bestehen keine eindeutigen Zusammenhänge.

Die Elemente der operationalen Geschlossenheit des Nervensystems bestehen somit in den Signalen, die übertragen werden. Schon nach Maturana und Varela ist die spezifische Autopoiese darin zu sehen, dass die Aktivitäten der Nervenzellen zu weiteren Aktivitäten nachfolgender Nervenzellen führen (Maturana & Varela 1987: 180). Die Komponenten des autopoietischen Systems werden innerhalb des Systems selbst hergestellt. Dieser Umstand bedeutet nun nicht, dass das Nervensystem vollkommen selbstgenügsam operiert. Es braucht natürlich die Zufuhr von Energie und von Informationen zellulärer Subsysteme. Entscheidend ist aber, dass innerhalb des Nervensystems selbst die weiteren Anschlüsse produziert werden. 99,9 Prozent aller Neuronen erhalten

ihren Input von anderen Neuronen im Gehirn und senden ihren Output an andere Neuronen im Gehirn (Spitzer 1996: 146). In diesem Sinne ist das System als strukturdeterminiert zu verstehen. Die internen Prozesse des Systems laufen, wie sie laufen, und sie sind von außerhalb nur schwer zu steuern.

Obleich die internen Prozesse von außen nur schwer zu steuern sind, so geschehen sie doch in der Auseinandersetzung mit der externen Umwelt. Vor allem in der biologischen Reifungszeit, vermutlich aber auch in späteren Lernprozessen, kommt es zu laufenden Veränderungen und Anpassungen der neuronalen Systeme. Der gesamte Prozess der individuellen Entwicklung kann daher nur unzureichend als Auseinandersetzung zwischen Anlage und Umwelt beschrieben werden, sondern vielmehr als permanente dynamische Verwicklung biologischer und psychosozialer Einflüsse, die den Organismus und seine Umwelt eng aneinander bindet (Rogers 1999). Die unterschiedlichen Lern- und Reifungsprozesse, die in biologischen Systemen verschiedener Menschen sich vollziehen, führen dazu, dass schon auf der neuronalen Ebene so etwas wie Individualität aufgebaut wird. In der entsprechenden Fachdiskussion ist in diesem Zusammenhang die Rede von einem konstruktivistischen Gehirn, das in einer Kombination aus biologischer Reifung und Lernen (im Sinne der Lerntheorie) eine höchst individuelle neuronale Ausstattung annimmt (Quartz & Sejnowski 1997; Quartz 1999). Die Individualität der biologischen Umwelt von Kognition und Sozialverhalten verstärkt das Argument der externen Steuerungsproblematik. Besteht schon auf einer vom Individuum abstrahierenden Ebene die Schwierigkeit, externe Interventionen zielgenau zu setzen, so potenziert sich diese Schwierigkeit unter der Berücksichtigung der höchst individuellen biologischen Ausstattung, die wiederum durch spezifische Reifungsprozesse und Umwelten zustande kommt.

Die Unmöglichkeit der externen Steuerung des biologischen Systems teilt dieses System mit den beiden anderen, die im Verlauf noch eingehender dargestellt werden. Alle drei Systeme unterliegen den gleichen Strukturmechanismen der Autopoiese, und damit ist zentral verbunden, dass die internen Bedingungen der Systeme erheblich wirkmächtiger sind als externe Steuerungsversuche. Ob das biologische System auf Zumutungen durch das psychische oder das soziale System reagiert, wird allein intern ‚entschieden‘. Aus der Perspektive des zu beeinflussenden Systems handelt es sich bei externen Steuerungsversuchen allenfalls um Irritationen, denen nachgekommen werden kann oder aber auch nicht.

#### Das psychische System

Aus der bisherigen Diskussion geht unzweifelhaft hervor, dass mentale Vorgänge nicht ohne biologische Grundlagen vorzustellen sind. Die angedeuteten Netzwerkstrukturen im Gehirn scheinen nach heutigem Erkenntnisstand eben diese Grundlage darzustellen. Bewusstsein scheint demnach vom Verknüpfungsgrad der neuronalen Netze abhängig zu sein. Je größer der Verknüpfungs-

aufwand, so Roth, desto größer die Wahrscheinlichkeit, dass ein neuronaler Vorgang bewusst werde. „Bewusstsein ist das *Eigensignal* des Gehirns für die Bewältigung eines neuen Problems (ob sensorisch oder intern-kognitiv) und des Anlegens entsprechender neuer Nervenetze; es ist das *charakteristische Merkmal*, um diese Zustände von anderen unterscheiden zu können.“ (Roth 1994: 213) Wie es zu solchen Phänomenen bei zunehmender Verknüpfung kommen kann, darüber herrscht heute noch wenig wissenschaftliche Einigkeit. Innerhalb der chaos- und komplexitätstheoretischen Ansätze, die solche Fragen zu beantworten versuchen, lautet der für diesen Sachverhalt ebenso häufig gebrauchte wie umstrittene Begriff, mit dem eine Eigenschaft umrissen werden soll, die nicht in den zugrunde liegenden Elementen vorhanden ist: Emergenz (West 1997).<sup>11</sup>

Das entscheidende Problem in diesem Zusammenhang ist die Frage, inwieweit die physikalischen Phänomene das emergierende mentale Erleben bestimmen, also: determiniert das biologische System das psychische System? Neuere neurobiologische Forschungsergebnisse legen in der Tat nahe, dass biologische Prozesse dem Erleben im Bewusstsein vorausgehen. Schon in den 1980er Jahren erregte der amerikanische Biologe Benjamin Libet Aufsehen mit Befunden, die Phänomene wie den ‚freien Willen‘ des Menschen in einem fraglichen Licht erscheinen ließen. Libet hatte entsprechende Aktionspotenziale im Gehirn gemessen, bevor bei dem betreffenden Individuum überhaupt die Intention einer Handlung im Bewusstsein vorhanden war. Michael Gazzaniga fasst diesen Umstand in dem plakativen Satz zusammen: „The brain knows before you do.“ (Gazzaniga 1998: 63ff.).

Verständlicherweise haben die vielfach replizierten Befunde Libets einen großen Nachhall in der Philosophie und anderen Wissenschaften gefunden. Was bedeutet Intentionalität oder das ‚Selbst‘, wenn diese Phänomene möglicherweise biologische Ursachen haben? In der biologisch orientierten Literatur führt dies paradoxerweise zur Anerkennung einer soziokulturellen Evolution, das Selbst bzw. das Ich wird als soziales Konstrukt, oder genauer: als Mem in Sinne Dawkins’ betrachtet, das sich als zentral für das subjektive menschliche Erleben herauskristallisiert hat (Dennett 1994; Blackmore 1999). Möglicherweise, so hat der Neurobiologe Wolf Singer (1998: 1830) vorgeschlagen, gründen derartige Vorstellungen auf einer Problemlage, die in der Soziologie als ‚doppelte Kontingenz‘ bekannt ist. Die Interaktion mit anderen Menschen führt demnach unweigerlich zu Vermutungen über Vermutungen des anderen, wodurch Zurechnungen auf Ego und Alter geschehen. Dies habe letztlich zur soziokulturellen Entwicklung von Vorstellungen des ‚Selbst‘ geführt.

Sind psychische Phänomene, wie die Vorstellung des ‚Selbst‘ nichts weiteres als eine nützliche Illusion, wie Dennett (1994) dies formuliert hat? Ist daher letztlich doch nur die Biologie ‚real‘, die unsere Kognition und unser Verhalten determiniert? Die Sachlage ist komplizierter, denn gegen die Determination des psychischen Erlebens sprechen ebenfalls gewichtige empirische Befunde. Nur ein sehr kleiner Teil der Vorgänge im Nervensystem geraten überhaupt in das bewusste Erleben. Nur ungefähr 2 Prozent aller Ereignisse im Nervensystem

werden bewusst (Gazzaniga 1998: 21). Und hier taucht natürlich die Frage auf, wie die Auswahl der Ereignisse geschieht. Was das einzelne Individuum in seinem psychischen System erlebt ist abhängig von vielen Determinanten, und dazu gehören nicht nur biologische Faktoren: „The events of the individual's past and the context of the present can produce different psychological experiences, thoughts, and actions in individuals who are, for a period of several seconds, in the same brain state.“ (Kagan 1998: 34) Auf jeden Fall wird deutlich, dass keine Eins-zu-Eins-Korrespondenz zwischen neuronalen und mentalen Ereignissen besteht. Übrigens ist auch schon auf der biologischen Ebene diese Eins-zu-Eins-Relation offenbar nicht erkennbar: anatomische Bereiche, neuronale Vernetzungen und komplexe Verhaltensmuster lassen sich nicht aufeinander reduzieren (Mesulam 1998).

Über Kognition zu sprechen macht nur dann Sinn, wenn wir zwischen kognitiven und nicht-kognitiven Ereignissen unterscheiden können. In diesem Sinne sind kognitive oder mentale Vorgänge getrennt von neuronalen Vorgängen. Ohne an dieser Stelle zu weit in die Diskussion um die Philosophie des Geistes einsteigen zu können, lässt sich die hier vertretene Position einer starken, wenngleich nicht determinierenden Beeinflussung mentalen Erlebens durch biologische Vorgänge als *nicht-reduktionistischer Physikalismus* beschreiben. Die Tatsache des mentalen Erlebens lässt sich, wie Roth (1994: 271) und Rorty (1993) gezeigt haben, größtenteils durch naturwissenschaftliche Theorien (Physikalismus) erklären. Aber, so beide Autoren weiter, die distinkten Eigenschaften des psychischen Erlebens des Individuums lassen sich mit diesen Methoden eben nicht erklären, daher ist das Erleben nicht vollständig auf biochemische Vorgänge reduzierbar. Aus diesem bisher nicht einzuebennenden Unterschied zwischen der biologischen Verursachung und dem Erleben in der Perspektive der ersten Person folgert etwa der Philosoph John Searle, das subjektive Erleben habe einen – im philosophischen Sinne – anderen ontologischen Status als die biologischen Vorgänge, welche dieses Erleben bedingen (Searle 1998). In einem ähnlichen Sinne argumentiert der Psychologe Jerome Kagan, dass nämlich für die Differenzen zwischen biologischem System und Bewusstseinszuständen unterschiedliche Sprachen gebraucht werden müssen (Kagan 1998: 44).

Bis heute bleibt es innerhalb der neurowissenschaftlichen Diskussion umstritten, ob es jemals gelingen mag, die strukturelle Kopplung zwischen Gehirn und mentalem Erleben zu erklären.<sup>12</sup> So lange dies nicht stringent gelingt, so lange geht ein großer Teil der neurowissenschaftlichen Wissenschaftsgemeinde von einer „*explanatory gap*“ (J. Levine) aus (Chalmers 1995a). Dahinter steht die methodologische Fragestellung, ob es weiterentwickelte naturwissenschaftliche Methoden schaffen werden, sich von den üblichen Forschungsfragen nach Struktur und Funktion eines Objekts zu lösen, um sich dem subjektiven Teil des Erlebens zuwenden zu können. Innerhalb der neurowissenschaftlichen Diskussion werden in diesem Zusammenhang vor allem zwei Phänomene für die Begründung eines eigenständigen mentalen Erlebens angeführt: das Qualia-Phänomen und das Bindungsproblem. Unter dem Begriff der Qualia wird problematisiert, dass die spezifische Erlebnisperspektive der ersten Person (z.B.

Schmerz) nicht mit naturwissenschaftlichen Methoden erforscht werden kann. Bewusstsein, so die Position einer einflussreichen Gruppe von Philosophen auf diesem Gebiet, sei untrennbar an die Perspektive der ersten Person gebunden (Nagel 1974; Nagel 1998; Searle 1986; Searle 2000). Niemand könne wissen, so Thomas Nagel (1974) in einem epochalen Aufsatz, wie es ist, eine Fledermaus zu sein. Gleichermaßen sei es unmöglich, das menschliche Erleben mittels ‚objektiver‘ Methoden in Gänze zu erfassen. Zwischen den ‚objektiven‘ und den ‚subjektiven‘ Perspektiven des menschlichen Bewusstseins steht nach Ansicht vieler Autoren eine Erklärungslücke, die möglicherweise prinzipiell nicht geschlossen werden könne.

Das Bindungsproblem bezeichnet die bisher nur unzureichend beantwortete Frage, wie der Gesamteindruck einer Beobachtung zustande kommt, wenn offensichtlich im Gehirn kein zentraler Ort existiert, an dem verschiedene Qualitäten einer Information koordiniert werden. Unter dem Stichwort der ‚Bindung‘ werden aus neurobiologischer Sicht verschiedene Aspekte untersucht. Zunächst einmal ist bis heute nur ansatzweise nachvollziehbar, wie allein der visuelle Eindruck eines ganzen Objekts im Gehirn zustande kommt (Roskies 1999). Farbe, Bewegung oder Ort eines Objekts müssen integriert werden, die neuroanatomische und neurophysiologische Forschung hat allerdings unterschiedliche Hirnregionen ausgemacht, in denen diese Modalitäten verarbeitet werden. Noch schwieriger – was bedeutet, es ist noch weniger erforscht – sind weitere Modalitäten wie die dazu passenden Geräusche oder Gerüche oder das Herausfiltern der Stimme einer bekannten Person aus einer Menge. Für die visuelle Koordination wird dem gegenwärtigen Forschungsstand nach vermutet, dass die Synchronisierung über die Frequenz der Signale der beteiligten Nervenzellen gesteuert wird (Baars 1998; Singer 1999).

Bei diesen vermeintlichen ‚weichen‘, weil nicht-messbaren Phänomenen, handelt es sich um die eigentlich ‚harten‘ Probleme der Neurowissenschaften, wie der Philosoph David Chalmers formuliert hat (Chalmers 1995b; vgl. Horgan 1994). Dies ist nicht zuletzt der Grund, weshalb die Neurowissenschaften erst in jüngster Zeit beginnen, sich mit der Problematik des Bewusstseins bzw. der Subjektivität zu befassen (Delacour 1997; Feinberg 1997; Picton & Stuss 1994). Neben dem Bindungsproblem und den Qualia sollten nach Searle (2000) noch weitere Modalitäten des Bewusstseins neurobiologisch untersucht werden. Dazu gehören unter anderem die Intentionalität, die Aufmerksamkeit und die Stimmung, die sämtlich mit bewusstem Erleben verbunden seien. Für die Psychiatrie ist es evident, dass die subjektive Seite des Bewusstseins, beispielsweise das Stimmenhören schizophrener Patienten oder die melancholische Stimmung depressiver Patienten, von zentraler Bedeutung sind (Strauss 2000).

Als ein möglicher Ansatz zur Erklärung der Emergenz phänomenalen Erlebens auf der Basis eines biologischen Systems wird innerhalb der Neurowissenschaften der sogenannte ‚Konnektionismus‘ gehandelt (Übersicht bei Bechtel 1994). Der Konnektionismus argumentiert vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Netzwerktheorie der neuronalen Verknüpfung. Phänomenales Erleben entsteht jüngerer Vertretern dieses Ansatzes zufolge aus der komple-

xen synchronen Struktur einer Vielzahl distinkter biologischer Netz-Systeme (O'Brien & Opie 1999). Mit der Unterschiedlichkeit der durch Reifung und Lernen entstandenen biologischen Systeme sowie der dadurch bedingten Unterschiedlichkeit der neuronalen Vernetzung, die zum Erleben führt, kann die je individuelle Erfahrung von Individuen – zumindest theoretisch – abgebildet werden. Etwas weiter gedacht, ergeben sich aus diesem Modell auch Überlegungen zur Entstehung psychopathologischer Zustände. Diese sind eben nicht unvollständige oder verzögerte Entwicklungen wie früher vulgär-psychoanalytisch oft gemutmaßt wurde, sondern zumeist affektiv-kognitive Anpassungen an subjektiv erlebte Umweltzustände, die in der Regel als Belastungen auf die Betroffenen wirken (Fischer et al. 1997).

Die Ausführungen Luhmanns zur Autopoiesis des Bewusstseins reflektieren in gewisser Weise die neurowissenschaftliche Erklärungslücke zwischen Nervensystem und psychischem Erleben. So lange diese Lücke besteht (und es gibt derzeit zwar eine Vielzahl von Theorien, aber keine allgemein anerkannte stringente Lösung des Problems), wird man mit Recht von einer Trennung des psychischen vom biologischen System ausgehen können. Luhmanns Ausführungen gehen weiterhin mit den beschriebenen phänomenologischen Fragestellungen und Befunden konform. Auf die Nähe der Luhmannschen Theorieanlage etwa zur Phänomenologie Husserls hat vor allem Armin Nassehi verschiedentlich hingewiesen (Nassehi 1993; Kneer & Nassehi 1993). Luhmann selbst hat allerdings großen Wert darauf gelegt, dass seine Überlegungen explizit nicht in der Tradition der deutschen Bewusstseinsphilosophie stehen. Ihm ging es vor allem darum, die Theorie selbstreferentieller System auch für andere Systeme als die Gesellschaft zu testen. Dennoch ist es nicht wirklich überraschend, dass diese Überlegungen auch mit den oben vorgestellten neurobiologischen Erkenntnissen weitgehend kompatibel sind, zumal wenn man den Ursprungskontext des Konstrukts der Autopoiese berücksichtigt.

Dem Bewusstsein ist das Gehirn auch in Luhmanns Überlegungen als autopoietisches System vorgeschaltet. Hinsichtlich der Beziehung von mentalen zu biologischen Prozessen werden hier ähnliche Zeitrelationen und entsprechende Verzögerungen gesehen, wie sie auch in der Neurobiologie diskutiert werden: das Bewusstsein interpretiert, was auf der Ebene des Gehirns geschieht, als Entschluss oder Gefühl (Luhmann 1997a: 116). Mit Gerhard Roth kann man diesen Sachverhalt als „strenge Parallelität“ (Roth 1994: 255) zwischen neuronalen und mentalen Prozessen beschreiben. Luhmann selbst benutzt an dieser Stelle den wiederum von Maturana entlehnten Begriff der ‚strukturellen Kopplung‘. Das Bewusstsein ist demnach an die Neurophysiologie ‚seines‘ Organismus gekoppelt. Neure neurowissenschaftliche Ansätze betonen daher die – wörtlich zu verstehende – Inkorporation von Bewusstsein (*embodiment*) (Clark 1997; Clark 1999; Thompson & Varela 2001).

Die rekursiv erzeugten Ereignisse des Bewusstseins selbst sind Gedanken: „Die Autopoiesis des Bewusstseins ist das Fortspinnen mehr oder minder klarer Gedanken, wobei das Ausmaß an Klarheit und Dinstinktheit selbstregulativ kontrolliert wird...“ (Luhmann 1987a: 31) In späteren Veröffentlichungen

Luhmanns ist die Rede von allgemeinen Kognitionen, die auch Emotionen und andere Inhalte umfassen (Luhmann 1997a). Im weiteren könnte man diese Liste präzisieren durch Sinneswahrnehmungen, bildliche Vorstellungen, vorgestellte Gefühle, das innere Sprechen, vorstellbare sowie verbalisierte Ideen oder Intuitionen, die in das Bewusstsein einfließen und kontrolliert werden (Baars 1998: 71ff.).

Die hier angeführte selbstregulative Kontrolle des Gedankenflusses hat weitgehende Implikationen im medizinischen Bereich. Es mag paradox klingen, jedoch sorgt die operationale Trennung von Biologie und Psyche dafür, dass Krankheitsformen nicht mehr als ausschließlich biomedizinisch oder ‚nur‘ psychosozial beschrieben werden können (Wallace 1990). Jede somatische Krankheit hat auch einen Aspekt des subjektiven Erlebens und sozialer Behinderung, der in die Therapie mit einfließen muss. Gleichermaßen können Krankheiten des Erlebens und des (Sozial-)Verhaltens (wie sie psychische Störungen typischerweise sind) eben nicht von biologischen Phänomenen getrennt werden.

Im vorliegenden Kontext der Psychiatrie können die Implikationen der Trennung des psychischen vom biologischen – und auch vom sozialen System – noch weniger ignoriert werden. Der Beeinflussbarkeit des psychischen Systems von außen sind mit dieser Konzeption sehr enge Grenzen gesetzt. Psychische Systeme haben keine unmittelbare Verknüpfung mit der Umwelt, da sie selbstreferentiell geschlossen operieren. Umweltereignisse werden vom psychischen System nur als Irritation oder Störung beobachtet. Die Relevanz dieser Ereignisse für das jeweilige psychische System kann daher nicht aus der Umwelt, sondern allein intern festgesetzt werden. Luhmann vergleicht diesen Sachverhalt mit dem physikalischen Begriff der Resonanz, wonach ein System nur aufgrund der Eigenfrequenzen in entsprechende Schwingungen versetzt werden kann (Luhmann 1987a: 45). Wie für alle Interventionen von außen in selbstreferentielle Systeme besteht die zentrale Schwierigkeit darin, die Anschlussfähigkeit der Intervention herzustellen. Die Anschlüsse aber werden – wie bereits im Zusammenhang mit dem biologischen System ausgeführt wurde – allein nach der internen Maßgabe des jeweiligen Systems bestimmt.

Der maßgebliche Einfluss interner Faktoren des psychischen Systems auf die eigene kurz- wie langfristige Entwicklung wird mit ähnlichen Begrifflichkeiten auch in neueren psychologischen und psychiatrischen Theorien diskutiert. Seit einigen Jahren ist ein zunehmender Einfluss chaos- und komplexitätstheoretischer Ansätze in der Psychiatrie und den verwandten wissenschaftlichen Gebieten zu verzeichnen (Schmid 1991; Ehlers 1995; Maier 1998; Böker & Brenner 1997).<sup>13</sup> Diese Ansätze sollen insbesondere darüber Aufschluss geben können, weshalb das menschliche Verhalten und die Stimmung nicht besser vorhergesagt werden können als mit konventionellen mathematischen Verfahren. Der Selbstorganisation von psychischen Systemzuständen kommt dabei eine erhebliche Aufmerksamkeit zu. Ein Forschungsgebiet ist beispielsweise die Stimmungsschwankung innerhalb der bipolaren Störung (Ehlers 1995). In ähnlicher Weise gebraucht etwa Klaus Grawe in seinem Grundlagenwerk über die psychologische Therapie den chaostheoretischen Begriff des Attraktors,

um Systemzustände der Psyche zu beschreiben. Der Attraktor ist die Basis bewussten Erlebens: „Der eine im Bewusstsein befindliche Inhalt, ein neuronales Erregungsmuster dieser besonderen, mit Bewusstheit gekennzeichneten Qualität, ruft ein anderes hervor, dieses wieder ein anderes. Immer sind dabei die vorangegangenen und die im Moment bewusst und unbewusst aktivierten Erregungsmuster constraints und Kontrollparameter für die neu aktivierten oder neu entstehenden Erregungsmuster. Dadurch entsteht die Kohärenz in unserem bewussten Erleben. Sie ist ein Ergebnis der Selbstorganisation.“ (Grawe 1998: 488)

Attraktoren also werden gebildet durch externe Kontrollparameter einerseits und interne Rückkopplungsprozesse, die auf neuronalen Erregungsmustern beruhen, andererseits. Selbstverstärkung über interne Rückkopplung ist die zentrale Eigenschaft der Entwicklung solcher Attraktoren (z.B. motivationale oder emotionale Zustände). Ganz ähnlich beschreibt Spitzer (1996: 186ff.) die internen Rückkopplungsprozesse, die psychische Attraktoren bilden. Beide Autoren sehen einen fließenden Übergang von ‚normalen‘ zu *Störungsattraktoren* (Grawe) oder *parasitischen Attraktoren* (Spitzer). Der theoretische Anschluss an die Luhmannsche Konzeption des psychischen Systems liegt auf der Hand. Rekursiv erzeugte Kognitionen bilden die Dynamik psychischer Systeme. Diese Begrifflichkeiten sind gleichermaßen zur Charakterisierung ‚normaler‘ wie ‚pathologischer‘ Systemzustände geeignet.

Letztlich führt die selbstregulative Kontrolle des Bewusstseins zu der psychischen Autonomie, welche diesem theoretischen Modell des autopoietischen Systems zugrunde liegt. Eine sorgfältige Analyse dieses Umstandes sieht diese Autonomie allerdings immer im Kontext der Umweltsysteme des psychischen Systems. Dieses Konzept kann weder die biologische Umwelt übersehen bzw. reduktionistisch nur auf die Biologie setzen (Ryan et al. 1997) noch auf die Auseinandersetzung mit dem sozialen System verzichten. Ein autonomes psychisches System bedeutet eben nicht völlige Unabhängigkeit und Freiheit, sondern muss – wie die anderen Systeme auch – in einer System/Umwelt-Relation betrachtet werden.

#### Das soziale System

„Soziale Systeme entstehen auf Grund der Geräusche, die psychische Systeme erzeugen bei ihren Versuchen zu kommunizieren.“ (Luhmann 1984: 292) Ausgangspunkt eines sozialen Systems ist die Problemlage der doppelten Kontingenz (Luhmann 1984: 148ff.). Dieser, von Parsons geprägte Begriff, beschreibt in der modernen Systemtheorie den Umstand, dass sich (mindestens) zwei für einander intransparente psychische Systeme begegnen und beide nur hochselektive autopoietische Kognitionen präsent haben. Entscheidend für das Zustandekommen eines sozialen Systems ist dabei das Vorhandensein von Vermutungen über die Kognitionen des anderen. Wenn wir jemandem begegnen, wissen wir nicht wirklich, was in ihm oder ihr gerade vorgeht, wir haben

aber Vorstellungen darüber, welche Kognitionen gerade ablaufen könnten. Auch wenn wir dies nicht wirklich wissen, verhalten wir uns im Alltag so, als wüssten wir den Inhalt der Gedanken und Emotionen unseres Gegenübers. Ein erheblicher Anhaltspunkt für unsere Gewissheit, die auch ohne Sprache erzeugt werden kann, ist die Gestik und insbesondere die Mimik des Gegenübers (Brothers 1997: 84ff.).

Durch diese Prozedur des Aufeinandereinstellens auf der Basis fiktiver Vorstellungen entwickelt sich ein soziales System, in dem die jeweiligen Kognitionen relativ gewiss sind, zumindest um Kommunikation in Gang zu bringen. Es bleibt ja nicht bei Kognitionen auf der einen Seite, sondern diese Kognitionen sind wechselseitig simultan und sukzessive auf beiden Seiten vorhanden. Indem eine Seite (Ego) Verhalten zeigt (und man kann ja nach Watzlawick bekanntlich nicht nicht kommunizieren), adjustiert die andere Seite (Alter) ihre Kognitionen und reagiert womöglich auf das Verhalten der einen Seite, und nicht nur das. Ego kann auch mit gutem Grund davon ausgehen, dass Alter ebenfalls Unterstellungen über Ego anstellt. Während aus der wissenschaftlichen Beobachtung 2. Ordnung hier große Unsicherheiten und Diskrepanzen in den Kognitionen sichtbar sein könnten, funktioniert dies auf der Alltagsebene erfahrungsgemäß relativ problemlos. Die psychischen Systeme „erzeugen *durch ihr bloßes Unterstellen* Realitätsgewissheit, weil dies Unterstellen zu einem Unterstellen des Unterstellens beim alter Ego führt.“ (Luhmann 1984: 156f.)

Bei genauerem Hinsehen wird deutlich, dass Kommunikation und damit das Zustandekommen sozialer Systeme auf dieser Basis in extremer Weise von Erwartungen abhängen. Erwartungen, so Luhmann, absorbieren zunächst die große Unsicherheit, die mit der Relation der einen zur anderen Seite verbunden sind. Durch die Unsicherheitsabsorption schaffen sie die Voraussetzung für kommunikative Anschlüsse, das heißt, Erwartungen gewinnen im Kontext doppelter Kontingenz „Strukturwert für den Aufbau emergenter Systeme“ (Luhmann 1984: 158). Im sozialen System sind Erwartungen reflexiver Art. Es handelt sich um *Erwartungserwartungen*, in dem ich erwarte, dass der andere von mir erwartet, mich so und so zu verhalten (kommunizieren etc.). Mit diesem Schritt verlagert sich das entscheidende Moment des Verhaltens vom psychischen System weg und hin zum sozialen System. Man könnte auch sagen, dass das solchermaßen emergierende soziale System (die Interaktion mit dem anderen) mir ein Verhalten ‚entzieht‘.

Die aus Kognitionen bestehenden psychischen Systeme können der Theorieanlage Luhmanns gemäß nicht kommunizieren. Es ist allein die Kommunikation, also das soziale System, die kommunizieren kann. Wie ist der Zusammenhang zwischen psychischem und sozialem System vorzustellen? In gewisser Weise kann hier eine Analogie zur Schnittstelle zwischen biologischem und psychischen System herangezogen werden. Genauso, wie nur ein sehr kleiner Teil der Vorgänge im Nervensystem in das Bewusstsein dringt, besteht auch ein Missverhältnis zwischen dem psychischen und dem sozialen System. Gedanken oder Gefühle kann man – von meditativen Situationen einmal abgesehen – bekanntlich nicht vermeiden. Man kann nicht nicht denken, um das geläufige

Watzlawicksche Axiom abzuwandeln. Der Anschluss an die Kommunikation wird aber immer nur temporär hergestellt. Im psychischen System werden weit-aus mehr Informationen prozessiert, als dann jeweils in die Kommunikation eingegeben wird.

In der gleichen Weise, wie das Bewusstsein an das biologische System strukturell gekoppelt ist, besteht auch eine strukturelle Kopplung zwischen Bewusstsein und Kommunikation. Konkret hergestellt wird diese Kopplung durch zwei Mechanismen: Sinn und Sprache. Sinnhafte Operationen stellen die entscheidende Differenz zwischen diesen Systemen zum biologischen System dar. Sinn kann nur im Bewusstsein und in der Kommunikation prozessiert werden. Mit Sinn ist vor allem die Selektion bestimmter kognitiver und kommunikativer Inhalte aus einer Vielzahl möglicher Themen gemeint. Sowohl Kognition als auch Kommunikation selektieren immer nur bestimmte sinnhafte Anschlüsse in ihrem jeweiligen Vollzug (Luhmann 1984: 92ff.).

Mit Sprache steht in der Systemtheorie Luhmanns ein Medium zur Verfügung, das die Formung sinnhafter Sätze erlaubt (Luhmann 1990b: 47ff.). Sprache affiziert sowohl das Bewusstsein als auch die Kommunikation. Im sozialen System ist Sprache die Grundlage für den Aufbau von Komplexität, da sie in der Lage ist, hochselektive Anschlüsse herzustellen. Gleichzeitig lässt sich das Bewusstsein durch Sprache massiv irritieren. Eine wirkliche Gleichzeitigkeit von Kommunikation in einem und Kognition in einem anderen Kontext ist kaum möglich, die Aufmerksamkeit muss für einen Teil reserviert werden, und zumeist kann man sich gegen kommunikative Zumutungen nicht wehren. Hinzu kommt, dass in der Regel Kognitionen (Emotionen allerdings nicht immer) sich in sprachlicher Form vollziehen. Auf diese Weise stellen das soziale und das psychische Systeme für einander jeweils hohe Komplexität zur Verfügung. Die jeweils füreinander bereitgestellte Komplexität macht noch einmal deutlich, dass bei diesen diversen Gemeinsamkeiten die operative Trennung zwischen Bewusstsein und Kommunikation allerdings nicht übersehen werden darf. Das Schnittstellenverhältnis erfordert wiederum eine jeweilige Übersetzung von einem Systemkontext in den anderen.<sup>14</sup>

Die Kopplung der Kommunikation an Sprache erlaubt im Vergleich zur biologischen Evolution eine extrem schnelle Entwicklung sozialer Systeme sowie die Koevolution psychischer Systeme. Die operative Trennung zwischen Kognition und Kommunikation ermöglicht dann aber eine eigenständige sozialstrukturelle und semantische Entwicklung (Luhmann 1980; Luhmann 1997a). Maßgeblich für die soziale Evolution, etwa für die funktionale Differenzierung der modernen Gesellschaft, sind allein die Verhältnisse in den Sozialsystemen, die sich einer externen Steuerung durch biologische oder psychische Systeme entziehen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es möglich ist, biologische und psychische Phänomene zusammen mit sozialen Faktoren in ein biopsychosoziales Modell zu integrieren. Den drei Systemen gemeinsam ist das operationale Strukturprinzip der Selbstorganisation. Zudem konnte der Anschluss an die biologische Evolutionstheorie hergestellt werden. Biologische und soziale

Evolution des Menschen nahmen insofern getrennte Wege, als sich auf die Entwicklung zum *Homo sapiens* eine eigenständige soziokulturelle Evolution aufsetzte.

\* \* \*

Innerhalb der modernen Neurowissenschaften existieren einige Forschungsfelder, in denen die drei Systeme zu einer Problemstellung konvergieren. Als erstes sei hier auf theoretische Ansätze hingewiesen, welche die oben bereits abgesprochene Inkorporation des Bewusstseins mit einer Situationsorientierung verbinden. Eine der Schwierigkeiten der Forschung zur Künstlichen Intelligenz ist, wie sich herausgestellt hat, das Konzept eines von der Umwelt mehr oder weniger isolierten Problemlöseorgans (Clark 1997). Offensichtlich lösen Menschen Probleme nicht ausschließlich im Bewusstsein bzw. Gehirn, sondern nutzen die Umwelt systematisch als Ressource. Evident ist dies bei dem Niederschreiben von Notizen, die man zu einem späteren Zeitpunkt wieder nutzen möchte. Die soziale Umwelt kommt beispielsweise ins Spiel, wenn wir Kritik anderer berücksichtigen, in Fällen, wo eigene Pläne optimiert werden müssen (wie etwa die Hinzuziehung der Kritiken anderer am Manuskript einer solchen Arbeit). Praktische Problemlösestrategien nehmen die (soziale) Umwelt regelmäßig in Anspruch, wengleich der Stellenwert der Umwelt oftmals nicht in seiner Bedeutung erkannt wird, eben weil es normal ist, dies zu tun. Für die Psychiatrie hat dieser Umstand ebenfalls Relevanz, da in einigen Störungsbildern die Bedeutung der sozialen Umwelt für die Lösung von Alltagsproblemen deutlich herabgesetzt ist. Im Rahmen einer Alkoholabhängigkeit oder einer schizophrenen Psychose wird beispielsweise die Kritik der Umwelt am eigenen Verhalten von den Betroffenen negiert bis ignoriert, wodurch es häufig zum Abbruch sozialer Beziehungen kommt.

Bei dem zweiten Forschungsfeld handelt sich um das Problem der ‚Sozialen Kognition‘ bzw. der biologischen Grundlage sozialkognitiver Phänomene. Worum es in diesem Zusammenhang geht, lässt sich aus soziologischer Sicht am besten vom Problem der doppelten Kontingenz aus beleuchten. Oben wurde bereits beschrieben, wie sehr soziales System und psychisches System ineinander verschränkt sind, wenn es etwa um Erwartungen und Erwartungserwartungen geht. Diese Verschränkung von Kommunikation und Kognition ist hoch voraussetzungsvoll, und eine der Voraussetzungen ist offenbar biologischer Natur.

In der neurowissenschaftlichen Diskussion spielt das Phänomen des Sozialverhaltens des Menschen seit einigen Jahren eine zunehmende Rolle (Brothers 1997; Adolphs 1999). Die besonderen Eigenschaften des menschlichen Gehirns, etwa die Größe und Komplexität, hängen neueren Befunden zufolge nicht nur davon ab, dass Menschen evolutionär dazu übergegangen sind, Werkzeuge zu gebrauchen oder gezwungen waren, sich neue Nahrungsfelder zu erschließen. Das Leben im Sozialverband scheint eine mindestens ebenso große Bedeutung

für die Entwicklung des Gehirns zu haben, wenn nicht eine Bedeutung, die darüber hinaus geht. Schon für nicht-menschliche Primaten besteht demnach eine Beziehung zwischen dem Leben im Sozialverband und der Entwicklung des Gehirns, so der Primatenforscher Robert Foley (2000: 119): „Das engmaschige Netz sozialer Beziehungen ist das Verbindungsglied zur Gehirnevolution. (...) Die einem beständigen Wandel unterworfenen Beziehungen stellen ein Tier unablässig vor das Problem, sein Verhalten und seine Erwartungen mit seinen Erfahrungen und Absichten in Einklang zu bringen.“ Diese Problemstellungen „dürften die intellektuellen Anforderungen bei der Suche nach einem Baum mit Mongongonüssen bei weitem in den Schatten stellen.“ Demnach korreliert die Größe des Gehirns einer Spezies mit der Größe des Sozialverbandes, in dem die Individuen leben: Je größer die Gruppe, desto größer das Gehirn (in Relation zur gesamten Körpergröße) (Adolphs 1999).

Biologischerseits gilt es heute als sicher, dass distinkte Hirnbereiche Einfluss auf das Sozialverhalten nehmen. So zeigen Menschen, die in diesen Bereichen Hirnläsionen erleiden mussten, ein deutlich verändertes Sozialverhalten, so dass die Umwelt in der Regel von drastischen Persönlichkeitsveränderungen spricht. Während sämtliche anderen kognitiven Leistungen (Intelligenz, Wahrnehmung etc.) unverändert bleiben, zeigen die Betroffenen oftmals ein abweisendes und sozial unverträgliches Verhalten, das sie vor ihrer Läsion sicher nicht aufwiesen. Die genannten Hirnläsionen erzeugen offenbar eine veränderte Beobachtung des Verhaltens anderer.

Gleich ob gesund oder nicht, es geht auch in der biologischen Perspektive nicht darum, ob es zu Übereinstimmungen in den Sichtweisen von Ego und Alter kommt, sondern darum, welche Wahrnehmungen und Erwartungen im Spiel sind. Menschen neigen zum Glauben an Intersubjektivität, so die Schlussfolgerung der Neuropsychologin Leslie Brothers in ihrer Darstellung der sozialen Anteile an der evolutionären Entwicklung des Gehirns: „Does intersubjectivity ‚really‘ exist? It doesn’t matter: All that counts is our capacity to believe in it and, with the collaborative help of those around us, to make it work for us.“ (Brothers 1997: 78) Ähnlich wie oben bei Luhmanns Konzeption der doppelten Kontingenz beschrieben wurde, wird auch hier davon ausgegangen, dass Unterstellung und Erwartung (sowie Erwartungserwartung) entscheidende Konstanten darstellen. Hier zeigt sich erneut die gute Anschlussfähigkeit systemtheoretischen Gedankengutes an moderne naturwissenschaftliche Sachverhalte.

Neurowissenschaftlich wird der Sachverhalt, Vermutungen über das psychische System Alters anzustellen, unter dem Stichwort „*Theory of Mind*“ abgehandelt, übersetzt: wie kommt Ego zu einer Theorie über den Inhalt des psychischen Systems von Alter. Vermutungen über andere anzustellen, ist eine der zentralen Funktionen, die wir im Alltag permanent unternehmen.<sup>15</sup> Wenn wir im sozialen Alltag zurecht kommen wollen, dann sind wir auf diese Fähigkeit angewiesen. Es gehört zur regulären sozialkognitiven Entwicklung von Kindern, Täuschungen und Betrugsmanöver durch Andere zu erkennen (Frith & Frith 1999). Autistische Kinder tun sich in dieser Hinsicht relativ

schwer. Das Krankheitsbild des Autismus ist bekanntlich durch eine drastische Minimierung sozialer Kontakte ausgezeichnet. Vermutlich hängen hier die im Vergleich zu gesunden Kindern abweichenden Sozialerwartungen sehr eng mit den eingeschränkten Kommunikationsmustern zusammen, die autistische Kinder zeigen.

Der gesamte Sachverhalt demonstriert die Kopplung von biologischem, psychischem und sozialem System eindringlich. Für die Psychiatrie ist dies von Bedeutung, als die soziale Funktionsfähigkeit vieler psychisch Kranker im Alltag eingeschränkt ist. Dies reicht von ‚falschen‘ Schlüssen schizophrener Patienten, die im Wahn ihrem Gegenüber unzutreffende Absichten unterstellen, was in körperlichen Angriffen auf das Gegenüber resultieren kann, bis hin zu allgemeinen Kompetenzdefiziten, mit denen sich psychisch Kranke ihre Teilhabe am ‚regulären‘ Sozialleben verbauen. Aus soziologischer Perspektive drängt sich die Schlussfolgerung auf, dass die biologischen und psychischen Voraussetzungen sozialer Systeme den neurowissenschaftlichen Forschungsergebnissen nach erheblich sind. Gleichwohl bleiben sie Voraussetzungen, die an der Prämisse der autopoietischen Konzeption des sozialen Systems nichts verändern. Die naturwissenschaftlichen Ansätze sind, wie gezeigt, durchaus kompatibel mit dem hier vorgestellten biopsychosozialen Modell.

Mit diesem Modell ist der Rahmen abgesteckt, der die weiteren Ausführungen bestimmt. Psychische Entwicklungen von der frühkindlichen Sozialisation bis in das hohe Alter können in diesen Rahmen analytisch integriert werden. Das biopsychosoziale Modell ist in der Lage, pathologische wie nicht-pathologische Entwicklungen von psychischen Systemen zu beschreiben. Spezifisch für die Ausbildung von psychischen Erkrankungen wird in den folgenden Kapiteln der Begriff ‚Stress‘ als zentrales Bindeglied zwischen den biologischen, psychischen und sozialen Teilsystemen gebraucht. Stress, und insbesondere sozial induzierter Stress, so die These, ist die entscheidende Komponente, die den sozialen Anteil an Entstehung und Verlauf psychischer Erkrankungen ausmacht.

## Anmerkungen

<sup>1</sup> Für eine einführende Darstellung der Genetik, der Vererbungsregeln sowie des Zusammenhangs zwischen Genetik und Verhalten sei auf das Lehrbuch von Plomin et al. (1999) hingewiesen, dem auch diese kurze Darstellung entlehnt ist.

<sup>2</sup> Eine gut lesbare Einführung ist hat der auch in soziologischen bzw. systemtheoretischen Kreisen nicht unbekannt Neurobiologe und Philosoph Gerhard Roth (1994) verfasst. Ebenfalls sei auf das Grundlagenwerk des Psychiaters, Psychologen und Philosophen Manfred Spitzer (1996) verwiesen. Einen kritischen Überblick über die Geschichte der neurobiologischen Ansätze und die Funktion der Pharmaindustrie in diesen Zusammenhang liefert Valenstein (1998).

<sup>3</sup> Im Kontext der systemtheoretischen Diskussion gibt es Übersichten über dieses Programm und seine wissenschaftshistorischen Folgen bei Müller (1996) sowie in knapper Form in der Luhmann-Einführung von Georg Kneer und Armin Nassehi (Kneer & Nassehi 1993: 17ff.)

<sup>4</sup> Siehe u.a. (Abbondanza et al. 1994; Beigel 1995; Hartmann 1993; Lipowski 1986; Paris 1996; Schmeling-Kludas 1997; Abraham et al. 1992; Farmer & Pandurangi 1997; Zimmermann & Tansella

1996; Drossman 1998; Talo et al. 1996).

<sup>5</sup> Dies entspricht im übrigen neueren neurowissenschaftlichen Theorien. Mit einem etwas anderen theoretischen Zuschnitt, der Unterscheidung von Körper, Gehirn und Umwelt, konzipieren Thompson und Varela die Abhängigkeiten folgendermaßen: „Because they are so thoroughly enmeshed – biologically, ecologically and socially – a better conception of brain, body and environment would be as *mutually embedded systems* rather than as internally and externally located with respect to one another.“ (Thompson & Varela 2001: 423f.) (meine Hervorhebung, D.R.)

<sup>6</sup> Obwohl weitgehend akzeptiert, gibt es gleichwohl eine breite Diskussion um Dawkins' Positionen und ihre Implikationen. Besondere Aufmerksamkeit hat dabei der Paläontologe Stephen Jay Gould auf sich gezogen, der nicht nur Dawkins, sondern dem gesamten neodarwinistischen, auf Adaption setzenden Ansatz kritisiert. Siehe hierzu (Rose & Rose 2000), mit Beiträgen von Gould und anderen, sowie die philosophische Betrachtung der Auseinandersetzung zwischen Dawkins und Gould bei (Sterelny 2001).

<sup>7</sup> „An increase in the sheer number of persons in a society, whether we're dealing with a village or a state, can, when the increase exceeds a certain threshold, give rise to new forms of organization.“ (Carneiro 2000: 12927) Carneiro führt in diesem Zusammenhang nicht nur die Stratifikation als evolutionäres Merkmal an, sondern beispielsweise auch die Arbeitsteilung. Vollzeithandwerker sind demnach erst dann zu erwarten, wenn eine genügend große quantitative Nachfrage besteht, die wiederum zum Aufleben von Märkten führt, auf der die erzeugten Güter dann regelmäßig gehandelt werden.

<sup>8</sup> Soziologische Evolutionstheorie beginnt in der Regel nicht mit Überlegungen zum Übergang von biologischer zu sozialer Evolution, sondern setzt diesen Übergang schon voraus. Erst die Evolution der Gesellschaft ist Gegenstand der Theorie, siehe etwa Giesen (1991) oder Luhmann (1997a).

<sup>9</sup> Für eine ähnlichen, auf Maturanas Grundlagen basierenden Ansatz der Interaktion von Organismus, Psyche und sozialem System siehe Simon (1995: 55f.). Diese Ansatz zielt auf eine allgemeine Systemtheorie von Gesundheit und Krankheit mit psychiatrischen Inhalten, die mit den hier vorgestellten Überlegungen grundsätzlich kompatibel ist, allerdings keinen spezifischen soziologischen Fokus hat. Daher sei sie nur am Rande erwähnt.

<sup>10</sup> Die Analogie mit dem Diskursbegriff der Sozialwissenschaften ist der hervorragenden Darstellung und Analyse der Geschichte des genetischen Codes von Lily E. Kay entnommen worden: „As Derrida (and poststructuralism more generally) has destabilized the notion of a linguistic ‚system‘, so too life scientists have been problematizing biological systems through the theory of autopoiesis (‚self-production‘). ... In such a revision information is not an independent, prespecified quantity functioning as input for the genomic system; rather the ‚meaning‘ of information is continuously adjusted, not only by the contextualities *within* the system but also by the system's interaction with the *outside*. The distance between the genotype and the phenotype is therefore considerably increased; it is a dynamic dialectic of preformation and epigenesis.“ (Kay 2000: 35)

<sup>11</sup> Für einen solchen Ansatz steht beispielsweise der Philosoph John Searle, der anerkennt, dass der Begriff ‚Emergenz‘ in der Tat in der Literatur uneindeutig gebraucht wird. „But if we are careful, we can give a clear sense to the idea that consciousness (...) is an emergent property of the behaviour of the micro-elements of a system that is composed of those micro-elements. An emergent property, so defined, is a property that is explained by the behaviour of the micro-elements but cannot be deduced simply from the composition and the movements of the micro-elements.“ (Searle 1998: 1940)

<sup>12</sup> Diese Probleme werden natürlich auch in der Psychiatrie diskutiert, wenngleich aus pragmatischen Gründen weniger problem- als lösungsorientiert. Als eine Standardsicht kann die Position von Nancy Andreasen zitiert werden, die dies selbst als heuristische Lösung beschreibt: „... to adopt the position that the mind is the expression of the activity of the brain and that these two are separable for purposes of analysis and discussion but inseparable in actuality.“ (Andreasen 1997: 1586) Innerhalb der philosophischen Diskussion wird ein solcher Standpunkt als ‚Aspektualismus‘ beschrieben, also als ein Dualismus der Perspektiven, die sich möglicherweise verschiedener wissenschaftlicher Sprachen bedienen, aber auf das gleiche ‚reale‘ Phänomen beziehen (Hastedt 1988: 12).

<sup>13</sup> Es existiert eine vielfältige Literatur zum Verhältnis von Systemtheorie und Psychoanalyse, wobei die Resultate dieser Überlegungen eher gemischt hinsichtlich der Kompatibilität zwischen beiden Theorieprogrammen ausfällt. Für Überlegungen von psychiatrisch-psychotherapeutischer Seite siehe (Ciompi 1981; Plänklers 1986; Wasser 1995; Kriz 1998: 85ff.), von der Systemtheorie her beleuchtet vor allem Peter Fuchs (1998) die Verbindung.

<sup>14</sup> Details zur Kopplung zwischen psychischem und sozialem System werden aus Platzgründen hier nicht ausgeführt; diese sind der angegeben einschlägigen und gut zugänglichen Literatur zu entnehmen. Die gesellschaftstheoretischen Hintergründe im sozialen System werden in einem späteren Kapitel näher erläutert.

<sup>15</sup> Es sei am Rande auf einen evolutionstheoretischen Ansatz hingewiesen, der in jüngster Zeit viel Aufmerksamkeit erregt hat mit der These, der menschliche Geist sei aus dem Grunde so komplex aufgebaut, weil damit die Partnerwahl anhand vermuteter psychischer Fertigkeiten (z.B. Kreativität, Intelligenz oder Sprachvermögen) gesteuert werde (Miller 2000).



## 5. Soziale Umwelt, Stress und psychische Krankheit

Psychische Krankheiten haben eine mehr oder weniger ausgeprägte biologische Komponente. Eine Soziologie psychischer Erkrankungen kann daran nicht mehr vorbeisehen. Die bisherigen Ausführungen hatten zunächst das Ziel, diese biologische Komponente anzuerkennen und in ein systemtheoretisches Modell zu integrieren, um das biologische System an konkrete soziologische Fragestellungen anschlussfähig zu machen. Denn die Anerkennung einer biologischen Wirkkette bei der Entstehung psychischer Erkrankungen bedeutet keineswegs die Aufgabe der soziologischen Perspektive. Bis vor wenigen Jahren wäre die Anerkennung in der Tat der Kapitulation vor der Biologie gleichgekommen. Beide wissenschaftlichen Disziplinen haben einander im Grunde als Feindbild bekämpft, wenn sie sich überhaupt wahrgenommen haben. Eine tatsächliche Integration biologischer und soziologischer Befunde und Theorien steht daher bis heute noch aus. Was sich allerdings in der jüngeren Zeit verändert hat, ist die Tatsache, dass innerhalb der biologischen, neurowissenschaftlichen und sogar in der genetischen Forschung über den Stellenwert psychosozialer Faktoren der menschlichen Entwicklung intensiv nachgedacht und empirisch geforscht wird, ohne dass dies innerhalb der Soziologie zur Kenntnis genommen worden ist, geschweige denn für die eigene Theoriebildung fruchtbar gemacht worden wäre. Die Ausführungen dieses Kapitels sind ein Versuch, eine solche Integration vorzunehmen.

Der soziologische Skeptiker könnte nun mit Recht fragen, was man denn gewinnt, wenn man die biologische Komponenten der menschlichen Entwicklung mit ins Boot holt. Der Gewinn liegt unter anderem darin, die jeweils herrschenden Vorurteile über die biologischen bzw. die sozialen Faktoren kritisch zu überdenken. Zunächst einmal wäre mit der Überzeugung aufzuräumen, dass der biologische Anteil an psychischer Entwicklung nicht durch soziale Faktoren beeinflusst werden könnte. Die Biologie von Säugetieren und insbesondere des Menschen ist keine fixe Ausstattung, die sich im Lebensverlauf nicht zu verändern in der Lage ist. Seit Konrad Lorenz weiß man beispielsweise um die ‚prägende‘ Kraft früher sozialer Beziehungen für die spätere Entwicklung eines Tieres. Die Prägung der ersten Beziehung schlägt sich biologisch nieder, nämlich im sich entwickelnden Gehirn. Die Prägung vollzieht sich innerhalb neurobiologischer Prozesse, die man als neuronale Verknüpfung beschreiben kann. Gleiches gilt für den Menschen: in Übereinstimmung mit biologischen Ansätzen hat die Psychoanalyse gerade der ersten Lebensphase eine besondere Bedeutung für das Individuum zugesprochen. Ungeachtet aller Unterschiede und aller mehr oder minder fruchtloser Diskussionen zwischen Biologie und Psychoanalyse bleibt diese zentrale Gemeinsamkeit festzuhalten (Braun 1996; Braun & Bogerts 2000).

Auf der anderen Seite kann heute nicht mehr die ‚prägende‘ Kraft der bio-

psychologischen Entwicklung für die sozialen Beziehungen eines Individuums übersehen werden. Die biopsychologische Ausstattung hat zentrale Folgen für die sozialen und kognitiven Fertigkeiten des Menschen. Eine der bedeutsamen Erkenntnisse der Verhaltensgenetik ist der Befund, dass das Individuum seine sozialen Kontakte mit höherem Lebensalter auch zunehmend autonom knüpft. Dies gilt jedoch nicht nur für die Sozialkontakte: Die psychische Entwicklung eines jungen Menschen ist mit zunehmendem Alter immer weniger durch die soziale Umwelt zu beeinflussen (Plomin et al. 1999). Zusammen bedeutet dies einen abnehmenden Einfluss der Umwelt auf das individuelle Verhalten und komplementär dazu die steigende Bedeutung biopsychologischer Faktoren, wie der genetischen Ausstattung im Lebensverlauf.

Die biopsychologische und die soziale Seite der menschlichen Entwicklung sind unentrinnbar miteinander verwoben. Das Bild der DNA-Doppelhelix, die im biopsychosozialen Modell eigentlich eine Tripelhelix sein müsste, vermag diese Verwobenheit darzustellen.<sup>1</sup> Die Frage der ursprünglichen Determinante der menschlichen Entwicklung, der gesunden wie der pathologischen, lässt sich mit dem Problem von Henne und Ei vergleichen. Zum einen kann man immer noch etwas finden, das ‚ursprünglicher‘ war, ein soziales Element vor einem biologischen und umgekehrt. Die intrauterine Phase der menschlichen Entwicklung ist nicht allein eine biologische, sie wird durch den aktuellen sozialen Stress der Mutter mindestens ebenso stark bestimmt. Und selbst unter genetischen Gesichtspunkten stellt sich das Problem, wie das Findungsverhalten der Paare sozial gesteuert wird und wie sich dieses wiederum auf die genetische ‚Mischung‘ ihrer potenziellen Kinder auswirken wird.

Zum zweiten kann heute nicht mehr von einer vollkommenen Unabhängigkeit von Biologie und sozialer Umwelt ausgegangen werden, sondern es müssen System/Umwelt-Relationen in Rechnung gestellt werden. Wie oben bereits angedeutet wurde und wie es im Verlaufe dieses Kapitels noch verschiedentlich deutlich wird, kann die biologische Ausstattung durch soziale Einflüsse verändert werden, bis hinunter auf die biologische Ebene der Expression der Gene. Gleiches gilt *grosso modo* auch für die soziale Umwelt. Umwelteinflüsse sind nicht starr, sie verändern sich nicht nur im Lebenslauf, sondern – was noch bedeutsamer ist – sie werden durch die Persönlichkeit selbst selektiert. Individuen suchen sich ihre relevanten sozialen Umwelten aktiv, und sie werden durch diese selektierten Erfahrungen offenbar mehr beeinflusst als durch die vorgegebene Umwelt der Familie. Die Anlage-Umwelt-Dichotomie, wie sie seit mehr als einem Jahrhundert diskutiert wird, ist offensichtlich so nicht existent. Die *Anlage* ist nur ein biologischer Faktor, der wirksam wird. Mit den Veränderungen der biologischen Ausstattung durch soziale Umwelten wird die Relevanz der Anlage auf eine sehr frühe Ausgangsbasis der Entwicklung reduziert. Die bedeutenden Entwicklungsschritte des Individuums werden aber durch diese Anlage selbst nur zu einem Teil beeinflusst.

Die sozial beeinflusste biologische Ausstattung stellt *Möglichkeitsräume* für die Entwicklung bereit, die in den einzelnen Individuen unterschiedliche Ausprägungen annehmen können. Jede individuelle menschliche Entwicklung

unterliegt einem bestimmten Möglichkeitsraum, der biologisch geprägt ist (Kaprio 2000). Es gibt Individuen, die von vornherein ein hohes biologisch bedingtes Risiko der Ausbildung einer schweren psychischen Erkrankung wie der Schizophrenie tragen. Bei den Betroffenen ist der Möglichkeitsraum für die Entwicklung deutlich eingenger als bei weniger risikobehafteten Altersgenossen. Das gilt natürlich auch für die sozialen Fertigkeiten der betroffenen Menschen. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie eine Ehe eingehen, ist deutlich geringer als bei gesunden Menschen.

Es gibt andererseits Menschen, denen kann keine noch so adverse soziale Umwelt wirklich etwas anhaben. In der Kindheits- und Sozialisationsforschung ist der Begriff der *Resilienz* für diese Eigenschaft geprägt worden (Werner 1993; Werner 1997; Compas et al. 1995). Diese Menschen besitzen einen biologisch fundierten Möglichkeitsraum, der ihnen alle Optionen offen ließe, wenn diese Optionen nicht durch einen sozialen Möglichkeitsraum mitbestimmt würden. Auf der sozialen Seite gibt es auch einen Möglichkeitsraum. Die Chancen der kindlichen Entwicklung hängen, das muss man an dieser Stelle soziologisch nicht weiter ausführen, von der sozialen ‚Mitgift‘ der Eltern fundamental ab. Der soziale Möglichkeitsraum wird aber auch durch makrostrukturelle Bedingungen definiert. Welche Entwicklungsmöglichkeiten werden mir jenseits der elterlichen Mitgift überhaupt zugestanden? Wie durchlässig ist die soziale Schichtung? Welche Entwicklungsmöglichkeiten erlaubt mir das politische System des Staates, in dem ich gerade lebe? Und wie wird die elterliche Mitgift, z.B. das soziale Klima in der Familie wiederum durch makrosoziale Faktoren bestimmt? Diese Fragen werden im nachfolgenden Kapitel wieder aufgegriffen.

In diesem Kapitel verbleibt die Darstellung jedoch zunächst in der ‚sozialen Nähe‘ des Individuums. Es geht an dieser Stelle noch nicht um sozialstrukturelle Entwicklungen, welche positive oder negative Effekte auf das Individuum nehmen können. Seit geraumer Zeit hat sich ein einschneidender Wandel der Fragestellungen in psychosozialen bzw. psychiatrischen Forschungsarbeiten ergeben, der zweifelsohne mit dem Aufstieg der Epidemiologie zuungunsten der Medizinsoziologie zusammenhängt. Die Konzentration liegt gegenwärtig weniger auf den gesellschaftsstrukturellen Faktoren als vielmehr auf empirisch besser zu operationalisierenden individuellen Lebensbedingungen. Es war, wie der Titel eines Sammelbandes von Angermeyer (1987) formulierte, der Wandel „From Social Class to Social Stress“, der hier stattgefunden hat.

Mit medizinischer Terminologie kann man auch von einer Veränderung von distalen (entfernten) hin zu proximalen (nahen) Risikofaktoren sprechen (Link & Phelan 1995). Zwischen den proximalen, also Individuum-bezogenen Faktoren und den distalen gesellschaftsstrukturellen Entwicklungen gibt es mehr oder weniger enge Verbindungen. Auch hier kann nicht von deterministischen Beziehungen ausgegangen werden, sondern eher von probabilistischen Zusammenhängen. Ein niedriger Sozialstatus ist, wie in Kapitel 3 bereits eingehender beschrieben wurde, ein relativ größeres Risiko für die Exposition gegenüber Stress.

Weitere Relationen zwischen distalen und proximalen Einflüssen werden im folgenden Kapitel beschrieben. Im Verlauf dieses Abschnittes der Arbeit geht es zunächst um die unmittelbar am Individuum wirkenden sozialen Einflüsse auf die menschliche Entwicklung sowie auf einzelne psychische Krankheiten. Als zentrales Bindeglied der soziologischen, der psychologischen sowie der biologischen Forschungsansätze wird das Konstrukt ‚Stress‘ ausführlich expliziert. In allen drei Wissenschaftsbereichen geht es um die Fragestellung, wie sich hohe, und unter Umständen mit dem jeweiligen System nicht kompatible Anforderungen auf die Entwicklung und auch auf die pathologische Entwicklung auswirken. Zunächst aber wird der Forschungsstand zum biologischen Möglichkeitsraum dargestellt. Innerhalb einer relativ jungen Wissenschaftsdisziplin zwischen Biologie und Verhaltenswissenschaften, der Verhaltensgenetik, wird versucht, der Einfluss der genetischen Ausstattung sowie der sozialen Umwelt zu bestimmen.

## Verhaltensgenetik und soziale Umwelt

Die sozialwissenschaftliche Forschung stand – und steht bisweilen noch immer – vor allem den genetischen Ansätzen zur Erklärung von Entwicklung und pathologischer Entwicklung in den vergangenen Jahrzehnten sehr skeptisch bis ablehnend gegenüber. Es handelte sich um eine der diversen Fortsetzungen des schon verschiedentlich angesprochenen wissenschaftlichen Streits über Anlage und Umwelt. Diese Skepsis entstammte dem Verdacht, dass genetische Untersuchungsansätze einem biologischen Determinismus Vorschub leisten würden, der psychosoziale Wirkfaktoren unterschlagen würde. Zudem war insbesondere hierzulande eine durch den Nationalsozialismus und seine vermeintlich genetisch legitimierten Verbrechen eine nachvollziehbare Ablehnung zu spüren. Ohne an dieser Stelle allen genetisch argumentierenden Autoren eine Absolution erteilen zu können, entspricht jedoch der gegenwärtige Forschungsstand nicht diesem angeführten Verdacht bzw. Vorurteil. Im Gegenteil, es ist durch die verhaltensgenetische Methodik der Einfluss der sozialen Umwelt auf die menschliche Entwicklung nachweisbar und quantifizierbar.

Innerhalb der genetischen Forschung ist zwischen molekularbiologischen Studien und den im folgenden referierten verhaltensgenetischen Ansätzen zu unterscheiden. In der Molekulargenetik wird versucht, einzelne Gene zu identifizieren, die potenziell an der Entstehung psychischer Erkrankungen beteiligt sind (Craddock & Owen 1996; Owen 2000). Wenn Varianten dieser Gene funktionale Auswirkungen auf den Phänotyp haben, dann hängt dies mit der Expression wichtiger Proteine zusammen, die wiederum weitere biologische Prozesse im Körper steuern. Genetische Varianten wirken sich auf die mit den Proteinen zusammenhängende Menge, den Zeitpunkt oder den Ort im Körper aus (Hyman 1999). Anders jedoch als in der Öffentlichkeit erwartet, wird es der Forschung voraussichtlich nicht gelingen, bestimmte Gene zu entdecken,

die ausschließlich für einzelne Krankheiten ursächlich sind. Der genetische Anteil psychischer Krankheiten basiert dem Forschungsstand zufolge auf der komplexen Interaktion verschiedener Gene (Burmeister 1999).

Im Unterschied zu molekulargenetischen Ansätzen untersucht die Verhaltensgenetik nicht unmittelbar die genetische Ausstattung von Lebewesen, sondern zieht auf statistischem Wege Schlüsse aus der Übereinstimmung oder Nichtübereinstimmung von Lebewesen mit gleicher bzw. unterschiedlicher genetischer Ausstattung. Untersucht wird in jedem Fall der Grad der Übereinstimmung zwischen dem Genotyp (der genetischen Ausstattung) und dem Phänotyp (dem Verhalten der Personen). Klassische Forschungsdesigns dieser Richtung sind Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien (Plomin et al. 1999: 65ff.; McGue & Bouchard 1998). Bei Familienstudien wird das Risiko des Auftretens eines bestimmten Merkmals innerhalb der Familie im Vergleich zu einer Kontrollgruppe untersucht. Familienstudien sind eine Form von Fall-Kontrollstudien im Sinne der Epidemiologie. Adoptionsdesigns bieten den Vorteil, genetische und umweltbedingte Ähnlichkeiten der Familie trennen zu können. Sollten mehrere Kinder der Adoptiveltern vorhanden sein, kann auf diese Weise zwischen ‚genetischen‘ und ‚Umwelt‘-Verwandten unterschieden werden. Bei Zwillingsdesigns werden in der Regel die Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede von eineiigen vs. zweieiigen Zwillinge untersucht. Eineiige Zwillingen haben exakt das gleiche Erbgut, während zweieiige Paare, wie Verwandte ersten Grades, die Hälfte die Gene teilen. Um die Aussagekraft zu erhöhen, werden in neuerer Zeit auch Kombinationen von Zwillings- und Adoptionsdesigns angewendet.

Als die drei zentralen Einflussfaktoren werden in den verhaltensgenetischen Forschungsdesigns der genetische Faktor, die geteilte Umwelt sowie die nicht-geteilte Umwelt quantifiziert. Unter der geteilten Umwelt versteht man dabei die gleichen Einflussfaktoren auf die Personen, beispielsweise die gleiche Erziehung der Kinder. Die nicht-geteilte Umwelt bezieht sich in erster Linie auf die Einflüsse von außerhalb der Familie, die für die Kinder unterschiedlich sind. Dahinter können sich aber auch Effekte verbergen, die mit der verschiedenen Wahrnehmung und Verarbeitung gleicher Einflüsse zusammenhängen. So ist etwa der Effekt einer elterlichen Scheidung nicht für alle betroffenen Kinder gleich, sondern hängt vom Alter sowie von den individuellen Bewältigungsstrategien ab.

Die in diesem Zusammenhang festgestellte Erblichkeit einer Eigenschaft ist ein rein statistisches Konstrukt. „Die Erblichkeit ist definiert als der Anteil der phänotypischen (beobachteten) Varianz, der auf genetische Unterschiede zwischen Individuen zurückgeht.“ (Plomin et al. 1999: 75) Die errechnete Erblichkeit lässt keine Rückschlüsse auf Individuen zu, etwa in der Weise, dass eine schizophrene Störung eines bestimmten Menschen zu einen gewissen Grad erblich ist. Der Begriff der ‚Erblichkeit‘ ist mit weiteren missverständlichen Konnotationen verbunden, welche die verhaltensgenetische Literatur sich auszuräumen bemüht (Rutter & Plomin 1997). So bedeutet Erblichkeit keinesfalls, wie man umgangssprachlich meinen könnte, dass die genetischen Effekte über alle Populationen und verschiedene Zeitpunkte hinweg gleich

sein. Die statistische Erbllichkeit bezieht sich allein auf die untersuchte Population zum Untersuchungszeitpunkt. Weiterhin bedeutet eine große Erbllichkeit nicht, dass die Eigenschaft nicht über Umweltfaktoren beeinflusst werden kann. Das gern angeführte Beispiel ist das Krankheitsbild der Phenylketonurie, bei der die Betroffenen eine vollständig genetisch determinierte Unverträglichkeit gegenüber Phenylalanin aufweisen, einem Bestandteil von nahezu allen Nahrungsmitteln. Auf längere Sicht führt diese Unverträglichkeit zu einer geistigen Behinderung. Durch eine entsprechende Diät, also eine Umweltintervention, kann die Entwicklung allerdings verhindert werden.

Verhaltensgenetische Autoren sehen sich aufgrund der zum Teil missverständlichen Begriffe und Konnotationen regelmäßig wissenschaftlichem Dissens über ihre Methoden und Ergebnisse ausgesetzt. Daher verwundert es nicht, wenn die Literatur sich intensiv mit den – in der Regel – sozialwissenschaftlich orientierten Vorwürfen auseinandersetzt (Goldsmith & Bihun 1997; Rutter et al. 1997). Michael Rutter, einer der prominentesten Entwicklungsforscher, hat zusammen mit anderen verhaltensgenetisch argumentierenden Autoren zentrale Prinzipien des Zusammenhangs von Anlage und Umwelt in dieser Forschungsperspektive skizziert (Rutter et al. 1997). Rutter und Kollegen schließen dabei unter anderem an das biopsychosoziale Modell George Engels an, mit dem man zwar Differenzen in der Terminologie und in einigen Details habe, aber wichtige grundlegende Eigenschaften der jeweiligen Modelle teile.

Es werden folgende sechs Prinzipien angeführt: *Erstens* gebe es höchst unterschiedliche individuelle Reaktionen auf die soziale Umwelt, womit gleichzeitig eine wie auch immer geartete Autonomie der Reagierenden zugestanden werde. *Zweitens* hätten verschiedene Forschungsdesigns Ergebnisse hervorgebracht, die eine zweiseitige Interaktion zwischen Individuum und Umwelt nahe legten. So wirkten männliche Sexualhormone nicht nur auf aggressive Verhaltensweisen, sondern das Verhalten wirke sich auch auf den Hormonspiegel aus. Biologische Indikatoren würde nicht nur biologische Faktoren messen, sondern auch Umwelteinflüsse auf das biologische System. *Drittens* müsse der Zusammenhang zwischen Personen und ihren Umwelten innerhalb der jeweiligen sozialen Kontextfaktoren analysiert werden, da der soziale Kontext zweifelsohne auch auf das individuelle Verhalten einwirke. *Viertens* habe sich herausgestellt, dass die Menschen ihre Erfahrungen aktiv verarbeiteten und nicht einfach passive Rezipienten von Umwelteinflüssen seien. Allerdings sei die Variabilität der Interpretation wiederum durch die genetisch bedingte Persönlichkeit, aber auch durch frühere Erfahrungen bestimmt. *Fünftens* würden die Menschen ihre Umwelt aktiv gestalten und verändern sowie die Erfahrungen selektieren. Und *sechstens* schließlich veränderten sich individuelle Charakteristika im Laufe der Zeit, und diese Veränderungen seien nicht nur biologische Reifungsprozesse, sondern wiederum durch genetische wie durch Umweltfaktoren bedingt.

Wie im vorangegangenen Kapitel bereits angedeutet wurde, wird der genetische Einfluss über sämtliche Persönlichkeitsvariablen hinweg auf die Hälfte der Varianz in der jeweiligen Population errechnet (McGue & Bouchard 1998; Rutter et al. 1997; Bouchard 1994; Plomin et al. 1994). Das heißt, nur

ein ungefähr 50-prozentiger Anteil der Persönlichkeitsmerkmale wird durch genetische Faktoren beeinflusst. Die andere Hälfte der Persönlichkeit in allen ihren Ausprägungen wird durch die soziale Umwelt bestimmt. Der Anlage-Umwelt-Streit wird durch die quantitative Genetik nicht zugunsten einer Seite entschieden, beide Seiten der Diskussion werden in gewisser Weise bestätigt. Im Unterschied zu früheren Ständen der Auseinandersetzung kann heute aber mehr oder weniger genau quantifiziert werden, wie groß der jeweilige Einfluss von Biologie und Umwelt in Bezug auf einzelne Merkmale ist.

In der verhaltensgenetischen Literatur werden verschiedene Modelle des gemeinsamen Einflusses von Genen und Umwelt diskutiert (McGue & Bouchard 1998; Rutter et al. 1997).<sup>2</sup> Das Standardmodell sieht einen ‚additiven‘ Effekt von genetischen und Umwelteinflüssen vor. Damit ist zum einen impliziert, dass unterschiedliche Umweltrisiken alle Individuen, unabhängig von Genotyp, gleichermaßen betreffen. Zum anderen wird damit ausgeschlossen, dass die Exposition gegenüber Umweltrisiken durch genotypische Faktoren mit gesteuert wird (Kendler 1998). Die Realität der Einflüsse ist, insbesondere für die vorliegende Fragestellung bezüglich psychischer Störungen, jedoch deutlich komplexer. Eine der Möglichkeiten ist die Genotyp-Umwelt-Korrelation; damit ist gemeint, dass Genotypen nicht zufällig in Umwelten verteilt sind. Die passive Variante der Genotyp-Umwelt-Korrelation besteht etwa darin, dass Eltern nicht nur bestimmte Gene weitergeben, die ein Persönlichkeitsmerkmal ihrer Kinder beeinflussen, sondern auch ein entsprechendes Erziehungsverhalten zeigen. Des weiteren wird eine evozierte Korrelation zwischen Genotyp und Umwelt angenommen, die dann zum Tragen kommt, wenn ein Individuum aufgrund seines genotypisch geprägten Verhaltens Reaktionen seiner Umwelt auslöst, die sich wiederum auf seine Entwicklung auswirken. Eine aktive Variante dieser Korrelation wird darin gesehen, dass ererbte Dispositionen dazu beitragen, bestimmte Chancen im Leben zu nutzen oder eben nicht. Die Nutzung der Chancen (Bildung etc.) hat wiederum erheblichen Einfluss auf den weiteren Lebensweg des Betroffenen. Nicht zuletzt aufgrund dieser Korrelation folgt schlüssig, dass die Erbllichkeit gewisser psychischer Funktionen nicht die genetische Determiniertheit des Verhaltens bedeutet. Es werden allenfalls latente Dispositionen vererbt, die sich erst durch Umwelteinflüsse in Richtung auf manifestes Verhalten oder entsprechende Persönlichkeitsmerkmale weiterentwickeln.

Neben der Korrelation wird des weiteren von einer Genotyp-Umwelt-Interaktion ausgegangen. Darunter versteht man die genetisch beeinflusste Empfindsamkeit für Umwelteinflüsse. Der Phänotyp wird also von keinem der beiden Einflussfaktoren (Genotyp und Umwelt) allein bestimmt, sondern der eine Faktor kann nur dann wirksam werden, wenn der andere Faktor ebenfalls vorhanden ist. In der Psychiatrie ist eine solche Interaktion eines der zentralen ätiologischen Erklärungsmodelle. Gemeint sind sogenannte Diathese-Stress-Modelle bzw. Vulnerabilitäts-Stress-Modelle, die im weiteren Verlauf dieses Kapitels noch ausführlicher erläutert werden. Interessanterweise können die Einflüsse von Genetik und Umwelt sich nach Veränderungen in einem der beiden Bereiche ebenfalls verändern. So könnte sich die Erbllichkeit

einer Depression statistisch erhöhen, wenn beispielsweise ein Lebensereignis in der Umwelt eintritt. Dies wäre möglich, weil die Bewältigung des Ereignisses von einer anderen genetischen Kombination gesteuert würde (Kendler 1995). Innerhalb der Verhaltensgenetik spielen diese Modelle bisher aber nur eine geringe Rolle, da die Operationalisierung spezifischer Umwelteinflüsse erhebliche methodische Probleme bereitet (Plomin et al. 1999: 233ff.). Ausnahmen werden unten referiert.

Mit verhaltensgenetischen Ansätzen werden sowohl generelle psychische als auch psychopathologische Merkmale untersucht. Bei den generellen Merkmalen gehört etwa die allgemeine kognitive Fähigkeit  $g$  zu den am besten untersuchten Konstrukten. Dahinter verbirgt sich zumeist die bekannte und über die entsprechenden Tests gemessene Intelligenz. Die Gesamtvarianz der Intelligenz wird über mehrere Studien hinweg gut zur Hälfte durch genetische Faktoren aufgeklärt. Die Umweltseite splittet sich demnach zu gleichen Teilen in die geteilten und die nicht-geteilten Faktoren auf. (Plomin et al. 1999: 125ff.).<sup>3</sup> Ergebnisse ähnlicher Größenordnungen weisen Studien zu Merkmalen der Persönlichkeit auf. Verhaltensgenetische Studien untersuchen zumeist die in der Psychologie als ‚Big Five‘-Persönlichkeitsvariablen genannten Merkmale Extraversion, Neurotizismus, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Kultiviertheit (Bouchard 1994). Grundlegende Persönlichkeitsmerkmale sind offensichtlich zu einem beträchtlichen Anteil genetisch gesteuert. Diese Persönlichkeitsmerkmale wirken mindestens indirekt zweifellos auch auf psychische Erkrankungen aus. So werden etwa Bewältigungsstrategien gegenüber psychosozialen Stressoren ebenfalls zu einem Teil genetisch beeinflusst. Der familiäre Effekt auf den Umgang mit Stressoren ist dagegen eher gering anzusiedeln (Kendler et al. 1991; Busjahn et al. 1999).

Sämtliche bedeutende psychiatrische Krankheitsbilder sind auf genetische Anteile hin epidemiologisch untersucht worden (Merikangas & Swendsen 1997; Plomin et al. 1999). Aufgrund von methodischen Unterschieden (klinische vs. Bevölkerungsstichproben sowie unterschiedliche diagnostische Kriterien) besteht bis heute auf der quantitativen Seite allerdings keine Einigkeit über den exakten Anteil der genetischen Faktoren an einzelnen Störungen. Außer Frage steht der Befund, dass die Schizophrenie eine starke genetische Komponente hat. Obwohl die Mehrheit der Verwandten schizophrener Patienten die Krankheit nicht ausbilden, ist das Risiko deutlich erhöht und hängt offensichtlich vom Grad der biologischen Verwandtschaft ab. Für eineiige Zwillinge liegt das Risiko bei ungefähr 50 Prozent (Moldin & Gottesman 1997; Plomin et al. 1999). Verwandte ersten Grades haben im Vergleich zur Normalbevölkerung ein um den Faktor 5-10 erhöhtes Risiko zu erkranken. Familienstudien erlauben allerdings keine Rückschlüsse über den Anteil der Genetik als Ursache der Störung. In Adoptionsstudien (v.a. in Dänemark und Finnland) wurde ein Anteil adoptierter Kinder von Eltern mit einer schizophrenen Störung von 5 bis 10 Prozent gefunden. Die Wirkung genetischer Faktoren steht mit diesen Befunden außer Zweifel.

Diese Befunde haben allerdings auch Kritiker herausgefordert, die den

Stellenwert der Ergebnisse in Frage stellen (Portin & Alanen 1997; Torrey & Yolken 2000). Ein Widerspruch, der sich aus den verhaltensgenetischen Studien ergibt, ist der Befund, dass die Konkordanz der Schizophrenie bei normalen Geschwistern deutlich niedriger liegt als bei zweieiigen Zwillingen. Dieser Befund weist auf einen erheblichen Umwelt-Anteil an der Entstehung der Krankheit hin, da die genetische Übereinstimmung in beiden Geschwisterverhältnissen bei 50 Prozent liegt.

Insbesondere die Adoptionsstudien werden aus verschiedenen methodischen Gründen kritisiert (Torrey & Yolken 2000; Portin & Alanen 1997). So habe man nicht sicherstellen können, dass die Adoption direkt nach der Geburt geschehen sei, so dass die Betroffenen Wochen bis Monate mit der biologischen Mutter gelebt habe und somit in den gleichen Umweltfaktoren wie die Mutter gelebt habe. Weiterhin habe nicht für die intrauterinen Einflüsse kontrolliert werden können, etwa für den Konsum psychotroper Substanzen der Mutter. Außerdem haben die Ergebnisse der Adoptionsstudien unterschiedliche genetische Einflüsse je nach den diagnostischen Kriterien ergeben.

Gerade die intrauterinen Verhältnisse lassen verschiedene Autoren nach anderen als genetischen Einflüssen suchen (Petronis et al. 1999; Torrey & Yolken 2000). So werden etwa Viren, die von der Mutter auf das Kind während der Schwangerschaft übertragen werden, als mögliche Ursachen für die spätere Erkrankung untersucht. Als mögliche weitere Verursacher werden auch Ernährungsfaktoren und Allergene diskutiert. Andere Hypothesen gehen von einer instabilen genetischen Ausstattung aus, die zu Mutationen führen könne. Diese Hypothesen unterscheiden sich insofern von den gängigen genetischen Theorien, als sie nicht von einer hereditären Komponente ausgeht, sondern von einer bisher nur wenig untersuchten Dynamik der DNA.

Aus der finnischen Adoptionsstudie von Wahlberg, Tienari und Mitarbeitern lassen sich aber auch spezifische Wirkfaktoren der Familienumgebung identifizieren (Wahlberg et al. 1997). In dieser Untersuchung wurden zusätzlich die Familienbedingungen der Adoptionsfamilien untersucht. Die untersuchten Einflüsse schließen an die früher einflussreiche soziogenetische Schizophrenietheorie von Gregory Bateson an (Bateson et al. 1969). Die Kinder mit einem höheren biologischen Risiko reagierten demnach erheblich sensibler auf abnorme Kommunikationsmuster in den Adoptionsfamilien als ihre nicht biologisch vorbelasteten Vergleichsprobanden. Daher wird der Schluss gezogen, es gebe eine erhebliche Genotyp-Umwelt-Interaktion, die sich bei den biologisch vorbelasteten Kindern bemerkbar macht: „Der kombinierte Effekt aus genetischem Risiko und gegebenen Umwelteinflüssen ist verbunden mit einer erhöhten Vulnerabilität, doch keiner dieser Faktoren generiert allein irgendeinen Unterschied...“ (Wynne 1999: 17).

Die Schizophrenie ist sicherlich die am besten auf genetische Faktoren untersuchte Störung. Für andere Störungsbilder lassen sich aber ebenfalls ungefähre Schätzwerte für den Einfluss der Genetik geben. Auch die Depression (*Major Depression*) ist eine psychische Erkrankung, die gehäuft in Familien auftritt. Das Risiko innerhalb einer durch die Krankheit selbst vorbelasteten Familie

liegt zwei- bis dreimal so hoch wie bei unbelasteten Familien (Sullivan et al. 2000). Methodisch relevante Adoptionsstudien liegen bis heute nicht vor, dagegen sind Zwillingsstudien schon mehrfach durchgeführt worden. Einer Metaanalyse dieser Studien zufolge liegt die Erbllichkeit der Depression bei 37 Prozent. Die mit dem Zwillingsdesign möglichen weiteren Befunde bezüglich der Umweltfaktoren sind limitiert. Daher können Sullivan und Mitarbeiter aus der Metaanalyse nur unpräzise Schlussfolgerungen ziehen: die Depression resultiere sowohl aus genetischen wie aus Umweltfaktoren, das Krankheitsbild sei heterogen, und es sei wahrscheinlich, dass verschiedene Pfade zum gemeinsamen Endpunkt der Depression führten (vgl. Kendler et al. 1993; Kendler et al. 1995).

Hinzu kommen weitere verkomplizierende Faktoren, nämlich Interaktionseffekte zwischen der Genetik, den Umwelteinflüssen, dem Lebensalter und dem Geschlecht. So haben Lebensereignisse offenbar stärkere Effekte auf Mädchen als auf Jungen, und diese Effekte variieren einer Studie von Silberg et al. (1999) zufolge noch mit dem Alter der Betroffenen. Den Befunden der gleichen Studie nach ist die Erbllichkeit bei Mädchen größer als bei Jungen.

„Leichtere“ Formen der Depression, die auch unter der Bezeichnung der neurotischen Depression bekannt sind, werden dagegen weniger durch genetische als vielmehr durch soziale Faktoren, und insbesondere kritische Lebensereignisse, beeinflusst. George W. Brown, einer der bekanntesten Vertreter einer psychiatrischen Soziologie, hat verschiedentlich auf die erheblichen Unterschiede zwischen den diversen Formen der Depression hingewiesen (Brown 1996; Brown 1998a). Seinen Untersuchungen zufolge gibt es eine starke Korrelation zwischen schweren Lebensereignissen und depressiven Störungen. Browns Folgerungen fußen auf mehreren extensiven Studien, die unterschiedliche Kulturkreise analysiert haben. So erleben Frauen in Zimbabwe erheblich mehr kritische Lebensereignisse als Frauen in Europa und dies korrespondiert mit der Prävalenz der Störung. Es sei unwahrscheinlich, dass die Exposition gegenüber kritischen Lebensereignissen im interkulturellen Vergleich durch genetische Faktoren bestimmt werde, wie dies *innerhalb* einer Population durchaus möglich sei (siehe unten).

Bei Suchterkrankungen wie der Alkoholabhängigkeit differieren die verhaltensgenetischen Untersuchungen erheblich. In einer extensiven Übersichtsarbeit Mitte der 1990-er Jahre ermittelte McGue (1994) für Männer einen moderaten und für Frauen nur einen leichten genetischen Faktor (ähnlich: Enoch & Goldman 1999; Merikangas & Swendsen 1997). Dieser Übersicht zufolge hatte die geteilte Umwelt in der Familie einen erheblichen Einfluss auf die Verhaltensdimensionen, die später zum Missbrauch und zur Abhängigkeit führten, allerdings wurde die Tatsache, dass ein Elternteil an Alkoholismus erkrankt sei, nicht als entscheidendes Merkmal gefunden.

Möglicherweise litten diese Studien methodisch daran, dass es sich um klinische Populationen handelte. Neuere Arbeiten aus der Arbeitsgruppe um Kendler mit unselektierten Probanden sehen dagegen einen vergleichbar hohen Einfluss, wie ihn auch die Schizophrenie hat (Prescott & Kendler 1999). Dies

gilt sowohl für den Missbrauch von Alkohol als auch für die Abhängigkeit. Hier verschwand auch der Effekt der geteilten Umwelt zugunsten der nicht-geteilten Einflüsse. Im übrigen scheint es eine ähnlich großes Risiko für Alkoholabhängigkeit und für Nikotinabhängigkeit zu geben, was den extrem hohen Anteil von starken Rauchern unter Alkoholabhängigen erklären könnte (True et al. 1999). Etwas differenzierter stellt sich die Datenlage beim Gebrauch, Missbrauch und der Abhängigkeit illegaler Drogen dar. In einem unselektierten Zwillingsprobe kamen Kendler et al. (2000b) auf eine Einflussgröße genetischer Faktoren für den Gebrauch irgendeiner Substanz von weniger als einem Drittel. Dagegen lag der genetische Faktor für die Abhängigkeit bei ca. 70 Prozent. Offensichtlich sind für den Gebrauch der Drogen andere Faktoren ursächlich als für die Ausbildung einer manifesten Abhängigkeit.

Während bei Männern die geteilte Umwelt eine relativ geringe Rolle spielte, war dies bei weiblichen Drogenkonsumentinnen eher der Fall (Kendler et al. 1999). Die Familienumwelt war insbesondere bei dem Einstieg in den Konsum von Bedeutung. Als spezielle Faktoren wurden die Einstellungen der Eltern gegenüber Drogen, der elterliche Gebrauch leichter Drogen und die gleiche Verfügbarkeit der Mittel für alle Kinder diskutiert. Für den Weg von der Initiierung des Gebrauchs zum Missbrauch sind aber andere Einflüsse zu erkennen. Für den Einstieg sind möglicherweise Persönlichkeitsmerkmale wie die Suche nach riskanten Lebensstilen oder die Extraversion mitverantwortlich. Diese Einflüsse gehen beim Missbrauch zugunsten genetischer Faktoren dann erheblich zurück.

Diese Ergebnisse zur Initiierung und zum späteren Gebrauch bzw. der Abhängigkeit sind mittlerweile in anderen Studien bestätigt worden (Übersichten zum Alkoholkonsum bei NIAAA 2000; Rose 1998). Generell kann davon ausgegangen werden, dass der Einstieg in den Substanzmittelkonsum durch Umweltfaktoren erheblich beeinflusst wird. Hier spielen aber vor allem die nicht-familiären Einflüsse wie die Peer-Group eine entscheidende Rolle. Überraschend gering ist offenbar der Effekt des direkten Lernens vom elterlichen Modell. Stattdessen spielt vermutlich der geringe Altersabstand gleichgeschlechtlicher Geschwister eine gewisse, bisher aber nur wenig untersuchte Rolle, wie in einer finnischen Studie gefunden wurde (Rose 1998). Mit dem geringen Altersabstand, insbesondere bei Jungen, sind ähnlichere Interessen, aber auch ähnlichere Sozialkontakte zur entsprechenden Peer-Groups verbunden. Die Aufrechterhaltung des erheblichen Konsums über die Adoleszenz hinaus sowie die Entwicklung von Missbrauch und Abhängigkeit scheinen dagegen mehr von genetischen Bedingungen gesteuert zu werden.

Die Arbeitsgruppe um Kendler, deren Ergebnisse hier verschiedentlich berichtet wurden, untersuchte einen alternativen Weg, nämlich die Frage, welche Faktoren sich positiv auf die psychische Gesundheit und nicht für einzelne Krankheitsbilder auswirken (Kendler et al. 2000c). Die psychische Gesundheit wurde in den Dimensionen körperliche Gesundheit, konfliktfreie Beziehungen, geringe Angst und Depression, geringer Substanzgebrauch, soziale Unterstützung und Selbstwertgefühl untersucht. Interessanterweise spielten hier die Familienum-

welten eine deutlich größere Rolle. Dies betraf vor allem die Domäne der sozialen Kompetenzen, also Beziehungen und soziale Unterstützung. Gleichwohl war auch in dieser Domäne ein großer Einfluss der nicht-geteilten Umwelt zu finden. Diese Ergebnisse lassen erneut darauf schließen, dass die genetischen wie die Umweltfaktoren in einem äußerst komplexen Zusammenhang wirksam werden, der sich einfachen Ursache-Wirkungs-Beziehungen entzieht. Mit dem geringen Einfluss genetischer Faktoren auf die allgemeine psychische Gesundheit dürfte es vermutlich schwer sein, eine begrenzte Anzahl von Genen zu finden, die hierfür verantwortlich sind (Tsuang 2000).

Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus dieser Übersicht über die neuere verhaltensgenetische Literatur für unsere Fragestellung von sozialer Umwelt, Biologie und psychischen Krankheiten ziehen? Deutlich geworden ist der nahezu einhellige Befund, dass weder biologische noch Umweltfaktoren allein ursächlich für die Entstehung der Krankheiten sind. Beide Domänen sind, was angesichts der Komplexität der Entstehung psychischer Krankheiten nicht verwundert, an der Ätiologie beteiligt. Auf der Umweltseite wurde, von wenigen Ausnahmen abgesehen, die Bedeutung der spezifischen sozialen Umwelt hervorgehoben, in der das von der Krankheit betroffene Individuum gelebt habe. Es scheint, als habe die Familie mit ihren sozialen Einflüssen erheblich geringere Wirkungen als die soziale Umwelt, die nur auf das einzelne Individuum wirkt. So wirkt sich etwa das elterliche Erziehungsverhalten vergleichsweise gering auf die Entwicklung einer späteren psychopathologischen Symptomatik aus (Kendler et al. 2000a). Die Verhaltensgenetik hält zudem – wie oben schon erwähnt wurde – die familiäre Umwelt für weniger entscheidend, je älter das Individuum wird. Der Grund hierfür liegt der entsprechenden Literatur zufolge darin, dass die genetische Ausstattung zunehmend dazu beiträgt, sich spezifische Umwelten zu schaffen und zu suchen (Bouchard 1997). Durch die Provokation bestimmter Verhaltensweisen der Umwelt ist das Individuum nicht ein ‚Opfer‘ des Umweltverhaltens, sondern prägt dieses Verhalten durch seine Persönlichkeit in entscheidender Form mit. Durch das Verhalten des Individuums kann die Wahrscheinlichkeit erhöht werden, dass die Umwelt beispielsweise in negativer Form reagiert. Weiterhin kann durch die aktive Suche bestimmter Umwelten etwa das Risiko vergrößert werden, dass man mit bestimmten Drogen eher in Kontakt kommt als Gleichaltrige.

Es ist aber nicht allein die Exposition gegenüber Drogen, die aktiv durch das Individuum erhöht wird. Ein ähnlicher Befund, der zu interessanten theoretischen Implikationen veranlasst, ist das Ergebnis verschiedener Studien zum Einfluss genetischer Faktoren auf das Erleben kritischer Lebensereignisse. Kritische Lebensereignisse spielen, wie noch ausführlich zu beschreiben sein wird, eine große Rolle beim der Entwicklung psychischer Störungen durch die soziale Umwelt. Wie Kendler in einer Übersichtsarbeit allerdings herausgestellt hat (Kendler 1998), ist das Risiko, von einem solchen Lebensereignis betroffen zu werden, neben vielfältigen sozialen Einflüssen auch durch die Genetik mitbestimmt. Manche Menschen neigen mehr als andere dazu, Autounfälle, Arbeitsunfälle oder Gewalttaten zu erleiden. Als Grund für diesen Umstand werden

bestimmte Persönlichkeitsmerkmale angenommen, welche die Betroffenen dazu veranlassen, sich mehr als andere Menschen in riskante Situationen zu begeben. Und offensichtlich bleibt dieses Verhaltensmuster nicht auf riskante Situationen beschränkt, sondern ist teilweise auch bei der Exposition gegenüber Lebensereignissen zu finden, die später depressive Störungen mit auslösen können, etwa Ehescheidungen oder andere interpersonale Schwierigkeiten (van Os et al. 2001). Es sei schon an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass dieser vielfach replizierte Befund der Verhaltensgenetik eine große Affinität zum systemtheoretischen Konzept der Selbstsozialisation (Gilgenmann 1986) aufweist; dieses Konzept wird im weiteren Verlauf (in Kapitel 7) noch eingehender erläutert.

Die zweite größere Schlussfolgerung schließt an die beschriebene Interaktion zwischen Genotyp und Umwelt an. Insbesondere die neuere empirische Forschung hat nachdrücklich verdeutlicht, dass ein genetischer Determinismus nicht unterstützt werden kann. Das Individuum kommt mit einer biologischen Grundausrüstung zur Welt, die schon vor der Geburt verschiedenen biologischen und sozialen Einflüssen unterlegen hat. Diese Grundausrüstung ist der eingangs genannte biologische Möglichkeitsraum, die Disposition, die wir alle mitbringen: „We inherit dispositions, not destinies. Life outcomes are consequences of lifetimes of behavior choices. The choices are guided by our dispositional tendencies, and the tendencies find expression within environmental opportunities that we actively create.“ (Rose 1995a: 648)

Genetische Einflüsse, Persönlichkeitsmerkmale und soziale Faktoren stehen in einem komplexen Verhältnis, wenn es um die Entstehung psychischer Krankheiten geht; das biopsychosoziale Modell ist mit anderen Begrifflichkeiten erneut unterstützt worden. Welche genauen Wirkmechanismen führen aber dazu, dass Umweltfaktoren bei bestimmten Menschen zu psychischen Krankheiten beitragen? Wie werden soziale Umstände in psychische Krankheiten übersetzt? Die Antworten auf diese Frage werden in den Neurowissenschaften gesucht. Der folgende Abschnitt beschreibt den gegenwärtigen Stand der Forschung.

## Neurobiologie und soziale Umwelt

Zwischen dem menschlichen Genotyp und dem aktuellen Verhalten eines Individuums besteht, daran sollte nun kein Zweifel mehr möglich sein, keine Eins-zu-Eins-Relation. Das menschliche Verhalten ist, allein auf der biologischen Seite, durch eine Vielzahl von Einflüssen, Entwicklungen und Auswirkungen gekennzeichnet. Hinzu kommen die starken sozialen Effekte sowie ein Faktor, den man mit der psychischen Entwicklung eines Individuums bezeichnen kann. Letzteres bezieht sich auf die Tatsache, dass es erhebliche intraindividuelle Unterschiede im Lebensverlauf im Verhalten eines Menschen geben kann, die auch durch Erfahrung, Lernen und Reifung beeinflusst werden. Zwischen dem Gen und dem Verhalten steht eine kaum überschaubare Kette von Zwischenschritten, die über Proteine, Transmitter, neuronale Netze und mentale

Repräsentationen laufen, um nur wenige grobe Marker zu benennen, die sich wiederum im Lebensverlauf vollkommen unterschiedlich gestalten können.

Blickt man zunächst auf die biologische Domäne des Verhaltens im weitesten Sinne, so hat sich in der jüngeren Vergangenheit ein Forschungsstand entwickelt, der auch für Sozialwissenschaftler vielfältige Überraschungen bereithält. Innerhalb der Neurowissenschaften, die Beiträge aus verschiedenen Disziplinen wie der Neurobiologie, der Molekularbiologie, der Kognitions- und Persönlichkeitspsychologie, der Psychiatrie sowie nicht zuletzt der Philosophie zu integrieren versuchen, wird zunehmend der Einfluss sozialer Faktoren auf die zentralen Gegenstände der Forschung anerkannt und in die entsprechenden Modelle eingefügt. Eric Kandel, einer der einflussreichsten Neurowissenschaftler, hat vor wenigen Jahren in zwei vielbeachteten Artikeln versucht, auf diesem Hintergrund ein neues Bild der Psychiatrie zu zeichnen, das die Dichotomie von Anlage und Umwelt zu überwinden trachtet (Kandel 1998; Kandel 1999).

Der Einfluss des sozialen Systems auf das biologische System beginnt in den Genen selbst. Gene steuern die Produktion von Proteinen, die wiederum die Startelemente zu einer Vielzahl von Kaskaden weiterer biologischer Prozesse darstellen. Während die Gensequenz und die Fähigkeit zur Replikation der Gene selbst nicht von externen Effekten beeinflusst werden kann, ist es die Expression der Gene, also die Startfunktion für biologische Prozesse, die erheblichen externen Einflüssen unterliegt (Kandel 1998). Interne Stimuli und Umweltstimuli sind demnach in der Lage, die Häufigkeit dieser Prozesse zu regulieren. Dazu gehören Stimuli wie Schritte in der Entwicklung des Gehirns, Hormone, Stress, Lernen und soziale Interaktionen. Soziale Einflüsse werden dem Forschungsstand zufolge in biologische Schritte übersetzt und wirken sich auf diese Weise potenziell auf sämtliche Körperfunktionen und –prozesse aus, nicht zuletzt auf das menschliche Gehirn. Der zentrale Ansatzpunkt, an dem mentale Zustände des Menschen, normale wie gestörte Zustände, untersucht werden sollten, ist nach Kandel (1998: 464) die Genexpression (vgl. Flanagan & Leslie 1997).

Wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben wurde, ist die Basis für das menschliche Bewusstsein das biologische Gehirn. Psychisches System und biologisches System sind zwar nicht identisch, aber es gibt keine mentalen Phänomene ohne biologisches Substrat. Im Gegensatz zu Überzeugungen, die bisweilen bis heute noch üblich sind, bedeutet dieser Befund jedoch keine Absage an psychosoziale Effekte, welche das psychische System treffen. Wie Kandel in verschiedenen Arbeiten herausgestellt hat, sind diese Effekte in der Lage, nachhaltige Änderungen im biologischen Substrat zu produzieren. Lernprozesse etwa verändern die Struktur und die Funktion von Nervenzellsynapsen durch die beschriebenen Regulationen der Genexpression (Kandel 1989). Da das biologische Substrat die Basis für mentale Phänomene ist, wird auf diese Weise auch das Erleben und Denken des Individuums potenziell verändert.

Der biologische Hintergrund für den nachgewiesenen Einfluss der Umwelt auf das Gehirn ist ein Phänomen, das in der Neurobiologie unter dem Stichwort der ‚neuronalen Plastizität‘ bekannt ist. Neuronale Plastizität beschreibt

die Fähigkeit des Gehirns, sich in Abhängigkeit von internen und externen Anforderungen zu verändern und zu reorganisieren (Clifford 1999; Kolb & Wishaw 1998). Die Veränderung findet primär in der Verschaltung der Nervenzellen untereinander statt. Die ungefähr 100 Milliarden Nervenzellen des menschlichen Gehirns besitzen *jeweils* 10.000 Input-Stellen, dies vermag die Komplexität schon auf der Ebene einzelner Nervenzellen zu verdeutlichen (Baars 1998: 23). Die Neuronen des Gehirns sind in der Weise miteinander vernetzt, dass man von jeder Zelle aus in höchstens sieben Schritten zu jeder anderen Zelle gelangen kann. Obwohl die Verbindungen bei jeder Tätigkeit des Gehirns neu aufgebaut werden müssen, sind für zentrale Funktionen die Verbindungen vorgebahnt. Einige Nervenverbindungen werden immer und immer wieder aufgebaut, und die Konsistenz dieser Verbindungen erlaubt es dem Gehirn, Routinen abzuarbeiten und Funktionen in noch schnellerer Geschwindigkeit zu bewältigen, als wenn die Verknüpfungen jeweils neu hergestellt werden müssten. Unter der Begrifflichkeit des neuronalen Netzes waren diese teils regelhaften, teils immer wieder neu herzustellenden Verbindungen im vorherigen Kapitel beschrieben worden. Nur ein kleiner Teil dieser neuronalen Netze dient, wie schon verschiedentlich angesprochen wurde, dem bewussten Erleben und Denken. Die Mehrheit der Netze reguliert unbewusste körperliche Funktionen.

Seit den Experimenten von Donald Hebb in den 1940-er Jahren weiß man um die neuropsychologische Basis von Verhaltensänderungen durch verschiedene Umweltbedingungen während des Aufwachsens (Milner et al. 1998; Kolb & Wishaw 1998; Schrott 1997). Die Möglichkeiten der Modifikation ergeben sich aber nicht nur unter der Reifung des Gehirns. Seit längerer Zeit schon ist bekannt, dass mit jeder Erfahrung, die wir machen, sich auch die neuronale Basis unseres Gehirns dahingehend verändert, dass synaptische Verbindungen neu geschaltet werden. Mit den Veränderungen der strukturellen Eigenschaften des Gehirns sind nach allen Erfahrungen auch Veränderungen der funktionalen Eigenschaften verbunden, die letztlich auch zu modifiziertem Denken, Fühlen und Verhalten führen können.

Es gibt dem Forschungsstand zufolge drei Formen der neuronalen Plastizität (Clifford 1999). Eine Form geschieht unabhängig von externen Stimuli durch Reifung (*experience-independent*). Eine zweite Form besteht darin, dass externe Stimuli in gewisser Weise vom Gehirn erwartet werden, damit im Reifungsprozess die normale Funktionsfähigkeit ausgebildet werden kann (*experience-expectant*). Das Ausbleiben der Stimuli kann zu den bekannten Deprivations-effekten führen, die experimentell im Tierversuch nachgewiesen wurden und auch bei Kindern und Jugendlichen durch adverse Erziehungsumgebungen verschiedentlich beobachtet worden sind. Die dritte Form der Plastizität beschreibt neuronale Veränderungen durch gemachte Erfahrungen (*experience-dependent*). Hierbei handelt es sich um Veränderungen, deren Ausbleiben nicht zu nachhaltigen Effekten geführt hätte. Lernen in jedweder Form ist eine solche erfahrungsabhängige Plastizität. Erfahrungsabhängige Plastizität hat eine Reihe von Änderungen auf der neuronalen Ebene zur Folge. Dazu gehören Zunahmen

im Umfang des Gehirns, eine zunehmende Dicke der Hirnrinde (Kortex), Vergrößerungen der Neuronen selbst, aber auch Unterschiede an den Nervenarmen und in der Anzahl der Synapsen je Nervenzelle (Kolb & Wishaw 1998).<sup>4</sup>

Jede neue und gespeicherte Erfahrung ist somit nichts anderes als eine Form des Lernens. Um das Gelernte bewusst oder unbewusst reproduzieren zu können, ist es notwendig, Informationen aus dem Gedächtnis abrufen zu können. Daher verwundert es kaum, dass sich um die Frage von Informationsspeicherung und Abrufung eine immense Forschungstätigkeit seit Jahrzehnten aufgebaut hat (hierzu und zum folgenden: Milner et al. 1998). In der neurobiologischen Perspektive existieren zwei Gedächtnissysteme. Im deklarativen bzw. expliziten Gedächtnis können Informationen über erlebte Fakten und Ereignisse bewusst abgerufen werden. Das explizite Gedächtnis ist im Grunde das, welches wir umgangssprachlich mit der entsprechenden Begrifflichkeit betiteln. Daneben existiert nach Überzeugung der Lehrmeinung noch ein zweites System, das nicht-deklarative bzw. implizite Gedächtnis. In diesem System werden Verhaltensfertigkeiten oder die Fähigkeiten, adäquat auf bestimmte Stimuli zu reagieren, gespeichert. Zu solchen Verhaltensfertigkeiten gehört etwa das (mehr oder weniger schnelle) Schreiben auf der Tastatur oder die Reaktion auf bestimmte Stimuli wie die zum Teil nicht bewusste Reaktion auf Ampelzeichen während der Autofahrt. Weiterhin zählt zum impliziten Gedächtnis der sogenannte Priming-Effekt. Darunter versteht man das Phänomen, Objekte in einer Menge anderer wiederentdecken zu können, wenn sie einem zuvor schon begegnet sind. Bekannte Priming-Effekte sind verbunden mit den in der Psychologie beliebten Kippfiguren, die man dann identifizieren kann, wenn man einmal die adäquate Sichtweise entwickelt hat. Auch die Phänomene der klassischen Konditionierung von Verhalten auf einen Stimulus hin, unterliegen dem System des impliziten Gedächtnisses.

Auf der zellbiologischen Ebene sind gespeicherte Informationen mit der neuronalen Plastizität verbunden. Informationen werden nicht in einzelnen Zellen gespeichert, sondern durch die synaptischen Verbindungen von Zellkomplexen. Lernen geschieht somit durch veränderte synaptische Verbindungen. In diesem Zusammenhang werden die Prozesse in den Systemen in Kurz- und Langzeitgedächtnisse unterschieden. Langzeitspeicherung bedarf offensichtlich zusätzlicher biologischer Komponenten in Form von Proteinen, damit es zu einer dauerhaften synaptischen Verbindung kommen kann (Milner et al. 1998).

Neuronale Plastizität in Abhängigkeit von der sozialen Umwelt ist die Grundlage, um von menschlicher Individualität im biologischen Sinne sprechen zu können. Individualität stellt sich, neben einer durchaus verschiedenen genetischen und neurobiologischen Beschaffenheit bei der Geburt, eben durch unterschiedliche Erfahrungen ein, die sich wiederum in einer individuellen Plastizitätsstruktur niederschlagen. Die landläufige Meinung, dass ein menschlicher Klon auch zu einem gleichen Menschen führen werde, ist demnach nicht stichhaltig. Wenn ein biologisch gleichartiger Klon von mir nicht in einer westeuropäischen Universitätsstadt einen großen Teil seines Lebens verbringen würde, sondern im Dschungel des Amazonas, dann käme ein absolut unter-

schiedlicher Mensch dabei heraus (Greenfield 2000: 56ff). Schon die Größe und das Gewicht würden durch die verschiedenen Lebensumstände, beispielsweise Ernährung und Lebensstil, bestimmt. Und noch dramatischer wären die Differenzen in unseren kognitiven und sozialen Fertigkeiten.

Was lässt sich aus dieser Darstellung der neuronalen Plastizität für den Zusammenhang von sozialer Umwelt und der Neurobiologie des menschlichen Gehirns schließen? Es sollte deutlich geworden sein, dass sich Erfahrungen psychosozialer Art kurz- und langfristig in der Struktur des Gehirns niederschlagen. Jede Form des Lernens, sei es zu Zeiten der Hirnreifung während Kindheit und Adoleszenz oder aber mit ausgereiftem Hirn später, kann zu nachhaltigen Veränderungen in der biologischen Struktur führen, was sich wiederum auf Funktionen und Fähigkeiten auswirkt. Aus dieser Perspektive spielt es zunächst keine Rolle, ob die Erfahrungen, die das Individuum macht, sich positiv oder negativ bemerkbar machen. Ein traumatisches Erlebnis oder das Verlernen gesundheitsabträglicher Verhaltensweisen kann nur dann nachhaltige Folgen zeitigen, wenn es zu Veränderungen in der synaptischen Struktur in den entsprechenden neuronalen Netzen kommt (Kandel 1989).<sup>5</sup>

Störungen der menschlichen Psyche hängen nach dieser Perspektive in jedem Fall mit genetischen Komponenten zusammen. Dies schließt jedoch Effekte der psychischen Entwicklung sowie soziale oder andere Umwelteinflüsse nicht aus, sondern vermag die Wirkungsweise erst zu klären. Wie Kandel (1998) anschaulich beschrieben hat, trägt bei Krankheiten mit einem starken Vererbungsanteil wie Psychosen ein mutiertes Gen bzw. eine Kombination aus solchen Genen zu den anschließenden Störungssymptomen wesentlich bei. Es kann mit gutem Grund vermutet werden, dass typische Symptome wie Wahnideen oder Halluzinationen mit einer ‚abweichenden‘ synaptischen Plastizität zu tun haben, die sich als besondere Form von Assoziationsfähigkeit bemerkbar macht (Jeffery & Reid 1997). Aber auch bei den sogenannten ‚erworbenen‘ Krankheiten wie Neurosen ist die Genetik an prominenter Stelle beteiligt. Hier ist jedoch nicht die Mutation entscheidend, sondern die veränderte Expression einzelner Gene durch Umweltstimuli, die sich dann in den gerade beschriebenen Lerneffekten durch synaptische Verbindungen niederschlagen können.

## Soziale Stressoren, Stressverarbeitung und Vulnerabilität

Umwelt Ereignisse können sich potenziell negativ auf die Gesundheit des Menschen auswirken. An dieser Stelle muss nun genauer spezifiziert werden, was im einzelnen zu einer gesundheitsabträglichen Entwicklung beiträgt. Im Rahmen einer langen Tradition von zunächst psychologischer und sozialwissenschaftlicher Forschung, die später auch Einzug in die Medizin gefunden hat, ist der Faktor *Stress* als ein besonders bedeutsamer Wirkmechanismus untersucht worden.<sup>6</sup> Stress kann vielfältige Ursachen haben. Wenn gleich im folgenden soziale Stressoren im Mittelpunkt der Analyse stehen, muss darauf hingewiesen

werden, dass auch nicht-soziale Entwicklungen Anlass für Stress geben können. Dazu zählen beispielsweise körperliche oder psychische Krankheiten, die von den Betroffenen ebenfalls als erhebliche Stressoren erlebt werden.

Auf einer noch recht allgemeinen Ebene ist der Faktor Stress ein Effekt, mit dem das davon betroffene Individuum umzugehen hat. Stress bedeutet nicht notwendigerweise negative Folgen für die Gesundheit. Es kommt immer auf das Ausmaß des Stresses sowie auf die Verarbeitungsmöglichkeiten an. Auch kleine Stressoren können dann schädigende Auswirkungen haben, wenn keine Bewältigungsmöglichkeiten entgegen gesetzt werden können. Und anders herum gilt, dass erhebliche Stressoren unwirksam bleiben können, wenn das davon betroffene Individuum Möglichkeiten des Umgangs gefunden hat. Wenn wir über Stress reden, handelt es sich immer um die Relation von externer Umwelt und Individuum. Wie in den meisten anderen Bereichen der Biologie und der Medizin, kann hier nicht automatisch von einer linearen Beziehung zwischen Stress und Folgen ausgegangen werden. Stress entsteht dann, wenn zwischen dem Individuum und den Anforderungen, die an es gestellt werden, Diskrepanzen im Sinne nicht vorhandener Bewältigungsmöglichkeiten entstehen.

Die Stressreaktion des Individuums wird von verschiedenen Einflüssen wiederum gesteuert. Die Unterschiede zwischen Individuen werden – wie oben bereits beschrieben wurde – auch durch die genetische Ausstattung des biologischen Systems mitgesteuert (Kendler et al. 1991; McEwen & Stellar 1993; Busjahn et al. 1999). Über die Genetik hinaus spielen die körperliche und psychische Entwicklung selbst eine große Rolle sowie als Teil davon die Erfahrungen, die man bei früheren Gelegenheiten im Umgang mit Stress gemacht hat. Und was aus medizinischer Sicht häufig vergessen wird, ist die Einbettung in das soziale System, die mindestens genauso wichtig ist wie die zuvor genannten Bedingungen des biologischen und des psychischen Systems (Aneshensel 1992; Thoits 1995). Darauf wird natürlich noch extensiv einzugehen sein.

Sowohl im psychosozialen wie im medizinischen Sprachgebrauch hat sich für die Beschreibung dieses Sachverhaltes der Begriff der ‚Vulnerabilität‘ des betroffenen Individuums mittlerweile durchgesetzt. Übersetzt meint dieser Begriff die Verletzlichkeit die wir alle in irgendeiner Ausprägung mitbringen. Zumeist wird die Vokabel der Vulnerabilität in Beziehung zum Stress gesetzt, so ist etwa das sogenannte *Vulnerabilitäts-Stress-Modell* seit der vielzitierten Arbeit von Zubin und Spring (1977) das vorherrschende ätiologische Modell der Schizophrenie. Es bestehen allerdings erhebliche Abgrenzungsprobleme der Vulnerabilität gegenüber dem Sachverhalt der Bewältigungsmöglichkeiten, die heute in der Regel mit dem neudeutschen Begriff des Coping benannt werden; auch dies ist dem seinerzeitigen Beitrag von Zubin und Spring (1977) schon zu entnehmen. Unter Coping versteht man primär Verhaltensanstrengungen (Coping hat aber auch eine kognitive Komponente), welche auf spezifische externe und/oder interne Anforderungen reagieren, welche die Ressourcen des Individuums angreifen oder übersteigen (Heim 1998). Coping und Vulnerabilität stehen offensichtlich in einem reziproken Verhältnis, wer verletzlich ist, hat wenig Copingmöglichkeiten, und wer über ausreichende Copingressourcen

verfügt, es relativ wenig verletzlich. Wo sich diese Kategorien jedoch unterscheiden, ist die Spezifität der Wirkungen. Vulnerabilität bezieht sich auf das Risiko der Ausbildung distinkter Krankheiten, fehlende Bewältigungsmechanismen lassen sich jedoch nicht einer Krankheit zuordnen, sondern sind in der Ätiologie nahezu aller psychiatrischen Krankheitsbilder zu finden.

Frühere Konzeptionen von Vulnerabilität und Stress haben diese Faktoren noch als recht statische Eigenschaften modelliert. So ist etwa in der schon mehrfach zitierten Arbeit von Zubin und Spring (1977) Vulnerabilität als eine Persönlichkeitseigenschaft beschrieben worden. Demgegenüber wird in neueren Arbeiten die Dynamik der Vulnerabilität, ebenso wie die Dynamik der Stressoren, untersucht (Nicholson & Neufeld 1992). Unter dem Eindruck statischer Gegebenheiten ist die Einwirkung von Stress auf ein Individuum häufig als Herstellung eines Ungleichgewichtes genant worden. Der aus der Allgemeinen Systemtheorie entlehnte Begriff der Homöostase ist in diesem Zusammenhang auch außerhalb des medizinischen Kontextes bis hinein in die Ratgeberliteratur diffundiert.

Die Gleichgewichtsmetapher ist jedoch bei näherem Hinsehen kaum geeignet, die tatsächlichen Gegebenheiten abzubilden. Die Mehrzahl der körperlichen und psychischen Funktionen hat kein stabiles Gleichgewicht, sondern eine Spanne, innerhalb derer die Funktionen normal operieren können. Zu unterschiedlichen Zeitpunkten fallen die Spannweiten der Funktionsfähigkeit verschieden aus; bei allgemeiner Gesundheit sowie bei jüngeren Menschen ist die Spanne in der Regel breiter. Um zusätzlich chronische Belastungen beschreiben zu können, hat der Physiologe Bruce McEwen vorgeschlagen, den Begriff der *allostatischen Belastung* einzuführen (McEwen & Stellar 1993). Darunter versteht er die zu gegebenen Zeitpunkten unterschiedlich starke Beanspruchung eines Organismus, und gerade die unterschiedliche Belastung, das Auf und Ab des Stresses, kann eben zu dieser kumulierten Beanspruchung führen.

McEwen (1993) skizziert ein Modell mit einem sozialen Bereich, einem Verhaltensbereich sowie einem biologischen Bereich, um die verschiedenen Angriffs- und Reaktionspunkte auf Stressoren zu beschreiben, das mit dem biopsychosozialen Modell prinzipiell konform geht. Der soziale oder auch psychische Stimulus wird demnach von psychosozialen Kontexten im weitesten Sinne beeinflusst. Dazu zählt McEwen auch den Sozialstatus des betroffenen Individuums. Psychosoziale Konflikte und psychische Belastungen gelten aufgrund der sozialen Lebensweise der Spezies Mensch auch in der Neurobiologie als wichtigste Auslöser von Stressreaktionen (Huether et al. 1996; Hüther 2001: 101). Ebenso wie der Stimulus selbst wird die Verarbeitung des Stimulus durch die soziale Sphäre, insbesondere durch die Biografie und die damit verbundene Geschichte des Lernens gesteuert. Von der biologischen Seite her werden genetische Prädispositionen, der Entwicklungsstand sowie das Geschlecht als zentrale Co-Faktoren angegeben. Mitentscheidend ist hier die subjektive Reaktion auf den Stimulus. Die biologisch und lerngeschichtlich entstandenen Eigenschaften der Persönlichkeit bilden gewissermaßen Filter gegenüber den externen Stimuli und steuern den Prozess mit, ob der Stimulus überhaupt als Stress erfahren

wird. So ist etwa die Persönlichkeitseigenschaft des Neurotizismus (eine der ‚Big Five‘) als unabhängiger Prädiktor sowohl für psychische als auch für körperliche Störungen bekannt (Neeleman et al. 2001a). Innerhalb der Psychosomatik wird daher auch explizit von einer konstruktivistischen Perspektive gesprochen, die in diesem Zusammenhang einzunehmen sei (Biondi & Picardi 1999).

Für die Verarbeitung ist es von besonderer Bedeutung, ob der Stimulus als Bedrohung ausgemacht wird oder nicht. Kann unter dem Gefühl der Bedrohung eine Ursache zugeschrieben werden, stellt sich die Frage, ob eine geeignete Antwort zur Verfügung steht. Diese Antwort muss nicht immer gesundheitsförderlich sein, der Konsum psychotroper Substanzen ist eine häufige Antwort auf wahrgenommenen Stress. Die gleiche Situation kann bei anderen Individuen zu Ängsten und Hilflosigkeit führen. Bei unbekannter Quelle des Stressors entwickelt sich potenziell ebenfalls eine Angst- und Übervorsichtigkeitsreaktion. Für die weitere Verarbeitung auf der biologischen Seite stehen nun zwei Systeme zur Verfügung, das neuronale System und das endokrine (hormonelle) System. Wenn man die gleich noch zu diskutierenden Folgen für das Gehirn und das psychische System einmal beiseite lässt, so wirken sich diese den Stress vermittelnden Systeme insbesondere auf das Immunsystem und das Herz-Kreislaufsystem aus und können dort von der Anfälligkeit für Virusinfektionen bis hin zu Metastasen von Tumoren verschiedene schädliche Effekte haben.

Länger andauernder Stress bleibt aber auch für das Gehirn nicht ohne Folgen, es kann zu Veränderungen der neuronalen Netzstruktur kommen (McEwen & Sapolsky 1995; Huether et al. 1996; Huether 1996; Huether et al. 1999; Hüther 2001). Je nach Art des Stressors sowie nach Ausprägung der Vulnerabilität des betroffenen Individuums sind neue Bahnungen auf der neuronalen Ebene, reversible Veränderungen, aber auch bleibende neuronale Verluste möglich. Kontrollierbarer Stress kann als Trigger für stabilisierende Bahnungsprozesse wirken. Kontrollierbar ist der Stress dann, wenn geeignete Strategien zur Verfügung stehen, diese jedoch nur mit einem gewissen Anstrengung erreicht werden können (Huether et al. 1996). Bei mehrfach auftretenden gleichartigen Stimuli kann es zu einer Anpassungsreaktion kommen, durch die das Individuum für die Zukunft bei ähnlichen Situationen besser gerüstet ist, es handelt sich um einen erlernten Umgang mit diesen Belastungen.

Bei unkontrollierbarem Stress kann es ebenfalls zu erheblichen Reorganisationen auf neuronaler Ebene kommen. Prinzipiell dienen diese Reorganisationen auch der Anpassung an neue Gegebenheiten, die mit dem bisherigen Verhaltensrepertoire nicht mehr zu bewältigen sind. Die Labilisierung und Auslöschung alter Muster ist in der Regel die Voraussetzung für die neue Bahnungen, dies schafft, so Hüther et al. (1996: 121), die Flexibilität für notwendige Neuerungen. In solchen Situationen kommt es allerdings auch zu einer Schwächung des Individuums und zu einer potenziellen Dekompensation, so dass psychopathologische Entwicklungen eher möglich sind.

Neben diesen zum Teil als Chance zu wertenden Veränderungen durch unkontrollierbaren Stress können jedoch auch erhebliche beeinträchtigende Veränderungen im Gehirn entstehen. In einem zentralen Teilgebiet des Gehirns,

das wesentlich über Gedächtnisfunktionen sowie Lernen bestimmt, dem sogenannten Hippocampus, sind Atrophien (Verkümmierungen) von Nervenzellfortsätzen nach Stressexposition gefunden worden. Entsprechende Befunde sind sowohl im Tierversuch (Magarinos et al. 1997) als auch beim Menschen (Übersicht bei McEwen 1999) erhoben worden. Diese wirken sich zweifelsohne auf kognitive Funktionen wie Denken und Gedächtnis aus (McEwen & Sapolsky 1995).

Eine Vulnerabilität gegenüber psychosozialen Stress kann Ursache *und* Folge einer pathologischen Entwicklung sein. Nicht selten kumulieren bei verschiedenen psychopathologischen Verläufen Ursachen und Folgen. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn die biopsychologische Ausgangslage dazu führt, dass positive psychische und soziale Kompetenzen nicht ausgebildet werden. Die Nichterreichung bestimmter Entwicklungsziele und –schritte muss aber nicht in jedem Fall der biologischen Konstitution zuzuschreiben sein. Frühe Sozialisationserfahrungen wie Missbrauch oder Vernachlässigung können in einem ebenso ausgeprägten Maße zu später wirksamen Risiken führen (Rutter 1999). Es handelt sich um eine ständige Auseinandersetzung zwischen dem Entwicklungsstand des Individuums und den externen Erfahrungen bzw. Stressoren. Die im vorherigen Abschnitt angesprochene erfahrungsabhängige neuronale Plastizität ist der Mechanismus, über den negative Erfahrungen in spätere kognitive und affektive Problemlagen übersetzt werden (Post & Weiss 1997). Die Stressverarbeitung eines Individuums kann durch früh erlebten psychosozialen Stress selbst wiederum negativ getriggert werden. Frühe negative Erfahrungen führen dann zu biologischen Stressverarbeitungsmechanismen, die sich im späteren Lebenslauf ungünstig auf das weitere Coping auswirken können (Huether 1996).

Die Risikofaktoren, die schon bei der Geburt durch biologische bzw. in der Kindheit durch soziale Einflüsse vorhanden sein können, führen in der Regel nicht direkt zu Krankheitssymptomen, sondern eher zu einem Entwicklungsstand, der wiederum selbst ein eigener Risikofaktor darstellt. Dies ist etwa dann der Fall, wenn ein Individuum in der Adoleszenz kaum andere stressreduzierende Chancen sieht als den Konsum von Suchtmitteln. Der Suchtmittelmissbrauch ist dann selbst ein eigener Risikofaktor, der sich im psychischen System als ein gelerntes Copingmuster verfestigen kann und im sozialen System zu Interaktionen mit bestimmten Peer-Groups führt, die ebenfalls diesem Copingmuster folgen.

Eine Verletzlichkeit gegenüber externen Stressoren kann, wie schon angedeutet wurde, generell biologische, psychische sowie soziale Elemente beinhalten, die sich gegenseitig positiv, aber auch negativ beeinflussen können. Vulnerabilität auf der biologischen Systemseite ist immer mit dem Reife- und Entwicklungsstand des Gehirns verbunden. Wie bei der Darstellung der Entwicklungspsychopathologie einzelner Störungsbilder noch eingehender beschrieben wird, ist etwa bei der Schizophrenie dem gegenwärtigen Forschungsstand nach von einer neuronalen Entwicklungsstörung auszugehen. Diese Entwicklungsstörung ist vermutlich durch genetische Faktoren und durch andere biologisch wirk-

same Einflüsse wie intrauterine Ereignisse oder Geburtsergebnisse verursacht. Insgesamt kann die diesen Ereignissen nachfolgende Reifung des Gehirns zu einem Verletzlichkeitszustand führen, der die Betroffenen vulnerabel gegenüber Stressoren werden lässt, welche Nicht-Betroffene mit üblichen Ressourcen problemlos bewältigen können (Braun 1996; Braun & Bogerts 2000).

Die psychische Systemseite ist durch die strukturelle Kopplung eng mit dem biologischen System verbunden. In der Stressforschung wird daher gerne von personalen Dispositionen gesprochen, die sowohl Persönlichkeitseigenschaften und Copingstrategien umfassen als auch weitere Merkmale wie die Intelligenz, die genetische Prädisposition, Motivation und Fertigkeiten (Übersicht bei Skodol 1998). Wer durch biologische Risikofaktoren belastet ist, der verfügt wahrscheinlich über weniger psychische Ressourcen, um externe Stressoren zu bewältigen. Dies betrifft etwa den Stil der Stressbewältigung (unter anderem aktiv vs. passiv). Da dem Stressor wenige eigene Ressourcen entgegengesetzt werden können, kann es in der Folge zu potenziell schädlichem Konsum psychotroper Substanzen kommen, oder aber die psychopathologische Entwicklung selbst macht sich durch entsprechende Symptome bemerkbar. Allerdings ist der Zusammenhang von Persönlichkeitsmerkmalen mit Copingstrategien nicht zwingend, so dass sich in verschiedenen Untersuchungen beide Faktoren als voneinander unabhängige Prädiktoren für den Umgang mit sozialen Stressoren herausgestellt haben (Skodol 1998).

Auf der sozialen Seite des biopsychosozialen Modells können solche psychopathologischen Entwicklungen durch eine Vielzahl möglicher Einflussfaktoren behindert, toleriert oder aber gefördert werden. Von entscheidender Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Einbindung in und die Unterstützung durch soziale Netze (Übersicht bei House et al. 1988). Ebenso wie die biologische Ausstattung und der psychische Entwicklungsstand kann sich auch das soziale System als Vulnerabilitätsfaktor oder aber als Ressource des Individuums herausstellen. Vulnerabel wirkend sind soziale Systeme immer dann, wenn sie von den Betroffenen als nicht unterstützend bzw. mit Stressoren behaftet erlebt werden. Umstritten ist jedoch, welche spezifische Wirkung soziale Unterstützung hat. Diskutiert werden im allgemeinen zwei Modelle, das Puffer-Modell und das Modell des direkten Einflusses sozialer Unterstützung auf die psychische Befindlichkeit. Während das Puffer-Modell suggeriert, dass soziale Unterstützung die Wirkung sozialer Stressoren abfedern kann, sieht das Modell des direkten Einflusses eine generell positive Wirkung, die unabhängig vom Vorhandensein sozialer Stressoren ist. Neueren Studien zufolge bleiben die kausalen Mechanismen weiter kontrovers diskutiert. Während die allgemeine psychische Befindlichkeit eher durch den Puffer sozialer Unterstützung beeinflusst wird (Olstad et al. 1999), scheint sich zumindest bei depressiven Störungen, eher der direkte Einfluss sozialer Unterstützung bemerkbar zu machen (Wade & Kendler 2000). Jedoch sind auch hier Rückkopplungen mit dem psychischen System zu berücksichtigen. Vermutlich ist nicht die ‚objektive‘ und messbare Unterstützung im sozialen System entscheidend, sondern vielmehr die im psychischen System erlebte Unterstützung (Henderson 1998). An

dieser Stelle können natürlich auch schon frühe Symptome von Störungsbildern wirksam sein, die verhindern, dass soziale Unterstützung wahrgenommen und als positiv erlebt wird.

Soziale Unterstützung wirkt aber nicht nur aktuell in einer Stresssituation, sondern kann insbesondere im kindlichen Entwicklungsprozess Effekte zu einem späteren Lebensalter im psychischen System hervorrufen. So ist etwa bekannt, dass die entscheidende Determinante der Stressverarbeitung von Vorschulkindern ihr Vertrauen in die soziale Unterstützung ist (Huether 1996: 602). Gelingt es, den durch externe Stressoren Betroffenen durch eine ausreichende soziale Unterstützung diese aversiven Einflüsse zu bewältigen, dann ist die Wahrscheinlichkeit deutlich größer, dass es ihnen auch gelingen wird, psychische Copingmuster aufzubauen, die sie in der Adoleszenz sowie im Erwachsenenalter schützen können. Erfahrungen stoßen dann, wie oben schon angedeutet wurde, die Verarbeitungsmöglichkeiten späterer Erfahrungen an. Auf diese Weise prägen Ereignisse im sozialen System über Wirkmechanismen im psychischen System die neuronale Struktur des biologischen Systems (Braun 1996; Braun & Bogerts 2000). Die empirische Datenbasis für diese Aussage wird in den folgenden Abschnitten an verschiedenen Stellen dargestellt.

## **Soziale Stressoren: Traumata, kritische Lebensereignisse und chronische Stressoren**

Die vorangegangenen Abschnitte haben die Relevanz der sozialen Umwelt für die individuelle Entwicklung und die Wege der Einflussnahme der Umwelt auf die biopsychologische Reifung herausgestellt. Es ist nun näher zu beleuchten, welcher Art diese Einflüsse im menschlichen Leben sind. Aus soziologischer Sicht bekommt dabei der Definition sozialer Stressoren besondere Bedeutung zu. Stress als solcher ist – wie oben beschrieben – ein Missverhältnis zwischen externen Anforderungen und internen Adaptionismöglichkeiten. Dieses Phänomen ist, soziologisch gesehen, zunächst von geringerer Relevanz, da hierbei in hohem Maße biologische und psychische Faktoren beteiligt sind. Die Analyse der sozialen Stressoren fällt jedoch eindeutig in die soziologische Domäne, da diese definitionsgemäß ihren Ursprung in der sozialen Umwelt haben.

In der soziologischen Literatur über soziale Stressoren haben sich zwei Konditionen als dominant herausgestellt, ereignishafte Stressoren und chronische Stressoren (Aneshensel 1992; Pearlin 1989; Thoits 1995; Pearlin 1999). Zweifelsohne lassen sich soziale Stressoren jedoch nur auf theoretischem Wege in dieser Form dichotomisieren. In einer anderen Perspektive können soziale Stressoren vermutlich adäquater auf einem Kontinuum zwischen diskreten und kontinuierlichen Ereignissen dargestellt werden. Ein solches Kontinuum verschiedener sozialer Stressoren hat Wheaton (1999) modellhaft beschrieben. In Wheatons Modell, das den folgenden Ausführungen zugrunde liegt, werden auf der diskreten Seite plötzliche Traumata angeführt. Daneben stehen kriti-

sche Lebensereignisse, die von täglichen Widrigkeiten gefolgt werden. Weiter in Richtung kontinuierlicher Stressoren führt Wheaton Nicht-Ereignisse an, erwartete Ereignisse, die nicht eingetreten sind. Ihnen folgen am Ende auf der kontinuierlichen Seite des Kontinuums chronische Stressoren. Die soeben aufgeführten Stressoren sollen im folgenden eingehender beleuchtet werden.

Am diskreten Ende des Kontinuums stehen plötzliche Traumata, also Ereignisse, welche die körperliche und psychische Integrität mit einer hohen Wahrscheinlichkeit beeinträchtigen. Der Bedeutung traumatischer Ereignisse für Störungen des psychischen Systems wird seit einigen Jahrzehnten durch eine eigens formulierte Diagnose in den entsprechenden klinischen Manualen Rechnung getragen, der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Zu Traumata zählen etwa Gewalttaten, die am eigenen Leib erfahren werden müssen. Weiterhin werden Kriegserlebnisse, körperliche und sexuelle Missbrauchereignisse oder der Tod nahestehender Individuen zu den Traumata gerechnet. Schon diese Aufstellung macht deutlich, dass Traumata nicht nur einzelne diskrete Ereignisse sein können, sondern sich, etwa in Form von multiplen Vergewaltigungen oder dauerhaften Kriegserlebnissen, kumulieren können und in gewisser Weise auch als chronische Stressoren beschrieben werden können. Aufgrund dieser Zuordnungsprobleme definiert Wheaton (1999: 189) Traumata mit den folgenden drei Merkmalen. Erstens müssen Traumata eine größere Bedrohung als kritische Lebensereignisse darstellen; zweitens können sie als isolierte Ereignisse oder aber als längerfristige chronische Probleme auftreten; und drittens wird angenommen, dass Traumata gravierendere Auswirkungen auf das psychische System haben.

Zum Teil nur schwer abzugrenzen von diesen Traumata sind kritische Lebensereignisse. Hierunter werden konkret umschriebene Ereignisse verstanden, welche die Gesundheit der davon Betroffenen nachhaltig beeinträchtigen können. Beispiele hierfür sind der Tod eines nahestehenden Menschen, die Trennung vom Intimpartner, ein Umzug, eine Verhaftung, eine Abtreibung, eine unerwünschte Schwangerschaft, eine Insolvenz, der Verlust eines Arbeitsplatzes oder die Relegation von der Schule. Kritische Lebensereignisse gehören mit zu den am besten untersuchten sozialen Stressoren, in einer großen Anzahl von Arbeiten haben sich insbesondere die Psychologie, aber auch andere Sozialwissenschaften damit auseinandergesetzt. Die Prominenz dieses Forschungsthemas liegt vermutlich auch in methodischen Aspekten begründet (Wheaton 1999: 179). Diskrete Ereignisse wie der Tod eines Partners lassen sich gut operationalisieren und in einen zeitlichen Zusammenhang mit nachfolgenden Symptomen im psychischen System bringen.

Etwas weniger gravierende Ereignisse, mit denen wir alle in irgendeiner Form im Laufe der Woche konfrontiert werden können, sind sogenannte *Daily Hazards*. Dabei handelt es sich um Widrigkeiten des täglichen Lebens, also um Mini-Ereignisse, die kleinere Anpassungen erfordern, beispielsweise ein Stau auf dem Weg zur Arbeitsstelle, ein unerwarteter Besuch, Ärger mit den Nachbarn, ein nicht zu verstehendes Formular ausfüllen zu müssen oder manchmal auch das schlechte Wetter (Thoits 1995; Wheaton 1999). Diese Widrigkeiten

sind im Zusammenhang mit der Entwicklung psychopathologischer Symptome weniger als Ursachenfaktor relevant, jedoch nicht selten Auslöser für Krankheitsrückfälle bei vulnerablen Menschen, etwa bei chronischen psychotischen Erkrankungen oder aber bei Alkoholabhängigkeit.

Abgrenzungsprobleme anderer Art als die oben angesprochene Unterscheidung zwischen Traumata und Lebensereignissen sind zwischen der Wirkung diskreter Ereignisse insgesamt sowie chronischem Stress zu registrieren. Bei chronischen Stressoren wird auf längerfristige adverse Stimuli Bezug genommen. Ist aber für die Auslösung einer psychischen Störung der Jobverlust als Ereignis ursächlich zu sehen oder ist es die kontinuierliche Arbeitslosigkeit, welche dem Jobverlust gefolgt ist? Chronische Stressoren haben die folgenden Eigenschaften (Wheaton 1999: 183): In jedem Falle ist bei chronischen Stressoren zu erkennen, dass sie nicht notwendig mit einem diskreten Ereignis beginnen müssen, sondern auch langsam sich entwickeln können, etwa zunehmende Konflikte in der Partnerschaft. Typischerweise halten chronische Stressoren länger an und sie begrenzen sich in der Regel nicht selbst, wie es etwa kritische Lebensereignisse vermögen.

Chronische Stressoren können verschiedene Ausprägungen annehmen. Wie Wheaton (1999: 183f.) detailliert beschreibt, lassen sich abgrenzen: andauernde Bedrohungen; nicht zu erfüllende Anforderungen und Erwartungen (auch Rollenüberlastungen); strukturelle Einschränkungen (wie fehlende monetäre Ressourcen); mangelnde Belohnungen (etwa geringere Bezahlungen oder fehlende persönliche Anerkennung); die Komplexität diverser, möglicherweise nicht zu vereinbarender Anforderungen; Unsicherheiten; Konflikte.

Die Darstellung verschiedener sozialer Stressoren sollte verdeutlicht haben, dass die Exposition gegenüber sozialem Stress im Grunde nicht zu vermeiden ist. Jedes Individuum in der modernen Gesellschaft lebt mit dem Risiko, mehr oder minder häufig durch Traumata, Lebensereignisse und chronische Stressoren beeinträchtigt zu werden. Allerdings sind die Risiken nicht gleich verteilt. So ist etwa bekannt, dass Lebensbedingungen, die mit einem niedrigen Sozialstatus verbunden sind, mit mehr sozialen Stressoren belastet sind (Turner et al. 1995). Vor allem chronische Stressoren, die mit dem Wirtschaftssystem zusammenhängen, sind hier – wie nicht anders zu erwarten – weitaus häufiger als bei Individuen mit höherem Sozialstatus anzutreffen. Es ist von Bedeutung, dass die zunehmende Kumulation solcher Stressoren mit dem Risiko einer psychischen Erkrankung korreliert (Turner & Lloyd 1995).

## **Stress in Kindheit und Adoleszenz: eine biopsychosoziale Perspektive**

Für die Beschreibung sozialer Einflüsse auf psychische Erkrankungen muss eine Lebenslaufperspektive eingenommen werden (Hertzman 1999). Vor den sozialen Stressoren, denen sich Erwachsene gegenüber sehen, stehen im Lebenslauf potenziell weitere adverse Stimuli, nämlich allgemeine Milieufaktoren sowie

spezielle kindliche Gewalt- und Vernachlässigungserfahrungen, die sich, wie bereits angedeutet, ebenfalls abträglich auf die psychische Gesundheit auswirken können (Rutter 1999; Widom 1998; Cosentino & Collins 1996). Darüber hinaus sind jedoch auch diverse akute und chronische Stressoren potenziell wirksam, die mit dem Familiensystem zusammenhängen, insbesondere die Zusammensetzung der Familie. Trennungen der Eltern, aber auch neue Beziehungen der Elternteile bringen potenziell erhebliche Probleme für die davon betroffenen Kinder (Menaghan 1999). Wie in der sozialökologischen Sozialisationsforschung zu Recht betont wird, hat auch die ökonomische und weitere Umwelt des Familiensystems selbst eine besondere Bedeutung (Bronfenbrenner 1986; Grundmann et al. 2000). Dazu zählen etwa eine Arbeitslosigkeit eines Elternteils, die Arbeitsverhältnisse oder die Dauer der elterlichen Abwesenheit vom Kind (Menaghan 1999). Diese Sachverhalte werden im folgenden Kapitel eingehend analysiert.

Die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wird jedoch nicht nur durch nachgeburtliche Ereignisse mit verursacht. Grundlegende Lebenschancen werden offenbar schon während der Schwangerschaft vorbereitet. So existiert etwa ein gut dokumentierter Zusammenhang zwischen dem Geburtsgewicht und allgemeinen kognitiven Fähigkeiten im Lebensverlauf (Bäcker et al. 2000; Richards et al. 2001). Diesen Ergebnissen zufolge werden vor allem die kindlichen Fähigkeiten durch das Geburtsgewicht beeinflusst, und diese kindlichen Fähigkeiten sind gute Prädiktoren für den kognitiven Verlauf im späteren Leben. Das Geburtsgewicht korreliert hoch mit dem Kopfumfang und dieser korreliert wiederum mit der Größe des Gehirns, letztere hängt mit kognitiven Fähigkeiten zusammen. Während in der Allgemeinbevölkerung auf diese Weise offenbar das Gehirnvolumen und die kognitiven Fertigkeiten assoziiert sind, scheint dieser Effekt nicht innerhalb von Geschwistern zu bestehen (Schoenemann et al. 2000), was darauf hin deutet, dass der genetische Anteil an dieser Assoziation nur gering ausgeprägt ist. Ein in entgegengesetzter Richtung zu interpretierender Befund lässt allerdings auf einen deutlichen Zusammenhang zwischen Geburtsgewicht und Intelligenz bei männlichen Geschwistern schließen: Je schwerer der Junge bei Geburt, desto höher der Intelligenzquotient im Alter von sieben Jahren (Matte et al. 2001).

Die im Kindesalter zu beobachtenden kognitiven Probleme, aber auch Verhaltensauffälligkeiten von Kindern mit einem extrem geringen Geburtsgewicht (1000 Gramm und weniger) weisen zumindest innerhalb westlicher Länder keine kulturellen Unterschiede auf; dies lässt auf eine allgemeine Problemlage dieser Kinder schließen (Hille et al. 2001). Im Laufe des Lebens tragen Menschen, die mit einem geringen Gewicht geboren wurden, erhebliche Nachteile mit sich. Dieser Sachverhalt ist beispielsweise dokumentiert für den schulischen Erfolg. Kinder mit geringem Geburtsgewicht haben unabhängig vom sozioökonomischen Status ihrer Eltern im Schnitt geringere Schulabschlüsse (Conley & Bennett 2000). Hyperaktivität und Probleme in Freundeskreis von Jungen werden ebenfalls unabhängig vom Sozialstatus ihrer Eltern vom Geburtsgewicht beeinflusst (Kelly et al. 2001). Gleiches gilt für andere soziale Beziehun-

gen. So ist etwa die Rate der im späteren Leben verheirateten Menschen mit einem geringen Geburtsgewicht deutlich kleiner (Philips et al. 2001).

Die biopsychosoziale Situation von Kindern, so lassen sich die Befunde deuten, können sich im späteren Lebenslauf bemerkbar machen und zu nachhaltigen Effekten im psychosozialen Bereich führen kann. Man kann diese Befunde so lesen, dass die Vulnerabilität gegenüber Stressoren vom Geburtsgewicht mit bestimmt wird. Ein direkter Test dieser Hypothese ist unlängst anhand schwedischer Bevölkerungsregisterdaten vorgenommen worden (Nilsson et al. 2001). Hierbei zeigte sich ebenfalls nahezu ein linearer Zusammenhang zwischen dem Geburtsgewicht und zwei psychologischen Funktionstests, jedoch nur bis zu einem Geburtsgewicht von 4200 Gramm. Bei schwereren Kindern ging die Leistungsfähigkeit wieder zurück.

Weiterhin ist davon auszugehen, dass auch das soziale System über soziale Stressoren vermutlich schon vor der Geburt wirkt. Eine Schwangerschaft der Mutter ohne stabilen Partner war der stärkste Prädiktor vorgeburtlicher Risiken für psychische Probleme von Mädchen in Großbritannien (Kelly et al. 2001). Bei der Entstehung der Schizophrenie spielen dem gegenwärtigen Forschungsstand zufolge pränatale und geburtshilfliche Ereignisse eine nicht zu unterschätzende Rolle für die Ausbildung physischer Anomalien, die wiederum eine neuronale Entwicklungsstörung triggern können (McNeil et al. 2000a). Kongenitale Anomalien werden allerdings nicht nur durch körperliche Faktoren während der Schwangerschaft befördert, sondern es gibt auch einen Zusammenhang mit den Stressoren, welche die Mutter während der Schwangerschaft erlebt (Carmichael & Shaw 2000). Die Verbindung von kritischen Lebensereignissen und kongenitalen Anomalien ist vermutlich auf besonders schwere Ereignisse wie den Tod eines Kindes während der Schwangerschaft beschränkt (Hansen et al. 2000). Obwohl ein direkter Nachweis der Verbindung von sozialen Stressoren während der Schwangerschaft und der Schizophrenie der Kinder bis dato nicht bekannt ist, kann ein solcher Zusammenhang postuliert werden und besteht möglicherweise für die Ätiologie weiterer psychischer Störungen.

Die Familie, ihre Lebensbedingungen und ihre Interaktion sind ebenso an den Voraussetzungen für spätere psychische Störungen beteiligt. Ein Aufwachsen in Armut steigert sowohl die Risiken, in denen das Kind heranwächst als auch die negativen Effekte dieser Risiken (DiPietro 2000). So sind nicht nur mehr Frühgeburten in Haushalten mit niedrigem Einkommen zu finden, die Entwicklung der Frühgeburten wird darüber hinaus ebenfalls durch die vergleichsweise schlechteren Lebensbedingungen beeinflusst. Dazu gehört der vielfach replizierte Befund, dass in Haushalten mit einem höheren Sozialstatus erheblich häufiger mit dem Kind während der ersten Lebensjahre gesprochen wird (DiPietro 2000).

Mit diesen Befunden ist bereits angedeutet, dass die Vulnerabilität eines Individuums gegenüber externen Stressoren im späteren Lebenslauf vermutlich schon durch das frühe Erziehungsverhalten seiner Eltern mit gesteuert wird. Wie groß der Effekt des Erziehungsverhalten ist, kann jedoch kaum quantifiziert werden, da in der Regel bei den jetzt referierten Studien die genetischen

Anteile nicht kontrolliert wurden. Wie dem auch sei, in diversen Tiermodellen wurde gezeigt, dass sich die Art und Weise des mütterlichen Umgangs in den biologischen Stressverarbeitungsmechanismen der Kinder niederschlägt (Francis & Meaney 1999; Francis et al. 1999). Durch experimentelle Veränderungen, etwa die Trennung der Kinder von der Mutter, konnte gezeigt werden, dass sich eine Reihe von Unterschieden im neuronalen Transmitterhaushalt sowie in der hormonellen Reaktion (Hypothalamus-Hypophysen-adrenokortikales System; HPA-Achse) ergaben. Diese Reaktionen bildeten die Grundlage für die weitere Entwicklung der Stressverarbeitungsmechanismen der Kinder auch im höheren Lebensalter. Man kann in gewisser Weise von einer Konditionierung der HPA-Achse sprechen, deren Effekte sich lebenslang bemerkbar machen können (Hertzman 1999; DiPietro 2000).

Die referierten Tierbefunde finden sich offenbar auch beim Menschen. Die Arbeitsgruppe um Nemeroff untersuchte Stressverarbeitungsmechanismen von Frauen, die in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurden (Heim et al. 2000). Dabei zeigte sich, dass missbrauchte Frauen erhöhte Cortisol- und ACTH-Spiegel aufwiesen; dies indiziert den Autoren zufolge eine erhöhte biologische Vulnerabilität für spätere affektive Störungen sowie Angststörungen. Frauen mit Missbrauchserfahrung sowie psychopathologischen Symptomen einer Depression wiesen die höchsten Werte auf. Allerdings war die klinische Diagnose einer Depression nicht notwendig mit Missbrauch verbunden, was die Autoren dazu veranlasst, verschiedene pathophysiologische Subtypen der Depression zu postulieren.

Möglicherweise ist dieser Mechanismus von Gewalterfahrung und inadäquater Stressverarbeitung daran beteiligt, dass sich das elterliche Erziehungsverhalten über mehrere Generationen hinweg nur wenig verändert. So ist etwa bei Primaten wie Rhesusaffen ein Misshandlungsverhalten gegenüber den Kindern in mehreren Generationen beobachtet worden (Francis & Meaney 1999). Dieses Verhalten ist vermutlich mit den biologischen Effekten des Erziehungsverhaltens durch die eigenen Eltern gekoppelt. Das heißt, Gewalterfahrungen transformieren sich in neuronale und hormonelle Wirkungen, die wiederum dazu führen können, dass das Verhalten gegenüber den eigenen Kindern inadäquat sein kann. Der direkte Nachweis eines solchen Zusammenhangs mit ausreichenden methodischen Standards steht allerdings bis heute noch aus (Ertem et al. 2000). Unter adversen sozialen Lebensbedingungen wie Armut, Beziehungskonflikten und fehlender sozialer Unterstützung können aber auch mütterlicherseits Angst- und Depressionssymptome entstehen, welche in ein nicht-förderliches Erziehungsverhalten resultieren können, das sich potenziell negativ auf das Verhalten der Kinder wiederum auswirkt. Die ersten 18 Lebensmonate eines Kindes sind nach entsprechenden Untersuchungen etwa wegweisend für die emotionale Selbstregulation des Betroffenen (Rothenberger & Hüther 1997). Sanftes und beruhigendes Elternverhalten wirkt sich dabei wahrscheinlich positiv aus, so dass die Betroffenen eher in der Lage sind, emotionale Probleme im weiteren Leben zu meistern als Kinder, die dieses Verhalten nicht erfahren haben.

Diese neurobiologischen Befunde und Hypothesen haben tendenziell eine empirische Bestätigung aus einer anderen Forschungsrichtung, der schon vorgestellten Verhaltensgenetik, erfahren. In einer Studie aus dem Virginia-Zwillingsregister haben Kendler und Mitabeiter (2000a) unlängst den Zusammenhang zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und der Psychopathologie der untersuchten Zwillinge analysiert. Dabei wurde ein deutlicher Zusammenhang zwischen emotionaler Kälte der Eltern und psychiatrischen Auffälligkeiten der Kinder gefunden. Allerdings war der hierdurch erklärte Anteil an der Varianz der psychischen Störungen insgesamt vergleichsweise gering, so dass genetische Faktoren deutlich überwogen haben. Das Verhältnis zwischen elterlichem Verhalten und genetischen Anteilen wurde von den Autoren auf ca. 1:13 bis 1:60, je nach Störungsbild, angegeben.

Die gerade referierten Befunde machen deutlich, dass es in einer analytischen Perspektive häufig schwierig ist, zwischen verschiedenen beteiligten Faktoren zu unterscheiden. Das gilt auch für den Beitrag allgemeiner nachteiliger Milieufaktoren und besonderer Gewalt- bzw. Missbrauchsfolgen (Widom 1998). In Familien, die ohnehin durch elterliche psychische Probleme sowie Verhaltensauffälligkeiten belastet sind, ist das Risiko größer, dass die Kinder auch körperliche, seelische und sexuelle Gewalt erleben müssen. Wie in anderen Bereichen auch kommt es hier zu einer Kumulation und zu einer Interaktion zwischen verschiedenen Einflussfaktoren. So stellte sich in einer Zwillingsstudie über die Folgen sexuellen Missbrauchs in der Kindheit die geteilte Umwelt der Mädchen in der Familie als entscheidender Risikofaktor heraus (Dinwiddie et al. 2000). Die Autoren schließen daraus, dass es nicht allein der Missbrauch ist, der später zu psychopathologischen Symptomen führt, sondern diese Entwicklung durch das gesamte elterliche Verhalten den Kindern gegenüber mit gesteuert wird. In jedem Fall bleibt festzuhalten, dass Opfer von körperlichem, seelischem und sexuellem Missbrauch ein erheblich größeres Risiko haben, zu einem späteren Zeitpunkt in ihrem Leben psychisch zu erkranken. Die psychischen Folgen reichen potenziell von einem geringen Selbstwertgefühl über Angst, Phobie, Depression und Suchterkrankungen bis zu einer höheren Suizidalität der Betroffenen (Dinwiddie et al. 2000; Widom 1998). Als spezifische, auf Gewalterfahrungen folgende Symptome können darüber hinaus posttraumatische Belastungsstörungen und andere dissoziative Störungen gelten (Cosentino & Collins 1996).

Obwohl der sexuelle Missbrauch gelegentlich inflationär als Ursache psychischer Störungen ins Spiel gebracht wird, steht nach dem epidemiologischen Forschungsstand die kausale Beziehung zwischen Missbrauch in Kindheit und Jugend sowie nachfolgender Psychopathologie außer Frage. Im US-amerikanischen *National Comorbidity Survey* etwa betrug die Lebenszeitprävalenz irgendeiner psychischen Störung bei von Missbrauch betroffenen Frauen 78 Prozent, während die Vergleichsprävalenz nicht betroffener Frauen 49 Prozent ausmachte (Molnar et al. 2001). Das häufigste Störungsbild der Betroffenen war die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) mit knapp 40 Prozent. Das Risiko einer PTBS war bei Frauen mit Missbrauchshintergrund um das 10fache

im Vergleich zu nicht Betroffenen erhöht. Ein besonderes Risiko der PTBS ergab sich, wenn es zu einer Vergewaltigung durch Verwandte, vor allem aber durch Stiefverwandte und Bekannte gekommen war. Sexueller Missbrauch durch Fremde wurde von den Betroffenen eher selten berichtet, und er hatte auch weniger dramatische psychopathologische Folgen. Dies weist darauf hin, dass Gewalt, die im direkten sozialen Umfeld passiert, für die Betroffenen schlimmer wirkt, weil dadurch zum einen die Angst vor erneutem Missbrauch aktueller ist und weil zum anderen Vertrauensbeziehungen nachhaltig zerstört werden.

In Ergänzung zu einer psychiatrisch orientierten Traumaforschung haben Browning und Laumann (1997) eine explizit soziologische Perspektive in diesen Kontext eingebracht. Die Autoren beschreiben ein Lebenslaufmodell, das sexuelle Kontakte zwischen Kindern und Erwachsenen auf die Folgen für den weiteren sexuellen Lebensweg hin untersucht. Hier stellte sich heraus, dass die sexuellen Erwachsenen-Kinder-Kontakte erhebliche Konsequenzen für die davon betroffenen Frauen haben. Zu den Auswirkungen zählen offenbar frühe Sexualkontakte in der Adoleszenz, häufige wechselnde Sexualpartner vor dem 18. Lebensjahr, Schwangerschaften als Teenager und ein erhöhtes Risiko einer sexuell übertragbaren Infektion. Darüber hinaus wiesen die Mädchen mit Erwachsenen-Sexualkontakten im späteren Leben ein deutlich erhöhtes Risiko auf, Opfer eines erzwungenen Sexualkontaktes zu werden. Sämtliche der genannten Folgen können, wie leicht vorstellbar ist, wiederum nachteilige Effekte auf die psychische Gesundheit nehmen. Offensichtlich, so die Autoren, haben die betroffenen Frauen nicht lernen können, adäquate emotionale und kognitive Fertigkeiten zu entwickeln, die auch für sexuelle Kontakte notwendig sind. Dazu gehören etwa ihre Rechte, ‚Nein‘ zu sagen, und Verantwortung zu kommunizieren.

Von Bedeutung ist in dem Zusammenhang mit dem kindlichen Lebenslauf der Befund, dass es kindliche Lebensphasen gibt, die unterschiedlich auf externe Stressoren reagieren. So wird angenommen, dass der Tod eines Elternteils zwischen dem vierten und zehnten Lebensjahr gravierendere Effekte hat als vorher oder nachher (Rothenberger & Hüther 1997: 638). Hintergrund dieses Befundes ist vermutlich eine Lebensperiode, bei der die Hirnentwicklung vulnerabler auf drastische externe Veränderungen reagiert als in anderen Phasen. Nachfolgende psychopathologische Auffälligkeiten sind demnach vor allem dann zu erwarten, wenn zu diesem Lebensereignis weitere, insbesondere chronische Stressoren und mangelnde soziale Unterstützung hinzukommen.

Im weiteren Lebenslauf von Kindern und Jugendlichen ist dann eine einschneidende biologische Veränderung nicht selten die Grundlage für erhebliche Verhaltens- und Psychopathologieeffekte, die Pubertät. Neben den äußerlich sichtbaren Veränderungen durch den Reifungsprozess kommt es jedoch auch zu Einflüssen auf das Wachstum und die Funktion des Gehirns durch hormonelle Prozesse (Compas et al. 1995). Es ist offenbar nicht allein der geschlechtsspezifische Sozialisationsprozess, der dazu beiträgt, dass Verhaltensunterschiede in den Geschlechtern zu finden ist. Auch das biologische System in Form des Hormonhaushaltes trägt wesentlich dazu bei, dass bei Mädchen etwa eher

internalisierende Symptome wie Angst und Depression zu finden sind, während bei Jungen eher externalisierende Verhaltensweisen wie Aggressionen sich bemerkbar machen.

Mit der Pubertät stellt sich in der beginnenden Adoleszenz ein komplexes Gefüge von Vulnerabilitätsfaktoren ein, die sich sowohl im biologischen, als auch im psychischen und im sozialen System, in dem die Jugendlichen kommunizieren, bemerkbar machen. So können etwa die biopsychosozialen Risikofaktoren für die adoleszente Depression beispielhaft folgendermaßen beschrieben werden (Compas et al. 1995: 280f.): Auf der biologischen Seite bewirken die schon genannten Hormonveränderungen Dysregulationen im vielen neuroendokrinen Bereichen, bis hinein in den Schlafrythmus. Im psychischen System kann es zu Kognitionen und Emotionen kommen, die Selbstattributionen von Versagenserlebnissen fördern, zu negativen Selbstwahrnehmungen oder zu maladaptiven Copingmustern. Im sozialen System gewinnt die Peer-Group zunehmenden Einfluss, und auch hier können gesundheitsabträgliche Beziehungen zu Drogenkonsum und anderen potenziell negativen Effekten führen.

Die Pubertät ist aber nur ein biopsychosoziales Ereignis in der Jugend. Aus Sicht der Ätiologie psychischer Störungen geht das Risikoalter über die Pubertät hinaus. Im Grunde ist die gesamte Adoleszenz (ca. 12-18 Jahre) der Zeitraum, der die weitere Vulnerabilität beeinflusst (Spear 2000: 419). Zusätzlich zu den biologischen Veränderungen, und zum Teil auch hierdurch bedingt, wandelt sich in diesem Zeitraum auch das Sozialverhalten der Jugendlichen erheblich. Die Adoleszenten müssen sich soziale Fertigkeiten aneignen, die sie in die Lage versetzen, selbständig Problemlagen zu meistern und zentrale Lebensaufgaben (z.B. Partnerschaft) zu bewältigen.

Im Rahmen der Übung zunehmender Selbständigkeit spielen Risikoverhaltensweisen eine besondere Rolle; diese Eigenschaft teilen menschliche Adoleszenten übrigens mit Jugendlichen anderer Spezies, sowohl Primaten wie auch Nicht-Primaten (Spear 2000: 422). Risikoverhalten, die Suche nach starken Empfindungen und die Suche nach Neuem haben potenziell nachteilige Folgen für das psychische System. Nicht selten bewirkt das Risikoverhalten zusammen mit der altersüblichen Neugier den Konsum psychotroper Substanzen. Insbesondere bei männlichen Jugendlichen ist auch ein Anstieg gewalttätiger Verhaltensweisen zu erwarten. Beide Verhaltensweise sind bei Jugendlichen so weit verbreitet, dass der Umgang damit schon als Lebensaufgabe bezeichnet werden kann. Es handelt sich nicht um ‚abweichendes‘ Verhalten von Minderheiten, sondern um Verhalten, das im Rahmen einer ‚normalen‘ Sozialisation zu erwarten ist (Compas et al. 1995; Spear 2000). Allerdings sind nachteilige Folgen nur bei einem kleinen Teil der Betroffenen zu finden. Mit zunehmendem Alter sinkt das Risiko für riskantes Verhalten, und die meisten Jugendlichen wachsen aus dieser Zeit ohne nachhaltige Konsequenzen heraus.

Obwohl die Prävalenz psychischer Störungen sich in der Adoleszenz nicht wesentlich von den Krankheitsraten Erwachsener unterscheidet, sind besondere Eigenschaften der Verfassung des psychischen Systems Jugendlicher nicht zu übersehen. Dazu gehört etwa die Neigung zu extremeren Gefühlsauschlägen

als dies bei Erwachsenen üblicherweise zu finden ist. Die emotionale Volatilität ist deutlich ausgeprägter (Spear 2000: 429). Vermutlich hängen die stärkeren Stimmungsschwankungen sowohl mit Veränderungen im biologischen System wie im sozialen System zusammen. Auf der biologischen Seite führt die geschlechtsspezifische hormonelle Reifung möglicherweise dazu, dass junge Frauen Ereignisse in der sozialen Umwelt ‚dramatischer‘ erleben als in späterem Alter. Im sozialen System ist zweifelsohne eine erhebliche Steigerung der Anzahl von Ereignissen und auch kritischen Ereignissen zu verzeichnen. Dies beginnt mit der Aufnahme von Liebesbeziehungen, führt über einschneidende schulische und berufliche Entwicklungen bis hin zu vermehrten sozialen Konflikten in der Familie und möglicherweise auch in der Peer-Group.

Vor dem Hintergrund dieser Veränderungen und Spannungen, die sich biologisch, psychisch und sozial auswirken, kann es nicht verwundern, dass die Adoleszenz ein Zeitraum ist, in dem viele psychische Störungen ihren Ausgangspunkt nehmen. Dies gilt insbesondere für Suchterkrankungen, aber auch für depressive Störungen und Psychosen. Die biologische und psychische Reifung der Betroffenen begegnet in der Adoleszenz einem immensen sozialen Stresspotenzial, das nicht selten zum Auslöser von Abhängigkeitserkrankungen oder psychotischem Erleben wird.

Auf der anderen Seite kann nicht oft genug betont werden, dass die Auswirkungen von sozialem Stress durch die Reifung des biologischen Systems und die erworbenen Fertigkeiten des psychischen Systems ‚gefiltert‘ werden. Ausschließlich auf Risiken ausgerichtete Konzepte im Zusammenhang mit psychischen Störungen und sozialer Umwelt stoßen auf empirische Befunde, die zeigen, dass Kinder aus hochbelasteten sozialen Umwelten nicht ohne weiteres soziale und psychische Probleme entwickeln. In der mittlerweile schon fast klassisch zu nennenden Kauai-Studie haben Werner und Mitarbeiter bei ca. einem Drittel der hochbelasteten Kinder keine Auffälligkeiten im weiteren Lebensverlauf gefunden (Werner 1993; Werner 1997). Zu den frühkindlichen Risikofaktoren wurden in dieser Studie geburtshilfliche Traumata, chronische Armut, konflikthafte Familien sowie elterliche Psychopathologie bzw. Suchtmittelmissbrauch gezählt.

Neben den Risikofaktoren werden daher seit geraumer Zeit in der Kindheits- und Sozialisationsforschung protektive Faktoren, wie das schon eingangs ange-deutete Phänomen der Resilienz, untersucht (Blanz 1998). Resilienzfördernde Eigenschaften sind dabei sowohl im psychischen System wie im sozialen System gefunden worden. Im psychischen System zeichnen sich resiliente Kinder und Jugendliche durch Eigenschaften aus, die ihnen einen aktiven Umgang mit psychosozialen Problemen erlauben. Obwohl die Kinder zumeist nicht über eine hohe Intelligenz verfügen, setzen sie ihre Talente in konstruktiver Form ein, so dass aus der sozialen Umwelt entsprechende Rückmeldungen kommen und ihr Selbstwertgefühl relativ ausgeprägt ist (Werner 1997). In der Familie dieser Kinder, also im sozialen System, fanden Werner und Kollegen in der Regel eine ausreichend emotional tragende Beziehung, die zumeist durch Ersatzpersonen wie Großeltern aufgebaut wurden. Im weiteren Lebensverlauf orientierten sich

die resilienten Kinder nicht selten an Vorbildern wie Lehrern. Darüber hinaus wurden die Optionen, welche mit Passagen aus der Familie hinaus möglich waren, von den Betroffenen häufiger genutzt als von den ‚auffälligen‘ Kindern. Als einen entscheidenden Beitrag zum Wohlergehen der resilienten Kinder notiert Werner (1997: 104) die aktive Schaffung bzw. das aktive Aufsuchen von Umwelten, die sich wiederum positiv auf die Kinder selbst auswirkten: „Their individual dispositions led them to select or create environments that, in turn, reinforced and sustained their active approach to life and rewarded their special competencies and skills.“

Angesichts dieser empirischen Befunde müssen deterministische Theorien, wie es etwa die klassische psychoanalytische Theorie ist, als widerlegt betrachtet werden. Es sind offenbar nicht die ersten Jahre allein, die entscheidend für den Lebenserfolg und das Wohlergehen von modernen Individuen sind. Vielmehr müssen biologische Reifungsprozesse, psychische Entwicklungsprozesse und soziale Umweltveränderungen in Rechnung gestellt werden, um die Gesamtheit der bedingenden Faktoren zu beschreiben. Wie Jerome Kagan schreibt, bedeutet das im Gegenzug nicht, dass die Ereignisse der ersten Jahren vollkommen ohne Belang sind. „It only means that a fearful, quiet, tense two-year-old who has an uncertain environment remains malleable should benevolent changes occur, and a laughing, securely attached, smart two-year-old is not protected from angst should her life turn harsh.“ (Kagan 1998)

## Soziale Umwelt, Stressoren und psychische Erkrankung

In den vorherigen Abschnitten sind auf einer eher abstrakten Ebene Zusammenhänge zwischen sozialer Umwelt und der Funktionsweise des psychischen Systems berichtet worden. Darüber hinaus ist der Faktor ‚Vulnerabilität‘ in seiner Entstehung während der Kindheit und Jugend untersucht worden. Im folgenden sollen konkrete Wirkmechanismen dieser Zusammenhänge an verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern beschrieben werden. Es geht im Anschluss an den Abschnitt über proximale soziale Effekte um die Relation von adversen Ereignissen und Stressoren im menschlichen Leben und der daraus resultierenden Psychopathologie (Dohrenwend 2000). Allerdings wäre es erneut ein grobes Missverständnis, wenn der Zusammenhang zwischen sozialen Stressoren und psychischen Störungen als deterministisch gesehen würde. Epidemiologisch stellt sich die Relation als eine probabilistische Beziehung dar: ein Stressor ist weder eine notwendige noch eine hinreichende Bedingung für eine psychische Störung, das Erleben solcher Stressoren erhöht jedoch die relative Wahrscheinlichkeit für eine psychische Störung. Systemtheoretisch formuliert: das soziale System ist in der Lage, das biologische und das psychische System zu irritieren, aber nicht zu steuern. Welche Folgen dies für das psychische System hat, wird wiederum biologisch getriggert (ebenfalls nicht determiniert) und durch den Zustand und die Geschichte des psychischen Systems selbst

bestimmt.

Die folgende Darstellung beschreibt drei wichtige Störungsbilder, deren Zusammenhang mit sozialen Stressoren extensiv untersucht worden ist: die posttraumatische Belastungsstörung, die depressive Störung und die Schizophrenie. Auf den ersten Blick scheint dabei eine der epidemiologisch belangvollsten psychischen Störungsgruppen, der Missbrauch und die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, zu fehlen. Dies muss umso mehr erstaunen, als vor allem der Alkoholkonsum in der einschlägigen Literatur als Kompensationsmittel für psychischen Stress gilt (Sayette 1999; Anisman & Merali 1999). Gleichwohl ist die Datenlage zum expliziten Zusammenhang sozialer Stressoren mit dem Alkoholkonsum und potenziell nachfolgenden Störungen zum einen sehr schmal und zum anderen von widersprüchlichen Resultaten gekennzeichnet (San José et al. 2000). Einem Übersichtsartikel zufolge ist die empirische Befundlage selbst bei der Problematik des sexuellen Missbrauchs als Ursache von Alkoholabhängigkeit und –missbrauch in der Allgemeinbevölkerung nicht eindeutig (Moncrieff & Farmer 1998). Untersucht man jedoch ausschließlich schwer abhängige Frauen, so ist in dieser Gruppe der Anteil der missbrauchten Frauen sehr hoch.

Möglicherweise liegt die fehlende Eindeutigkeit des Zusammenhangs in dem empirischen Befund begründet, dass die gleichen sozialen Stressoren Menschen sowohl zum Konsum als auch zur radikalen Abstinenz motivieren können (San José et al. 2000). Mit anderen Worten, soziale Krisen müssen nicht notwendig zur psychischen Krise führen. Veränderte Lebensumstände können auch dazu beitragen, etwa einen Lebensstil zu verändern, der nicht gerade gesundheitsförderlich gewesen ist.

#### Posttraumatische Belastungsstörung

Der Beginn der Darstellung verschiedener Krankheitsbilder mit der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; engl. *posttraumatic stress disorder*, PTSD) mag auf den ersten Blick für psychiatrische Experten überraschend sein, weil diese Krankheit in der psychiatrischen Behandlungspraxis (bisher) nur eine untergeordnete Rolle spielt. Die PTBS ist jedoch aus systematischen Gründen ausgewählt worden, weil hier paradigmatisch die Wirkung externer Umweltstimuli auf das psychische System beschrieben werden kann (Dohrenwend 1998b). Unter der PTBS versteht man eine Störung, welche die Folge eines der oben bereits beschriebenen traumatischen Erlebnisse ist. Bei den für die Ausbildung von PTBS relevanten Traumata handelt es sich um das Erleben diverser möglicher Ereignisse, beispielsweise gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Vergewaltigungen, Verluste nahestehender Menschen, erlebte Unfälle, Naturkatastrophen oder die Exposition gegenüber kriegerischen Handlungen. Nicht in jedem Fall muss die relevante Handlung der eigenen Person gegolten haben, eine PTBS kann auch nach dem Miterleben einer Tötung oder Gewalthandlung gegenüber einer anderen Person ausgebildet werden.

Von den organisch bedingten Störungen abgesehen, ist die PTBS das einzige psychiatrische Krankheitsbild in den einschlägigen Manualen, dessen Entstehung unmittelbar ätiologisch abzuleiten ist. Das Trauma ist notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die Diagnose. Zusätzlich zum Trauma sind drei Symptombereiche bei PTBS-Opfern anzutreffen: das Wiedererleben des traumatisierenden Ereignisses in der eigenen Gedankenwelt, ein aktives Vermeidungsverhalten gegenüber ähnlichen Expositionssituationen sowie ein anhaltendes erhöhtes Erregungsniveau des Körpers mit Herzrasen, Schweißausbrüchen, Schlafstörungen etc. Das Krankheitsbild wurde nach Erfahrungen von Vietnam-Veteranen der US-amerikanischen Armee erstmalig im Jahre 1980 in das Diagnosemanual DSM-III aufgenommen. Wenngleich in früheren Zeiten keine offizielle Diagnose für diese Störung vorlag, wurden etwa Begriffe wie ‚Kriegsneurose‘ verwendet, um die auch schon länger erkannten Symptome insbesondere nach Kriegserlebnissen zu beschreiben (zum historischen Hintergrund dieser Diagnose siehe Kinzie & Goetze 1996).

Die Prävalenz einer PTBS wird offenbar durch die in einer Population geschehenden Ereignisse, und hier insbesondere Gewaltereignisse, beeinflusst. Obwohl auch hier diagnostische Schwierigkeiten existieren, scheint die Rate der von diesem Störungsbild betroffenen Individuen vor allem mit der Exposition gegenüber Gewaltereignisse und andern Katastrophen zusammenzuhängen. Aufschlussreich ist der Vergleich zwischen verschiedenen Regionen der Erde, in denen unterschiedliche Ausmaße dieser Vorkommnisse existieren. So ergab eine Studie in mehreren Konfliktgebieten eine Störungsrate von 37,4 Prozent in Algerien (de Jong et al. 2001). US-amerikanische Untersuchungen finden in der Regel Punktprävalenzen zwischen 8 und 12 Prozent der Untersuchten (Bromet et al. 1998; Breslau et al. 1998b; Breslau et al. 1998a). In zwei methodisch vergleichbaren Untersuchungen über PTBS bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in den Vereinigten Staaten und in Deutschland durchgeführt worden sind, ergaben sich Prävalenzen von 9,2 (USA) und 1,7 Prozent in der Bundesrepublik (Breslau et al. 1998a; Perkonigg et al. 2000). Die Autoren machen hierfür die deutlich niedrigere Gewaltkriminalität in Europa verantwortlich, die sich vor allem auf den Waffengebrauch und damit einhergehende Ereignisse erstreckt. Interessanterweise waren die Raten für Vergewaltigungen und körperliche Angriffe ohne Waffen relativ ähnlich.

Wie bei anderen Störungsbildern auch, können für die PTBS ebenfalls Faktoren ausgemacht werden, welche eine spezifische Vulnerabilität vorbereiten. Die Wirkung traumatisierender Ereignisse ist nicht für alle exponierten Individuen gleich. Obwohl in Bevölkerungsstudien weitaus mehr Männer angeben, derartige Vorkommnisse erlebt zu haben, kommt es bei Frauen zu einem ca. doppelt so großen Risiko, die Störung auszubilden, wie in mehreren Studien quantifiziert worden ist (Breslau et al. 1998b). Weiterhin ist eine psychiatrische Vorerkrankung einer der stärksten Prädiktoren für die PTBS nach einem entsprechenden kritischen Ereignis (Bromet et al. 1998; Freedman et al. 1999; Maes 2000). Hierbei scheint vor allem eine vormals oder aktuell bestehende depressive Störung vulnerabilitätsfördernd zu wirken. Das Erleben früherer

Traumata ist gleichfalls einer erneuten Verletzlichkeit zuträglich.

Die PTBS-Vulnerabilität verweist erneut auf den eigenständigen Einfluss des psychischen Systems für die Ausbildung dieser Störung. Das psychische System steht im Zusammenhang mit dem PTBS in einer komplexen Relation zu seiner sozialen Umwelt. Zwischen dem Ausmaß des erlebten Ereignisses und der posttraumatischen Symptomatik besteht vermutlich eine Dosis-Wirkungs-Beziehung. Intensität, Dauer und Wiederholung des traumatisierenden Erlebens sind alle mit der späteren Ausbildung der Störung verbunden (Maes 2000). Des Weiteren ist das Ausmaß der Störung von folgenden Merkmalen des Vorkommnisses beeinflusst: Plötzlichkeit, Unerwartetheit, intentionales Handeln einer anderen Person, körperlicher Schaden der eigenen oder einer anderen geliebten Person, Lebensbedrohung, Isolierung sowie die massive Beeinträchtigung des eigenen Selbstkonzepts (Tomb 1994). Die mit den hier beschriebenen Merkmalen verbundene Dosis-Wirkungs-Relation spricht für die oben genannten Prävalenz-Unterschiede in den diversen Populationen.

Mindestens ebenso wichtig wie das ‚objektive‘ Ereignis ist aber das ‚subjektive‘ Erleben. So kann offenbar ein alkoholisierter Zustand ein Schutzfaktor für die von traumatisierenden Ereignissen Betroffenen sein. Da sich die Erinnerungen daran neurobiologisch stark auswirken, kann eine Intoxikation ein Schutz gegen die intensive Speicherung und Verarbeitung des Erlebten sein (Maes 2000). Neben dem Erleben spielt aber auch die Verarbeitung des Erlebten im psychischen System eine entscheidende Rolle, und dies wird wiederum von Persönlichkeitsfaktoren und vorbestehenden psychischen Störungen beeinflusst. Die Art der Traumaverarbeitung hat nämlich Konsequenzen für das Risiko der Chronifizierung der Symptome. Je mehr akute Stresssymptome unmittelbar nach dem Trauma auftreten, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass PTBS-Symptome persistieren (Brewin et al. 1999).

Einer Untersuchung über PTBS-fördernde Persönlichkeitsfaktoren bei niederländischen UN-Soldaten zufolge sind Persönlichkeitsmerkmale, die mit einer negativen Lebenseinstellung und paranoiden Vorstellungen verbunden sind, unabhängige Prädiktoren eines Psychotraumas (Bramsen et al. 2000). Allerdings darf bei dieser Darstellung nicht vergessen werden, dass die Exposition gegenüber dem Ereignis bzw. die Anzahl der Expositionen den stärkeren Prädiktor darstellt. Das heißt, obwohl Merkmale des psychischen Systems als Vulnerabilitätsfaktoren gelten können, ist das Umweltereignis selbst ein Stressor, der potenziell auch ohne vorbestehende Prädisposition ein Trauma auslösen kann, wenn es stark genug ist. Je stärker der Stressor, desto geringer ist den vorliegenden Befunden nach der Anteil prä-morbider Merkmale einzustufen (siehe die Übersicht bei Levav 1998).

Nach diesen Befunden kann es dann auch nicht verwundern, dass die Erkrankungsrate in einzelnen Opfergruppen extrem hoch ausfällt. Schwere und andauernde Folterungen, lebensgefährdende Vergewaltigungen oder permanente Gefahren im Kriegseinsatz hinterlassen deutliche und langwierige Spuren (Tomb 1994). Während bei Soldaten im Fronteinsatz ungefähr 30 Prozent der Exponierten ein Psychotrauma ausbilden, steigt die Rate auf bis zu 90 Prozent

bei Folteropfern oder Kriegsgefangenen. Die psychische Belastung kann über Jahre anhalten. Noch mehrere Jahrzehnte nach dem Einsatz in Vietnam zeigten etwa amerikanische Veteranen eine auffällige psychophysiologische Reaktivität gegenüber Hinweisreizen, die sie an die Kampferfahrungen erinnerten (Keane 1998). Dabei erwies sich der Einsatz in der Kampfzone als stärkster Prädiktor für psychotraumatischen Symptome nach dem Erleben der Hinweisreize.

Bis hierher sind Charakteristika des sozialen Systems (vor allem Gewaltstressoren) sowie des psychischen Systems (Vulnerabilität, Verarbeitung, Persönlichkeit) beschrieben worden. Ein besonderes Merkmal der posttraumatischen Belastungsstörung bezieht sich allerdings auf das biologische System. Anhand des PTBS kann der Effekt des sozialen Systems auf das biologische und das mit ihm eng gekoppelte psychische System nachdrücklich und eindringlich verdeutlicht werden.<sup>7</sup> Traumata aus der sozialen Umwelt hinterlassen nachweisbare neurobiologische Spuren, welche dieses Störungsbild als distinkt gegenüber anderen Krankheiten mit ähnlichen Symptomen erscheinen lassen, etwa gegenüber depressiven Störungen oder Angststörungen (Newport & Nemeroff 2000). Als eigenständiges neurobiologisches Merkmale der PTBS wird in der Literatur das ‚HPA-Paradoxon‘ genannt (Pitman 1996; Newport & Nemeroff 2000). Dahinter verbirgt sich der robuste Befund einer im Vergleich zu Gesunden wie auch im Vergleich zu depressiven Menschen ungewöhnlichen hormonellen Stressverarbeitung nach einem Psychotrauma. Gewöhnlicherweise wird auf externe Stressoren hormonell mit einer vermehrten Ausschüttung von Kortisol reagiert. Bei PTBS-Patienten kommt es dagegen zu einer verminderten Ausschüttung von Kortisol, was auf eine Überreaktion des entsprechenden hormonellen Kreislaufs zurückgeführt wird (Newport & Nemeroff 2000).

Der extreme Stressor hat jedoch nicht nur ungewöhnliche Effekte auf die Stressverarbeitung. Von den typischen PTBS-Symptomen ist insbesondere das Gedächtnissystem des Gehirns betroffen (zum folgenden siehe Southwick et al. 1994). Von hier werden die Betroffenen immer wieder und zum Teil lebenslang durch Erinnerungen, Alpträume oder Flashbacks irritiert bzw. gequält. Oft reichen kleine Hinweise aus, die an das Trauma erinnern, um diese und andere Symptome wieder hervorzurufen. Aus einer evolutionären Perspektive ist es durchaus von Vorteil, sich an große Gefahren erinnern zu können, um diesen beim nächsten Mal frühzeitig zu entgehen. Individuen mit einem extremen Psychotrauma entwickeln offenbar ein überkonditioniertes Gedächtnis, das vermutlich durch den starken emotionalen Gehalt des Ereignisses hervorgerufen wird.

Anhand der posttraumatischen Belastungsstörung, so kann man zusammenfassen, wird die Reichweite von Stimuli des sozialen Systems besonders deutlich. Die massiven Stressoren hinterlassen ihre Spuren im biologischen System vor dem Hintergrund der Angst und der Bedrohung, die sie im psychischen System hervorrufen. Entsprechendes anhaltendes emotionales Erleben führt zu biologischen Über- und Gegenreaktionen, die aufgrund ihres großen Ausmaßes wiederum nachhaltige biologische Veränderungen in der Stressverarbeitung, im Gedächtnis und anderen neuronalen Bereichen zur Folge haben. Aufgrund

dieser biologischen Befunde über die Folgen sozialer Ereignisse lassen sich die auch gegenüber der PTBS geäußerten konstruktionistischen Kritiken (siehe etwa Summerfield 2001) nicht mehr halten. Die PTBS ist zwar ein Krankheitsbild, das in den Diagnosemanualen noch nicht so lange präsent ist, gleichwohl sprechen die empirischen Evidenzen für ein eigenständiges Störungsbild.

### Depressive Störungen

Der Einfluss des sozialen Systems auf Entstehung und Verlauf depressiver Störungen gehört zu den am intensivsten dokumentierten Befunden im Rahmen der vorliegenden Fragestellung. Schwerpunkt der entsprechenden Untersuchungen war und ist nach wie vor die Analyse kritischer Lebensereignisse und chronischen Stresses (Übersichten bei Kessler 1997; Kupfer & Frank 1997). Die Analyse sozialer Einflüsse auf depressive Störungen hat ihren Ausgangspunkt in den 1960er und 1970er Jahren, in denen insbesondere die Studien des britischen Soziologen George Brown für Aufsehen sorgten (Brown & Harris 1978; Brown & Harris 1989; Übersicht bei Fabian & Becker 2001).

Zweifellos haben auch depressive Störungen eine Beteiligung des biologischen Systems aufzuweisen, nämlich eine neurobiologische sowie eine genetische Komponente. Neurobiologisch spielen das hormonelle System, der Neurotransmitter Serotonin und bestimmte Hirnregionen (vor allem präfrontaler Kortex und Amygdala) eine besondere Rolle (Übersichten zur Neuroanatomie bei Davidson & Irwin 1999; Walter 1999). Die genetische Komponente scheint den oben referierten Befunden nach nicht so ausgeprägt zu sein wie etwa bei der Schizophrenie; dies ist vermutlich auch ein Grund, weshalb die sozialursächlich orientierte Forschung bei der Depression eine relativ große Rolle spielt. Allerdings muss, wie bei anderen Störungsbildern auch, zwischen verschiedenen Subtypen und Schweregraden der Depression unterschieden werden.

Vulnerabilitätsfaktoren für depressive Störungen können in der gesamten Breite biopsychosozialer Entwicklungen spezifiziert werden. Ähnlich wie bei der Schizophrenie oder bei Persönlichkeitsstörungen ist auch die Entstehung der Depression vor dem Hintergrund der neuronalen Entwicklung zu sehen. Wie bei den bereits genannten Störungsbildern wurde im Rahmen der Untersuchungen nach dem sog. Hungerwinter 1944/45 in den Niederlanden auch Auswirkungen von Unterernährung im Mutterleib auf das Risiko einer späteren Depression gefunden (Brown et al. 2000). In biologischen System sind es weiterhin schon öfters genannten Risikofaktoren, die mit der hormonellen Stressverarbeitung in Verbindung stehen. Im psychischen System findet man bei später depressiven Menschen häufig Eigenschaften wie niedriges Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit oder ungeeignete Copingstrategien. Das soziale System kann Depressionen durch einen niedrigen Sozialstatus, fehlende soziale Unterstützung oder andauernde Probleme wie Alleinernterschaft und ungeplante Schwangerschaften forcieren (Piccinelli & Wilkinson 2000). Auch hier ist die Gewaltproblematik wieder an prominenter Stelle zu finden. Körperliche

und/oder sexuelle Gewalterfahrungen in der Kindheit steigern das Risiko einer Depression nach einem Dosis/Wirkungs-Schema (Wise et al. 2001). Insofern wird der Begriff der Vulnerabilität bei depressiven Störungen sehr weit gefasst, in dem er sowohl biologische als auch psychosoziale Merkmale umfasst. Von Relevanz ist in diesem Kontext die Einschätzung, dass die Verletzlichkeit keine feststehende Größe ist, sondern durch biografische Erfahrungen veränderbar ist (Fabian & Becker 2001).

Schwerpunktmäßig sind hinsichtlich des sozialen Systems kritische Lebensereignisse untersucht worden. Die meisten empirischen Untersuchungen zum Zusammenhang von Lebensereignissen und Depression bestehen der Übersicht von Kessler (1997) nach bezüglich kurzfristiger psychopathologischer Ergebnisse. Unter kurzfristigen Effekten werden zumeist ausgelöste depressive Episoden innerhalb eines Jahres nach einem Lebensereignis analysiert. Die Resultate dieser Studien können folgendermaßen zusammengefasst werden. Erstens ist ein konsistenter positiver Zusammenhang zwischen der Exposition gegenüber einem schweren Lebensereignis und nachfolgenden depressiven Episoden gefunden worden. Zweitens fiel das Ausmaß der Assoziation allerdings höchst unterschiedlich aus. Dies hatte vor allem methodische Gründe, die in den Instrumenten lagen. Wurden Kontexteffekte mit untersucht, war der Zusammenhang deutlicher als bei ‚reinen‘ Ereignis-Checklisten. Drittens wurde eine deutliche Relation zwischen der Schwere des Ereignisses und der nachfolgenden depressiven Symptomatik gefunden. Und viertens wiesen die Lebensereignisse eine vergleichsweise hohe Prävalenz in diesen Studien auf.

Kritische Lebensereignisse waren einer Übersicht nach bei durchschnittlich 73 Prozent aller untersuchten depressiven Frauen in den Studien von Brown und Mitarbeitern aufgetreten (Fabian & Becker 2001). Die Merkmale dieser Lebensereignisse sind nach Browns (1998b) Ansicht aufgrund der vielen von ihm selbst und anderen durchgeführten Studien heute genauer spezifizierbar. Es handelt sich um Ereignisse in sozialen Bereichen, die für die Betroffenen einen hohen Wert und entsprechende tiefe soziale und emotionale Bindungen enthalten. Damit erhält zugleich die Bewertung des sozialen Ereignisses im psychischen System einen gewichtigen Stellenwert. Die relevanten Ereignisse bedeuten in den Augen der später depressiven Individuen einen Verlust, und zwar ein Verlust im weitesten Sinne des Wortes. Dieser Verlust muss nicht in jedem Fall den Tod eines geliebten Menschen oder auch nur die Trennung davon bedeuten. Zentral für die Betroffenen ist das Gefühl der Entwertung, sei es in der eigenen Wahrnehmung oder in der Beobachtung durch andere. Hinzu kommt häufig das Erleben, aus dieser Situation nicht ohne weiteres wieder herauszukommen, also gewissermaßen in der Lösung dieses Problems blockiert zu sein. Damit zusammen hängt schließlich und endlich das Gefühl, die Situation nicht mehr kontrollieren zu können.

Neben Lebensereignissen sind in jüngerer Zeit auch chronische Stressoren vermehrt untersucht worden. Dazu zählten insbesondere arbeitsplatzbedingte Stressoren sowie Probleme in der Intimbeziehung. Beide Stressquellen können einen erheblichen Einfluss auf depressive Symptome nehmen (Kessler 1997).

Die Wahrscheinlichkeit ist umso größer, wenn mit der chronischen Stressquelle auch einzelne diskrete Ereignisse verbunden sind (etwa: länger andauernde Partnerschaftsprobleme und der Auszug aus der gemeinsamen Wohnung). Gleichwohl stellt sich hier wiederum ein entscheidendes methodisches Problem, das die Ursächlichkeit für die depressive Episode betrifft. Da chronische Stressoren und Lebensereignisse oftmals miteinander verschränkt sind, ist nicht deutlich, welcher Faktor zuerst vorhanden war. Zudem können chronische Stressoren nicht immer klar von anderen Auswirkungen des gleichen Stressors abgegrenzt werden. Dies gilt beispielsweise für die Arbeitslosigkeit und die damit zumeist verbundenen finanziellen Probleme.

Die Wirkung sozialer Stressoren in Richtung depressiver Störungen wird durch verschiedene Mediatoren vermittelt. Offenbar gibt es in der Entwicklung der Depression verschiedene Subtypen, die mit biologischen Markern korrelieren. In zwei neueren britischen Studien wurde herausgestellt, dass hormonelle Faktoren eine eigenständige Risikoquelle für eine spätere Depression darstellen, die auch nicht mit sozialen Stressoren einhergehen müssen. Depressive Störungen scheinen demnach durch psychosoziale Ereignisse und/oder biologische Faktoren gesteuert zu werden (Goodyer et al. 2000; Harris et al. 2000). In die gleiche Richtung geht das Ergebnis einer Untersuchung sozialer Stressoren und genetischer Faktoren bei Kindern bzw. Jugendlichen in der Pubertät. Während kritische Lebensereignisse bei Jungen den Anstieg depressiver Symptome in der Pubertät erklären konnten, entwickelte sich bei Mädchen eine Zunahme dieser Symptome auch ohne soziale Stressoren. Wenn soziale Stressoren vorhanden waren, wirkten sie sich auf Mädchen weitaus gravierender aus (Silberg et al. 1999).

Bekanntester und am häufigsten untersuchter Mediator ist sicherlich der gerade angesprochene Faktor Geschlecht (Piccinelli & Wilkinson 2000). Depressive Störungen sind bei Frauen erheblich häufiger anzutreffen als bei Männern, und auch dies hängt mit verschiedenen biopsychosozialen Mechanismen zusammen. Während verhaltensgenetische Faktoren offensichtlich nicht für den Geschlechtsunterschied verantwortlich sind, bilden möglicherweise die hormonellen Veränderungen während der Pubertät einen entscheidenden Hintergrund für die große Divergenz in der Krankheitshäufigkeit. Im psychischen System werden die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Stressverarbeitung ebenfalls als eine Hintergrundvariable diskutiert. Männer neigen eher als Frauen dazu, sich von der negativen Stimmung zu dissoziieren und diese durch physische Aktivitäten sowie den Konsum psychotroper Substanzen auszugleichen, während Frauen eher wenig aktiv sind und stattdessen über Ursachen und Implikationen der Stimmung nachdenken und diese hierdurch möglicherweise verlängern.

Ein weiterer Mediator ist das psychische System als solches, und zwar bestimmte kognitive und Persönlichkeitseigenschaften (Kendler et al. 1993). Die Auswirkung sozialer Stressoren wie kritischer Lebensereignisse hängen demnach unter anderem mit Auffassungen über soziale Beziehungen zusammen. Individuen, die im psychischen System sich selbst als besonders abhängig von

anderen Menschen erleben, sind vulnerabler gegenüber kritischen Lebensereignissen (Mazure et al. 2000). Darüber hinaus sind Selbstwirksamkeitserwartungen relevant. Eine ausgeprägtere Überzeugung, die eigenen Lebensumstände und die Umgebung mitbestimmen zu können, hat offenbar positive Auswirkungen auf die depressive Symptomatik, so die Ergebnisse eine Follow-Up-Befragung in einem repräsentativen US-Bevölkerungssample (Maciejewski et al. 2000). Selbstwirksamkeitserwartungen werden allerdings auch durch weitere depressive Episoden minimiert, so dass die Betroffenen in einen sich selbst erfüllenden Kreis von sich wechselseitig bestimmender minimierter Selbstwirksamkeit und depressiven Episoden geraten können.

Sind schon kognitive und emotionale Einstellungen sowie Erwartungen durch die biopsychosoziale Geschichte eines Individuums bestimmt, so kommt offensichtlich die depressive Krankheitsgeschichte als ein weiterer Faktor hinzu. Der Einfluss kritischer Lebensereignisse ist offenbar dann am größten, wenn zuvor noch keine depressive Episode erlebt werden musste. Kritische Lebensereignisse erhöhen das Risiko einer Depression bei diesen Patienten um den Faktor 9-10 (Kendler et al. 2000d). Im weiteren Verlauf geht das Risiko einer Depression nach einem Lebensereignis fast linear zurück, sinkt allerdings nach ca. 10 Episoden nicht weiter. Vor diesem Hintergrund können depressive Störungen dann eine Eigendynamik gewinnen, die sich zunehmend unabhängig von psychosozialen Stressoren entwickelt. Es gibt eine Reihe von empirischen Befunden, die darauf hindeuten lassen, dass das psychische System (sowie damit strukturell gekoppelt, das biologische System) in einen chronischen Depressionszyklus verfallen kann, der verschiedentlich mit dem ‚Kindling‘-Phänomen bei epileptischen Störungen verglichen worden ist (Post 1992; Kendler et al. 2000d). Je häufiger diese Krankheitsepisoden sich einstellen, desto größer ist das Risiko eines erneuten Auftretens, ohne dass soziale Stressoren wirksam sind.

Zusammengefasst ergibt sich für die Entstehung und den Verlauf depressiver Störungen erneut ein biopsychosoziales Modell (vgl. Kendler et al. 1993), das im biologischen System auf genetischen, hormonellen und neuronalen Faktoren basiert, das im psychischen System durch Einstellungen, Erwartungen und Persönlichkeitseigenschaften sowie den Krankheitsverlauf selbst mitbestimmt wird, während im sozialen System akute und chronische Stressoren ursächlich zu finden sind. Eine weitere Ursache, die fehlende soziale Unterstützung, wurde bereits oben diskutiert (vgl. Wade & Kendler 2000). Auch diese kann im Grunde als ein chronischer Stressor interpretiert werden.

## Schizophrene Störungen

Der neuere Forschungsstand zur Entstehung schizophrener Psychosen enthält im Vergleich zur den anderen hier angesprochenen Krankheitsbildern deutlich weniger Arbeiten zum Anteil der sozialen Umwelt und den in ihr vorhandenen Stressoren. Zur Zeit wird der Fokus eher auf biologische Risiken gesetzt, wie in dieser Arbeit schon verschiedentlich betont wurde. Schizophrenie wird heute

als eine Erkrankung betrachtet, die mit der Entwicklung des kindlichen Gehirns zusammenhängt (Egan & Weinberger 1997; Harrison 1997; Stefan & Murray 1997). Vor allem die erhebliche Beteiligung genetischer Faktoren bei der Entstehung der Schizophrenie steht heute vollkommen außer Frage. Der genetische Beitrag zur Schizophrenie ist zwar statistisch gesichert, allerdings ist bis heute relativ unklar, welche Gene hier ihre Wirkung entfalten. „The search for genes that contribute to schizophrenia has turned out to be more complicated than was expected.“ (Maier et al. 2000: 7) Gleichwohl können genetische Faktoren, wie im Zusammenhang mit der Verhaltensgenetik gezeigt wurde, das Krankheitsrisiko nicht vollkommen aufklären. Die Suche nach Umwelteinflüssen steht auch bei der Schizophrenie nach wie vor auf der Tagesordnung. Während die frühere Forschung insbesondere den Faktor Sozialstatus als maßgeblich für die Genese einer Schizophrenie betrachtete, hat sich insbesondere durch die Arbeiten Dohrenwends (1992) hier eine erhebliche Veränderung eingestellt. Wie im Kapitel über den Faktor Sozialstatus eingehend beschrieben wurde, wird heute davon ausgegangen, dass der typischerweise niedrige Sozialstatus von Menschen mit einer Schizophrenie eher die Folge als die Ursache der Krankheit ist. Darüber hinaus ist bei diesem Krankheitsbild allerdings der Verlauf der Störung mit deutlichen sozialen Faktoren verbunden, wie sich weiter unten noch zeigen wird.

Dennoch sind Umweltfaktoren – wie angedeutet – nicht bedeutungslos in der Ätiologie schizophrener Psychosen. In den letzten Jahren haben sich eine Vielzahl von Studien mit den Umständen der Schwangerschaft und der Geburt sowie den damit verbundenen Risiken einer späteren Krankheit befasst. Offensichtlich haben Kinder, deren Mütter in der Schwangerschaft gewissen Risikofaktoren gegenüber exponiert sind, ein erheblich größeres Risiko zu erkranken. Die Risiken beginnen dem gegenwärtigen Forschungsstand zufolge mit dem Ort der Schwangerschaft und Geburt. Kinder, die in einer großstädtischen Umgebung geboren werden, erkranken häufiger als Kinder, deren Mütter zur gleichen Zeit auf dem Lande entbinden.

In einer dänischen Fallregisterstudie wiesen Großstadtgeburten ein um den Faktor 2,4 erhöhtes entsprechendes Krankheitsrisiko auf (Mortensen et al. 1999). In der gleichen Arbeit fand sich auch ein erhöhtes Risiko für Kinder, die im Februar und März geboren sind. Beide Risikofaktoren, die Großstadtgeburt und die Jahreszeit der Geburt, sind in diversen anderen Untersuchungen ebenfalls gefunden worden (Übersicht bei McDonald & Murray 2000). Welche Hintergründe sind für diese Befunde verantwortlich? Als wahrscheinlich werden derzeit Infektionen der Mutter in der Schwangerschaft diskutiert, die sich abträglich auf das Wachstum des kindlichen Gehirns auswirken. In Großstädten, dies ist eine alte sozialepidemiologische Erkenntnis aus dem 19. Jahrhundert, ist das Übertragungs- und Infektionsrisiko erheblich größer. Der gleiche Faktor, eine vorgeburtliche Infektion, spielt vermutlich auch bei der Jahreszeit der Entbindung eine Rolle. Kinder mit einem größeren Krankheitsrisiko werden typischerweise während des Spätwinters bzw. frühen Frühlings geboren. Im Winter ist, wie jede Leserin und jeder Leser aus eigener Erfahrung

weiß, das Risiko vor allem gegenüber grippalen Infekten deutlich erhöht.

Die Bedeutung intrauteriner Gesundheitsrisiken für die Entstehung der Schizophrenie ist durch eine weiteren Risikofaktor bestätigt worden. Es handelt sich um Erkenntnisse aus Studien nach dem oben schon erwähnten niederländischen Hungerwinter 1944/45. Wie bei anderen Krankheitsbildern auch, scheint sich ein unzureichendes Nahrungsangebot ebenfalls abträglich auf die Hirnentwicklung des Kindes auszuwirken (Susser et al. 1996). Eine mit diesem Forschungsvorhaben verbundene Studie, die mittels bildgebender Verfahren die Hirne betroffener Menschen auf anatomische Abweichungen untersuchen konnte, fand entsprechende Resultate in der weißen Hirnsubstanz (Hulshoff Pol et al. 2000).

Es existieren weiterhin Belege, das sich möglicherweise die Lebenssituation der Mutter in der Schwangerschaft negativ auf die kindliche Hirnentwicklung auswirken kann. Kritische Lebensereignisse wie der Tod des Kindesvaters während der Schwangerschaft, eine ungewollte Schwangerschaft, eine Schwangerschaftsdepression, eine Schwangerschaft in Kriegsumgebung oder aber lebensbedrohliche Traumata wie Naturkatastrophen (Überflutungen, Wirbelstürme etc.) während der Schwangerschaft sind mit dem späteren Schizophrenierisiko der Kinder in Verbindung gebracht worden (Übersicht bei McNeil et al. 2000a).

Wie ist der Zusammenhang zwischen prä- und möglicherweise auch neonatalen Komplikationen und einer späteren Schizophrenie zu beschreiben? Obwohl bis dato kein wirklich gesicherter Langzeitbefund über spezifische Mechanismen besteht und die methodische Diskussion über Einzeluntersuchungen und Meta-Analysen noch nicht abgeschlossen ist (Kendell et al. 2000), lassen sich doch einzelne Befunde zu einer kausalen Spekulation verdichten. So ist etwa bekannt, dass eine Unterversorgung mit Sauerstoff eine der häufig zu findenden Komplikationen darstellt (Rosso et al. 2000; Zornberg et al. 2000). Darüber hinaus sind Mehrlingsschwangerschaften, Schwangerschaftsblutungen und eine relativ geringe Geburtsgröße des Kindes als Risikofaktoren beschrieben worden (Hultman et al. 1999). Die genannten Komplikationen scheinen keine Folge fetaler Fehlentwicklungen zu sein, sondern eigenständige Ereignisse, die dann zu Entwicklungsproblemen im kindlichen Gehirn führen können (McNeil & Cantor-Graae 1999). Allerdings lassen die oben beschriebenen Resultate bezüglich des Stresses und der Unter- bzw. Fehlernährung der Mutter auch auf andere kausale Mechanismen schließen. In jedem Fall dieser ätiologisch unterschiedlichen Wirkungspfade wird aber davon ausgegangen, dass die Entwicklung des kindlichen Hirnes nachhaltig negativ beeinflusst werden kann.

Bei erwachsenen Menschen mit einer schizophrenen Psychose lassen sich vielfältige, nicht normgemäße strukturelle anatomische Auffälligkeiten finden. So ist im Durchschnitt (aber nicht bei allen Betroffenen) das Hirnvolumen und die Größe bestimmter wichtiger Hirnareale (z.B. die Hippokampi) leicht geringer, die häufig mit einer Vergrößerung der Hirnventrikel einhergehen. Darüber hinaus sind Abweichungen in der neuronalen Zellstruktur bestimmter Regionen (z.B. Hippokampus, frontaler Kortex) registriert worden. Die schwedische

Arbeitsgruppe um McNeil konnte zeigen, dass bei eineiigen Zwillingen, deren Krankheitsstatus bezüglich Schizophrenie unterschiedlich war, die von der Krankheit Betroffenen erhebliche Veränderungen in den genannten Bereichen (v.a. Hippokampus) aufwiesen (McNeil et al. 2000b). Insbesondere die Entwicklung der Hippokampi kann nachgewiesenermaßen durch eine Sauerstoff-unterversorgung nachteilig beeinflusst werden (McDonald & Murray 2000).

Die genannten neuroanatomischen Auffälligkeiten gehen schon vor Ausbruch der Krankheit oftmals einher mit Verhaltensauffälligkeiten. Die unterschiedlichen ätiologischen Wege zur Schizophrenie (genetisch, perinatal, andere) münden häufig in frühe Entwicklungsstörungen der später Betroffenen. Wie schon vor einigen Jahrzehnten deutlich wurde, sind damit sowohl motorische als auch kognitive und Verhaltensauffälligkeiten verbunden (Fish 1977). Jüngst wurden diese Ergebnisse in zwei israelischen Untersuchungen erneut bestätigt. Kinder schizophrener Eltern zeigten dabei häufig zeitstabile Befunde bei diversen neuropsychologischen Tests sowie bei motorischen Funktionen, die von der Kontrollgruppe deutlich abwichen (Hans et al. 1999). In einer israelischen Fallregisterstudie wurden die sozialen und kognitiven Fähigkeiten von später schizophrenen Patienten zum früheren Zeitpunkt der Musterung für die Armee (Lebensalter: 16-17 Jahre) untersucht. Hierbei zeigte sich, dass die später in Behandlung befindlichen Erkrankten sowohl in ihren sozialen Funktionen als auch in ihren intellektuellen Fähigkeiten sich deutlich schlechter darstellten (Davidson et al. 1999). Auch diese Befunde wurden in anderen Studien in ähnlicher Weise gemacht (McDonald & Murray 2000). Die kognitiven und sozialen Funktionseinbußen sind charakteristischerweise bei jungen Männern erheblich stärker vorhanden, und diese jungen Männer erkranken weitaus häufiger an der frühen Form der Schizophrenie („*early onset*“). Frauen erkranken im Mittel ungefähr drei bis fünf Jahre später als Männer (Riecher-Rössler & Häfner 2000). Besonders ausgeprägte soziale Funktionsstörungen gehen der ersten psychotischen Episode ungefähr zwei bis vier Jahre voraus (Häfner 2000).

Nun kann aus diesem Forschungsstand nicht eindimensional von frühen Verhaltensauffälligkeiten auf eine spätere Psychose geschlossen werden. Mit den soeben beschriebenen Daten kann allerdings auf eine größere Krankheitswahrscheinlichkeit derer geschlossen werden, die genetische oder perinatale Risiken aufweisen. Es handelt sich hierbei um die oben schon eingehend definierte Vulnerabilität (Zubin & Spring 1977), die es wahrscheinlicher macht, dass die Betroffenen – häufig ausgelöst durch soziale Faktoren – am Ende doch an einer Schizophrenie erkranken. Die für die Schizophrenie spezifische Vulnerabilität kann gegenwärtig relativ plausibel umschrieben werden. Im biologischen System hängen die strukturell-anatomischen Veränderungen bei später schizophrenen Patienten mit funktionalen Auffälligkeiten auf der Ebene der neuronalen Netzwerke zusammen. Die Standard-Arbeitshypothese gegenwärtig betont Abweichungen in der neuronalen Verbindung verschiedener Netze, der sogenannten Konnektivität (Andreasen et al. 1998; Andreasen 1999; Andreasen 2000). Die Kommunikation zwischen neuronalen Netzen ist offenbar gestört, so dass die Betroffenen im psychischen System hierdurch kognitive

Einbußen erleiden müssen (Kuperberg & Heckers 2000). Offenbar ist nach der prämorbidem Vulnerabilität noch ein weiterer neuronaler Entwicklungsschub in Spiel („*second hit*“) (McGlashan & Hoffman 2000), der dann die Krankheit endgültig ausbrechen lässt.

Ereignisse im sozialen System, also soziale Stressoren sind dem gegenwärtigen Forschungsstand nach nicht ursächlich mit der Auslösung der ersten Krankheitsepisode verbunden (Norman & Malla 1993; Walker & Diforio 1997). Der Krankheitsausbruch scheint ausschließlich der neuronalen Entwicklungsstörung zuzuschreiben sein. Im psychischen System von Menschen mit einer schizophrenen Psychose kommt es dann zu den wiederum inhomogenen Symptomen, die häufig Halluzinationen und andere Wahrnehmungsstörungen beinhalten. Wenn die Betroffenen akustische Halluzinationen („Stimmenhören“) wahrnehmen, dann handelt es sich vermutlich um das Phänomen des inneren Sprechens, das alle Menschen mehr oder minder ausgeprägt erleben. Es wird spekuliert, dass es bei schizophrenen Patienten – bedingt durch die Veränderungen in der Konnektivität der neuronalen Netze – zu fehlgeleiteten Zuschreibungen des inneren Sprechens kommt, wodurch die ‚Stimmen‘ dann nicht mehr der eigenen Person zugeordnet werden (Frith 1996; David & Busatto 1999).

Während soziale Stressoren initial nicht am Ausbruch der Krankheit beteiligt zu sein scheinen, ist dies im weiteren Verlauf der Krankheit jedoch eher der Fall. Vor dem Krankheitsrückfall sind häufig, aber nicht in jedem Fall kritische Lebensereignisse im Umfeld der Betroffenen beobachtet worden (Norman & Malla 1993). Menschen mit einer Schizophrenie sind der Übersicht von Norman und Malla (1993) zufolge allerdings weder vor Ausbruch noch nachher häufiger von kritischen Lebensereignissen betroffen als andere. Die neuronal bedingte Entwicklung macht sie jedoch vulnerabler gegenüber Ereignissen, die Gesunde mitunter gar nicht als relevant registrieren würden. Auch bei schizophrenen Patienten kommt es zu den schon an anderer Stelle beschriebenen Auffälligkeiten im hormonellen Stressverarbeitungssystem (Walker & Diforio 1997; Elman et al. 1998). Hierdurch entsteht offenbar die im Vergleich zu Gesunden übersteigerte Empfindlichkeit gegen externe Stressoren. Hinzu kommt, dass viele Betroffene, ebenfalls bedingt durch die Entwicklung im biologischen System, inadäquate Copingstrategien im psychischen System zeigen. Bei diesen Patienten kann es eher zu Krankheitsrückfällen kommen, die nicht mit offensichtlichen Stressoren zusammenhängen. Möglicherweise sind Rückfälle bei dieser Gruppe durch Entwicklungen im biologischen System verursacht, die gar nicht auf externe Stressoren zurückzuführen sind (Pallanti et al. 1997).

Wenngleich schizophrene Patienten nicht mehr soziale Stressoren erleben als Gesunde, so gibt es im sozialen System dennoch auffällige Besonderheiten zu beschreiben. Das soziale Netz von Betroffenen ist häufig schon vor Ausbruch der ersten Krankheitsepisode vergleichsweise wenig unterstützend. Das gesamte Netzwerk ist kleiner als bei Gesunden, und der Anteil von Familienangehörigen ist überproportional hoch (Rey et al. 1997). Zusätzlich zu den relativ schlechten Copingmechanismen im psychischen System trägt so auch das soziale

System nicht zu einer ausreichenden Unterstützung bei. Diese Charakteristika des sozialen Netzes hängen allem Anschein nach mit den kognitiven und sozialen Funktionseinbußen zusammen, welche oben schon für die Zeit der frühen Adoleszenz beschrieben worden sind.

Die Entwicklung sozialer und kognitiver Fertigkeiten geschieht nicht immer gleichläufig. Soziale und kognitive Fertigkeiten korrelieren bei schizophrenen Patienten mäßig (zum folgenden: Hogarty & Flesher 1999). Als spezifische soziale Fertigkeiten gelten gegenwärtig die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme, zwischenmenschliche Problemlösung, Aufrechterhaltung von Beziehungen, moralisches Urteilen und kommunikative Fertigkeiten. Während Gesunde diese Fertigkeiten mehr oder minder ausgeprägt im Laufe des Sozialisationsprozesses lernen, vermögen viele Menschen, die später an einer Schizophrenie erkranken, diese zum Teil sehr subtilen sozialen Mechanismen nicht zu erkennen, geschweige denn eine aktive und soziale Beziehungen fördernde Rolle zu spielen. Wie Hogarty und Flesher (1999: 685) drastisch, aber zutreffend beschreiben, erkennen schizophrene Patienten oftmals nicht ‚the big picture‘ sozialer Interaktionen.

Jugendliche, die erkranken, schaffen daher von vornherein nicht die gleichen Beziehungsnetze, wie sie von Gleichaltrigen bekannt sind. Dies gilt insbesondere für junge Männer, deren Risiko, früh an einer Schizophrenie zu erkranken, bekanntlich deutlich erhöht ist (Riecher-Rössler & Häfner 2000). Ist die Krankheit dann einmal ausgebrochen, sinkt die Wahrscheinlichkeit des Aufbaus sozialer Unterstützungsnetze noch einmal. Nur wenige von einer Schizophrenie betroffene Menschen, gleich welchen Geschlechts, schaffen etwa den Aufbau einer stabilen Partnerbeziehung. In dieser Hinsicht kann durchaus von einem Rückkopplungseffekt zwischen Funktionseinbußen und Krankheit im psychischen System auf der einen Seite und der geringen Unterstützung im sozialen System auf der anderen Seite gesprochen werden. Die entwicklungsbedingte mangelnde Aufbauleistung an sozialer Unterstützung schlägt später auf den Krankheitsverlauf zurück, indem weniger soziale Ressourcen bereitstehen. Die Ressourcenlage forciert dann wieder Krankheitsepisoden, wodurch sich die Betroffenen noch mehr von ihrer sozialen Umwelt isolieren.

Die in früheren Jahren zu Unrecht ätiologisch verdächtige Familie ist als sozialer Faktor im Verlauf ein nicht seltener Rückfallförderer, in dem sie den Betroffenen entweder kritisch-feindselig und/oder überprotektiv und selbstaufopfernd gegenüber steht (Eikermann 1998: 105ff.). Das emotionale Klima in einer Familie wird daher in der Forschung unter dem Stichwort der *Expressed Emotions* untersucht. Dahinter steht ein Interaktionsmuster der Familienmitglieder, das sich wahrscheinlich als Reaktion auf ein schwieriges bis bizarres Verhalten des erkrankten Angehörigen herausgebildet hat. Die beschriebenen Interaktionsmuster sind ein häufiger Ansatzpunkt in der psychosozialen Therapie der Schizophrenie. Gelingt es, die Angehörigen und das erkrankte Familienmitglied zu einer konstruktiven Zusammenarbeit mit der therapeutischen Seite zu bewegen, um den Interaktionsstil zu verändern, so kann sich dies positiv auf die psychotischen Rückfälle auswirken.

Zusammengefasst zeichnen sich die sozialen Anteile an Entstehung und Verlauf der Schizophrenie doch deutlich anders aus als bei den oben referierten Krankheitsbildern. Soziale Faktoren sind bei der Schizophrenie neben den bekannten genetischen Wirkungen ursächlich während Schwangerschaft und Geburt der später kranken Menschen zu verorten. Die neuronale Entwicklung im biologischen System bekommt dann eine sehr große Eigendynamik, die – wenn einmal gestartet – bis zum Ausbruch der Krankheit vermutlich nur wenig durch Ereignisse im sozialen System beeinflusst wird. Für den Krankheitsverlauf ist dann aber das soziale System wieder relativ bedeutungsvoll. Dies betrifft einerseits soziale Stressoren, die von den Betroffenen vergleichsweise intensiver in ihrer Ausprägung erlebt werden. Zum anderen leistet das soziale Netz, in das die Einzelnen eingebunden sind, nicht die Unterstützung, die notwendig wäre, um als Ressource gelten zu können. Häufig ist sogar das Gegenteil der Fall, und das soziale Netz, das sich sehr um die Familie rankt, ist selbst eine Stressquelle.

Insgesamt sind damit verschiedene Konstellationen im Zusammenspiel von psychischem System (mit biologischer Kopplung) und sozialem System für die Entwicklung psychischer Störungen beschrieben worden. Festzuhalten bleibt das miteinander verwobene Kausalitätsnetz von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren. Das auch in der Soziologie nach wie vor übliche Anlage/Umwelt-Modell hat sich als nicht mehr hinreichend für die Komplexität der Verhältnisse herausgestellt. Stattdessen sind permanente Interdependenzen vorauszusetzen, die jedes der Systeme mit jedem immerzu in Verbindung sehen. Trotz der permanenten Interdependenzen können soziale Einflüsse, entgegen entsprechender Kritik am biopsychosozialen Modell (z.B. Finzen 1997), speziell untersucht und identifiziert werden. Das nachfolgende Kapitel widmet sich ausführlich den sozialstrukturellen Makrobedingungen für psychische Störungen.

## Anmerkungen

<sup>1</sup> Die Metapher der Tripel-Helix drängt sich in diesem Kontext offenbar nicht nur dem Verfasser dieser Zeilen auf. Richard Lewontin benutzt den Begriff in seinem jüngsten Buch, um auf die Verwobenheit von Genen, Organismen und Umwelt aufmerksam zu machen (Lewontin 2000).

<sup>2</sup> Zur epidemiologischen Methodik der entsprechenden Forschungsstrategien siehe (Yang & Khoury 1997) sowie (Khoury 1998). Von einigen verhaltensgenetischen Autoren wird der Umwelteinfluss, etwa bei der Schizophrenie, allerdings in Frage gestellt (McGuffin et al. 1994). Die nicht-genetischen Effekte könnten auf stochastische Ereignisse zurückzuführen sein, welche die Genexpression oder die genetische Struktur beeinflussten. Jedoch kann auch von diesen Autoren das unten erörterte Diathese-Stress-Modell nicht ausgeschlossen werden.

<sup>3</sup> Zum Stand der Intelligenzforschung in den verschiedenen psychologischen Forschungsbereichen siehe Deary (2001a; 2001b). Für eine kritische Diskussion der allgemeinen kognitiven Fähigkeit siehe Kagan (1998).

<sup>4</sup> Allein die Tatsache, dass unterschiedliche Sprachen mit divergierenden Orthografien benutzt werden, scheint sich neurophysiologisch auszuwirken. Kulturelle Vergleiche auf der neurobiologischen Ebene indizieren Effekte der Spracheigenschaften auf das Gehirn (Paulesu et al. 2000).

<sup>5</sup> In jüngster Zeit haben empirische Befunde die Fachwelt aufhorchen lassen, welche die Neubildung

von Nervenzellen in ausgereiften Gehirn nachgewiesen haben (Eriksson et al. 1998; Gould et al. 1999). Ein solches Wachstum war bisher nur während der Reifung beobachtet worden, spielt nach heutigen Erkenntnissen aber möglicherweise auch für das Lernen eine Rolle, die bisher nicht noch nicht exakt bestimmt werden konnte.

<sup>6</sup> Zwischen 1985 und 1995 sind mehr als 3000 Arbeiten über Stress und Gesundheit allein in psychologischen und soziologischen Zeitschriften veröffentlicht worden (Thoits 1995).

<sup>7</sup> „PTSD may represent the most extreme example of the ability of external events to induce lasting brain alterations, in a manner parallel to artificial electrical or pharmacological stimulation (...).“ (Pitman 1996: 4)

## 6. Psychische Störungen und die Struktur der modernen Gesellschaft

Dass Gesellschaft etwas mit der Anzahl und Ausprägung psychischer Störungen zu tun hat, gehört zum Gewissheitskanon der Soziologie seit ihren Anfängen. Es war bekanntermaßen Emile Durkheims Studie über den Suizid aus dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts, die diese These mit empirischen und theoretischen Mitteln zu stützen suchte (Durkheim 1973). Nach der Analyse verschiedener nicht-sozialer Wirkungsmechanismen auf die Suizidentscheidung blieben für Durkheim allein soziale Mechanismen als entscheidend übrig. Im Rahmen des Versuchs einer umfassenden Typologie des Suizids konzentrierte sich die Analyse am Ende auf den Begriff der sozialen Anomie sowie den vermeintlich zunehmenden Egoismus in der modernen Gesellschaft. Beide Faktoren, die soziale Anomie im Sinne einer zunehmenden Regellosigkeit der Gesellschaft und auch die abnehmende Rücksichtnahme auf die soziale Umgebung, waren nach Durkheims Ansicht die hauptsächlich treibenden Faktoren für die von ihm beobachtete Zunahme der Suizide.

Das Durkheimsche Werk über den Suizid in der modernen Gesellschaft und die sich daran anschließende Diskussion steht paradigmatisch für den Streit über psychische Krankheiten zwischen verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen. Wie Anthony Giddens (1996) nachgezeichnet hat, stand in Kern der Auseinandersetzung die Frage, ob Suizide aufgrund von psychischen Störungen durchgeführt wurden oder aber Resultate sozialer Ursachen seien. Diese Diskussion wurde insbesondere in der französischen Soziologie und Psychiatrie geführt. Von psychiatrischer Seite wurden soziale Ursachen mit dem Argument ausgeschlossen, dass psychische Krankheiten primär biopsychologischer Natur seien und daher keinen sozialen Einflüssen unterliegen könnten. Dagegen hatte Durkheim postuliert, dass optimal integrierte Sozialstrukturen die Individuen gegen Suizide schützen könnten, ohne dass individuelle psychische Phänomene berücksichtigt werden müssen. Aus der Perspektive eines biopsychosozialen Modells psychischer Störungen greifen beide Ansätze zu kurz. Obwohl biologische Faktoren eine große Rolle bei der Ausbildung der Störungen spielen, ist damit nicht ausgeschlossen, dass soziale Umstände ebenso dazu beitragen können, wie im vorangegangenen Kapitel eingehend beschrieben worden ist. Selbst wenn Suizide von psychischen Störungen zu einem erheblichen Teil begleitet werden, könnten letztere wiederum von sozialen Bedingungen begünstigt oder aber verhindert werden. Damit ist zumindest ein indirekter Zusammenhang von sozialen Faktoren und Suiziden anzunehmen.

Durkheims Studie war gewissermaßen der Startschuss für einen erheblichen Teil der später folgenden gesellschaftstheoretischen Diskussion, die Modernisierung in einen Zusammenhang mit sozialen und insbesondere moralischen

Krisen gebracht hat. In der Tat handelt sich bei der dahinter liegenden Fragestellung um eines der interessantesten soziologischen Probleme: welchen Einfluss hat die moderne Gesellschaft auf die psychische Entwicklung der Menschen? Wie wirken sich vor allem die ständigen und scheinbar immer schneller ablaufenden Veränderungen der Gesellschaftsstruktur auf den kognitiven und affektiven Zustand der davon affizierten Menschen aus?

Das damit zusammenhängende Problem der Integration des Individuums in die Gesellschaft beschäftigt die soziologische Theorie ebenfalls seit ihrem Beginn. Dahinter steht in der Regel die Frage, welche Folgen die Modernisierung der Gesellschaft für das Individuum hat. Wie Markus Schroer (2001) jüngst in einer umfassenden Monografie nachgezeichnet hat, ist die theoretische Soziologie hierbei zu divergierenden Ergebnissen gekommen. Insbesondere am Ende des 19. und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts werden für das Individuum eher nachteilige Konsequenzen der Modernisierung kulturkritisch diagnostiziert und auch prognostiziert. Der moderne Mensch erscheint hierbei als das durch die gesellschaftliche Entwicklung „gefährdete Individuum“ (Schroer 2001: 124ff.).

Die moderne Gesellschaft in Form von Bürokratie und Kapitalismus bildet Max Webers viel zitiertem Diktum zufolge „ein stahlhartes Gehäuse“ (Weber 1988: 203). Wie Weber in seinem Aufsatz über die protestantische Ethik und den Geist des Kapitalismus beschreibt, handelt es sich bei der modernen Gesellschaft um einen „mächtigen Kosmos der modernen, an die ökonomischen Voraussetzungen mechanisch-industrieller Produktion gebundenen, Wirtschaftsordnung (...), der heute den Lebensstil aller einzelnen – *nicht* nur der direkt ökonomisch Erwerbstätigen –, mit überwältigendem Zwange bestimmt...“ (Weber 1988: 203) Diese Einzwängung in das moderne Produktions- und Wirtschaftsleben führt nach Webers Prognose potenziell auch zu Folgen der psychischen Verfassung des Menschen. Am Ende der Modernisierung sieht er den „Fachmenschen ohne Geist“ sowie den „Genußmenschen ohne Herz“, und dieses „Nichts“ bilde sich ein, den Gipfel der Menschheit erstiegen zu haben (Weber 1988: 204).<sup>1</sup>

Während Max Weber zu Beginn des 20. Jahrhunderts diese Entwicklung noch nicht abgeschlossen sah, war die von ihm beschriebene Tendenz für Max Horkheimer und Theodor W. Adorno wenige Jahrzehnte später bereits zur Gewissheit geworden. In der in den 1940er Jahren im amerikanischen Exil geschriebenen *Dialektik der Aufklärung* haben die auf das Individuum einwirkenden sozialen Kräfte so sehr an Übermacht gewonnen, dass die „Vernichtung des Subjekts“ mehr oder weniger schon stattgefunden hat (Horkheimer & Adorno 1971: 51). Ähnlich wie Max Weber sehen auch Horkheimer und Adorno die durch den Kapitalismus und die Rationalisierung freigesetzten Zwänge als entscheidenden Hintergrund dieser Entwicklung. Sie nennen etwa die „Widervernunft des totalitären Kapitalismus“, auf technischem Wege Bedürfnisse befriedigen zu wollen, sowie die „Inthronisierung des Mittels als Zweck, die im späten Kapitalismus den Charakter des offenen Wahnsinns annimmt“ als Merkmale, die zu der genannten sozialen Entwicklung geführt

haben (Horkheimer & Adorno 1971: 51).

Nicht nur in der kapitalismuskritischen Kulturkritik, sondern auch in der eher konservativen Zeitdiagnose wird die Modernisierung potenziell mit negativen Folgen für das Individuum gesehen. Die schon früher anthropologisch fundierte ‚Unbehaustheit‘ des modernen Menschen wird etwa bei Peter Berger und Mitstreitern als *Unbehagen in der Modernität* (Berger et al. 1987) fortgeführt. So diagnostizieren die Autoren eine tiefe Krise der Identität, die durch eine Pluralisierung des sozialen Lebens und ständigem Wandel hervorgerufen werde. Identität verlange aber einen Halt, und diesen Halt könne der moderne Mensch in der Gesellschaft nicht mehr finden. Die Folge: „Es ist deshalb nicht überraschend, dass der moderne Mensch an einer *permanenten Identitätskrise* leidet, ein Zustand, der zu starker Nervosität führt.“ (Berger et al. 1987: 71) Es versteht sich demnach von selbst, dass der metaphysische Heimatverlust, der unter anderem durch den Niedergang der Religion in der Gesellschaft verursacht werde, „...psychisch nur schwer zu ertragen ist.“ (Berger et al. 1987: 74)

Als ein einflussreicher Soziologe der jüngeren Zeit hat Richard Sennett in verschiedenen Arbeiten versucht, die Auswirkungen der Modernisierung, vor allem die steigende Ökonomisierung in verschiedenen Lebensbereichen, auf das menschliche Zusammenleben sowie auf die individuelle Befindlichkeit zu untersuchen (Sennett 1998). Sennett sieht ähnlich wie Durkheim in seiner heutigen Zeitdiagnose den Abbau sozialer Beziehungen als zentral an. Im Rahmen der Flexibilisierung der Arbeitswelt wie auch der privaten Beziehungen entstehen nach seinen Beobachtungen und empirischen Befunden zunehmende Ängste und Verluste von Vertrauen in soziale Beziehungen und persönliche Fähigkeiten. Es sei insbesondere der mit der Flexibilisierung verbundene soziale Stress sowie ein Ethos der Unverbindlichkeit, der sich fatal auf private und Familiensphäre auswirke: „Hochgradiger Stress und flexible Arbeitsformen zerrütten das Familienleben. Wichtig (...) ist, dass die Verhaltensregeln, die in der neuen Arbeitswelt herrschen, jede Familie zerstören müssten, wenn man sie vom Büro nach Hause bringen würde: Leg dich nicht fest, lass dich nicht ein, konzentrier dich aufs kurzfristige Kalkül.“ (Sennett 2001: 13)

Die Sennettschen Krisenbefunde erneuern einen alten krischen Verdacht aus den 1970er und 1980er Jahren, der da lautete, der Kapitalismus als Sozialstruktur sei, wenn nicht gar für das ‚Hervorbringen‘ psychischer Störungen, dann zumindest für die ‚Verwaltung‘ missliebiger Individuen verantwortlich zu machen. Dieser Verdacht ist in verschiedenen argumentativen Versionen in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder formuliert worden. Eine Version besagt, dass die auf Arbeit basierende kapitalistische Gesellschaft sowie die damit einhergehenden Krisenzeiten von Arbeitslosigkeit die „Produktion psychischer Störungen“ antreibe (Bonß & Riedmüller 1983: 630). Eine andere Version greift die antipsychiatrischen Argumente auf, die im ersten Teil der Arbeit referiert wurden und kombiniert die ‚Produktions‘-Version mit einer Vermutung zur Legitimation der Psychiatrie als Disziplin: „Da die spätkapitalistische Gesellschaft ihr Gesicht der Gewalt - äußere Unterdrückung und psychische Zerstörung - nicht offen zeigt, um nicht systemgefährdende Wider-

sprüche offenzulegen und damit das Entstehen systemsprengender Potenziale herauszufordern, delegiert sie an die Sozialtechniker die Aufgabe, die Herrschaftssicherung im Gewand scheinbarer Wertneutralität und unparteiischer Kompetenz zu verwalten.“ (Bopp 1980: 79) Die Psychiatrie habe sich zur Aufgabe gemacht, soziale Probleme zu bearbeiten, die der Kapitalismus hervorbringe, und trage auf diese Weise dazu bei, die Ideologie des Kapitalismus zu verstärken, indem die einzelne Person als Ort der Pathologie identifiziert werde (U'Ren 1997).

Diese Krisen- und Verfallsverdachte stehen in einem Kontrast zu den theoretischen Resultaten anderer Sozialtheoretiker, beispielsweise zu denen, die Ulrich Beck seit mehreren Jahren publiziert. Unter dem bekannten Stichwort der ‚Risikogesellschaft‘ hat Beck (1986) sowohl die Risiken als auch die Chancen des Individuums in der modernen Gesellschaft beschrieben. Im Hinblick auf die Risiken geht Beck relativ konform mit den Überlegungen Sennetts und anderer. In vielen Bereichen der modernen Gesellschaft sind demnach erhebliche Risiken vorhanden, welche die betroffenen Menschen nachhaltig negativ beeinflussen können. Beck beschreibt die Unsicherheiten unter anderem in den Bereichen der Arbeitswelt sowie für intime Beziehungen. Ähnlich wie Sennett diagnostiziert auch Beck weitreichende Auswirkungen der Veränderungen im ökonomischen Bereich auf private Beziehungen. Im Gegensatz zu früheren Zeiten ist der moderne Zeitgenosse dem Zwang zur Individualisierung unterworfen, das heißt für Beck, dass die Betroffenen mit den Folgen der Modernisierung allein fertig werden müssen. Soziale Unterstützungsnetze, die ehemals über sozialen Stand und Milieu vorhanden waren, sind heute weitgehend weggebrochen.

Allerdings sind mit diesem fundamentalen Risiken für die wirtschaftliche Sicherheit und das Wohlbefinden für Beck auch Chancen verbunden. Die Individualisierung erfordere, dass der Lebenslauf aktiv geplant und umgesetzt werde. Dieser Zwang, sich selbst „... als Planungsbüro in bezug auf seinen eigenen Lebenslauf, seine Fähigkeiten, Orientierungen, Partnerschaften usw. zu begreifen“ (Beck 1986: 217), biete eben zunehmende Gestaltungs- und Handlungsmöglichkeiten, die vom Individuum auch als Freiräume erlebt werden würden. Die Freisetzung aus überkommenen sozialen Milieus erlaubt nach der Lesart Ulrich Becks die Herauslösung aus einengenden Verhältnissen, die sich möglicherweise abträglich auf die Befindlichkeit auswirkten.

In einer vergleichbaren Theorieanlage hat Anthony Giddens in verschiedenen Arbeiten die Auswirkungen der Moderne auf das individuelle Leben und die Identität des Einzelnen untersucht (Giddens 1991; Giddens 1992; Giddens 1995). Modernisierung ist für Giddens durch vormals nicht gekannte raumzeitliche Relationen gekennzeichnet, die das Individuum zum einen aus seinem traditionellen Milieu ‚entbetten‘ und zum anderen mit Ereignissen verknüpfen, die weit entfernt sein können. Damit ändere sich in einer Zeit, „... in der sich die Konsequenzen der Moderne radikaler und allgemeiner auswirken als bisher“ (Giddens 1995: 11), auch die Voraussetzungen zur Bildung der individuellen Identität. Die Wahl des Lebensstils gerate immer mehr in den Mittelpunkt der optional zu bestimmenden Identität. Auf der anderen Seite würden sich die

Voraussetzungen für Vertrauen erheblich wandeln, da die Abhängigkeit von globalisierten abstrakten Expertensystemen immer wichtiger werde. Mangelndes Vertrauen in die zukünftige Stabilität der Welt könne dann in Angst umschlagen, zumal sich Angst als frei flottierendes Phänomen an beliebige Objekte koppeln lasse (Giddens 1991: 43ff.). In der Perspektive von Giddens wäre es aber unzureichend, nur die Risiken der Modernisierung zu sehen. Die Konsequenzen der Moderne seien diverse Ambivalenzen oder Dilemmata, mit denen das Individuum umzugehen lernen müsse. Der Zwang, aktiv zwischen Alternativen des Lebensstils zu wählen, stütze letztlich das Individuum, in dem es zu einem selbstreferentiellen Selbst werde.

Welche Auswirkungen hat also die Modernisierung der Gesellschaft auf das Individuum? Trifft es tatsächlich zu, wie man einem Standardwerk zur Gesundheitssoziologie entnehmen kann, dass von „... einer anwachsenden Zahl von psychosomatischen und psychischen Störungen“ auszugehen ist (Hurrelmann 2000: 20)? Als ein näherungsweise empirischer Test dieser verschiedenen Hypothesen (Krise/Verfall vs. Risiko/Chance) können epidemiologische Befunde herangezogen werden, die sich mit der Langzeitentwicklung des Vorkommens psychischer Störungen und anderer Entwicklungen wie Suizide in der Bevölkerung befassen. Diesbezügliche empirische Befunde sollen im ersten Teil dieses Kapitels vorgestellt und diskutiert werden. Der zweite Teil unternimmt im Anschluss den Versuch, die vorgestellten Resultate unter gesellschaftstheoretischem Blickwinkel zu betrachten. Hier wird es darum gehen, welche sozialstrukturellen Bedingungen zur Erklärung für die beschriebenen Entwicklungen heranzuziehen sind.

## Psychische Störungen und moderne Gesellschaft

### Soziale Mikro- und soziale Makroebene psychischer Störungen: Methodische Vorbemerkungen

Durkheims wegweisende Analyse des Suizids ist in dieser Arbeit schon verschiedentlich erwähnt worden. Aus soziologisch-theoretischer Perspektive hat Durkheim mit der Untersuchung des Freitodes einen entschieden makrosoziologischen Ansatz gewählt. Durkheims Wahl der Methode hing sicherlich auch mit den methodischen Einschränkungen aggregierter Suiziddaten (in neuerer Terminologie: ökologische Methodik) zusammen, die eine Mikroperspektive nur bedingt erlauben. Die Wahl hing aber sicherlich auch mit der Konfrontation von Soziologie vs. Psychologie/Psychiatrie zusammen, denn Psychologie und Psychiatrie tendieren zwangsläufig zu einer individuumsbezogenen Betrachtung dieser Probleme, und gerade diese versuchte Durkheim in Frage zu stellen. Interessanterweise spielt die Makrosoziologie im Zusammenhang der Verbindung von Gesellschaft und psychischer Störung im weiteren Verlauf der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema nur eine untergeordnete Rolle.

Der soziale Anteil psychischer Störungen wird sowohl in der Soziologie als auch in der Psychiatrie primär mikrotheoretisch konzipiert. Die wissenschaftsgeschichtlichen und wissenschaftstheoretischen Hintergründe dieses Umstandes liegen – wie oben schon angedeutet – in erheblichen methodischen Problemen, die zunächst die Messbarkeit distaler sozialer Probleme betreffen.<sup>2</sup> Damit einher geht die Schwierigkeit, von der ökologischen Ebene zur Individuumsebene zu gelangen. Das Verdikt des ‚ökologischen Fehlschlusses‘ hängt wie ein Damoklesschwert über sämtlichen entsprechenden Versuchen.<sup>3</sup> Mit dem ökologischen Fehlschluss ist der mögliche Fehler beschrieben, der dann entstehen kann, wenn von Charakteristika der Sozialstruktur auf individuelle Merkmale geschlossen wird. Das heißt eben, dass nicht jeder Suizid, der zeitlich mit einer ökonomischen Krise im Wirtschaftssystem koinzidiert, auch tatsächlich durch ökonomische Schwierigkeiten des Individuums bedingt ist.

Vor diesem Hintergrund sind auch Bemühungen zu sehen, auf der Mikroebene die Effekte zu messen, die man der Makroebene zuschreibt, etwa soziale Integration (Thorlindson & Bjarnason 1998). Was dann allerdings nur gemessen werden kann, ist die soziale Integration auf der Mikroebene, etwa im Rahmen der Familie, wobei man findet, dass besser integrierte Jugendliche weniger suizidal werden. Makrosoziologische Aussagen lassen sich daraus jedoch nicht ableiten. Dies erscheint schon eher möglich, wenn man auf statistischem Wege potenzielle Konfundierungen von Einflussfaktoren auf Suizidraten in einem ökologischen Design kontrolliert. So hat sich in einer entsprechenden Studie mit Daten aus 26 Ländern herausgestellt, dass die höhere Suizidalität bei Männern in weniger religiösen Ländern durch einen sozioökonomischen Index erklärt werden konnte (Neeleman & Lewis 1999).

Die Problematik der Mikro-Makro-Verbindung lässt sich für den Suizid noch weiter verkomplizieren. Suizide sind vergleichsweise seltene Ereignisse, und viele Menschen, die unter gleichen sozialen Bedingungen leben, suizidieren sich nicht. Die Entscheidung, sich das Leben zu nehmen, geschieht im psychischen System. Nun nehmen dem gegenwärtigen Stand der Suizidforschung nach nicht nur soziale Faktoren Einfluss auf die suizidale Entscheidung, sondern auch biologische Komponenten. Es gibt eindeutige neurobiologische Korrelate suizidalen Verhaltens (Mann 1998; Brunner & Bronisch 1999), und diese sollten in einem biopsychosozialen Modell natürlich auch Berücksichtigung finden. Wie aber bringt man diese Befunde in ein Modell, das gleichzeitig makrosoziale Faktoren einschließt?

Um diesen Mikro-Makro-Link und um die Konzeption des sozialen Anteils an Krankheiten wird vor allem in der Epidemiologie seit einiger Zeit heftig gestritten. Wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, vollzieht die Mikrotheorie von Krankheiten die Untersuchung von Risikofaktoren, welche Individuen betreffen. Bedeutet diese Risikofaktor-Epidemiologie nun selbst ein Risiko für die Epidemiologie? Diese Frage stellte Mervyn Susser, einer der führenden Protagonisten dieses Feldes (Susser 1998). Seiner Ansicht nach liegt die viel beschriebene Krise der Epidemiologie sowohl im Verzicht auf den sozialen Kontext von Krankheiten, wie auf dem Verzicht der mikrobiologischen Ebene

für das Forschungsgebiet begründet. Es stellt sich an dieser Stelle die Frage, ob es gelingen kann, alle Faktoren gleichermaßen, von der Mikrobiologie bis hin zur Makrosoziologie, in einem empirisch fundierten Modell zu berücksichtigen, das dazu auch noch methodischen Richtlinien genügen muss. Dies wird von anderen Protagonisten bezweifelt (Poole & Rothman 1998). Die Komplexität solcher Modelle lässt sich offenbar methodisch nicht bewältigen.

Die Konzeption makrotheoretischer Faktoren ist auch in der empirischen Soziologie ein schwieriges Unterfangen. Selbst theoretisch und empirisch weit entwickelte Forschungsgebiete wie die ökologische Sozialisationsforschung (Bronfenbrenner 1989; Grundmann et al. 2000), die Mehrebenenmodelle auch empirisch zu verifizieren versucht, müssen angesichts der Komplexität der Makro-Einflüsse ihre Fragestellungen reduzieren. So verengt sich die Makroebene dieses Ansatzes auf kulturelle Bedingungsfaktoren wie allgemein vorherrschende Werte und Normen, welche sich auch empirisch erschließen lassen. In der Soziologie stehen wir glücklicherweise nicht vor einem mit der Epidemiologie vergleichbaren Dilemma, da wir, anders als dort, über eine reichhaltige Theorie des Faches verfügen. Wo empirische Daten an Grenzen geraten, und dies scheint bei makrotheoretischen Fragestellungen der Fall zu sein, vermag die Gesellschaftstheorie weiter zu helfen. Der Einfluss des politischen Systems etwa auf die psychische Gesundheit ist empirisch nur schwer nachzuvollziehen, sondern kann offenbar nur von anhand Fallstudien exemplifiziert werden. Solche Fallstudien über die Auswirkung politischer Macht auf das psychische System werden im späteren Verlauf dieses Kapitels vorgestellt. Die Integration solcher Befunde in ein Modell lässt sich vor dem Hintergrund des heute zur Verfügung stehenden Methodenkanons nur theoretisch plausibel ausarbeiten. Auch dies wird hier noch geschehen. Mit diesem teils empirisch gestützten, teils theoretisch geleiteten Vorgehen können mikro- und makrotheoretische Faktoren zugleich untersucht werden, und damit die Faktoren „...that put people at risk of risks.“ (Link & Phelan 1995: 85) Zuvor jedoch sollen empirische Daten vorgestellt werden, die eine Antwort auf die Frage erlauben, ob sich psychische Störungen mit der Modernisierung der Gesellschaft verändern.

#### Langzeitstudien zur psychiatrischen Morbidität in der Bevölkerung

Die langfristige Beobachtung der psychiatrischen Morbidität ist ein vergleichsweise unterentwickeltes Forschungsgebiet. Anders als etwa in der Suizidforschung (siehe unten) stehen keine international vergleichbaren zuverlässigen aggregierten Daten zur Verfügung, die mehr oder weniger sicheren Aufschluss über die Entwicklung der Morbidität sowie über Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern oder Regionen bieten. Eher indirekte Hinweise sind den einschlägigen Umfragen zur Zufriedenheit mit der Lebenssituation zu entnehmen, die seit mehreren Jahrzehnten wiederholt im internationalen Rahmen durchgeführt werden. Diese Surveys zeigen über mehrere Nachkriegsjahrzehnte hinweg keine große Veränderung in der allgemeinen Befindlichkeit der Bevöl-

kerung. Der Anteil der Individuen, die sich als ‚sehr glücklich‘ beschreiben, liegt – mit gewissen Ausschlägen nach oben und unten – permanent zwischen 30 und 40 Prozent in Westeuropa (Argyle 2001: 138). Allerdings kann von dem Konstrukt der allgemeinen Zufriedenheit nur teilweise ein Rückschluss auf psychische Störungen gezogen werden, so dass weitere Daten hier nötig sind. Weiterhin muss bei diesen Surveys ein kultureller Bias unterstellt werden. In manchen Ländern wie in den USA ist es aufgrund kultureller Gegebenheiten wahrscheinlicher, dass sich Individuen als glücklich bezeichnen, in anderen – etwa in Deutschland – ist dies eher nicht der Fall (Argyle 2001: 195ff.)

Auch die vorhandenen internationalen Daten zum Konsum psychotroper Substanzen wie Alkohol sind aus verschiedenen Gründen mit erheblicher Vorsicht zu benutzen. Zum einen werden diese Daten auch als politisch sensibel angesehen, so dass, etwa in vielen Staaten Osteuropas, die offiziellen Zahlen sich erheblich von denen unterscheiden, die in der Suchtforschung gehandelt werden (Simpura et al. 1999). Zum zweiten unterliegen viele Regionen Konsumtrends, die nicht notwendigerweise auf eine höhere Morbidität schließen lassen müssen, sondern vermutlich eine Angleichung an die Standards in anderen westlichen Regionen darstellen. Dies gilt etwa für skandinavische Staaten wie Schweden, die eine Zunahme des Alkoholkonsums seit mehreren Jahren registrieren, der allerdings von einem vergleichsweise niedrigen Niveau aus erfolgt (Bengtsson et al. 1998; Simpura et al. 1999). Gleiches gilt wohl auch für Japan (Makimoto & Higuchi 1999). In diesen Staaten hat sich offenbar die Verfügbarkeit alkoholischer Getränke nach dem Zweiten Weltkrieg erheblich verbessert.

Die methodischen Probleme sind in im Zusammenhang mit Langzeittrends psychischer Störungen besonders groß. Untersuchungen zu langfristigen Entwicklungen psychischer Krankheiten mit einer sozialwissenschaftlichen Fragestellung lassen sich auf aggregierter Basis nur mit den beschriebenen Problemen wie dem ökologischen Fehlschluss durchführen. Die interessante und einem Soziologen häufig gestellte Frage, ob denn psychische Störungen zugenommen haben im Modernisierungsprozess, ist daher nur selten explizit und mit angemessener Methodik untersucht worden. Derartige Analysen verlangen mehrere Messzeitpunkte, die sich über einen genügend langen Zeitraum erstrecken. Solche Arbeiten lassen sich daher kaum angemessen finanzieren. Zum anderen müssen sie Veränderungen in der Diagnostik und Klassifikation angemessen berücksichtigen, weshalb es zwar Studien in gleichen Regionen zu Prävalenz und Inzidenz psychischer Störungen geben mag, diese aber aufgrund von unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten kaum vergleichbar sind.

Die wenigen bekannten Studien zu dieser Fragestellung haben kürzlich Thomas Becker und Norman Sartorius in einer Übersicht zusammengestellt (Becker & Sartorius 1999). Die Literatur entspricht dem Stand vom Ende der 1980er Jahre. Die meisten Erhebungen stammen aus Skandinavien, allerdings existieren auch Studien aus anderen Teilen Europas, aus den Vereinigten Staaten sowie aus Asien. Zumeist wurde die Veränderung der Prävalenz verschiedener Störungsbilder innerhalb von zwei bis drei Dekaden untersucht. Da

die Studien nahezu ausschließlich nach den Zweiten Weltkrieg durchgeführt worden sind, sollten sich Modernisierungseffekte auch unter soziologisch relevanten Gesichtspunkten finden lassen.

Generalisierend lässt sich aus den von Becker und Sartorius (1999) zusammengestellten Daten mit Sicherheit kein Trend in Richtung auf steigende psychiatrische Morbidität in der Allgemeinbevölkerung nach dem Zweiten Weltkrieg erkennen. Trennt man die Resultate etwas willkürlich nach psychotischen und neurotischen Störungsbildern, so lässt sich feststellen, dass für die Psychosen keine der angegebenen Untersuchungen eine Zunahme der Prävalenz gefunden hat, in einigen Studien jedoch die Schizophrenieprävalenz abgenommen hat. Bei neurotischen Störungsbildern wie der Depression wird allerdings in einigen Untersuchungen eine Zunahme gefunden. Eine zunehmende Prävalenz lassen sich auch für geistige Behinderungen bzw. Intelligenzminderungen feststellen. Dies verwundert jedoch nicht, sondern hängt mit den erheblich verbesserten medizinisch bedingten Überlebenschancen geistig behinderter Menschen nach dem Zweiten Weltkrieg zusammen.

Die einzige relevante Untersuchung aus Deutschland ist in den 1980er Jahren in Oberbayern durchgeführt worden (Fichter et al. 1990). Allerdings wurde hier lediglich ein Fünf-Jahres-Intervall zugrunde gelegt, was nicht erwarten lässt, dass erhebliche Veränderungen zu erkennen sind. Gemessen wurde die Punktprävalenz psychischer Störungen, das heißt, psychiatrische Morbidität in den letzten sieben Tagen vor der Erhebung. Die Gesamtprävalenz aller psychischen Krankheiten veränderte sich entsprechend dieser Erwartung zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten nicht. Die Rate der behandlungsbedürftigen Personen betrug 20,4 bzw. 20,8 Prozent. Innerhalb spezieller Diagnosegruppen fand sich jedoch ein leichter Anstieg bei Persönlichkeitsstörungen sowie bei Suchterkrankungen. Dagegen sanken die Raten der früher so genannten affektiven Psychosen (schwere unipolare und bipolare affektive Störungen im neueren Sprachgebrauch) sowie der neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen.

Als ein weiterer Indikator für Zeitreihenentwicklungen bei psychischen Störungen kann mit Einschränkungen die Prävalenz der aufgrund dieser Krankheiten behandelten Personen gelten; die Behandlungsprävalenz stellt jedoch immer nur einen Teil der ‚wahren‘ Prävalenz dar, da ein großer Teil der Betroffenen unbehandelt lebt. Einer entsprechenden Langzeitstudie aus den Niederlanden zufolge nahm die Anzahl der in Behandlung befindlichen Personen im 15-Jahreszeitraum von 1976 bis 1990 in der Region Groningen erheblich zu (Oldehinkel 1998). Ein großer Teil dieser Zunahme kann jedoch durch den demografischen Alterungsprozess erklärt werden, der dazu führt, dass mehr Menschen im Alter psychische Störungen entwickeln, die vor allem stationär behandelt werden. Als weitere Einflussfaktoren werden verschärfte psychosoziale Problemlagen, aber auch eine Verbreiterung des Konzepts psychischer Störungen und eine dadurch häufigere Behandlung ‚leichterer‘ Störungen genannt. Aus diesen Befunden lassen sich kaum Hinweise auf Modernisierungseffekte entnehmen.

Weitere, eher indirekte Hinweise, lassen sich in deutschen Untersuchungen

über die Epidemiologie des Drogenkonsums finden (Kraus & Bauernfeind 1998). Der Konsum illegaler Drogen nimmt offenbar seit Ende der 1980er Jahre hierzulande zu. Der am häufigsten gebrauchte Stoff ist Cannabis. Im Jahre 1995 hatten 21 Prozent der 18- bis 39jährigen in der Bundesrepublik irgendwann in ihrem Leben Cannabis konsumiert und knapp neun Prozent taten dies in dem Jahr vor der Befragung. Sowohl die Lebenszeit- als auch die 12-Monats-Prävalenz waren im Vergleich zu 1990 deutlich angestiegen. Der vom Suchtpotenzial sicherlich bedeutendere Konsum von Opiaten war ebenfalls leicht zunehmend, wenngleich auf sehr niedrigem Niveau (12-Monats-Prävalenz 1995: 0,9 Prozent in der genannten Altersgruppe). Nun kann sicherlich nicht ohne weiteres von Konsum auf Missbrauch oder Abhängigkeit geschlossen werden. Nach einschlägigen epidemiologischen Erfahrungen jedoch steigt mit der konsumierten Durchschnittsmenge eines Suchtmittels auch die Quote von Personen mit erheblichem Gebrauch und entsprechendem Abhängigkeitsrisiko (Rose 1992). Die referierten Daten lassen sich nicht nur singular auf die deutsche Situation beziehen, sie entsprechen Konsumtrends in Westeuropa insgesamt.

Leicht rückläufig ist dagegen der Alkoholkonsum vor allem bei Kindern und jungen Jugendlichen in Europa. Bei 13- bis 15jährigen ergaben Surveys, die in Schulen von der Weltgesundheitsorganisation WHO durchgeführt wurden, einen Rückgang im regelmäßigen Alkoholkonsum (Settertobulte et al. 2001). Ob der beobachtete Rückgang beim Alkoholkonsum in einem Zusammenhang mit den steigenden Zahlen bei Gebrauch illegaler Drogen steht, darüber kann hier nur spekuliert werden. Möglicherweise verändern sich derzeit Gebrauchsmuster von Drogen, legalen wie illegalen, insgesamt in dieser für die weitere Entwicklung des Konsums extrem relevanten Altersgruppe (siehe unten). Es gibt aktuelle Hinweise, dass Alkoholkonsum ‚uncool‘ bei Jugendlichen ist (Denscombe 2001). Auch hier muss allerdings wieder zwischen Konsum und Missbrauch/Abhängigkeit unterschieden werden.

Der für die europäische Region insgesamt festgestellte Rückgang des Alkoholkonsums bei Jugendlichen bestätigt sich ebenfalls im Langzeittrend für die Bundesrepublik Deutschland (BMG 2000; BzGA 1998). Seit Mitte der 1980er Jahre sinkt der Anteil Jugendlicher, die mindestens einmal wöchentlich Bier konsumieren. Für Wein und Spirituosen besteht dieser Trend schon seit Beginn der 1970er Jahre (BzGA 1998). Der Anteil Jugendlicher mit Konsumerfahrungen illegaler Drogen ist in den 1990er Jahren wieder leicht gestiegen. Primäre illegale Substanz des Konsums ist Ende der 1990er Jahre Cannabis, gefolgt von Ecstasy und Amphetaminen.

Ebenfalls rückläufig ist der Alkoholkonsum in den Vereinigten Staaten (Greenfield et al. 2000; Midanik & Greenfield 2000). Der Pro-Kopf-Verbrauch reinen Alkohols erreichte 1995 den Stand von 1963, nachdem Anfang der 1980er Jahre eine Spitze erreicht wurde. Vor allem Spirituosen werden in den letzten Jahren erheblich weniger konsumiert, während ‚leichtere‘ Getränke wie Bier oder Wein im Verbrauch stagnierten oder sogar zulegten. Hinsichtlich der Abhängigkeit von Alkohol zeigte sich in zu verschiedenen Zeitpunkten durchgeführten Surveys allerdings keine signifikanten Unterschiede (Midanik

& Greenfield 2000).

Weltweit entwickeln sich in den letzten Jahrzehnten erhebliche Unterschiede bezüglich der Alkoholkonsumtrends. Einer neuen Übersicht der Weltgesundheitsorganisation zufolge steigt der Pro-Kopf-Konsum vor allem in den weniger entwickelten Regionen der Erde deutlich. Dagegen ist der Konsum beispielsweise in Westeuropa, der Region mit dem höchsten Durchschnittskonsum der Welt, von 1976 bis 1996 um 25 Prozent gefallen (WHO 2001). Der generell hohe Pro-Kopf-Konsum in den hiesigen Breiten steht offenbar in einem kulturellen Zusammenhang, er ist teilweise auf den hohen Genuss alkoholischer Getränke durch Frauen zurückzuführen, denen in anderen Teilen der Welt dies aufgrund kultureller und/oder religiöser Traditionen nicht erlaubt ist.

Die sicherlich am meisten beachteten speziellen Untersuchungen zur Langzeitmorbidity psychischer Störungen sind zwei in Schweden sowie in Kanada durchgeführte Studien. Beide Untersuchungsteams haben auch in den 1990er Jahren noch Ergebnisse publiziert, die hier kurz referiert werden sollen. Wie bei Bevölkerungsstudien zu psychiatrischer Morbidity nicht unüblich, haben beide Teams die Gegend ihrer Untersuchung durch ein Pseudonym unkenntlich gemacht. Die schwedische Studie firmiert unter dem Label ‚Lundby Studie‘ (Hagnell et al. 1994) und in Kanada hat man sich für ‚Stirling County‘ (Murphy et al. 2000b; Murphy et al. 2000a) entschieden. Beide Untersuchungsregionen sind ländlich gelegen und haben in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts einen ähnlichen Modernisierungsprozess erlebt, der sich insbesondere durch Veränderungen im Arbeitsbereich auszeichnete (Niedergang der Landwirtschaft) sowie durch eine Verstädterung der Wohnumgebung. Daher werden beide Untersuchungen auch gerne miteinander verglichen.

In Lundby begann man im Jahre 1957 mit einer Prävalenzstudie bei über 2600 Personen (Hagnell et al. 1994). Die überlebenden Personen dieser Kohorte wurden im Jahre 1972 erneut untersucht, und dies ohne Rücksicht auf ihren damaligen Aufenthaltsort. Entscheidend für psychiatrische Morbiditystudien ist die Definition des Falls der psychischen Erkrankung. In Lundby entschied man sich für die Feststellung durch eine klinische Diagnose des Interviewers. Die Gesamtprävalenz (Punktprävalenz bzw. Ein-Monats-Prävalenz) stieg in den 15 Jahren zwischen den Erhebungen in dieser Population von 4,9 auf 10,6 Prozent bei den untersuchten Männern und von 8,8 auf 15,6 Prozent bei den untersuchten Frauen (Gesamt 6,8 und 13,1 Prozent). Obwohl es sich um eine erneute Untersuchung der gleichen Kohorte von 1957 handelte waren die Zunahmen auch in den korrespondierenden Altersgruppen zu erkennen. Der Hauptanstieg, insbesondere bei den Frauen, ist auf eine Zunahme depressiver Störungen zurückzuführen. Die Autoren machen hierfür soziale und kulturelle Veränderungen verantwortlich, die sich insbesondere im Arbeitsleben niederschlagen hätten.

In Kanada erstreckte sich die Untersuchung primär auf depressive Störungen. Hier stehen bis heute drei Erhebungswellen zur Verfügung, und zwar aus den Jahren 1952, 1970 und 1992 (Murphy et al. 2000b; Murphy et al. 2000a). Die soziokulturellen Veränderungen in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg

werden von den Autoren wie folgt beschrieben: zunehmender Lebensstandard, verbesserte Ausbildungschancen, bessere Gesundheitsdienstleistungen, aber auch rassisch-ethnische Spannungen, mehr Kriminalität und Drogengebrauch, Rückgang familiärer Bindungen und geringerer Einfluss religiöser Werte. Das Sampling der Untersuchungsteilnehmer wurde in jeder Welle neu durchgeführt, allerdings wurde ein Teil der früher befragten Personen erneut in die Studie aufgenommen, um Inzidenzen berechnen zu können. Die diagnostische Einstufung erfolgte in dieser Untersuchung mit einem standardisierten Instrument, das sich allerdings zwischen den ersten beiden Erhebungen leicht veränderte. Berücksichtigt man diese Unterschiede, wie die Autoren es getan haben, so kommt man dennoch nicht zu unterschiedlichen Prävalenzraten. Die Punktprävalenzen lagen in allen drei Erhebungszeitpunkten bei etwas mehr als 5 Prozent der Untersuchten (Murphy et al. 2000a).

Auch die Ein-Jahres-Inzidenzen depressiver Störungen haben sich nicht signifikant verändert (Murphy et al. 2000b). Zwischen 1952 und 1992 erkrankten zwischen drei und fünf von 1000 Personen neu an einer Depression. Dies unterscheidet sich erheblich von den Lundby-Ergebnissen, wo eine zunehmende Inzidenz gefunden worden ist. Über die Gründe der unterschiedlichen Ergebnisse in Lundby und Stirling County ist von beiden Autorengruppen spekuliert worden. Die differierenden Erhebungsmethoden (klinische Diagnose vs. standardisiertes Instrument) haben vermutlich zu diesen Unterschieden beigetragen. Für Langzeittrends der Bestimmung der psychiatrischen Morbidität ergibt sich offenbar ein Dilemma, wenn man moderne diagnostische Kriterien zugrunde legt. Benutzt man etwa Kriterien nach dem amerikanischen Diagnosemanual DSM, so hängen diese von der Erinnerungsfähigkeit der Befragten ab. Verzichtet man darauf und nimmt ein standardisiertes Instrument, so muss man damit rechnen, dass sich die diagnostischen Kriterien im Laufe der Dekaden verändern (Murphy et al. 2000a: 214).

Besondere Aufmerksamkeit hat in den letzten Jahren der verschiedentlich berichtete Rückgang der Neuerkrankungen der Schizophrenie erhalten. Dieser hatte sich auch in dem Übersichtsartikel von Becker und Sartorius (1999) mit Stand vom Ende der 1980er Jahre abgezeichnet. In einer Übersicht über Langzeittrends schizophrener Erkrankungen hat Richard Warner (1995) über 18 Studien berichtet, die diesen Faktor untersucht haben. 13 der 18 Arbeiten fanden dabei einen Rückgang der Inzidenz schizophrener Erkrankungen seit Mitte der 1960er Jahre. Gemessen wurden die Neuerkrankungen in der Regel über die Ersteinweisungen in psychiatrische Kliniken. Allerdings fand sich dieser Trend auch in einer Studie, die Erstkontakte mit dem psychiatrischen Versorgungssystem analysierte, so dass ein Bias durch die Inanspruchnahme einer Klinik vermutlich nicht vorliegt. Im vorherigen Kapitel wurde referiert, dass die Ätiologie der Schizophrenie wahrscheinlich mit Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen zusammenhängt, und genau diese These nimmt Warner auf, um den Rückgang der Neuerkrankungen zu begründen. Seiner Ansicht nach hat sich die gynäkologische Versorgung seit dem Zweiten Weltkrieg derart verbessert, dass hier ein entscheidender Faktor für den beobachte-

ten Rückgang zu verorten sei. Hinzu seien andere Entwicklungen gekommen, die sich ebenfalls positiv auf die neuronale Entwicklung der Kinder ausgewirkt hätten, etwa Verbesserungen in der Ernährung während der Schwangerschaft sowie die allgemeinen hygienischen Bedingungen, welche die Exposition und die Immunität gegenüber Infektionen verbessert hätten. Alle diese Faktoren werden bekanntlich in der Ätiologie der Schizophrenie heute diskutiert.

Eine letzte, eher indirekte Einschätzung des Effekts von Modernisierung auf psychische Störungen lässt sich aufgrund von längerfristigen Mortalitätsdaten bezüglich bestimmter Todesursachen vornehmen. So kann man etwa anhand von Daten über die alkoholbezogene Sterblichkeit in Russland ablesen, dass die erste Hälfte der 1990er Jahre dort mit erheblichen psychosozialen Folgen des sozialen Wandels behaftet war (Shkolnikov et al. 2001). Gegenüber dem Jahr 1991 verzeichnete die Todesursachenstatistik für 1994 eine 3,5fache Steigerung von Sterbefällen nach Alkoholvergiftungen. Der Anteil von Leberzirrhosen als Todesursache verdoppelte sich in diesem Zeitraum. Beide Ursachen gingen dann bis 1998 deutlich zurück, ohne jedoch das schon im internationalen Vergleich hohe Niveau vom Beginn der Dekade zu erreichen. Alkohol und seine Folgen sind in Russland vergleichsweise massiv ausgeprägt (McKee 1999). Allerdings sind in diesem Zusammenhang die unterschiedlichen Trinkgewohnheiten in verschiedenen Regionen zu berücksichtigen. Beispielsweise scheint die in Russland und in anderen Gegenden Osteuropas verbreitete Sitte des *Binge-Drinkings* (Volllaufen lassen bis zur Bewusstlosigkeit) erheblich gravierendere Auswirkungen bei gleichem durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsum zu haben als der regelmäßige mäßige Konsum (Britton & McKee 2000). Zudem ist der Spirituosen-Konsum offenbar gefährlicher hinsichtlich der alkoholbedingten Mortalität als der Konsum von Bier und Wein. Dafür spricht, dass die in vielen westlichen Ländern rückläufige Rate von Todesfällen nach Leberzirrhosen hoch mit den Konsumtrends für Spirituosen korreliert ist (Kerr et al. 2000). Bekanntlich fallen in Osteuropa beide Risikofaktoren, hoher Spirituosenkonsum und *Binge-Drinking*, zusammen und verstärken sich in ihren schädlichen Auswirkungen.

Insgesamt scheinen die mit Modernisierung und sozialem Wandel verbundenen Merkmale des Sozialsystems im allgemeinen keine weitreichenden negativen Folgen für die psychische Gesundheit der Menschen zu haben, diese Aussage kann zumindest für die moderne Gesellschaft westlicher Ausprägung gemacht werden. Eine Zunahme der Prävalenz wie der Inzidenz psychischer Störungen ist nur in wenigen Studien erhoben worden. Die mit der Messung dieser Merkmale einhergehenden methodischen Probleme mögen die vorhandenen Differenzen vermutlich erklären. Aus der zuletzt berichteten Entwicklung der alkoholbedingten Todesursachen in Russland lässt sich aber der vorsichtige Schluss ziehen, dass solche mit großer Wucht auftretenden und massiven sozialen Veränderungen, die mit erheblichen Verwerfungen des sozialen Lebens wie der Abnahme der sozialen Kohäsion, der wirtschaftlichen Sicherheit und der dramatischen Zunahme von Gewaltkriminalität verbunden sind (Walberg et al. 1998), wahrscheinlich eine Vielzahl individueller psychischer Krisen her-

vorrufen kann. Die zurückgehende alkoholbedingte Sterblichkeit ist vermutlich durch eine Verringerung des Tempos sozialer Veränderungen sowie durch Gewöhnungseffekte an diese im wahrsten Sinne des Wortes ‚nachholende‘ Modernisierung zu erklären. Während in schnell auftretenden sozialen und ökonomischen Krisensituationen eine erhebliche Verschlechterung der Befindlichkeit durchaus messbar ist, wie etwa Daten aus Belgien und anderen Ländern aus der ersten Hälfte der 1980er Jahre zeigen (Argyle 2001: 138ff.), kann bei langsameren Entwicklungen von einer Adaption an die neuen Verhältnissen ausgegangen werden, die sich dann eben nicht in messbaren Effekten hinsichtlich der Befindlichkeit niederschlägt.

#### Suizid und moderne Gesellschaft

Es entspricht guter alter soziologischer Tradition, Suizide als sozialen Indikator für die psychische Belastung von Individuen wie für die soziale Integration einer Gesellschaft heranzuziehen (Friedrichs & Jagodzinski 1999). Schon ein relativ oberflächlicher Blick in die entsprechenden internationalen Vergleiche von Suizidraten offenbart jedoch zwei Dinge, die seit Beginn der Suizidforschung immer wieder Erstaunen hervorgerufen haben. Zum einen existieren zwischen einzelnen Ländern erhebliche Unterschiede in der Suizidhäufigkeit, und zum anderen sind die Suizidraten innerhalb der einzelnen Länder relativ konstant (Lindner-Braun 1990: 378).<sup>4</sup> Allerdings sind trotz der relativen Konstanz immer auch wieder periodische Schwankungen in verschiedenen Ländern zu beobachten (Lindner-Braun 1990: 378). Erhebliche Aufmerksamkeit hat in der jüngeren Zeit die Entwicklung der Suizidraten in Osteuropa nach dem Fall der sozialistischen Regime und den nachfolgenden, zum Teil dramatischen sozialen Veränderungen erhalten. Bekanntermaßen ist die Mortalität in Osteuropa seit den 1970er Jahren erheblich gestiegen, und diese Entwicklung ist durch den politischen Systemwechsel nochmals beschleunigt worden. Ein immer wieder betonter Faktor in diesem Zusammenhang ist die sehr hohe Suizidrate in einigen Staaten wie Russland, die offenbar zu den beobachteten Ost-West-Unterschieden beiträgt (Bobak & Marmot 1996; Shkolnikov et al. 2001). Daher entfällt die Problemstellung nicht, nach sozialen Faktoren zu forschen, welche die Suizidrate beeinflussen können.

Bevor auf die Datenlage zu Suiziden und Suizidversuchen eingegangen werden kann, müssen wiederum einige methodische Vorbemerkungen gemacht werden. Eine offizielle Suizidstatistik wird in nahezu allen Staaten durchgeführt. Ein nicht einschätzbarer, aber in Rechnung zu stellender Schwachpunkt stellt in diesem Zusammenhang die Feststellung der Todesursache bzw. die Festlegung als Suizid dar. Die Anzahl unerkannter Suizide lässt sich nicht exakt feststellen. Suizide können eingehen in unklare Todesursachen, aber auch in Verkehrsunfälle. In westlichen Ländern ist darüber hinaus bei vielen Drogentoten mit einer suizidalen Absicht zu rechnen (Schmidtke et al. 1996). Hinsichtlich der Interpretation solcher Daten ist darüber hinaus zu berücksichtigen, wie sich wan-

delnde Wertvorstellungen auf die entsprechenden Trends auswirken (Friedrichs & Jagodzinski 1999: 21). Sollten sich etwa Einstellungen lockern, die einen Suizid nicht mehr in der Weise wie früher verdammen, dann können steigende Suizidraten etwas damit zu tun haben und nicht unbedingt mit zunehmenden psychischen Belastungen.

Innerhalb der europäischen Länder liegt die aktuelle Suizidrate (1996) der Bundesrepublik Deutschland eher im unteren Drittel (zum folgenden Schmidtke et al. 1996; Schmidtke et al. 1998). Aufgeteilt auf die frühere DDR und das alte Bundesgebiet zeigt sich eine höhere Suizidrate pro 100.000 Einwohner in Ostdeutschland (Männer West: 20,5, Ost: 27,8; Frauen West: 8, Ost: 9,6). Der Unterschied zwischen Ost- und Westdeutschland lässt sich allerdings nur schwer auf soziale Einflüsse zurückführen. Das Gebiet der früheren DDR zeichnete sich schon vor dem Zweiten Weltkrieg durch eine höhere Suizidalität im Vergleich zum Westen aus. Seit den 1980er Jahren sinkt die Suizidrate im gesamten Gebiet der heutigen Bundesrepublik. Interessanterweise fällt die Suizidrate in den neuen Bundesländern weitaus drastischer als im Westen. Offenbar tragen die erheblichen sozialen Probleme dieser Region nicht zu einem Anstieg der Selbsttötungen bei. Natürlich ist hier das Risiko des ökologischen Fehlschlusses zu beachten, bei individuellen Suizidintentionen mögen soziale und ökonomische Probleme natürlich eine Rolle spielen. Möglicherweise sind Verbesserungen im Gesundheitssystem und anderen Hilfeinrichtungen sowie die Hebung des Lebensstandards dafür mit verantwortlich, denn der gesamte Mortalitätstrend im früheren DDR-Gebiet weist eine Annäherung an die westlichen Verhältnisse auf, während sich etwa der Abstand zur Mortalitätsentwicklung in Polen deutlich vergrößert. In diesem Zusammenhang werden die Auswirkungen der Ost-West-Migration als relativ unmaßgeblich angenommen (Nolte et al. 2000a; Nolte et al. 2000b).

Neben vollendeten Suiziden stehen Suizidversuche im Interesse der einschlägigen Forschung. Das Verhältnis von Suiziden zu Suizidversuchen liegt gegenwärtig in Deutschland bei 1:5 für Männer und 1:15 für Frauen (Schmidtke et al. 1998). Die Bedingungen für vollendete Suizide sind jedoch nicht unbedingt mit den Bedingungen für Suizidversuche gleichzusetzen. Bekannt ist beispielsweise die Umkehrung des Geschlechterverhältnisses bei Suiziden bzw. Suizidversuchen. Während sich weitaus mehr Männer als Frauen wirklich zu Tode bringen, unternehmen mehr Frauen als Männer einen entsprechenden Versuch. Männer wählen offenbar im Schnitt wirksamere, weil aggressivere Methoden für die Selbsttötung. Ähnliches gilt für die Altersverteilung. Die Rate vollendeter Suizide steigt mit zunehmendem Alter. Dagegen finden sich Suizidversuche weitaus häufiger in jüngeren Altersgruppen. Dem Suizidversuch gehen in der Regel Todeswünsche und spezifische suizidale Pläne voraus. Insbesondere bei jüngeren Menschen folgt dem Todeswunsch der Plan und der Versuch schneller nacheinander, zumeist innerhalb eines Jahres (Kessler et al. 1999). Mit zunehmendem Alter korrelieren jedoch Todeswunsch und Versuch immer weniger. Eine Zeitreihe der Suizidversuche ist im Rahmen einer WHO-Multi-center-Studie für die Bundesrepublik aufgrund repräsentativer Daten berechnet

worden (Schmidtke et al. 1998). Demnach steigt seit Mitte der 1990er Jahre die Rate der Versuche wieder an, und erreicht das Niveau der Mitte der 1980er Jahre. Allerdings ist dies vergleichsweise um fast 50 Prozent geringer als noch in den 1970er Jahren, als Suizidversuche insgesamt sehr häufig geschahen.

Möglicherweise ist der Indikator der Suizidversuche der sensiblere Marker gegenüber makrosozialen Trends als der vollendete Suizid. Dafür spricht nicht zuletzt die Altersverteilung der Suizidversuche, die solche Handlungen bei jungen Menschen überrepräsentiert sieht. In diesem Zusammenhang ist vor allem in den angloamerikanischen Regionen eine dramatische Zunahme von Suizidversuchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen registriert worden (Fergusson et al. 2000). Jüngere Menschen müssen in kurzer Zeit eine Vielzahl biografisch einschneidender Entscheidungen treffen, die vom Arbeitsmarkt und anderen sozialen Wandlungsprozessen beeinflusst werden. Demgegenüber nimmt die soziale Sicherheit im Sinne der Lebensgestaltung (Partnerschaft, Beruf etc.) im Lebensverlauf eher zu, so dass hier geringere makrosoziale Einflüsse zu erwarten sind. Entsprechende Folgerungen sind aus einer britischen Studie über Selbstverletzungen zu schließen, die mit ökologischer Methodik im Zeitvergleich zeigen konnte, dass vor allem jüngere Frauen von sozialen Verschlechterungen in der Region negativ betroffen sind (Gunnell et al. 2000). Mit einer ähnlichen Methode hat die gleiche Arbeitsgruppe jedoch auch solche Einflüsse auf vollendete Suizide gefunden, diese jedoch ebenfalls eher für jüngere Altersgruppen (Whitley et al. 1999).

Auch hier macht sich erneut die Lebenslaufperspektive bemerkbar. In einer Langzeituntersuchung aus der schon verschiedentlich zitierten Dunedin-Studie ist demonstriert worden, dass Suizidversuche junger Menschen zumeist einen Hintergrund von im Lebenslauf akkumulierten Risiken haben (Fergusson et al. 2000). Dazu gehören nachteilige sozioökonomische Bedingungen in der Herkunftsfamilie, familiäre Veränderungsprozessen und Gewalterfahrungen, im Lebenslauf entwickelte Persönlichkeitsfaktoren und psychische Probleme bis hin adwersen Lebensereignissen.

Welche Schlüsse lassen sich aus dieser Befundlage ziehen? Zunächst einmal tritt durch die Daten über Suizide und Suizidversuche kein grundlegend anderer Trend zu Tage als er oben für das Vorkommen psychischer Störungen beschrieben wurde. Zieht man den gesamten Zeitraum nach dem Zweiten Weltkrieg bis in die Gegenwart in Betracht, scheint suizidales Verhalten zumindest nicht zugenommen zu haben, wenn es nicht – bei allen methodischen Unsicherheiten, die mit einer solchen Aussage verbunden sind – sogar abgenommen hat. Massive soziale Veränderungen, wie sie die westliche Welt in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts erlebt hat, erzeugen offenbar keine Zunahme psychischer Störungen und damit einhergehendem Selbsttötungsverhalten.

Welche Gründe mag es für den offensichtlich nicht im großen Rahmen erkennbaren Anstieg der Prävalenz psychischer Störungen sowie der Suizidraten im Rahmen der sozialen Modernisierung geben? Methodische Fehlerquellen

können sicherlich nicht vollkommen ausgeschlossen werden. Psychiatrische Symptome und Diagnosen unterliegen nun einmal sozialen Konstruktionsprozessen. Bei der Suizidstatistik gibt es eine erhebliche Fehlerquelle von unerkannten Suiziden, die in den verschiedenen Ländern mit unterschiedlicher Akribie zu beseitigen beabsichtigt wird. Gegen die Hypothese, dass methodische Fehler für die grundlegende Tendenz verantwortlich sind, sprechen jedoch einerseits die Vielzahl der Befunde und andererseits die Vielfältigkeit der Erhebungsregionen. Eine weitere, nach den in dieser Arbeit beschriebenen Kausalhypothesen nicht von der Hand zu weisende Vermutung ist, dass der kausale Nexus zwischen sozialem Wandel und psychischer Störung (sowie Suizidalität) nicht so eng ist, wie er soziologischerseits postuliert worden ist. An anderer Stelle wurde schon eingehend analysiert, dass der Richtungszusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus und Erkrankung bei verschiedenen Störungsbildern unterschiedlich ist. Auch aus dem autopoietisch angelegten biopsychosozialen Modell psychischer Störungen ergibt sich kein zwingender Kausalzusammenhang zwischen sozialem und psychischen System. Beide Systeme haben jeweils eigene Operationsweisen und Präferenzen, die eben nicht ineinander aufgehen. Daher wird in der empirischen soziologischen Stressforschung auch die direkte Makro-Mikro-Verbindung abgelehnt, und zwar zugunsten eines subjektorientierten Ansatzes (Badura & Pfaff 1992).

Eine dritte Hypothese hat einen gesellschaftstheoretischen Hintergrund. Mit Daten aus dem Wohlfahrtssurvey aus dem Berliner Wissenschaftszentrum, die keine Verschlechterung der allgemeinen Befindlichkeit in der Bevölkerung finden und angereichert durch offizielle Suiziddaten, hat Thomas Bulmahn die These vertreten, dass Modernisierung nicht nur Desintegration und Anomie bedeute, sondern auch neue Inklusion und Integration (Bulmahn 2000). Letzteres bezieht sich vor allem auf die Entwicklung in Ostdeutschland nach der Wende. Allerdings ist der Anomie/Integrations-Rahmen gesellschaftstheoretisch nicht mehr sonderlich tragfähig. In einer sozialstrukturellen Perspektive muss mit Mitteln der modernen Gesellschaftstheorie wesentlich differenzierter analysiert werden, und das soll im folgenden geschehen.

Auf einer ähnlichen Datenbasis (*World Database of Happiness*), die allerdings eine Vielzahl europäischer Ländern umfasst, hat Veenhoven (2001) Schlussfolgerungen gezogen, die in die gleiche Richtung gehen. Gegen die weitverbreitete Sozialkritik, dass die moderne Gesellschaft überwiegend nachteilige Folgen für die Befindlichkeit der in ihr lebenden Individuen zeitigt, führt Veenhoven eine große Anzahl empirischer ländervergleichender Untersuchungen an, die auf den Befund hinauslaufen: „The more modern the country, the happier its citizens.“ (Veenhoven 2001: 1289) Die hier zugrunde gelegte Modernität wird an den Indikatoren Urbanisierung, Industrialisierung, Information und Individualisierung festgemacht. Als entscheidende Komponenten einer lebenswerten Gesellschaft, die individuell positive Befindlichkeiten befördert, werden in diesem Zusammenhang die folgenden Merkmale identifiziert: materielle Wohlfahrt, Sicherheit, Freiheit (Autonomie), Gleichheit (v.a. der Geschlechter), Bildung und Information, Toleranz.

Diese gesellschaftstheoretische Fragestellung soll nachfolgend bearbeitet werden. In einer gesellschaftstheoretischen Perspektive ist die Hypothese, welche sich aus den zitierten Befunden ableiten lässt, eine Erweiterung der ‚Risikogesellschaft‘-Annahmen Ulrich Becks (1986). Sozialer Wandel ist demnach immer zugleich mit Risiken und Chancen für die davon betroffenen Individuen verbunden. Gleiches gilt auch für den Zusammenhang von gesellschaftlicher Modernisierung und psychischen Störungen. Es ist zu prüfen, ob der soziale Wandel einerseits Bedingungen mit sich führt, die psychische Störungen in ihrem Auftreten begünstigen, und andererseits Bedingungen, welche dazu beitragen, dass psychische Störungen in ihrem Auftreten unterbleiben. Der nachfolgende Abschnitt untersucht in einer systemtheoretischen Perspektive diejenigen sozialstrukturellen Faktoren, welche psychische Störungen begünstigen können, und diejenigen gesellschaftsstrukturellen Momente, welche protektiv gegenüber psychischen Belastungen wirken.

### **Die Primärstruktur der modernen Gesellschaft: Funktionale Differenzierung**

Was heißt nun ‚Gesellschaft‘ und was bedeutet ‚soziales System‘? In der Wahl der Begrifflichkeiten sowie im weiteren analytischen Zugang folgt die Darstellung der Systemtheorie Niklas Luhmanns (1984) ebenso wie seiner Gesellschaftstheorie (Luhmann 1997a). Dieser Ansatz ist nicht nur in der Lage, einen Zusammenhang zwischen den drei Bereichen im biopsychosozialen Modell zu beschreiben, er ist darüber hinaus natürlich weitaus mehr dazu geeignet, die Mechanismen sozialer Systeme detailliert zu beschreiben. Wenn nun vom ‚sozialen System‘ die Rede ist, dann ist damit die Charakterisierung eines Kommunikationssystems in der Gesellschaft gemeint. Wie im Vorhergehenden bereits ausführlich dargelegt, unterliegen auch soziale Systeme den gleichen grundlegenden Mechanismen wie die beiden anderen Systeme. Das gilt vor allem für das Prinzip der Autopoiesis, das Luhmann bekanntermaßen aus der Biologie auf die Analyse sozialer Systeme übertragen hat. Soziale Systeme sind autopoietische Systeme, die sich selbst über Kommunikation reproduzieren.

Gesellschaft ist in dieser Theorieanlage das umfassendste soziale System. In der Gesellschaft bilden sich unterschiedliche Typen sozialer Systeme, namentlich Teilsysteme, Organisationen und Interaktionssysteme (Luhmann 1997a: 812ff.). Soziale Teilsysteme operieren über symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien wie Geld oder Macht. Teilsysteme, davon wird im Verlauf dieses Abschnittes noch eingehender die Rede sein, bilden die Primärstruktur der modernen Gesellschaft ab, die Differenzierung nach Funktionssystemen. Die beiden anderen Systemtypen können sowohl innerhalb der Funktionssysteme als auch außerhalb vorkommen. Organisationen finden sich häufig innerhalb von Funktionssystemen, etwa „...Wirtschaftsorganisationen, Staatsorganisationen und sonstige politische Organisationen, Schulsysteme, Wissenschaftsorg-

ganisationen, Organisationen der Gesetzgebung und der Rechtsprechung...“ (Luhmann 1997a: 841) Organisationssysteme regeln ihre Inklusion über Mitgliedschaft, genau anders also als Funktionssysteme, die prinzipiell einen Zugang für alle sicherstellen müssen. In Interaktionssysteme sind Anwesende inkludiert (Luhmann 1997a: 812ff.; Kieserling 1999). Für Interaktionssysteme sind mindestens zwei Teilnehmer notwendig. Sämtliche Systemtypen, welche unter das Sozialsystem der Gesellschaft zu fassen sind, interagieren mit dem psychischen System, weil alle sozialen Systeme nicht ohne diese unverzichtbare Umwelt möglich sind.

Wie bereits früher beschrieben wurde, unterliegt die Gesellschaft einer Evolution mit ähnlichen Strukturprinzipien wie die Biologie des Menschen. Die Struktur der modernen Gesellschaft wird in der systemtheoretischen Perspektive als funktional differenziert beschrieben. Mit funktionaler Differenzierung ist die Entwicklung unterschiedlicher Teilsysteme in der Gesellschaft gemeint, die jeweils differente Funktionen übernommen haben. Beispiele sind das politische System, das Wirtschaftssystem, das Rechtssystem oder das Erziehungssystem. Die Funktionsweisen und die Auswirkungen einzelner sozialer (Teil-)Systeme auf psychische Entwicklungen wie auf psychische Krankheiten werden im Verlaufe noch eingehender dargelegt.

Die Verwendung eines solchen Modells der Gesellschaftsstruktur hat weitreichende Implikationen. Zunächst unterscheidet sich der Begriff der Gesellschaft selbst grundlegend von den zumeist üblichen Konnotationen. Unter der Gesellschaft wird in dieser theoretischen Richtung nicht eine Anzahl von regional eingegrenzten Menschen oder Subjekten verstanden, die man empirisch untersuchen oder befragen kann. Gesellschaft als soziales System besteht ausschließlich aus Kommunikation und nicht aus Menschen, der Begriff Mensch (als Teil der Gesellschaft) ist in dieser Lesart nichts anderes als ein semantisches Konstrukt, der in einem sozialen System kommuniziert wird. Luhmann zufolge vollzieht seine Theorie einen Übergang zu „einem radikal antihumanistischen, einem radikal antiregionalistischen und einem radikal konstruktivistischen Gesellschaftsbegriff.“ (Luhmann 1997a: 35) Die Gründe hierfür können an dieser Stelle nur angedeutet werden. Sie liegen unter anderem in der empirischen (!) Erfahrung, dass die Begriffe, mit denen Gesellschaft bzw. Individuen/Menschen/ Subjekte etc. beschrieben werden, selbst einem semantischen Veränderungsprozess unterliegen. Versucht man auf eine anthropologische oder ontologische Grundlegung der Gesellschaftstheorie zu verzichten, dann müssen auch die entsprechenden Begriffe auf der Theorieebene infrage gestellt werden. Das heißt keinesfalls, dass es keine Menschen gibt, und bedeutet ebenfalls keinen normativen Antihumanismus, wie viele aus der Exkommunikation des Menschen aus der Gesellschaft in der Luhmannschen Theorie geschlossen haben. Menschen sind biopsychische Konglomerate und als diese Konglomerate eines biologischen und eines psychischen Systems eben Umwelt des Sozialsystems Gesellschaft. Es sei, so hat Luhmann selbst auf die vielen Vorwürfe gegen den theoretischen Antihumanismus reagiert „... nicht einzusehen, weshalb der Platz in der Umwelt des Gesellschaftssystems ein so schlechter Platz sein sollte. Ich

jedenfalls würde nicht tauschen wollen.“ (Luhmann 1994a: 55)

Ein weiterer Grund für die Ablehnung der Formel ‚Gesellschaft ist gleich eine Anzahl von Menschen‘ liegt in der Problematik, dass strukturelle Probleme der Gesellschaft dieser Gleichung zufolge von individuellem Fehlverhalten nicht getrennt werden können (Luhmann 1997a: 28). Wenn es keinen Unterschied zwischen Gesellschaft und Menschen gibt, dann sind soziale Phänomene immer zugleich individuelle Phänomene. Durkheims klassische Untersuchung des Suizides war ein Versuch, eben dies zu behaupten. Soziale Anomie hatte unmittelbar Folgewirkungen, die sich als Suizide äußerten. Aber: Warum haben nur einige Menschen so reagiert und andere nicht? Offensichtlich ist die Gleichung auch empirisch nicht ohne weiteres durchzuhalten, so Luhmann mit Bezug auf Durkheim (Luhmann 1997a: 28). Zudem würde die für die vorliegende Untersuchung notwendige Differenz von biologischen, psychischen und sozialen Systemen bei der Beibehaltung der Gleichung erhebliche Probleme bereiten, denn Menschen bestehen der konventionellen Lesart zufolge immer aus den drei Komponenten. Eine spezifisch soziologische Analyse der sozialen Faktoren, die psychische Krankheiten beeinflussen, wäre dann eigentlich kaum möglich. Insofern spricht auch die Thematik dieser Arbeit für die Verwendung dieses gesellschaftstheoretischen Ansatzes, der einigermaßen trennscharf zwischen den Bereichen zu differenzieren vermag.

Als weitere begriffliche Definition sei auf die ‚Bevölkerung‘ hingewiesen, ein in der Epidemiologie oft verwandter Terminus. Auch im folgenden taucht dieser Begriff verschiedentlich auf. Hierbei handelt es eben nicht um Gesellschaft als ‚viele Menschen‘, sondern um eine Anzahl vieler Menschen, die nach wie vor zur Umwelt der Gesellschaft zu zählen sind.

Neben einem grundlegend anderen Gesellschaftsbegriff wird auch ein eigener Begriff der Sozialstruktur hier Verwendung finden. Unter der Gesellschafts- oder Sozialstruktur wird gemeinhin ein mehr oder minder geschichtetes System sozialer Ungleichheit verstanden. Im angelsächsischen Sprachraum wird in diesem Zusammenhang zumeist noch der Begriff der ‚Klasse‘ bemüht, der aber kaum noch die marxistischen Implikationen mit sich trägt, sondern zumeist mit der hiesigen ‚Schicht‘ übereinstimmt. Zusätzlich zur ‚Klasse‘ wird unter der Sozialstruktur in der Regel die Ungleichheit untersucht, die mit dem Geschlechterverhältnis und ethnischen Beziehungen (im angloamerikanischen Sprachgebrauch ‚race‘) verbunden ist (Kaufman & Cooper 1999). Ein solches Verständnis der Sozialstruktur ist auch in den empirischen Arbeiten der Medizin und insbesondere der Psychiatrie weit verbreitet und wenig hinterfragt, was auf den in diesen Disziplinen üblichen (naiven?) empirischen Realismus zurückzuführen ist (Hecht 1992). Wie so häufig macht sich hier eine eher atheoretische Herangehensweise bemerkbar, die insbesondere die sozialen Konstruktionsprozesse dieser Kategorien außer acht lässt (Muntaner 1999).<sup>5</sup>

Mit einer gesellschaftstheoretischen Brille gesehen, ist dieses Verständnis von Sozialstruktur extrem beschränkt. Es beschränkt sich nämlich in der Regel auf das Wirtschaftssystem und seine Folgen für die davon Betroffenen. Gerade im Hinblick auf psychische Krankheiten kann aber keineswegs allein die soziale

Ungleichheit oder das Wirtschaftssystem als das allein ausschlaggebende soziale Moment gelten. Wenngleich die empirische soziologische Forschung der Psychiatrie zweifelsohne ihren Schwerpunkt hier bezogen hat, müssen dennoch weitere Sozialsysteme an dieser Stelle Berücksichtigung finden. Psychische Krankheiten, ihre Entstehung und ihr Verlauf, werden im Grunde von allen Teilsystemen der Gesellschaft beeinflusst.<sup>6</sup> Dies beginnt beim Wissenschaftssystem, dessen Stand der psychiatrischen Forschung auf den ersten Blick erheblichen Einfluss nimmt. Das Wissenschaftssystem nimmt wiederum großen Einfluss auf die Versorgung Kranker im Gesundheitssystem. Dies geht weiter für das politische System, das durch Kriege und andere Maßnahmen psychisches Leiden leider zu häufig noch initiiert und auf der anderen Seite psychosoziale Hilfsmaßnahmen für Krisengebiete einleitet. Dies gilt für das Erziehungssystem, das Menschen mit psychischen Einschränkungen bestimmte Entwicklungschancen erlaubt oder verweigert. Dies gilt weiterhin für das Rechtssystem, das insbesondere die Versorgung und Unterstützung für psychisch Kranke regelt. Dies gilt auch für das System intimer Beziehungen der Familien, das soziale Unterstützung für die Betroffenen bereithält oder auch nicht.

Darunter fällt natürlich auch das Wirtschaftssystem mit seinen Auswirkungen auf Einkommen und andere Arten ‚sozialen Kapitals‘, wie man heute im Anschluss an Pierre Bourdieu (1982) gerne zu sagen pflegt. Das Wirtschaftssystem hat einen großen Einfluss auf die Entstehung und die Entwicklung vieler psychischer Krankheiten. Monetäre und andere Ressourcen ein zentraler Bestandteil im Erklärungsmodell, wie in Kapitel 3 schon deutlich wurde. Die Stärke dieses Einflusses ist sicherlich von Krankheitsbild zu Krankheitsbild unterschiedlich zu veranschlagen. Und es kommt natürlich noch ein gesellschaftstheoretisches Argument hinzu: Im Unterschied zu anderen Gesellschaftstheoretikern, z.B. Dahrendorf (1987), wird der Schichtung, die sich über das Wirtschaftssystem abbildet, in der Theorie Luhmanns nicht der entscheidende, geschweige denn der alleinige Status zugeschrieben, über den die moderne Gesellschaft charakterisiert werden kann. Luhmanns, allerdings erst in den letzten Jahren seiner Publikationstätigkeit aufgebaute, Position, bestand darin, die Theorie funktionaler Differenzierung anhand der Dichotomie von Inklusion/Exklusion mit statutheoretischen Inhalten zu ergänzen. Es sei wichtig, „dass man die Theorie sozialer Differenzierung mit einer entsprechenden Begrifflichkeit anreichert und die Erwartung aufgibt, die Gesellschaft könne aus der vorherrschenden Typik stratifikatorischer beziehungsweise funktionaler Differenzierung ausreichend beschrieben werden. Die Form der Inklusion und die mit ihr gegebene Exklusion steht mit der Form der Systembildung der Gesellschaft in engem Zusammenhang, aber sie ist zusätzlich zu beachten.“ (Luhmann 1994b)

Die soeben erwähnten Teilsysteme der modernen Gesellschaft folgen dem gleichen Strukturprinzip. Sie erfüllen jeweils unterschiedliche Funktionen in der modernen Gesellschaft. Die jeweilige Funktion bezieht sich auf ein wichtiges Problem der Gesellschaft (z.B. der Allokation von Gütern), sie dient nicht, wie gelegentlich gegen Funktionssysteme vorgebracht wird, der Selbsterhaltung

des Systems (Luhmann 1997a: 746). Die Funktionserfüllung wird auch nicht deduktiv von einem Gesellschaftsgebäude herunter definiert, wie es etwa noch die Gesellschaftstheorie Talcott Parsons' (1951) versucht hat zu beschreiben, sondern ist durch die Problemlösung historisch entwickelt. Die Teilsysteme der Gesellschaft unterliegen den gleichen System/Umwelt-Bedingungen, wie sie oben bereits abstrakt für das soziale System im Hinblick auf das psychische und das soziale System genannt wurden. Sie bilden jeweils füreinander die Umwelt, beispielsweise das politische System für das Wirtschaftssystem und umgekehrt. Wenn man die Teilsysteme so konzipiert, wird deutlich, dass es kein absolut dominierendes Funktionssystem geben kann. Die Gesellschaft wird nicht durch das politische System gesteuert, wie man früher zuweilen meinte, und sie wird auch nicht durch das Wirtschaftssystem gesteuert, wie heute bisweilen zu vernehmen ist. Die Gesellschaft ist ein multifunktionales und multizentrisches Kommunikationsgewebe.

Das System/Umwelt-Verhältnis der Teilsysteme zueinander hat bestimmte Implikationen, die für die vorliegende Thematik von großem Interesse sind. Alle sozialen Systeme, so auch die Funktionssysteme, arbeiten auf der Basis der Autopoiese. Sie vollziehen ihre Funktionen nach intern festgesetzten Maßstäben. Der zentrale Operationsmodus im Wirtschaftssystem ist etwa die Zahlung (Luhmann 1988). Mit der Zahlung werden weitere Operationen konditioniert, die an das Wirtschaftssystem eng gekoppelt sind, etwa die Herausgabe von Gütern. Die Dominanz des Prinzips der Zahlung für das Wirtschaftssystem bedeutet aber: Wer zahlen kann, kann an das Wirtschaftssystem anschließen. Dass die Nichtanschlussfähigkeit an das Wirtschaftssystem zu bestimmten Folgen führen kann, liegt auf der Hand. Wer zu wenig Geld hat, hat möglicherweise nicht genug zu essen. In ökonomischer Terminologie kann davon gesprochen werden, dass die Funktionssysteme Folgen ihrer Operationen externalisieren.

Es sind exakt diese Externalisierungen in die Umwelt des jeweiligen Systems, die dann als entscheidende makrosoziale Faktoren für die Entstehung und den Verlauf psychischer Krankheiten gelten können. Das psychische wie das biologische System unterliegen den externalisierenden Irritationen des sozialen Systems, das sich unter struktureller Hinsicht in die Teilsysteme differenziert. Die Thematik der Irritation war im vorangegangenen Kapitel unter den Stichworten der Kopplung und der Schnittstelle abgehandelt worden. Das soziale System wirkt auf die beiden anderen Systeme in unterschiedlicher Form ein. Die folgenden, wie im vorangegangenen Kapitel an einem idealtypischen Lebenslauf orientierten, Ausführungen befassen sich damit, durch welche Merkmale des Sozialsystems psychische Entwicklungen und natürlich psychische Störungen beeinflusst werden. Es ergibt sich aus der Anlage der empirischen Forschung, dass protektive sozialstrukturelle Elemente kaum bzw. nur schwer untersucht werden können. Empirische Forschung kann naturgemäß eher ein Ereignis (wie die psychische Störung) untersuchen als ein Nicht-Ereignis. Weiterhin ist auf die schon in der Einleitung beschriebenen methodischen Differenzen zwischen der empirischen Forschung und soziologischer Systemtheorie hinzuweisen. Auch

wenn die Gesellschaft in systemtheoretischer Perspektive nicht aus Menschen oder Subjekten besteht, wird in der Forschungslandschaft diese Terminologie benutzt. Die notwendigen Schlussfolgerungen im Hinblick auf sozialstrukturelle Risiken oder Protektion erfolgen im Anschluss an diesen Abschnitt.

## **Sozialsysteme der modernen Gesellschaft und psychische Störungen: Empirische Befunde**

Gerade soziologisch informierte Leserinnen und Leser wissen, dass in der gegenwärtigen Gesellschaft standardisierte Lebensläufe zunehmend weniger vorkommen. Während noch bis in die 60er und 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts hierzulande strukturierte Lebensläufe den üblichen Erwartungen entsprechend relativ sicher waren, hat sich dies in den letzten Jahrzehnten erheblich gewandelt. Die Aufnahme eines vorgezeichneten Berufsweges ist heute keineswegs mehr Standard einer beruflichen Biografie. Formale Abschlüsse stellen zwar nach wie vor die Eintrittskarten in das Berufsleben dar, die einstmals vorhandene Sicherheit, mit der die beruflichen Stationen dann auch durchlaufen wurden, ist heute jedoch vorbei. Ähnliche oder sogar noch größere Unsicherheiten existieren heute auf dem Feld der intimen Beziehungen. Die Aufnahme einer intimen Beziehung verheißt heute ebenfalls keine Sicherheit mehr, dass es mit dieser Beziehung auf Dauer gestellt ist. Die ‚serielle Monogamie‘ und die damit zusammenhängende hohe Zahl von Beziehungsabbrüchen und formalen Scheidungen hat heute schon fast die Überhand über die lebenslange Ehe gewonnen. Der erneute Hinweis auf Ulrich Becks Buch *Risikogesellschaft* (Beck 1986) in dem beide sozialen Bereiche abgehandelt wurden, mag hier genügen.

Wenngleich standardisierte Lebensläufe weniger werden, gibt es dennoch innerhalb eines jeden Lebenslaufs in der modernen westlichen Gesellschaft standardisierte Ereignisse, die allen Individuen bevorstehen, in der Entwicklungspsychologie und in der Sozialisationsforschung nennt man dies Entwicklungsaufgaben. Zu einem gewissen Teil sind diese Entwicklungsaufgaben biologisch vorgegeben. Wir alle müssen beispielsweise in jungen Jahren lernen, uns ohne Mutters (oder Vaters) Hilfe zu ernähren und die Toilette relativ sauber zu hinterlassen. Im weiteren Lebenslauf werden die Entwicklungsaufgaben noch mehr durch soziale Erwartungen bestimmt. Dazu zählen etwa der Abschluss einer schulischen Entwicklung und die Aufnahme eines Berufs, die Aufnahme einer intimen Beziehung mit zunehmender körperlicher und mentaler Reifung oder aber der Übergang vom Berufsleben in den Ruhestand. Wenn nun im folgenden anhand eines idealtypischen Lebenslaufs der Einfluss gesellschaftlicher Teilsysteme auf die psychische Gesundheit untersucht wird, dann ist dies im Sinne des zuletzt beschriebenen Lebenslaufs der Entwicklungsaufgaben zu verstehen. Diese Übergänge haben für die psychische Gesundheit eine erhebliche Relevanz. Zum einen ist bekannt, dass Status- und Rollenpassagen selbst das Potenzial zu kritischen Lebensereignissen haben (Wheaton 1990), da die

mit ihnen verbundenen Veränderungen nicht selten als Stressoren verarbeitet werden. Zum anderen kann nicht der Nicht-Vollzug einer Entwicklungsaufgabe ein Indikator für eine psychische Störung sein, wie es etwa der häufige Fall bei jungen Suchtmittelabhängigen ist, die den Übergang in das Berufsleben aufgrund der Abhängigkeit und der damit einhergehenden Lebensumstände nicht schaffen.

Die folgende Darstellung orientiert sich an der Sozialstruktur der funktionalen Differenzierung. Empirische Befunde liegen zumeist für Einflüsse aus dem Wirtschaftssystem und dessen Organisationen, aus dem politischen System sowie dem Intim-/Familiensystem vor. Faktoren anderer Teilsysteme, wie etwa des Erziehungssystems, sind kaum untersucht worden (für Ausnahmen im Zusammenhang mit der Initiierung des Drogenkonsums bei Jugendlichen siehe Oetting & Donnermeyer 1998). Daneben existieren soziale Umwelteinflüsse auf die psychische Befindlichkeit, die quer zu den Teilsystemen stehen. Einige beispielhafte Bedingungen seien hier kurz erwähnt:

Hinsichtlich des Wohnorts zeichnen sich urbane Umgebungen nach diversen Studien durch eine höhere Prävalenz psychischer Störungen aus (vgl. u.a. Harpham 1994; Paykel et al. 2000). Wie schon im Rahmen der Sozialstatus-Problematik (Kapitel 3) angedeutet wurde, ist die Richtung des Zusammenhangs zwischen Wohnort und psychischer Befindlichkeit nicht abschließend geklärt, sicherlich spielen hier Selektions- und Migrationseffekte eine nicht zu unterschätzende Rolle. Auf der anderen Seite ist das städtische Leben auch mit mehr adversen Lebensbedingungen wie etwa kritischen Lebensereignissen behaftet (Paykel et al. 2000). Zudem haben sich soziale Verbesserungen der Wohnumgebungen auch als protektiv für die psychische Gesundheit erwiesen (Dalgard & Tambs 1997).

Die Belastung mit Umweltgiften hat neueren Befunden nach ebenfalls gesundheitsabträgliche Folgen. Die psychische und die motorische Entwicklung von Kleinkindern wird durch derartige Kontaminationen, beispielsweise der Muttermilch mit polychlorierten Biphenylen, deutlich verzögert und beeinträchtigt (Walkowiak et al. 2001). Obwohl ein Teil der Umweltgifte seit Jahren verboten ist, finden sich nach wie vor erhebliche Konzentrationen im menschlichen Körper. Ein weiterer, allerdings in seiner Wirkung nur schwer einzuschätzender Faktor ist die Verbesserung der sozialen Lebensumstände, beispielsweise der Ernährung, in den vergangenen Jahrzehnten. Die allgemeine körperliche Gesundheit korreliert hoch mit der Körpergröße, und diese ist aufgrund der verbesserten Ernährungssituation im Durchschnitt der Bevölkerung erheblich angestiegen. Einer finnischen Studie zufolge sind Männer, die in den 1960er Jahren geboren sind, im Mittel 7 cm größer als ihre Landsleute, die in den 1920er Jahren ihr Leben begannen (Silventoinen et al. 1999). Man wird demnach vermuten dürfen, dass sich dies auch in einer verminderten Vulnerabilität für psychische Störungen ausgewirkt hat; eine besonders schlechte Ernährung während Schwangerschaft im Mutterleib und in der Kindheit hat bekanntlich negative Folgen im weiteren Lebensverlauf.

Die Frage der ethnischen Zugehörigkeit sowie die damit einhergehenden

Probleme von Minderheiten ist ein vielfach untersuchter Topos, vor allem in den Vereinigten Staaten (Übersichten bei Vega & Rumbaut 1991; Williams & Harris-Reid 1999). Die Resultate über die psychische Befindlichkeit von ethnischen und rassischen Minderheiten sind aber überraschenderweise bisher wenig eindeutig. Die schon verschiedentlich angesprochenen amerikanischen Großstudien *Epidemiological Catchment Area Study* und *National Comorbidity Survey* kommen zu exakt entgegengesetzten Ergebnissen in der Prävalenz psychischer Störungen bei verschiedenen Minderheiten. Wahrscheinlich spielen hier Messprobleme eine erhebliche Rolle, dazu zählen etwa bisher ungeklärte Fragen wie die Definition der Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minorität oder die kulturspezifischen Störungsbilder (Übersicht bei Guarnaccia & Rogler 1999). Weiterhin ist an die Konfundierung der Resultate durch andere soziale Merkmale zu denken, der Sozialstatus von Minderheiten ist in der Regel niedriger als im Rest der Bevölkerung, und die Minoritäten sehen sich in der Regel einer Diskriminierung ausgesetzt. Spezielle Problemkonstellationen existieren der Literatur nach für migrierte Minoritäten (Bhugra 2000; Eaton & Harrison 2000). So ist die Schizophrenie-Prävalenz vor allem in der zweiten Einwanderergeneration nach Großbritannien offenbar besonders groß, wobei die Hintergründe bisher nicht abschließend geklärt sind. Diskutiert werden zur Zeit (nicht nur für die Schizophrenie) vor allem Faktoren wie die Dichte des Zusammenlebens und der Größe der Minderheit (Boydell et al. 2001; Neeleman et al. 2001b). Vermutet werden mehr oder weniger starke soziale Unterstützungsprozesse, die als Bewältigungsmechanismen gegenüber den angesprochenen erheblichen sozialen Stressoren von Minoritäten gelten können. Weitere Resultate im Zusammenhang mit der Migration aus Krisengebieten werden unten berichtet.

#### Vorgeburtliche Effekte sozialer Systeme

Der für die vorliegende Thematik relevante Lebenslauf beginnt nicht mit der Geburt, sondern schon vorher. Das biologische System des späteren Menschen wird schon vor der Zeugung und während der Schwangerschaft von sozialen Einflüssen irritiert. Moderne Gesellschaft zeichnet sich durch eine große soziale Mobilität aus, die wiederum durch das Ausmaß der funktionalen Differenzierung der Sozialsysteme mitbestimmt wird. Die soziale Mobilität beeinflusst die genetischen Möglichkeiten, die bei einer Zeugung zur Verfügung stehen. Einer finnischen Studie zufolge könnte der erkennbare Rückgang der Schizophrenie-Inzidenz unter anderem auf eine Veränderung des genetischen Pools zurückzuführen sein, der sich durch Mobilitätsfolgen ergeben hat, etwa durch eine Zunahme von Intimbeziehungen zwischen Menschen aus verschiedenen Regionen des Landes (Suvisaari et al. 1999).

Vorgeburtlich ist die biologische Entwicklung des Fötus weiteren sozialen Einflüssen ausgesetzt. Diese reichen vom psychischen Stress, dem die Mutter beispielsweise durch kritische Lebensereignisse oder Traumata ausgesetzt ist bis hin zur Ernährungssituation während der Schwangerschaft. Im vorherigen

Kapitel wurde der Zusammenhang zwischen Geburtsgewicht und kognitiver Leistungsfähigkeit sowie psychischer Gesundheit dokumentiert. Das Geburtsgewicht des Kindes korreliert mit dem Sozialstatus der Mutter, wie in diversen Studien bestätigt wurde. Diese Korrelation fand sich sogar in einer Untersuchung in der früheren DDR während der Wendezeit, auch hier war ein niedriger Schulabschluss mit einem zweifach erhöhten Risiko verbunden, ein in Relation zur Schwangerschaftsdauer zu leichtes Kind zu gebären (Raum et al. 2001).

Psychischer Stress der Mutter wird insbesondere durch die Situation des Intim- und Familiensystems ausgelöst, in dem sie sich befindet. So existiert ein kausaler Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung, welche die werdende Mutter erhält, und dem Geburtsgewicht des Kindes (Feldman et al. 2000). Eine besonders dramatische Form psychischen Stresses wird zweifelsohne durch körperliche Gewalt hervorgerufen, der die werdende Mutter durch ihren Partner ausgesetzt ist. US-amerikanischen Daten nach werden dort mehr als ein Fünftel der Schwangeren körperlich missbraucht. Die Auswirkungen auf die Kinder werden dadurch drastisch deutlich, dass die betroffenen Frauen doppelt so viele Fehlgeburten hatten als die Vergleichsgruppe nicht betroffener Schwangerer (Vasquez 1996). Abgesehen von körperlichen Folgen ist die psychische Gesundheit missbrauchter und geschlagener Frauen deutlich schlechter als bei nicht Betroffenen (Coker et al. 2000a).

Generell kann davon ausgegangen werden, dass eine kritische Lebensumgebung in der sozialen Umwelt des psychischen Systems, beispielsweise eine Schwangerschaft in einer Kriegsumgebung oder das Betroffensein durch ein kritisches Lebensereignis sich nachteilig auf die psychische Gesundheit des Kindes auswirken können (McNeil et al. 2000a). Der durch eine abträgliche Partner- und Familiensituation hervorgerufene mütterliche Stress kann sich dabei direkt auf die fetale Entwicklung auswirken oder aber durch bestimmte Copingmechanismen und Lebensgewohnheiten. Der Genuss von Zigaretten gehört bekanntlich zu den Bewältigungsmechanismen und Gesundheitsgewohnheiten, die sich nachteilig für die eigene Gesundheit auswirken. Rauchen während der Schwangerschaft begünstigt offenbar Verhaltensprobleme bei den betroffenen Kindern (Fergusson 1999). Dabei handelt es sich insbesondere um die für Jungen typischen externalisierenden Verhaltensweisen bis hin zur dissozialen Persönlichkeitsstörung. Der Faktor Rauchen hat sich dabei als nicht durch andere soziale Einflüsse konfundiert erwiesen. Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft ließ sich in einer Dosis-Wirkungs-Beziehung sogar für das spätere kriminelle Verhalten der Kinder nachweisen. Je mehr die Mütter während des dritten Trimesters der Schwangerschaft rauchten, desto größer war das Risiko, dass das Kind als Jugendlicher und Erwachsener hinsichtlich kriminellen Verhaltens auffiel (Brennan et al. 1999).

Die politischen, ökonomischen und anderen sozialen Lebensverhältnisse können sich, wenn sie sich für die Betroffenen dramatisch gestalten, noch auf einem anderen Wege abträglich für die psychische Gesundheit der Kinder nach einer Schwangerschaft erweisen. So ist etwa die Bedeutung der pränatalen Ernährung für die spätere psychische Gesundheit der Kinder in einer Reihe

von Studien über den Hungerwinter 1944/45 in den Niederlanden belegt worden (Brown et al. 2000; Hulshoff Pol et al. 2000; Neugebauer et al. 1999; Susser et al. 1996). Hier wird die bisher zumeist wenig untersuchte und damit auch unterschätzte Bedeutung des politischen Systems für die psychische Entwicklung deutlich. Das Forschungsdesign dieser Untersuchungen vollzieht die unterschiedlich große Nahrungszufuhr in verschiedenen Regionen der Niederlande nach, die sich während der deutschen Besetzung und dem nachfolgenden Befreiungskrieg ereignet hatte. In der sogenannten Hungerregion, welche die großen Städte Amsterdam, Haarlem, Leiden, Rotterdam und Utrecht umfasste, machte sich die deutsche Blockade der Nahrungswege besonders bemerkbar. Männliche Kinder, die in dieser Region während und nach der Blockade geboren wurden, sind hinsichtlich ihres psychiatrischen Befundes während der Musterung zur Armee zu Beginn der 1960er Jahre mit nicht betroffenen männlichen Jugendlichen verglichen worden. Dabei zeigte sich für nahezu sämtliche psychiatrischen Krankheitsbilder ein höheres Risiko einer Erkrankung für diejenigen, deren Mütter während der Schwangerschaft dem Hunger besonders ausgesetzt waren.

Neben den pränatalen sozialen Einwirkungen stellen Geburtskomplikationen einen weiteren Risikofaktor für die psychische Gesundheit der Kinder dar. Wie schon an anderer Stelle dieser Arbeit ausführlich beschrieben wurde, ist die Geburtspraxis und die dabei auftretenden Probleme vor allem mit dem Krankheitsbild der Schizophrenie vergesellschaftet (McNeil et al. 2000a; McNeil et al. 2000b; Rosso et al. 2000; Warner 1995). Es ist evident, dass der Zustand des Gesundheitssystems die Komplikationsrate und den Umgang mit Komplikationen steuert. Dazu zählen etwa die Frage der Behandlung von Risikoschwangerschaften oder der Stand der Ausbildung von Geburtshelfern. In indirekter Weise wird die Praxis normaler und Risikogeburten durch das Wissenschaftssystem beeinflusst, hier ist insbesondere der Stand der wissenschaftlichen Gynäkologie von zentraler Bedeutung.

#### Das Familiensystem in Kindheit und Adoleszenz

Der soziale Einfluss auf das biologische System ist natürlich mit der Geburt nicht beendet. Während bis vor wenigen Jahren die neuronale Plastizität nur während der frühen Kindheit als durch die Umwelt beeinflussbar galt, steht heute fest, dass die Plastizität während der gesamten Lebensspanne durch soziale Ereignisse beeinflusst werden kann; dies wurde im vorherigen Kapitel extensiv beschrieben. In aller Kürze sei hier erneut auf die Risiken hingewiesen, die durch Gewalt und Misshandlung in der Familie entstehen können. Diesmal gilt die Aufmerksamkeit nicht der Mutter, sondern den Kindern. Gewalt in der Familie kann eine Vielzahl von psychischen Störungen bei den Kindern, aber auch im weiteren Lebensverlauf für die Betroffenen hervorbringen. Suchterkrankungen, Angsterkrankungen oder dissoziative Störungen sind nur einige der möglichen resultierenden Krankheitsbilder (Dinwiddie et al. 2000;

Cosentino & Collins 1996; Widom 1998). Nicht übersehen werden darf, dass die Auswirkungen familiärer Gewalt und anderer kritischer Lebensereignisse in der nachgeburtlichen Phase des Lebens erheblich durch die Verarbeitung im psychischen System gesteuert werden.

Eines der kritischen Lebensereignisse im Familiensystem, dessen negative Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung sowie die psychische Befindlichkeit bekannt ist, ist die elterliche Trennung bzw. Scheidung. Scheidungskinder haben im Mittel mehr schulische Probleme, zeigen mehr Verhaltensauffälligkeiten und haben ein größeres Risiko für psychische Probleme. Lange Diskussionen in den Sozialwissenschaften drehten sich um den Hintergrund dieser Probleme. Ein Teil der Forschung nahm den Standpunkt ein, dass die Folgen der Scheidung wie finanzielle Probleme, Auseinandersetzungen zwischen den Eltern und zwischen Elternteilen und Kindern, die Abwesenheit eines Elternteils und dadurch bedingte Erziehungsdefizite hauptsächlich als Hintergründe zu sehen sind. Ein anderer Teil der Forschung sah vor allem die der Scheidung vorausgehenden elterlichen Konflikte als bedeutsam an. In dieser Perspektive konnte die endgültige Trennung dann auch positive Effekte zeitigen, da nunmehr die Konfliktintensität abnimmt. Nach neueren empirischen Befunden ist dabei sowohl die Trennung/Scheidung von Bedeutung wie auch der elterliche Konflikt, der einer Trennung häufig vorausgeht (Cherlin et al. 1998; Hanson 1999). Offenbar wirkt sich die Auflösung einer elterlichen Beziehung mit niedrigem Konfliktlevel eher nachteilig auf die Kinder aus, während die Trennung einer elterlichen Beziehung, in der es zu häufigen (und zum Teil gewalttätigen) Auseinandersetzungen gekommen war, durchaus positive Effekte haben kann (Booth & Amato 2001)

Familiäre soziale Mechanismen sind bei vielen psychischen Störungsbildern ätiologisch zu finden. Während etwa bei der Schizophrenie das familiäre Sozialsystem offenbar nicht die Relevanz hat wie früher angenommen wurde, ist dies beim Alkoholmissbrauch und der Alkoholabhängigkeit deutlich anders. An anderer Stelle wurde bereits auf das Erziehungsklima hingewiesen, das die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen beeinflusst. Familienmodelle für die spätere Ausbildung von Suchterkrankungen betonen in diesem Zusammenhang zwei erzieherische Dimensionen: Fürsorge und Kontrolle (Jacob & Leonard 1994). Störungen in einer oder beiden Dimensionen erhöhen das Risiko externalisierenden Verhaltens wie körperliche Gewalt oder Suchtmittelkonsum. Als problematisch wird insbesondere ein sich entwickelnder Interaktionsstil zwischen Eltern und Kind angesehen, der durch Ablehnung und Zwang gekennzeichnet ist. Ein solcher Interaktionsstil überträgt sich den vorliegenden Befunden nach auf die Beziehungen zwischen dem Kind und anderen Erziehungspersonen wie Lehrern und fördert die Selbstselektion in Peer-Groups, welche nonkonformes Verhalten (im Sinne von Drogengebrauch und Gewalt) praktizieren.

Ob die psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahrzehnten in der westlichen Welt zugenommen hat, darüber kann spekuliert werden. Sicher ist die Zunahme sozialer Stressoren. Je weiter sich der subjektive

Status von der Zuschreibung entfernt und auf Erwerb hin bewegt, desto schwieriger es wird offenbar, eine stabile Identität und damit zugleich eine gewisse Lebenszufriedenheit zu erreichen (Denscombe 2001). Diese Belastung drückt sich aus in jugendlichen Suiziden und Suizidversuchen, depressiven Verstimmungen, gewalttätigem Verhalten, Essstörungen und Drogenkonsum (Compas et al. 1995). Die kindliche und jugendliche Lebenswelt unterliegt dabei Einflüssen aus verschiedenen Teilsystemen der Gesellschaft. In der Öffentlichkeit viel diskutiert wird die massenmediale Wirkung, insbesondere die der Werbung auf Körperbild und Selbstwahrnehmung der Kinder und Jugendlichen. Anthony Giddens zufolge handelt es sich bei Essstörungen wie der Anorexie um ein Merkmal reflexiver Modernisierung (Giddens 1991: 103ff.). Die Gestaltbarkeit des kindlichen Körpers in Aussehen oder Körpergefühl wird einer individuellen Steuerung zugänglich, wie sie früher nicht bekannt war. Während in eher traditionellen Lebensverhältnissen allenfalls gesundheitliche Steuerungsversuche aus der Umwelt bekannt waren, sind Jugendliche und selbst Kinder heute in gewisser Weise durch mediale Einflüsse und Einbindungen in Interaktionssysteme wie Peer-Groups gezwungen, idealen Körperbildern zu entsprechen.

#### Das Interaktionssystem der Freunde und Bekannten (Peers)

Für die psychische Entwicklung von elementarer Bedeutung ist das stabile Interaktionssystem der Freunde und Bekannten. Kaum ein zweiter Faktor hat eine so große Wirkung wie der in den Sozialwissenschaften allgemein als *Peer-Group* betitelte Freundes- und Bekanntenkreis. Dies gilt vor allem für das Risiko des Konsums legaler und illegaler Drogen. Der gegenwärtige Forschungsstand sieht in diesem Zusammenhang starke Verbindungen zwischen dem Familiensystem, dem Erziehungssystem und dem Interaktionssystem der Freunde, wie Oetting und Donnermeyer in einem Übersichtsartikel beschreiben (Oetting & Donnermeyer 1998). Das Familiensystem ist hier relevant, weil der Grad der Einbindung in die Familie ein offensichtlicher Prädiktor für das Risiko ist, zu einer risikofreudigen Peer-Group zu stoßen. Der familiäre Einfluss liegt dabei weniger auf der Prägung der Persönlichkeit; letztere sieht auch die Sozialisationsforschung im Einklang mit der Verhaltensgenetik primär durch biologische Faktoren bestimmt. Dagegen können Familien über die kommunizierten und praktizierten Normen das Verhalten des Jugendlichen schon beeinflussen (Oetting & Donnermeyer 1998: 1006). Neben dem Familiensystem spielt das Erziehungssystem der Schule eine tragende Rolle bei dem Risiko bzw. der Protektion gegen Drogenkonsum. Ebenso wie bei der Familie scheint der Grad der Bindung (Identifikation etc.) an die Schule von Bedeutung zu sein. Bindung ist sicherlich nicht allein durch die Schule herzustellen, sondern wird in mindestens gleich großer Wirkung vom Jugendlichen selbst gesteuert. Allerdings scheint die schulische Bindung in solchen Schulen größer zu sein, in denen die Kinder sich besser angenommen und verstanden fühlen.

Der Zugang der Jugendlichen zu den Interaktionssystemen der Peer-Groups

scheint im erheblichen Maße durch selbstgesteuerte Selektionsprozesse abzu-  
laufen. Welche Peer-Group attraktiv ist, wird durch das mehr oder weniger  
kontingente Vorhandensein verschiedener Gruppen geregelt. Dabei spielen  
zufällige externe soziale Konstellationen wie die Kinder in der Nachbarschaft  
oder der Sitznachbar in der Schule eine Rolle. Auf der anderen Seite geht es  
hauptsächlich um ähnliche Interessen, Einstellungen und soziale Fertigkeiten  
der Jugendlichen (Oetting & Donnermeyer 1998: 1011). Gerade in diesem  
Bereich steht die Funktion der Selbstsozialisation wohl außer Frage. Die Selbst-  
sozialisation in potenziell gesundheitsabträgliche Peer-Groups wird gefördert  
durch ein Verhalten des Betroffenen, das häufig Ablehnung durch Gleichaltrige  
hervorruft. Hierdurch kann ein Kreislauf von Ablehnung und sozialer Isolierung  
in Gang kommen, der dazu führt, dass der Betroffene sich immer weiter  
von Peer-Groups entfernt, die keine gesundheitsgefährdenden Risikopraktiken  
pflegen (Jacob & Leonard 1994).

Die Peer-Groups selbst sind von Bedeutung, als sie die intern kommuni-  
zierten Erwartungen und Praktiken das Verhalten des Jugendlichen zu großen  
Teilen bestimmen können. Die Bedeutung dieses Interaktionssystems für die  
Jugendlichen kann nicht zu hoch eingeschätzt werden: „Peers can be the  
dominant primary socialisation influence during adolescence and, if peers hold  
positive values and communicate prosocial norms, adolescents are not likely to  
get deeply involved in deviant behaviors. On the other hand, if their friends are  
engaged in deviant behaviors, the chances are great that adolescents will engage  
in deviant behaviors, usually with the other members of their peer clusters.“  
(Oetting & Donnermeyer 1998: 1010) Finden Jugendliche also Peer-Groups  
attraktiv, in denen Drogenkonsum toleriert wird oder sogar propagiert und  
praktiziert wird, so ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß, dass sie ebenfalls ent-  
sprechende Verhaltensmuster an den Tag legen. Es handelt sich hierbei weniger  
um expliziten Gruppendruck, der die Betroffenen ‚zwingt‘, mit den internen  
Gruppennormen konform zu gehen, als vielmehr der Wunsch, mit den Ansichten  
der Peers übereinzustimmen (Newcomb 1994).

Neben der Frage, ob überhaupt Drogen im Interaktionssystem der Gleichal-  
trigen konsumiert werden, sind die Konsummuster als solche von nicht unerheb-  
licher Bedeutung. Werden Drogen etwa nur bei bestimmten Gelegenheiten wie  
Partys konsumiert oder aber mehr oder weniger täglich? Welche Drogen sind  
in der aktuellen Peer-Group überhaupt ‚angesagt‘, euphorisierende oder dämp-  
fende Substanzen? Im Bereich des Alkohols hat das Konsummuster des *Binge-  
Drinkings* gravierendere Auswirkungen als weniger heftiges Trinkverhalten.  
Abgesehen von der nicht zu unterschätzenden Gefahr der Alkoholvergiftung  
besteht die Möglichkeit, dass viele Konsumenten bei diesem Muster hängen  
bleiben, was potenziell negative Folgen für die weitere Konsumkarriere hat  
(Westermeyer 1999).

Gerade Abhängigkeitskarrieren beginnen bekanntermaßen häufig während  
der Adoleszenz. Jedoch besteht nicht bei allen jugendlichen Suchtmittelkon-  
sumenten das Risiko der Entwicklung einer manifesten Abhängigkeit. Der  
überaus größte Teil der jugendlichen Konsumenten reift aus den Gebrauchs-

mustern heraus und geht über zu sozial konformen Suchtmitteln (etwa von illegalen Drogen zu Alkohol) oder zu sozialverträglichen Gebrauchsmustern (Weber & Schneider 1992; Jacob & Leonard 1994). Entscheidend hierfür sind die mit zunehmendem Alter notwendigen Status- und Rollenpassagen, die zur Aufnahme von intimen Beziehungen und zum Übergang in das Berufsleben notwendig sind. Permanenter riskanterer Suchtmittelkonsum ist in der Regel weder mit den Präferenzen potenzieller Geschlechtspartnerinnen (!) noch mit den Anforderungen von Organisationen des Arbeitslebens zu vereinbaren.

Wenn diese Reifungsprozesse nicht erfolgen und das Risiko des Übergangs vom Missbrauch zur manifesten Abhängigkeit noch weiter steigt, so hängt dies zumeist mit den internen Bedingungen im Interaktionssystem Peer-Group zusammen. Es handelt sich dabei um einen um Gruppen, deren Mitglieder gemeinsam die Statuspassagen verweigern. Die gemeinsam angeeigneten Interaktionsmuster erschweren dabei die Übergänge in die Intimsysteme bzw. die beruflichen Organisationen, indem sie ähnliche Ablehnungsprozesse aus der Umwelt provozieren. Zum anderen können diese Nicht-Reifungen durch intime Beziehungen angestoßen werden, bei denen es zu Verbindungen zu Geschlechtspartnern kommt, die in der gleichen Gruppe bzw. in der gleichen Szene sich aufhalten (Jacob & Leonard 1994). In diesem Fall wird zwar eine Statuspassage vollzogen, dies kann aber die paradoxe Folge haben, dass der weitere Lebenslauf in seiner ‚üblichen‘ Entwicklung nicht erfolgt. Dieser Typus von Intimsystem ist erstaunlicherweise relativ häufig unter Individuen zu finden, die in ihre frühen Jugend ‚deviantes‘ Verhalten zeigen. Die Rate der Beziehungsaufnahme ist bei diesen Jugendlichen höher als bei ‚nicht-konformen‘ Jugendlichen (Maughan & Taylor 2001). Möglicherweise sind hier emotionale Fluchttendenzen aus dem Elternhaus im Hintergrund wirksam.

#### Intim- und Familiensysteme im Erwachsenenalter

Erst mit zunehmendem Alter gewinnen Jugendliche das Gefühl, ihr Leben selbst im Griff zu haben (Lewis et al. 1999). Entscheidende Unterstützung hierfür bietet die Inklusion in Intimsysteme, womit bekanntlich soziale und emotionale Unterstützung verbunden ist. Die überaus große Bedeutung von Intimsystemen ist gesellschaftstheoretisch über die einzigartige Funktion zu sehen, welche die Partnerschaft von anderen Sozialsystemen unterscheidet. Nirgendwo sonst, vor allem nicht in der Inklusion anderer Teilsysteme, wird das Individuum als Individuum so hoch geschätzt; anderswo dominieren eher unpersönliche Beziehungen. Im Intimsystem kommt dem Partner dabei die eminent wichtige „Komplementärrolle des Weltbestätigers“ zu (Luhmann 1982: 25), dies kann anderswo so nicht geschehen. Individuen, die in ein Intimsystem inkludiert sind, haben daher eine vergleichsweise deutlich bessere psychische und körperliche Gesundheit. Eine längerfristige Intimbeziehung kann als Primärprävention gegenüber körperlichen und psychischen Problemen generell bezeichnet werden (vgl. zum folgenden die Übersicht bei Ross et al. 1990). Der entscheidende Effekt

dieser sozialen Unterstützung kommt hierbei durch die Intimität der Beziehung zustande. Es reicht nicht, mit anderen Personen zusammenzuleben, sondern erst die emotionale Inklusion in das Intimsystem bringt den entscheidenden Vorteil. Es gereicht dem männlichen Geschlecht zwar zum Vorteil, aber nicht zur Ehre, dass Männer die eigentlichen Profiteure stabiler Intimbeziehungen sind. Frauen beeinflussen dabei nicht nur die körperliche Gesundheit ihrer Intimpartner, in dem sie große Aufmerksamkeit auf den Gesundheitsstatus der Männer werfen, sondern auch die psychische Gesundheit. Frauen zeigen generell ein positiveres Gesundheitsverhalten, und dieses erstreckt sich unter anderem auch auf die Menge konsumierter Suchtmittel. Verheiratete Männer trinken im Schnitt weniger Alkohol als unverheiratete, und dies ist auch eine Folge der erhöhten sozialen Gesundheitskontrolle, die Frauen zum Vorteil ihrer Partner ausüben. Neben diesen direkten Einflüssen auf die allgemeine Gesundheit darf nicht übersehen werden, dass es noch indirekte Effekte stabiler Intimsysteme gibt. Ein nicht zu geringer Effekt stammt auch von dem höheren Einkommen, das verheiratete bzw. zusammenlebende Paare im Vergleich zu Alleinlebenden haben. Relatives wie absolutes Einkommen korrelieren hoch mit psychischer Gesundheit, wobei die Einflüsse sicherlich in beide Richtungen gehen: Gesundheit ist Voraussetzung für die Erlangung eines hohen Einkommens, wie im Zusammenhang mit der sozialen Drift schizophrener Patienten gezeigt wurde, sie ist aber auch Effekt eines guten und relativ sorgenfreien Lebens, das durch ein höheres Einkommen nun einmal gefördert wird.

Wie muss eine präventiv wirkende Kommunikation in intimen Beziehungen angelegt sein? Der einschlägigen psychiatrisch-psychologischen Forschung nach können die folgenden sechs Kernpunkte gut funktionierender Intimbeziehungen angegeben werden (vgl. zum folgenden: Lewis 1998): *Erstens* ist die Macht in diesen Beziehungen mehr oder weniger gleich verteilt, das heißt hinsichtlich zentraler Bereiche wie Geld, Sexualität, Ursprungsfamilien etc. besteht keine große Dominanz eines Partners. *Zweitens* existieren sowohl erhebliche Gemeinsamkeiten als auch autonome Bereiche, und zwischen diesen Bereichen wird im beiderseitigen Sinne austariert. *Drittens* muss der Respekt für die Beobachterperspektive des Anderen ausreichend kommuniziert werden. *Viertens* gehört dazu die Kommunikation der eigenen emotionalen Befindlichkeit. *Fünftens* hat sich ein eigenständiges gemeinsames Problemlöseverhalten entwickelt, das auf Verhandlungskompetenz und Kompromissbereitschaft basiert. Und *sechstens* schließlich werden die unvermeidlichen Konflikte nicht auf Dauer gestellt, und eine Eskalation wird vermieden. Aus diesen Bedingungen folgt denn auch die mögliche pathogene Wirkung von Intimsystemen auf die psychische Befindlichkeit. Ein dominant-submissives Beziehungsmuster ist etwa bei depressiven Störungen nicht selten. Andere Muster, die durchaus pathologisch wirken können, sind eine sehr distanzierte Beziehung oder der chronische Konflikt. Viele der genannten Merkmale finden sich ebenfalls in Studien zur Prädiktion eines depressiven Rückfalls (Fiedler et al. 1998), was auf die Notwendigkeit von Paartherapien in diesem Bereich schließen lässt.

Während das Intimsystem als solches dennoch im Großen und Ganzen ein

präventives Angebot der Gesellschaft für die Gesundheit des psychischen Systems darstellt, ist der Übergang vom Intimsystem zum Familiensystem nicht mit den gleichen Vorteilen behaftet (vgl. zum folgenden wiederum die Übersicht bei Ross et al. 1990). Obwohl die Reproduktion der einzige erkennbare ‚Sinn‘ menschlichen Lebens darstellt, ist mit der Elternschaft oftmals keine Verbesserung der psychischen Befindlichkeit verbunden, sondern mitunter sogar eine Abnahme. Gemeinhin wird angenommen, dass vor allem Frauen darunter leiden würden, kinderlos zu sein. Allerdings ist die psychische Gesundheit von Frauen mit (kleinen) Kindern nicht besser als die Befindlichkeit von Frauen ohne Kindern. Positive Effekte von Kindern auf die psychische Gesundheit, so wird in einigen Studien behauptet, gebe es erst, wenn die Kinder das Haus der Eltern verlassen würden, denn Eltern, deren Kinder so weit sind, haben eine bessere Befindlichkeit als altersgleiche Paare ohne Kinder. Die Gründe für die potenziell abträglichen Auswirkungen von Kindern auf die Befindlichkeit der Eltern sind vielfältig. Zum einen stellen insbesondere kleine Kinder eine erhebliche körperliche und emotionale Belastung vor allem für Mütter dar. Zum zweiten verändert sich durch Kinder häufig die Intimbeziehung der Eltern. Bekanntlich verändert sich beispielsweise die Sexualität des Paares nach der Geburt von Kindern erheblich. Dies ist oftmals eine direkte Folge der Geburt wie auch eine Auswirkung der sich wandelnden emotionalen Beziehung der Eltern. Zum dritten bedeuten Kinder eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung, da zumeist ein Elternteil kein Einkommen mehr erwirtschaften kann und auf der anderen Seite die finanziellen Aufwendungen für Kinder relativ groß sind. Die finanziellen Belastungen reichen von der beim ersten Kind komplett anzuschaffenden Ausstattung über den Betreuungsaufwand für Tagesmutter oder Kindergarten bis hin zu zum Teil notwendigen räumlichen Veränderungen in Richtung einer größeren Wohnung oder eines eigenen Hauses. All dies lässt Ross und Kollegen in ihrer vorzüglichen Übersicht über die Effekte des Familienlebens auf die Gesundheit lakonisch schließen: „Marriage clearly improves health, but parenthood does not.“ (Ross et al. 1990: 1066)

Über diesen Befunden zu psychischen Befindlichkeit in Intim- und Familiensystemen darf nicht übersehen werden, dass sich diese Systeme in den vergangenen Jahrzehnten dramatisch gewandelt haben, wie an diversen Publikationen über Liebe und Sexualität abzulesen ist (Beck & Beck-Gernsheim 1990; Giddens 1992; Bulcroft et al. 2000; Schmidt et al. 1998; Sigusch 2000). Der hier beschriebene und im folgenden kurz skizzierte Wandel hat selbst wiederum Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Individuen. Das gilt vor allem für die im Vergleich zu früheren Jahrzehnten kürzere Dauer der Intimbeziehungen. Obwohl heute ein ähnlich großer Teil der Individuen in dauerhafte Intimsysteme inkludiert ist wie früher, nimmt die Anzahl der eingegangenen Beziehungen deutlich zu, was zweifelsohne in einem direkten Zusammenhang mit der Kürze der Relationen steht (Schmidt et al. 1998). Es ist ein vielfach beschriebenes Paradoxon moderner Intimbeziehungen, dass diese einerseits immer kürzer halten, dass jedoch andererseits die emotionalen Erwartungen an den Partner und die Beziehung höher werden. Die Erwartung,

dass der Partner oder die Partnerin treu sei, ist seit Beginn der 1980er Jahre in einschlägigen Umfragen unter Studierenden fast doppelt so hoch gestiegen. Und in der Tat scheinen die sexuellen Beziehungen außerhalb der aktuellen Relation zumindest hierzulande rückläufig zu sein (Schmidt et al. 1998). Dies liegt auch nahe, da durch das Muster der seriellen Monogamie eine Unzufriedenheit mit Aspekten des Intimsystems eher durch Abbruch ausgedrückt wird. Anders ist dies offenbar in Großbritannien, wo eine Zunahme sexueller Kontakte außerhalb ‚regulärer‘ Beziehungen zwischen 1990 und 2000 registriert wurde (Johnson et al. 2001).

Einer der interessantesten empirischen Befunde aus diesem Forschungsfeld ist Angleichung weiblicher und männlicher Präferenzen für die Attraktion des Partners und die Gestaltung der Beziehung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Wie in einer Studie, die auf Datensätze aus mehreren Jahrzehnten zurückgreifen konnte, gezeigt wurde, spielt die gegenseitige Anziehung und Liebe eine zunehmende Rolle, und zwar für beide Geschlechter (Buss et al. 2001). Während noch in den 1930er Jahren Liebe im Vergleich zu einem guten Charakter des Partners oder der Partnerin eher untergeordnet war, spielt sie seit den 1970er/1980er Jahren die Hauptrolle in den einschlägigen Umfragen. Dazu gehört auch, dass die physische Attraktivität eine ebenfalls für beide Geschlechter größere Rolle spielt, wenngleich diese für Männer nach wie vor wichtiger als für Frauen ist.

Anthony Giddens (1992: 39ff.) hat den beschriebenen Trend als die Sehnsucht nach der „pure relationship“ beschrieben. Die „Sucht nach Liebe“ (Beck & Beck-Gernsheim 1990: 21) und die regelmäßige Erfahrung des Scheiterns hängen den vorliegenden Interpretationen dieser Phänomene nach eng zusammen. Wenn die aktuelle Beziehung derart mit Erwartungen an Treue und emotionaler Unterstützung überfrachtet wird, dann ist das Scheitern im Grunde erwartbar. Faktisch sind diese Erwartungen denn auch häufig nicht einzuhalten, was etwa die Forschung über sexuelle Kontakte außerhalb der aktuellen Beziehung belegt (Schmidt et al. 1998; Treas & Giesen 2000). Eine aktuelle repräsentative Studie aus Großbritannien fand 14 Prozent der Männer und 9 Prozent der Frauen mit mindestens einer weiteren sexuellen Beziehung (Johnson et al. 2001). Für die psychische Befindlichkeit hat dies insoweit Effekte, als die mit übersteigerter Erwartung und entsprechender Enttäuschung einhergehenden Ereignisse sehr häufig als akute Stressoren erlebt werden. So gelten etwa die Affäre des Partners, das Herausfinden einer eigenen Affäre durch den Partner sowie die Trennung und Scheidung als kritische Lebensereignisse, die sich abträglich auf die psychische Gesundheit auswirken (Turner et al. 1995).

Gerade Frauen reagieren auf Beziehungsenttäuschungen und Beziehungsabbrüche nicht selten mit depressiven Störungen; Beziehungskonflikte und -störungen werden von Frauen weitaus gesundheitsabträglicher verarbeitet als von Männern. Aus Bevölkerungsstudien ist allerdings auch eine sehr hohe Rate depressiver Störungen bei Männern nach einer Trennung oder Scheidung bekannt. In einer Analyse aus der amerikanischen *Epidemiological Catchment Area*-Studie wurde für Individuen mit kurzfristig erlebten Trennungen oder

Scheidungen ein 18fach erhöhtes Risiko (adjustiertes Odds Ratio) für die Ausbildung einer Depression errechnet (Übersicht bei Bruce 1998).

Zusätzlich zu diesen akuten Belastungen ist an die chronischen Stressoren zu erinnern, die sich nach Trennung oder Scheidung einstellen (Bruce 1998). Auch hier sind die geschlechtsbezogenen Erfahrungen eklatant unterschiedlich. Während alle Beteiligten unter finanziellen Mehrbelastungen zu leiden haben (zweite Wohnung, evtl. Umzug und Arbeitsplatzverlust, Unterhaltsverpflichtungen), sind diese für die betroffenen Frauen in der Regel ausgeprägter als für die Männer. Da sie oftmals über kein oder nur über ein vergleichsweise geringes Einkommen verfügen und zudem zumeist die Kinder zu versorgen haben, sinkt der Lebensstandard vieler Alleinerziehender erheblich, zum Teil unter die Armuts- und Sozialhilfegrenzen. Abgesehen von diesem ökonomischen Rahmenbedingungen haben alleinerziehende Frauen relativ schlechtere Möglichkeiten für eine neue, sozial unterstützend wirkende Intimbeziehung.

Männer hingegen haben sowohl den Vorteil eines Vollzeit-Jobs als auch die besseren Chancen einer neuen Intimbeziehung. Bei Männern kommt es bei Trennungen nicht selten anstelle des internalisierenden, depressiv oder ängstlich wirkenden Erlebens der Frauen zu externalisierendem Verhalten, das mit Aggressivität oder Gewalt vergesellschaftet ist. In einer interessanten Studie über Scheidungen und den damit einhergehenden Testosteron-Spiegel bei amerikanischen Armee-Angehörigen konnte gezeigt werden, dass hohe Testosteronwerte in einem engen Zusammenhang mit einer Ehescheidung standen (Mazur & Michalek 1998). Die Autoren schließen von diesen erhöhten hormonalen Marker auf eine gesteigerte Aggressivität der Männer um diesen Termin herum und auch danach. Möglicherweise sind Hormone auch im Spiel, wenn es zu den nicht seltenen Tötungsdelikten von Männern gegenüber ihren Partnerinnen kommt, welche sich von ihnen trennen wollen.

Welches Ausmaß die psychischen Folgen einer Trennung oder Scheidung annehmen kann, wird angesichts von Untersuchungen über Suizide und Intim-/Familiensystems deutlich. In einer US-amerikanischen Langzeitstudie über Mortalität zeigte sich in einer multivariaten Analyse bei geschiedenen und getrennt lebenden Individuen eine doppelt so hohe Suizidalität im Vergleich mit verheirateten Personen (Kposowa 2000). Dagegen war bei ledigen und verwitweten Individuen kein erhöhtes Risiko zu erkennen. Genauerer Aufschluss ergab eine jüngst veröffentlichte Fall-Kontroll-Studie, die mit einer sogenannten psychologischen Autopsie-Methode in Taiwan durchgeführt wurde (Cheng et al. 2000). Bei der psychologischen Autopsie versucht man so viele und so genaue Angaben zu Vorerkrankungen und zu psychosozialen Merkmalen vor dem Suizid wie möglich zu erreichen. Hierbei hatten Individuen mit einem Verlusterlebnis ein sechsfach erhöhtes Risiko, einen Suizid zu begehen. Unter einem Verlusterlebnis wurde nicht der nur der Verlust einer nahestehenden Person durch Tod oder Scheidung/Trennung verstanden, sondern auch der Verlust einer wertgeschätzten Vorstellung wie die Liebe zu einer anderen Person. Weit- aus größer als psychosoziale Lebensereignisse schlug jedoch die Erkrankung mit einer schweren Depression zu Buche. Depressiv erkrankte Menschen hatten

ein von den Lebensereignissen unabhängiges Risiko, das mehr als vierzig mal so hoch war. In einer ähnlichen Untersuchung aus Schottland, die allerdings mit einem deutlich kleineren Sample arbeitete, erschienen negative Ereignisse in der Familie mit einem neunfach erhöhten Risiko, sich zu suizidieren (Cavanagh et al. 1999). Die davon getrennt analysierten Trennungen und Scheidungen erwiesen sich jedoch nicht als signifikante Prädiktoren.

Besondere psychische Probleme, die nicht nur mit Trennung und Scheidung, sondern mit der gesamten Lebenssituation einhergehen, existieren offenbar bei Individuen mit einer homosexuellen Orientierung. Einer neueren Untersuchung zu diesem Thema nach haben mehr als die Hälfte homosexueller Männer und mehr als ein Drittel lesbischer Frauen suizidale Tendenzen in ihrem Leben gehabt (Cochran & Mays 2000). Dies ist deutlich höher als in der heterosexuellen Population. Das Risiko eines Suizidversuches ist in dieser Gruppe Homosexueller um mehr als das fünffache im Vergleich zu exklusiv heterosexuellen Männern erhöht gewesen. Die Lebenszeitprävalenz einer depressiven Störung lag bei homosexuellen Männern bei knapp 22 Prozent. Der methodisch vielfach kritisierte *National Comorbidity Survey* in den USA fand sogar eine 12-Monats-Prävalenz von 36 Prozent homosexueller Männer und 55 Prozent homosexueller Frauen mit irgendeiner psychischen Störung (Gilman et al. 2001). Schon bei Jugendlichen zeigt sich in einer anderen national repräsentativen gleichfalls ein leicht erhöhtes Suizidrisiko (Russell & Joyner 2001). Als Hintergrund dieser vergleichsweise hohen Raten psychischer Störungen ist weniger die sexuelle Orientierung als vielmehr die soziale Situation der Betroffenen zu sehen. Offene Feindseligkeiten gegenüber Homosexuellen sind zwar selten, kommen aber durchaus vor. Dagegen macht sich schon die übliche und weitverbreitete Diskriminierung homo- und bisexueller Menschen negativ auf die psychische Befindlichkeit bemerkbar (Mays & Cochran 2001; Díaz et al. 2001). Für die vergleichsweise hohe Suizidalität scheint ebenfalls das in vielen Ländern existierende homophobe Klima mit ausschlaggebend zu sein, unter dem vor allem junge Homosexuelle leiden (Bagley & D'Augelli 2000).

#### Beruf, Arbeitsplatz und Arbeitslosigkeit

Neben der Aufnahme intimer Beziehungen bzw. der Inklusion in Intim- und Familiensysteme steht während der Adoleszenz die berufliche Bahnung als zweite große Lebensaufgabe an. Ebenso wie bei der Inklusion in Intimsysteme sind mit der Inklusion in das Erwerbssystem vielfältige Risiken verbunden, die sich abträglich auf die psychische Gesundheit auswirken können. Schon die Berufswahl wird in der modernen Berufssoziologie „nicht mehr als isolierter Entscheidungsvorgang, sondern als Abschluss einer Lebensphase und als kritischer Übergang in das Erwerbssystem gesehen, dem weitere biographische Schwellen folgen.“ (Voß 1994: 144) Die Berufswahl selbst hängt nach dem bis hierher Ausgeführten sehr eng an der Entwicklung des psychischen Systems, und dies gilt sowohl für die kognitive Entwicklung wie für gesundheitliche

Entwicklung. Berufswahl geschieht vor dem Hintergrund des mentalen und schulischen Lebenslaufs, von dem gezeigt wurde, wie sehr er wiederum von biologischen und psychosozialen Entwicklungsbedingungen beeinflusst werden kann.

Der Faktor Arbeit hängt in diversen Facetten mit psychischer Gesundheit zusammen (Reker 1998). Kurz gesagt, zu viel Arbeit hat negative Konsequenzen, genauso wie ein Arbeitsplatz, welcher nicht den persönlichen Fähigkeiten und Präferenzen entspricht. Zudem kann sich die Arbeitsumgebung unabhängig vom konkreten Arbeitsplatz auswirken. Arbeit bedeutet nicht nur eine Tätigkeit, sondern in der Regel auch die Inklusion in ein Interaktionssystem vom Kolleginnen und Kollegen, die das Arbeitsklima ausmachen. Auf der anderen Seite ist zu wenig Arbeit bzw. gar keine Arbeit ebenfalls nicht gesundheitsförderlich. Für Individuen allerdings, deren Leben ohne Arbeit relativ gut läuft, kann Arbeit zu gesundheitlichen Nachteilen führen. Im folgenden sollen die genannten Problemstellungen wiederum in Kürze anhand der relevanten empirischen Literatur beschrieben werden.

Bereits im Kapitel über den Sozialstatus und psychische Gesundheit ist aufgezeigt worden, wie sehr berufliche Positionen mit der Befindlichkeit verbunden sind. An dieser Stelle soll auf die Charakteristika von Arbeitsbedingungen eingegangen werden, die zweifellos auch mit der Position in der organisatorischen Hierarchie zu tun haben. Genauso wie sich Veränderungen in anderen sozialen Bereichen ergeben haben, so haben sich auch die Arbeitsbedingungen in den vergangenen drei Jahrzehnten massiv gewandelt. Drei Haupttrends lassen sich dabei erkennen (Marmot et al. 1999: 108): zum ersten sind Arbeitsplätze immer weniger mit körperlichen Anforderungen verbunden, stattdessen steigen die psychischen und emotionalen Anforderungen erheblich; zum zweiten sinkt die Anzahl der Jobs in der früher vorherrschenden Produktion, dafür entstehen neue Jobchancen im Dienstleistungsbereich; und drittens zeichnen sich moderne Arbeitsbedingungen zunehmend durch informationsverarbeitende Prozesse aus. Mit diesen Veränderungen muss sich auch das Verständnis von arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken wandeln. Das bisweilen noch immer überwiegende technische Verständnis dieser Risiken, wie es in der konventionellen Arbeitsmedizin anzutreffen ist, reicht bei weitem nicht mehr aus.

In der arbeitsplatzbezogenen Herzkreislaufforschung werden zur Zeit zwei große Modelle der psychosozialen Arbeitsbelastung diskutiert (Übersicht bei Marmot et al. 1999). Ein Modell bezieht sich auf das Verhältnis von psychischen Anforderungen an den Job und den Möglichkeiten, eigene Entscheidungen zu treffen. Hohe psychische Belastungen und geringe Entscheidungskompetenzen führen demnach zu einem erhöhten Stresserleben und nachfolgenden körperlichen Erkrankungen, hier insbesondere Herzkreislaufkrankungen. Die psychische Gesundheit wird nicht nur indirekt über die körperliche Gesundheit beeinflusst, sondern es existieren auch im Zusammenhang mit diesem Modell Befunde einer direkten negativen Auswirkung. In einer Studie aus dem *Epidemiological Catchment Area*-Programm war das adjustierte Risiko für eine Depression von Personen mit einer hohen psychischen Belastung im Beruf um

den Faktor sieben erhöht (Mausner-Dorsch & Eaton 2000). Das zweite Modell thematisiert die Relation von beruflicher Anstrengung und beruflicher Anerkennung. In vielen Berufen der Dienstleistungsbranche steht die körperliche und psychische Anstrengung in einem schlechten Verhältnis zur beruflichen und finanziellen Anerkennung, beispielhaft steht hierfür etwa die Krankenpflege. Die psychischen Folgen dieser Imbalance stehen außer Zweifel. Sie reichen von psychischen und sozialen Funktionseinbußen sowie depressiven Symptomen bis hin zu Schlafstörungen. Auswirkungen auf Verhaltensmuster wie den Alkoholkonsum sind im Zusammenhang mit diesen Gratifikationskrisen im industriellen Bereich schon gefunden worden (Puls et al. 1998).

Während, wie gezeigt, die Arbeitsbedingungen die psychische Gesundheit beeinträchtigen können, ist das Fehlen einer Tätigkeit bzw. die Arbeitslosigkeit ebenfalls potenziell gesundheitsabträglich. Die Konsequenzen einer Arbeitslosigkeit sind allerdings nicht in jedem Falle so negativ für die psychische Gesundheit, wie dies früher angenommen wurde. Die extrem negative Sicht der Arbeitslosigkeit ist geprägt worden von Untersuchungen wie der Marienthal-Studie (Jahoda et al. 1975), bei der die wirtschaftliche Krise zu offenbar verheerenden Folgen in einem österreichischen Dorf der 1930er Jahre geführt hat.<sup>7</sup> Dieses Resultat ist von einer Vielzahl von Studien nachfolgend bestätigt worden und begründet auch nach wie vor die vorherrschende Meinung innerhalb der Soziologie (Heinze & Bauerdick 1999). Generell kann dieser Meinung auch heute noch zugestimmt werden, es gibt aber eine Reihe von empirischen Hinweisen, dass die Folgen von Arbeitslosigkeit sowohl von der sozialen Situation des Betroffenen als auch von seinen Coping-Strategien abhängen (Ezzy 1993). Interessanterweise korreliert in ökologischen Studien über mehrere Länder hinweg die Rate der Arbeitslosen negativ mit der allgemeinen Befindlichkeit in der Population, das heißt, je mehr Arbeitslose es gibt, desto besser ist die durchschnittliche Befindlichkeit der Bevölkerung (Veenhoven 2001: 1289). Dieser Befund ist allerdings auf die hohe Unzufriedenheit in den früheren Ostblockstaaten zurückzuführen, wo Arbeitsplatzsicherheit eben gerade nicht zu einer allgemeinen Zufriedenheit geführt hat. Untersucht man nur westliche Länder, dann verschwindet die Korrelation, sie wird aber auch nicht negativ, wie man erwartet hätte. Diese Erwartungen waren in früheren Jahren gestützt worden durch ökologische Befunde, welche eine erhebliche Korrelation der Indikatoren der Arbeitslosigkeit und der psychischen Störungen ergeben hatten. (Brenner 1979).

Wenn man von der ökologischen auf die individuelle Ebene zurückgeht, dann wird deutlich, dass für einzelne von Arbeitslosigkeit Betroffene der Übergang vom Berufsleben in die Arbeitslosigkeit entscheidend ist. Wenn etwa mit dem Verlust des Arbeitsplatzes erhebliche Rollenprobleme für die Betroffenen auftreten, dann sind negative Folgen wahrscheinlicher. So kann die Arbeitslosigkeit des Ehemannes durchaus negative Folgen für die soziale Unterstützung durch Intimpartnerin und Freundeskreis haben (Atkinson et al. 1986). Gerade zu einem Zeitpunkt, an dem der Unterstützungsbedarf besonders groß ist, vermindert sich die Qualität des *social support*. Dies hängt zum

einen mit der geringeren Kontaktdichte bei Arbeitslosen zusammen, und zum anderen leidet vermutlich auch die Intimbeziehung durch verschiedene Aspekte. Wenn die Arbeitslosigkeit allerdings in den Alltag eingebaut wird, ohne dass dies zu großen sozialen und Rollenproblemen führt, dann kann dieser Status sogar gewinnbringend wahrgenommen werden. Gleiches gilt im übrigen auch für den Sozialhilfebezug, dessen Konsequenzen für die Betroffenen ebenfalls von der subjektiven Beobachtung abzuhängen scheinen (Leibfried et al. 1995). Allerdings ist die allgemeine Gesundheit von Sozialhilfeempfängern deutlich schlechter als von Beziehern von Arbeitslosenhilfe (Rodriguez 2001).

Diese nicht-deterministische Perspektive der Effekte von Arbeitslosigkeit auf die psychische Befindlichkeit wird unterstützt aus der Lebenslaufs- und Individualisierungsforschung (Berger 1996). Die gegenwärtige moderne Berufswelt ist bekanntlich mit deutlich mehr Unsicherheiten behaftet als noch vor wenigen Jahrzehnten. Das zeitliche Verbleiben in einem konstanten Beruf sinkt und ein großer Teil der Beschäftigten ist, ob freiwillig oder gezwungenermaßen, mit Jobsuche und Firmenwechsel konfrontiert. Flexibilisierung und Unsicherheit haben aber nicht notwendigerweise eine abnehmende Lebensqualität zur Folge. Den Erhebungen des bundesdeutschen *Sozioökonomischen Panels* zufolge ist erst eine zu große Anzahl und ein zu schneller beruflicher Wechsel mit einer abnehmenden Lebenszufriedenheit verbunden. „Eine gewissermaßen ‚moderate‘ Geschwindigkeit von Statuswechseln, die es Männern und Frauen erlaubt, ohne allzu häufige Umstrukturierungen in ihrer Lebensführung den verbreiteten Mobilitäts- und Flexibilitätsnormen zu genügen und Erfahrungen in anderen Lebens- und Berufsbereichen zu sammeln, scheint dagegen eher mit einer ‚positiveren‘ Lebenseinstellung einherzugehen.“ (Berger 1996: 224)

Diese vielleicht sehr optimistisch klingenden Bewertungen dürfen jedoch nicht übersehen lassen, dass die Phasen der Arbeitslosigkeit als solche ein nicht zu unterschätzender Faktor im Zusammenhang der modernen Sozialstruktur und psychischer Gesundheit darstellt. Die weitaus überwiegende Anzahl von Studien über diesen Faktor hat herausgestellt, welche negativen Folgen Arbeitslosigkeit hat (für neuere Überblicke siehe Kasl et al. 1998; Bartley et al. 1999). Dies ist im übrigen ein Effekt, der auch unabhängig von der psychischen Vorbefindlichkeit der Betroffenen in Rechnung zu stellen ist. Arbeitslosigkeit hat eben nicht nur negative Konsequenzen für Individuen, deren Befindlichkeit vorbelastet ist. Besonders belastend hat sich dabei eine erst kürzlich eingetretene Arbeitslosigkeit herausgestellt (Montgomery et al. 1999). Dagegen hat die Wiederbeschäftigung ehemals arbeitsloser Individuen in der Regel eine Verbesserung der Befindlichkeit zur Folge, hier macht sich auch die Gesamtzeit früherer Arbeitslosigkeit nicht mehr entscheidend bemerkbar (Montgomery et al. 1999) – dies steht dann wieder im Einklang mit der oben referierten ‚optimistischeren‘ Position. Und aus einer europäischen wohlfahrtsstaatlichen Perspektive dürfte es auch nicht überraschen, dass Personen mit einer finanziellen Unterstützung während ihrer Arbeitslosigkeit eine deutlich bessere psychische Befindlichkeit aufweisen als Personen, die gänzlich ohne monetäre Unterstützung dasteht (Rodriguez et al. 2001).

Als verursachende Einflüsse auf die Arbeitslosigkeit können sicherlich auch Selektionseffekte unterstellt werden, das heißt, die schon während der Beschäftigung Erkrankten sind vermutlich die Ersten, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Allerdings erklärt dies nicht die Verbindung von Arbeitslosigkeit und negativer psychischer Befindlichkeit für alle Betroffenen. In einer britischen Geburtskohortenstudie, die repräsentativ eine im Jahr 1958 geborene Kohorte im Lebenslauf verfolgt, ist dieser Zusammenhang im Längsschnitt untersucht worden (Bartley et al. 1999: 84). Hierbei zeigte sich ein unmittelbarer Effekt der gerade durchlebten Arbeitslosigkeitsphase auch unabhängig von früherer Gesamtarbeitslosigkeit und unabhängig von der früheren Befindlichkeit auf neue Symptome der Depression und Ängstlichkeit. Zusätzlich zu diesen Symptomen wird eine gesundheitsabträglicher Lebensstil vor allem bei arbeitslosen Männern registriert. Dazu gehören ein schlechtes Ernährungsverhalten sowie ein vergleichsweise höherer Alkohol- und Tabakkonsum.

Neben der Untersuchung des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit gibt es eine umfangreiche Literatur über mögliche Verbindungen von Arbeitslosigkeit und Suiziden (Übersicht: Häfner 1998). Methodisch werden dabei verschiedene Zugänge gewählt. Eine, oben bereits diskutierte Methode ist der ökologische Zugang. Dabei vergleicht man etwa Zeitreihen aggregierter Daten von Arbeitslosigkeit und Suizidraten in einer bestimmten Region. Ein zweiter Zugang besteht in Zeitreihen von Individualdaten; hier wird dem Risiko des ökologischen Fehlschlusses aus dem Weg gegangen. Eine dritte Methode besteht in üblichen epidemiologischen Verfahren der Ermittlung von Risiken für bestimmte Gruppen.

Die ökologische Methode bringt der Übersicht von Häfner (1998) nach sehr inkonsistente Ergebnisse. Für die Zeit vor dem Zweiten Weltkrieg scheint die Korrelation zwischen Arbeitslosigkeit und Suizidrate höher zu liegen als für die zweite Jahrhunderthälfte, so etwa die Datenlage für Deutschland und Großbritannien. Eine neuere Studie mit aggregierten Daten von Gunnell und Mitarbeitern (1999), die sich auf die Altersgruppe der unter 45jährigen konzentrierte, fand ebenfalls für die ersten Dekaden des 20. Jahrhunderts einen engeren Zusammenhang bei Männern. Dagegen zeigte sich während der Rezessionen in den 1970er und 1980er Jahren weder für Frauen noch für Männer ein Zusammenhang zwischen beiden Phänomenen. Die Autoren stellen sich die Frage, wie eng denn die Assoziation zwischen Arbeitslosigkeit und Suizid sein kann, und führen an, dass möglicherweise andere Faktoren wie das Pro-Kopf-Einkommen, der Arbeitsstress, Beziehungsabbrüche, Armut, Bankrotte oder sozialstaatliche Elemente die Assoziation mit beeinflussen könnten. Darüber hinaus seien potenziell die Arbeitsplatzunsicherheit sowie die Störungen in den Intimsystemen, die oft mit einer Arbeitslosigkeit verbunden sind, wirksamer als das Faktum der Arbeitslosigkeit allein. Ähnliches führen auch Weyerer und Wiedemann (1995) an, die versuchten, die deutschen Verhältnisse auf einer aggregierten Datenbasis zu analysieren. Ihre Hypothese eines direkten Zusammenhangs zwischen der Suizidrate und ökonomischen Basisdaten konnte dabei nicht bestätigt werden. Dagegen haben Preti und Miotto (1999) unlängst für

einen kürzeren Zeitraum mit einem Methodenmix einen solchen Zusammenhang für das Italien der 1980er und 1990er Jahre zeigen können. Einen besonders großen Zuwachs an Suiziden fanden die Autoren bei Individuen, die ihren ersten Arbeitsplatz suchten. Diese Information wird in Italien offenbar nach Suiziden gespeichert.

Auf der Basis von Individualdaten zeigen Langzeitstudien nicht nur ein allgemein höheres Mortalitätsrisiko für Arbeitslose (Martikainen & Valkonen 1996), sondern auch ein erhöhtes relatives Suizidrisiko. Den drei hierzu bis dato vorliegenden Studien nach liegt das Risiko bei Männern zwischen 1,6 und 2,5 mal so hoch im Vergleich zu Männern, die in Beschäftigung sind (Häfner 1998). Im oberen Bereich dieser Werte fand sich auch eine jüngst publizierte Untersuchung aus den USA, deren Autorin für Männer ein adjustiertes relatives Risiko von 2,3 errechnete (Kposowa 2001). Unsicher ist aber nach wie vor die Ursache-Wirkungs-Beziehung. Ähnlich wie bei der Problematik des Sozialstatus schizophrener Patienten kann auch hier eine Selektion kranker Menschen in die Arbeitslosigkeit nicht ausgeschlossen werden (Häfner 1998). Häfner folgert insgesamt nach seiner Übersicht über die Literatur für das gegenwärtige Deutschland: „Gegenwärtig ist in Deutschland kein Beweis für eine Zu- oder Abnahme suizidaler Handlungen im Zusammenhang mit Trendänderungen der Erwerbslosigkeit zu gewinnen.“ (Häfner 1998: 149) Der Suizid scheint nicht (mehr?) als valider soziologischer Indikator für soziale Krisensituationen gelten zu können.

#### Lebenslauf, Alter und psychische Gesundheit

Der Lebenslauf scheint den hier referierten Befunden nach mit einer Vielzahl von Risiken für die psychische Gesundheit behaftet zu sein. Familie und Arbeitsplatz vor allem sind demnach nicht gerade dazu angetan, das Wohlbefinden zu fördern, wie es aussieht. Gibt es der Forschung zufolge irgendeine berechtigte Hoffnung auf Zufriedenheit und ‚Glück‘? Es gibt sie, das zunehmende Alter.<sup>8</sup> Die Lebenslaufforschung über psychische Störungen fördert allen gegenteiligen Vermutungen zum Trotz Erkenntnisse zutage, die den Zusammenhang von sozialstrukturell induziertem Stress und psychischer Gesundheit in einer überraschenden Weise bestätigen. Gemessen am Standard der depressiven Symptome sinkt nämlich die Prävalenz der Depression mit zunehmendem Alter auf den Tiefststand in den vierziger und fünfziger Lebensjahren, so jedenfalls die kombinierten Resultate verschiedener Surveys in den Vereinigten Staaten (Mirowsky & Ross 1999). Berücksichtigt man dabei noch den Sozialstatus der Befragten, dann können sich Individuen mit hohem Bildungsstand und Einkommen noch bis weit in die sechziger Jahre und darüber hinaus über ein gutes Leben freuen (Miech & Shanahan 2000). Die Kehrseite der Medaille liegt darin, dass sich gesundheitliche Ungleichheiten, die an den Sozialstatus gekoppelt sind, vom Erwerbsleben bis hinein in den Rentnerstatus nicht verändern und in einigen Bereichen sogar verstärken (Breeze et al. 2001).

Eine methodische Unsicherheit dieser Befunde sollte am Rande nicht übersehen werden. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass es sich bei einem Teil dieser Resultate um Kohorteneffekte handelt (Jorm 2000). Entsprechend notwendige Langzeitstudien sind aber bisher kaum durchgeführt worden (siehe jetzt aber Meulemann 2001; VanLaningham et al. 2001).

Die Gründe für diese für viele Menschen durchaus positive Entwicklung liegen sowohl im psychischen System, das mit zunehmendem Alter ‚reift‘, als auch in der sozialen Makrostruktur. Im psychischen System verändern sich im Lebenslauf Wahrnehmungen und Bewertung in Richtung Gelassenheit. Zum einen wird weniger emotional auf Umweltveränderungen reagiert, zum anderen scheint der vorliegenden Literatur nach die Kontrolle über die psychischen Reaktionen stabiler zu werden (Mirowsky & Ross 1999; Jorm 2000). Es entwickelt es gewissermaßen eine psychische Immunisierung. Für unsere Fragestellung sind aber die makrostrukturellen Einbindungen von Individuen im Lebensverlauf von größerem Interesse. Es ist sicherlich spekulativ, einen kausalen Zusammenhang zwischen Sozialstruktur und psychischer Befindlichkeit im Lebenslauf herzustellen, auffällig ist aber die gleichzeitig zur psychischen Immunisierung stattfindende soziale Stabilisierung im Leben vieler Menschen. John Mirowsky und Catherine Ross (1999), denen ich hier folge, haben die sozialstrukturellen Lebensumstände entsprechend zusammengestellt. Da ist zum einen der Befund, dass die ökonomische Sicherheit mit dem Alter deutlich zunimmt. Die Arbeitsplatzsicherheit steigt generell mit dem Lebensalter, und in vielen Branchen ist auch das Einkommen an das Alter gekoppelt. Sind die Kinder dann irgendwann aus dem Haus und stehen auf eigenen – mehr oder weniger sicheren – wirtschaftlichen Füßen, dann gehören finanzielle Sorge für viele Menschen der Vergangenheit an. Hinzu kommt in vielen Branchen ein beruflicher Aufstieg, der im hiesigen öffentlichen Dienst bis vor nicht allzu langer Zeit sogar automatisch mit dem Lebensalter verbunden war, ohne auf Leistungsaspekte zu achten. Beruflicher Aufstieg senkt die oben beschriebenen Risiken der Relationen von Anforderung und Entscheidungskompetenz sowie Anstrengung und Anerkennung.

Eine ähnliche Stabilisierung spielt sich ebenfalls im Intim- und Familiensystem ab. Die Zufriedenheit über die (intakt gebliebene) eheliche Beziehung steigt demnach mit dem Alter, und zwar aus mehreren Gründen.<sup>9</sup> Der erste Grund ist trivial, nicht funktionierende Partnerschaften werden relativ schnell beendet, so dass eine Selektion der gut funktionierenden übrig bleibt. Zudem sinkt die Bereitschaft, sich zu trennen, erheblich nach den ersten ‚stürmischen‘ Jahren. Offenbar gelingt es vielen Paaren mit der Zeit, eine Beziehung zur beiderseitigen Zufriedenheit herzustellen. Nicht zuletzt liegt dies auch in der schon angesprochenen ‚Reifung‘ des psychischen System begründet, wodurch auch schwierige Phasen der Ehe leichter bewältigt werden können. Hinzu kommt der abnehmende Stressor in der Person kleiner Kinder. Wie bereits geschildert, bilden kleine Kinder eine nicht zu unterschätzende Stressorenquelle durch die Aufmerksamkeit, die sie benötigen, und durch finanzielle Engpässe, die durch höhere Kosten und den Ausfall einer Verdienlerin bedingt sind. Auch dies wan-

delt sich im Laufe der Jahre, so dass die Belastung zurückgeht. In der Tendenz finden sich die genannten Zufriedenheitsverläufe auch in einer deutschen Langzeituntersuchung einer Gymnasiasten-Kohorte, deren Resultate zum Zeitpunkt des 43. Lebensjahrs unlängst publiziert wurden (Meulemann 2001). Hierbei zeigte sich nach dem 30. Lebensjahr ein Rückgang der Zufriedenheit mit dem Privatleben, jedoch ein Anstieg der Zufriedenheit mit dem Beruf, so dass die allgemeine Lebenszufriedenheit sich nicht verändert hatte.

Die Prävalenz psychischer Störungen steigt in einem nennenswerten Maße erst im Rentenalter wieder an. Der Austritt aus dem Erwerbsleben trägt in den ersten Jahren ohne Zweifel noch einmal zur Verstärkung positiver psychischer Gesundheit bei. Allerdings stellen sich im Laufe der Zeit die ersten biologisch bedingten psychischen Einschränkungen im Form der Demenz ein, die von einem Anstieg von Depressivität und Suizidalität begleitet sein können. Der Verlust eines Lebenspartners durch Tod geschieht ebenfalls in dieser Phase. Aus der im vorherigen Kapitel referierten Perspektive stellt der Verlust eines Partners ein kritisches Lebensereignis dar, das nachfolgend mit chronischem Stress verbunden sein kann. Der Effekt des Partnerverlustes im Alter auf die psychische Gesundheit ist bisher allerdings nur selten untersucht worden. Eine Analyse aus der amerikanischen *Nurses' Health Study* hat dies kürzlich unternommen und kam dabei zu einem wenig schmeichelhaften Ergebnis für die Männer (Michael et al. 2001). Untersucht wurde hier die Veränderung in der psychischen Befindlichkeit von Frauen, die in einer Vorstufe dieser Studie in verschiedenen Lebensumständen (mit Partner, allein, mit anderen Personen) lebten. Wie der Name der Studie indiziert, handelt es sich bei der Untersuchungspopulation um Krankenschwestern, die sich seit Mitte der 1970er Jahre regelmäßig auf verschiedene medizinische und Verhaltensparameter untersuchen und befragen lassen. Die ursprüngliche Stichprobe betrug mehr als 30.000 Frauen, die nunmehr 60 Jahre und älter sind. Nach umfangreichen statistischen Adjustierungen ergab sich für allein lebende Frauen im Vergleich zu denen, die mit ihrem Partner lebten, eine 30prozentige Chance für eine *Verbesserung* der psychischen Befindlichkeit. Mit anderen Worten, alleinlebende Frauen profitieren von dieser Situation im Gegensatz zu ihren Geschlechtsgenossinnen, die mit Partner leben.<sup>10</sup> Als entscheidenden Hintergrund dieses Resultats wurden von den Autoren die sehr gute soziale Integration alleinlebender älterer Frauen identifiziert. Weiterhin haben Studien zum Trauerprozess nach dem Tod eines Lebenspartners für Frauen nur eine vergleichsweise kurze Beeinträchtigung gefunden. Während Männer offenbar größere Probleme im Zusammenhang mit dem Tod ihrer Partnerin haben, gleichen Frauen dies mit einem größeren sozialen Netzwerk aus.

Die soziale Inklusion stellte sich auch in einer weiteren Studie als entscheidender protektiver Faktor der psychischen Gesundheit älterer Menschen heraus. In einer schwedischen Längsschnitt-Bevölkerungsstudie zu den Risikofaktoren für eine dementielle Entwicklung wurde analysiert, welchen Einfluss soziale Kontakte auf die Ausbildung einer Demenz haben (Fratiglioni et al. 2000). Wiederum adjustiert für eine Vielzahl konfundierender Merkmale erwies sich

die Lebenssituation des Nicht-Verheiratetseins und Alleinlebens mit einer 90prozentigen Risikosteigerung, an einer Demenz innerhalb von drei Jahren zu erkranken. Ähnliche Risiken ergaben sich bei häufigen, aber unbefriedigenden Kontakten zu eigenen Kindern. Insgesamt betrug das relative Risiko für Menschen mit einem gering ausgeprägten sozialen Netz 1,6 im Vergleich zu besser integrierten älteren Menschen.

Politisches System und psychische Befindlichkeit: Wohlfahrtsstaat, Alkoholpolitik und innere Sicherheit

Während man aus einer Lebenslaufperspektive den Einfluss verschiedener Sozialsysteme auf bestimmte Phasen des Lebens zuordnen kann, steht diese Möglichkeit beim politischen System nicht zur Verfügung. Das politische System wirkt gewissermaßen im Rückraum vieler anderer Systeme, wie in anderen gesellschaftlichen Bereichen findet man auch hier eine strukturelle Kopplung an weitere Systeme (Luhmann 2000a: 372ff.). Von hier aus wird über Rahmenbedingungen anderer Teilsysteme entschieden. Das politische System hat zwei grundlegende Steuerungsmöglichkeiten zur Verfügung, mit dem es diese Rahmenbedingungen setzen kann: Geld und Recht. Darüber hinaus kann vom politischen System ‚direkt‘ eingegriffen werden, wenn physische Gewalt angewendet wird, etwa bei Einsätzen von Armee und Polizei. Wie man sich leicht vorstellen kann, sind psychische Systeme durch alle drei Möglichkeiten irritierbar.

Die Rahmenbedingungen, die das politische System im weitesten Sinne steuern kann, betreffen die Sicherheit der Bürger, und damit ist sowohl die soziale Sicherheit wie auch die persönliche Sicherheit gemeint. Die soziale Sicherung über den Wohlfahrtsstaat hat direkte Auswirkungen auf die soziale Ungleichheit, die in einem Land vorherrscht. Ohne an dieser Stelle noch einmal die Diskussion um Sozialstatus und psychische Gesundheit aufnehmen zu wollen, muss die zentrale Rolle des politischen Systems in diesem Zusammenhang beleuchtet werden. Angeregt von Richard Wilkinson (1996) hat es in den letzten Jahren eine Reihe von Beiträgen aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen gegeben, die sich mit der Frage befassen haben, welchen Einfluss soziale Ungleichheit und Kohäsion auf die Gesundheit einer Bevölkerung nehmen. Entscheidender Indikator hierfür ist die Einkommensverteilung innerhalb einer Region (für eine deutsche Übersicht siehe Mielck & Bloomfield 2001).

Ausgangspunkt dieser Überlegungen war der Befund, dass körperliche und seelische Gesundheit einer Bevölkerung mit dem Ausmaß der Ungleichheit hoch korrelieren: „Countries in which the income differences between rich and poor are larger (meaning more or deeper relative poverty) tend to have worse health than countries in which the differences are smaller. It is (...) the most egalitarian rather than the richest developed countries which have the best health.“ (Wilkinson 1996: 75) Die Verbindung von sozialer Kohäsion und Gesundheit wird dabei über drei mögliche Pfade gesehen, die sich nicht gegenseitig ausschließen (vgl. Kawachi et al. 1999b). Der erste Weg, über den die Einkommensvertei-

lung sich gesundheitlich auswirken kann, ist der Zugang zu sozialen Chancen und materiellen Ressourcen (u.a. Gesundheitswesen, Bildung und Arbeit). Der zweite Bereich betrifft die soziale Unterstützung und Kooperation, die in Ländern unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Als dritter Bereich wird das soziale Konfliktniveau einer Region gesehen, also das Ausmaß von Gewalt, Kriminalität und anderen sozialunverträglichen Erscheinungen. Die beiden zuletzt genannten Bereiche korrelieren ebenfalls relativ hoch miteinander.

Die Beziehung zwischen Einkommensverteilung in einer Region und verschiedenen somatischen Erkrankungen bzw. der Sterblichkeit ist in einer Reihe von Studien mit ökologischer Methode überzeugend gezeigt worden (Wilkinson 1996; und die Beiträge in Kawachi et al. 1999a). Im Rahmen dieser Untersuchungen sind immer wieder auch Indikatoren der psychischen Gesundheit der Bevölkerung analysiert worden. So haben beispielsweise McIsaac und Wilkinson (1999) anhand europäischer Daten zeigen können, dass es einen erheblichen Zusammenhang mit der alkoholbedingten Mortalität gibt. Diese Sterblichkeit bezieht sich auf Todesursachen nach Krankheiten wie der Leberzirrhose, anderen chronischen Lebererkrankungen, aber auch nach Verkehrsunfällen. Verkehrsunfälle reflektieren möglicherweise einen sozialen Stresslevel, der sich in aggressiver und gefährlicher Fahrweise ausdrückt. Darüber hinaus könnte es nach Ansicht von McIsaac und Wilkinson (1999) sein, dass Höflichkeit und Kooperation im Straßenverkehr ein sensibler Indikator für Einstellungen gegenüber Menschen darstellt, die einem persönlich nicht bekannt sind.

In Osteuropa, wo alkoholbedingte Todesfälle immer eine große Rolle gespielt haben, fällt in diesem Zusammenhang die Entwicklung der entsprechenden Mortalität seit Anfang der 1980er Jahre auf (Wilkinson 1999). Sterbefälle nach chronischen Leberschäden und Leberzirrhose sind schon in der ersten Hälfte der 1980er Jahren angestiegen, während diese Todesursachen im Westen deutlich zurückgingen. Gleiches gilt auch für Todesfälle im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Wilkinson führt diese Tendenzen auf die zunehmende soziale Desintegration und auf die individuelle Hoffnungslosigkeit während der Breschnew-Ära zurück. Diese Tendenzen stünden in einem erheblichen Kontrast zum Gesundheitsstatus der Bevölkerung während der Chruschtschow-Ära. Darüber hinaus sieht Wilkinson den Legitimationsverfall der sowjetischen Regierung als entscheidenden Hintergrund dieser Entwicklung.

Einen direkten Effekt der Einkommensungleichheit auf die psychische Befindlichkeit haben Kahn und Mitarbeiter (2000) demonstriert. In einem repräsentativen Sample junger amerikanischer Mütter mit Kindern im Alter von drei Jahren wurden die depressiven Symptome vor dem Hintergrund des eigenen Haushaltseinkommens und der Einkommensungleichheit im jeweiligen US-Bundesstaat untersucht. Es zeigte sich, dass vor allem bei armen Frauen das Risiko einer Depression mit dem Ausmaß der sozialen Ungleichheit zunahm. Ein großes Ausmaß ungleicher Einkommensverteilung war mit einer 60prozentigen Risikoerhöhung einer Depression verbunden, wobei für das individuelle Einkommen adjustiert wurde.<sup>11</sup>

Welche Implikationen ergeben sich aus diesen ökologischen Daten für das politische System? Sicherlich können nicht alle berichteten Resultate auf alle Formen von Wohlfahrtsstaaten übertragen werden (Mielck & Bloomfield 2001). In den Vereinigten Staaten, wo nur eine rudimentäre Sozialpolitik zu finden ist, wird die Einkommensungleichheit drastischere Effekte haben als etwa auf dem europäischen Kontinent. Allerdings scheint der Zusammenhang zwischen Wohlfahrtsstaat, dem Gefühl der sozialen Unterstützung bei den Bürgern sowie der psychischen und körperlichen Gesundheit im Allgemeinen zunehmend empirisch gesichert zu sein. Weiterhin lässt sich daraus ableiten, welche Assoziation es mit der Sozialpolitik des spezifischen politischen Systems gibt. Für die nordamerikanischen Bundesstaaten konnte Kawachi (2000) zeigen, dass in den Bundesstaaten, in denen das interpersonelle Vertrauen der Bürger besonders gering ausgeprägt ist, die Sozialpolitik weniger Unterstützung bietet. Konkret bedeutete dies etwa eine hohe negative Korrelation (-0.7) zwischen dem allgemeinen Misstrauen der Bevölkerung und der Höhe der Sozialhilfe. Dies kann nicht überraschen, denn die aktuelle Regierung wird natürlich Rücksicht auf die Mentalität des Wählerpublikums nehmen. Wenn hier die Vorstellung vorherrscht, dass jeder seines Glückes Schmied sei und deshalb die Unterstützung staatlicherseits nicht sonderlich ausgeprägt sein sollte, dann hängt dies vermutlich auch mit einem hohen Misstrauen gegenüber dem Nächsten zusammen. Und drittens ließen sich aus den empirischen Befunden, so man dies wollte, Empfehlungen für die Sozialpolitik ableiten. Tarlov (2000) schlägt etwa die folgenden fünf Bereiche vor, in denen Beiträge zu einer Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit geleistet werden könnten: Verbesserung der Entwicklungsbedingungen von Kindern, Stärkung des sozialen Zusammenhalts, Schaffung von Gelegenheiten zur Selbstverwirklichung, Anhebung des allgemeinen Sozialstatus und Abschwächung der sozioökonomischen Hierarchie.

Im Zusammenhang mit alkoholbedingten Störungen und nachfolgenden Todesfällen ist schon die Rede von der Bedeutung dieses Suchtmittels gewesen. Die Einflussmöglichkeiten des politischen Systems gehen hinsichtlich des Alkohols allerdings über die Sozialpolitik hinaus. Nahezu alle Staaten haben irgendeine Art von Alkoholpolitik entworfen, und dies nicht erst in der Moderne.<sup>12</sup> Zeitgenössische Alkoholgesetze reglementieren unter anderem das Alter, ab dem Alkohol gekauft werden darf, die Orte, an denen Alkohol verkauft werden darf, die Menge des Alkohols, über die frei verfügt werden darf, die Alkoholwerbung (übrigens ohne nachweisbare Effekte), die Besteuerung alkoholhaltiger Getränke sowie Bestimmungen über das Verhalten unter Alkoholeinfluss, insbesondere den Straßenverkehr betreffend.

Es existieren in der relevanten Literatur (Übersicht bei Single 1994) drei miteinander verbundene Hypothesen, welche die Alkoholverfügbarkeit an soziale Folgeprobleme des Konsums dieses Suchtmittels binden. Die Verfügbarkeit steht in einer positiven Relation zum durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsum, das heißt, je mehr Alkohol zu beziehen ist, desto mehr wird im Mittel getrunken. Die durchschnittliche Trinkmenge ist wiederum mit dem Anteil derjenigen Individuen in der Bevölkerung sehr stark assoziiert, die viel Alkohol konsu-

mieren. In einer Untersuchung dieser Assoziation in mehreren Ländern ergab sich eine Korrelation von 0.97 zwischen der Durchschnittstrinkmenge und dem Anteil von *Heavy Drinkers* (Rose 1992: 67). Der Anteil von *Heavy Drinkers* ist dann mit den Folgeproblemen verbunden. Darunter sind nicht nur manifeste Suchterkrankungen zu verstehen, sondern auch ein hoher Anteil Alkoholisierter an Verkehrsunfällen und anderen Unfällen, an Gewaltdelikten sowie Suiziden. Evident wird die Rolle der Alkoholverfügbarkeit etwa in Konsummustern in osteuropäischen Staaten. In Bulgarien beispielsweise wird konträr zu empirischen Befunden im Westen von Personen mit einem sehr niedrigen Sozialstatus nur sehr wenig Alkohol konsumiert (Balabanova & McKee 1999). Dieser Umstand hängt mit der extremen Armut dieser Menschen zusammen, die sich keinen Alkohol leisten können. Eine Anhebung des Lebensstandards der Ärmsten könnte hier sogar den paradoxen Effekt zur Folge haben, dass mehr finanzielle Ressourcen für den Alkoholkonsum vorhanden sein würden.

Die hier skizzierte Kette von Gründen liegt denn auch der empirisch gut bestätigten Hypothese zugrunde, dass Alkoholprohibition sich insgesamt positiv auf die Trinkmenge und die damit einhergehende Alkoholprobleme auswirkt (Single 1994). Dies gilt insbesondere für die starken Trinker, deren Anteil sich unter prohibitiven Verhältnissen drastisch reduziert. Besonders nachdrücklich zeigte sich dies in der früheren Sowjetunion, wo unter der Gorbatschow-Regierung Mitte der 1980er eine effektive Anti-Alkohol-Kampagne mit entsprechenden Sanktionen eingeführt wurde. In der UdSSR war der Pro-Kopf-Konsum reinen Alkohols Ende der 1970er Jahre ungefähr drei mal so hoch wie in den meisten westlichen Staaten, mit erheblichen medizinischen und sozialen Folgeproblemen, wie leicht vorstellbar ist. Zu den medizinischen zählte – und zählt noch immer – die extrem hohe alkoholbedingte Mortalität der konsumierenden Männer. Auf der sozialen Seite ist beobachtet worden, dass für den Alkoholkonsum bis zu 20 Prozent des verfügbaren Einkommens einer Familie aufgewendet wurde. Für das Steueraufkommen der Sowjetunion hatte dies im übrigen eine recht positive Konsequenz: zeitweilig soll der Alkoholverkauf für ein Drittel des Staatseinkommens gesorgt haben (McKee 1999). Die Gorbatschowsche Anti-Alkoholkampagne verbesserte die vergleichsweise niedrige Lebenserwartung russischer Männer. Mit dem Zusammenbruch der UdSSR und den nachfolgenden sozialen Entwicklungen veränderte sich dies allerdings sofort und sank noch unter das Niveau der Jahrzehnte vorher (Shkolnikov et al. 2001).

Ein weiterer Einflussbereich des politischen Systems bezieht sich auf die persönliche Sicherheit der Bürger. Das Sicherheits- bzw. Angsterleben in der Bevölkerung hängt zusammen mit den oben bereits referierten Problemlagen der sozialen Kohäsion und Unterstützung, hängt etwa vom Ausmaß des Vertrauens in fremde Personen ab. Dies ist aber nur die eine Seite der Medaille von Sicherheit und sozialer Statushierarchie. Auf der anderen Seite muss darüber berichtet werden, dass die Gewalt- und Kriminalitätsrate ebenfalls mit der Einkommensdistribution einhergeht. In einer Meta-Analyse errechneten Hsieh und Pugh (1999) eine Korrelation von 0.44 sowohl für Armut und Gewaltkri-

minalität als auch für die Einkommensverteilung und Gewalttaten. Das heißt, Gewaltkriminalität lässt sich zumindest teilweise über eine angemessene Sozialpolitik steuern.

Nun ist die Sozialpolitik nicht der politische Bereich, den man unmittelbar mit Sicherheit vor Gewalttaten in Verbindung bringt. Eine aktive Verbrechensbekämpfung ist mindestens ebenso wichtig in diesem Zusammenhang wie eine aktive Gewaltprävention. Diese beginnt in Schulen, wo aggressives Verhalten zwischen den Schülern durchaus zu gesundheitsabträglichen Konsequenzen führen kann (Salmon & West 2000). Wie bereits referiert wurde, kommt es in Intim- und Familiensystemen häufig zu gewalttätigen Auseinandersetzungen. Auch hier spielt erfahrungsgemäß der Alkoholkonsum des Mannes, der üblicherweise der Gewaltausübende in der Beziehung ist, eine erhebliche Rolle (Coker et al. 2000b). Die körperlichen und psychischen Folgen einer gewalttätigen Intimbeziehung sind besonders gravierend für die Frauen (Coker et al. 2000a). Die hohe Suizidalität bei Frauen, die Opfer von Gewalthandlungen in Intimbeziehungen geworden sind, darf daher wenig überraschen (Silverman et al. 2001). Die Folgen gewalttätiger Intimbeziehungen erstrecken sich aber nicht nur auf die geschlagenen Frauen. Kinder leiden ebenfalls massiv unter der familiären Situation, selbst wenn sie nicht selbst zum Opfer physischer Gewalt werden. Psychische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten sind etwa bei Kindern von Frauen, die in Frauenhäusern Zuflucht gesucht haben, doppelt so hoch wie bei Kindern in der Allgemeinbevölkerung. Die Forderung, häusliche Gewalt auch als Kindesmissbrauch zu bezeichnen, liegt angesichts dieser Daten nahe (Webb et al. 2001).

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist – wie im vorherigen Kapitel referiert wurde – eine häufige Folge von allgemeinen Gewalterfahrungen, die im Prinzip nach jeder schwereren Gewalttat auftreten kann. In einer britischen Studie über PTBS bei Opfern ‚gewöhnlicher‘ Gewalttaten (v.a. körperlicher Angriffe) zeigte sich bei ca. einem Fünftel der Untersuchten sowohl eine manifeste akute Belastungsreaktion als auch eine nachfolgende PTBS (Brewin et al. 1999). Eine Gewalterfahrung, die mit zu den schwersten psychischen Folgen führt, ist die sexuelle Vergewaltigung. Täter von Vergewaltigungen an Frauen stammen überwiegend aus dem sozialen Umfeld der Opfer, die Vergewaltigung durch fremde Personen scheint dabei relativ gering vorzukommen (Kilpatrick et al. 1998). Das Risiko, ein Vergewaltigungsopfer zu werden, ist vor allem in der Adoleszenz sehr hoch und sinkt anschließend mit zunehmendem Lebensalter (Silverman et al. 2001). Die vergleichsweise hohen psychischen Belastungsreaktionen nach einer Vergewaltigung sind vor dem Hintergrund des Bedrohungerlebens der Opfer mehr als verständlich. Neben den Symptomen einer PTBS können weitere, die sozialen und psychischen Funktionen massiv beeinträchtigende Symptome wie verlängerte Schweigep perioden, sozialer Rückzug, Gedächtnisstörungen oder depressive Symptome auftreten (Folegovic-Smalc 2000). Eine Vergewaltigung ist häufig mit dem Erleben von Angst und Erniedrigung, zum Teil auch mit Todesängsten verbunden. Letzteres gilt vor allem dann, wenn der Täter dem Opfer nicht bekannt ist. Die psychische

Belastung ist daher, anders als bei missbrauchten Kindern, bei Opfern von unbekanntem Tätern größer als bei bekannten Tätern (Davis & Breslau 1994). Weitere Risikofaktoren bestehen in der Anwendung von physischer Gewalt und Waffengewalt sowie in der damit einhergehenden körperlichen Verletzung der Opfer.

Ein erst in der jüngeren Zeit beachtetes Phänomen ist die mit bestimmten Arbeitsplätzen verbundene Gewalt und die nachfolgenden psychischen Belastungen. Es ist evident, dass einzelne Berufe ein deutlich erhöhtes Risiko in dieser Hinsicht haben. Wie eine unlängst vorgestellte Bilanz aus den Staaten der Europäischen Union gezeigt hat, betrifft dies vor allem Mitarbeiter des Einzelhandels, Mitarbeiter von Polizei und Sicherheitsdiensten sowie Angehörige von Gesundheitsberufen und anderen Dienstleistungsbranchen (Eurogip 2001). Angehörige von Streitkräften, die Kampferfahrungen machen mussten, wurden in diesem Zusammenhang bereits zuvor angesprochen (Kapitel 5). Mit dem relativ jungen Phänomen westlicher Militärinterventionen zur Befriedung lokaler Konflikte (wie im früheren Jugoslawien), kommt auch hier erneut ein Problemfeld auf, das über Jahrzehnte in Westeuropa eher unbekannt war (de Vries et al. 2001; Bramsen et al. 2000). Im Kontext der vorliegenden Arbeit darf auch das psychische Risiko nicht unerwähnt bleiben, das für Individuen besteht, die mit psychisch kranken Menschen arbeiten. Zu den Berufen, die ebenfalls ein erhöhtes Opferrisiko mit sich bringen, gehören Mitarbeiter psychiatrischer Institutionen, vor allem in psychiatrischen Einrichtungen, in denen akut kranke Menschen oder Menschen mit chronisch rezidivierender Aggressivität behandelt werden (Übersicht bei Richter 1999b).<sup>13</sup> Die Forschungsergebnisse über die psychische Belastungsreaktion der Opfer solcher Gewalterlebnisse sind allerdings sehr uneinheitlich, da bisher nur wenige Studien vorliegen (Richter & Berger 2000).

Insgesamt beeinflusst das politische System schon unter ‚regulären‘ rechtsstaatlichen Bedingungen in demokratischen Staaten eine Vielzahl von Möglichkeiten, welche psychische Störungen hervorrufen oder aber protektiv verhindern können. Die Reichweite politischer Entscheidungen bis hinein in das psychische System wird allerdings bisher kaum innerhalb des politischen Systems reflektiert, was aber der Präferenz des Systems zur Machtausübung nicht weiter verwundern kann.

#### Politisch motivierte Gewalt und psychische Gesundheit: Folter, Krieg, Vertreibung

Die sozialen Bedingungen, welche in diesem Abschnitt behandelt werden sollen, gehen über die Auswirkungen politischer Macht im regulären Sinne weit hinaus. Nunmehr ist die Rede von massiven Gewalteinwirkungen auf Menschen in Krisen- und Konfliktgebieten. Folter, Krieg und Vertreibung kommen nicht selten als Konglomerat im Zusammenhang mit Psychotraumatata vor. So waren etwa die Geschehnisse in den Konflikten des früheren Jugoslawiens eben durch alle drei Gewaltphänomene gekennzeichnet: Es gab kriegerische Auseinander-

setzungen, ethnische Säuberungen sowie Internierungslager und Massenvergewaltigungen. Ähnliches wird von anderen sog. ethnischen Konflikten berichtet, beispielsweise aus Ost-Timor, das erst unlängst eine gewisse Autonomie vom indonesischen Staatsverband erreichen konnte. Das Erleben traumatisierender Ereignisse ist in solchen Konfliktregionen weit verbreitet und liegt bei über 90 Prozent der Bevölkerung. Innerhalb der Bevölkerung hatten über 50 Prozent eine spezielle Folter erlitten (Modvig et al. 2000). Die genannten Phänomene können, müssen aber nicht gemeinsam vorkommen, Folter etwa ist von südamerikanischen Regimes in den 1970er und 1980er Jahren auch ohne Krieg und Vertreibung in großem Stil ausgeübt worden.

Es ist wohl nicht übertrieben, in der Anwendung der hier zu beschreibenden Gewaltmethoden, vor allem der Folter, von einer Folge der Codierung des politischen Systems zu sprechen. Die zentrale Stellung des Macht-Codes im System führt gewissermaßen automatisch zu Zerstörung und Vernichtung Andersdenkender oder Andersaussehender, wenn keine rechtsstaatlichen Kontrollinstanzen eingebaut sind. Folter zielt auf die Auslöschung des Individuums, ohne es – als ersten Schritt – zu töten. In aller Regel wird dieses Individuum aber als Angehöriger einer oppositionellen, ethnischen, religiösen oder anderen Gruppe identifiziert und aufgrund der Zugehörigkeit zu dieser Gruppe gemartert: „Systematic torture is designed to break the spirit of an individual, but in many countries the intention is also to intimidate a minority or dissident group or even an entire population.“ (Burnett & Peel 2001: 606)

Die Folgen von Folter gehen auf der Symptomebene noch über die Konsequenzen von ‚normalen‘ Gewalterlebnissen hinaus (vgl. die gründliche Übersicht bei Tata Arcel et al. 2000). Dazu gehört etwa eine Persönlichkeitsveränderung in Richtung auf Unflexibilität und zum Teil unangepasste Verhaltensweisen, die zu erheblichen sozialen Funktionseinschränkungen führen können. Weiterhin beschreiben viele Folteropfer eine oftmals quälende Schuld, dass sie überlebt haben („*survivor guilt*“). Wie schon bei anderen kritischen Lebensereignissen und Psychotraumata kann auch bei den Folgen der Folter eine Dosis-Wirkungs-Beziehung beschrieben werden. Dauer, Häufigkeit und Unvorhersehbarkeit bestimmen das Ausmaß der Traumatisierung mit. Jedoch spielt das Erleben im psychischen System eine ebenso große Bedeutung: „Je lebensbedrohlicher die Foltersituation erlebt wird, desto traumatisierender ist sie.“ (Tata Arcel et al. 2000)

Während die Folter als Mittel politischer Macht durchaus singulär vorkommen kann, ist die Vertreibung an kriegerische Methoden gekoppelt. Die Auswirkungen von Flucht und Vertreibung sind daher nur theoretisch von den Kriegseinwirkungen zu trennen. Andauernde posttraumatische Belastungsstörungen sind bei Populationen, die vertrieben wurden, nicht so häufig aufgetreten, wie man hätte vermuten können (Übersicht bei Silove 2000). Offenbar sind PTBS an spezifische Gewalterfahrungen wie Folter gekoppelt. Allerdings zeigte sich beispielsweise in einer Follow-Up-Studie an bosnischen Flüchtlingen in Kroatien eine erhebliche Rate chronifizierter depressiver Störungen, die zum Teil mit einer PTBS einhergingen (Mollica et al. 1999; Mollica et al. 2001). In

einer anderen Untersuchung ergab sich kein signifikanter Unterschied in der psychischen Befindlichkeit und bei PTBS-Symptomen zwischen Kosovo-Albanern, die innerhalb der Region vertrieben wurden und denen, die an ihrem Ort verbleiben konnten (Lopez Cardoso et al. 2000).

Kriegs- und Krisensituationen erzeugen unmittelbare Ängste und depressive Verzweiflungen. Die physische und – damit einhergehend – die psychische Gesundheit ist unmittelbar und akut bedroht. Offenbar ist das Gefühl der eigenen Bedrohung eine wichtige Determinante der psychischen Gesundheit. So war einer Studie aus dem Kosovo zufolge die psychische Befindlichkeit in der serbischen Bevölkerung nach der NATO-Intervention in Teilen signifikant schlechter als bei der vorher extrem traumatisierten albanischen Population in dieser Provinz (Salama et al. 2000). Dies reflektiert, den Autoren der Studie nach, die feindselige Stimmung den Serben gegenüber in der Region sowie die Ungewissheit über die Zukunft, den Verlust von Privilegien und Einkommen und die Angst vor einer eventuellen Deportation. Wie es scheint, gehen diese Angst- und Bedrohungsgefühle allerdings im Laufe der Zeit zurück. Das Konzept der posttraumatischen Belastungsstörung kann in diesem Zusammenhang die akute und in gewissem Sinne normale Stressreaktion der Betroffenen vermutlich nicht adäquat beschreiben.

Kritiker der Anwendung der PTBS auf akute Krisensituationen weisen auf die Gefahr der Medikalisierung hin, die womöglich das Selbsthilfepotenzial der Opfer nicht zur Wirkung kommen lässt (Summerfield 2000). Anstelle der zum Teil mit großem Aufwand installierten Traumabehandlungszentren in den Krisenregionen sollten dieser Perspektive zufolge eher die sozialen Folgen der Konflikte angegangen werden. Dazu zähle etwa die Familienzusammenführung oder die Schaffung von Arbeitsplätzen für die zuvor misshandelte und vertriebene Bevölkerung. Das soziale Netz sei ein Resilienzfaktor höchster Güte, das außerdem dazu beitrage, die Würde und die Kontrolle über das eigene Leben wieder zu erlangen. Diese Perspektive kann vermutlich aber nicht auf alle Konfliktgebiete übertragen werden und gilt wahrscheinlich nicht einmal für die enge Definition der PTBS. In einer Vergleichsstudie aus vier von mehrjährig andauernden Kriegen und Bürgerkriegen betroffenen Regionen wurde ein relativ enger Zusammenhang zwischen den erlebten traumatisierenden Ereignissen und nachfolgender PTBS gefunden (de Jong et al. 2001). Im Speziellen war auch hier das Erleben von Folter ein singulärer Faktor, der unabhängig vom generellen Gewalterleben zur psychischen Belastung beigetragen hat. Andere psychische Probleme machen sich oftmals noch Jahre nach dem Konflikt bemerkbar und reflektieren offenbar erneut eine Dosis-Wirkungs-Beziehung, das heißt, die Menschen in den am schwersten betroffenen Gebieten leiden auch später am meisten unter psychischen Belastungen (Silove 2000; Ugalde et al. 2000). Dabei handelt es sich zumeist um die schon genannten depressiven Störungen sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeiten.

Eine besondere Situation stellt sich für die vertriebenen bzw. geflüchteten Menschen dar, die Zuflucht im Norden und Westen der Erde suchen bzw. gefunden haben. Bei Asylsuchenden handelt es sich entgegen der landläufigen

Meinung eben nicht primär um Wirtschaftsflüchtlinge, sondern um eine heterogene Population, die zum großen Teil unter Verfolgung und Vertreibung gelitten haben. Allein den Tatbestand der Folter berichten zweier Übersichten über die Gesundheit von Asylsuchenden zufolge zwischen 5 und 30 Prozent der Befragten in den einschlägigen Untersuchungen (Silove et al. 2000; Burnett & Peel 2001). Nach der Gewalt in ihren Heimatländern und den teilweise schwierigen Fluchtwegen erleben viele die Umstände der Unterbringung und des Anerkennungsverfahrens als erneute massive Belastung. Zu diesen Umständen müssen die finanziellen Lebensbedingungen, die häufig vorkommende Diskriminierung durch die einheimische Bevölkerung, die Trennung von Familienangehörigen und der unsicherere Rechtsstatus bzw. die Angst vor der Repatriierung gerechnet werden. Es gilt als sicher, dass die Umstände des Aufenthalts in den asylgewährenden Ländern zum Risiko der Exazerbation vorbestehender und neu hinzugekommener psychischer Störungen beitragen (Silove et al. 2000). Insofern wird die psychische Gesundheit Asylsuchender nicht nur von politischen System in ihren Heimatländern, sondern auch vom politischen System der Zufluchtländer erheblich und teilweise gesundheitsabträglich beeinflusst.

### **Funktionale Differenzierung, Teilsysteme und psychische Gesundheit: Theoretische Integration der Befunde**

Die Übersicht über Effekte einzelner Teilsysteme auf die psychische Gesundheit im allgemeinen und im Lebenslauf hat eine Vielzahl empirischer Hinweise geliefert, durch die deutlich wurde, wie die Entwicklung des psychischen Systems durch die Umwelt des Sozialsystems nachhaltig negativ beeinflusst werden kann. Diese Befunde stehen doch in einem bemerkenswerten Kontrast zu den zuvor referierten empirischen Belegen, dass mit der gesellschaftlichen Modernisierung insgesamt keine abträglichen Folgen für die psychische Befindlichkeit der davon betroffenen Bevölkerung verbunden sind. Im folgenden soll eine sozialtheoretische Integration dieser Befunde erfolgen, mit deren Hilfe sich auch der vermeintliche Widerspruch auflösen lassen sollte. Zu diesem Zweck wird unterschieden zwischen der individuellen psychischen Befindlichkeit, welche durch Teilsystemeffekte beeinträchtigt werden kann sowie der psychischen Befindlichkeit der Bevölkerung einer Region, die von Modernisierungseffekten affiziert werden kann.

Funktionale Differenzierung, Teilsystem-Inklusion und individuelle psychische Befindlichkeit

Bevor auf den weiteren Zusammenhang von Modernisierung und psychischer Gesundheit eingegangen werden kann, muss zunächst das Verhältnis von funktionaler Differenzierung und der Inklusion in die Teilsysteme näher erläutert werden. Die Begriffe der Arbeitsteilung oder der Trennung und Verselbstän-

digung sozialer Sphären sind seit Beginn soziologischen Theoretisierens mit der modernen Gesellschaft verbunden, etwa bei Spencer, Durkheim, Weber und Simmel (siehe die knappe Übersicht bei Kneer & Nollmann 1997). Mit der Systemtheorie von Talcott Parsons bekam diese theoretische Perspektive eine neue Wendung. Hier wird das Konzept der funktionalen Differenzierung zum zentralen Angelpunkt der Beschreibung und Erklärung sozialen Wandels und Modernisierung. Parsons zufolge haben sich funktionale Subsysteme in der modernen Gesellschaft gebildet, die elementare Funktionen für die Gesamtgesellschaft übernehmen. Der entscheidende Zusammenhang zwischen funktionaler Differenzierung und sozialer Evolution bestand nun darin, mit der sich vollziehenden Modernisierung den Grad der Differenzierung zwischen den Subsystemen als zunehmend zu beschreiben. Das, was etwa in der ständischen Gesellschaft in einem System vollbracht wurde, beispielsweise die noch vorherrschend vorhandene Integration von Familie und Arbeitsleben in einem Oikos, wird in der modernen Gesellschaft mehr und mehr getrennt. Diese bis heute sich abspielende Entwicklung kann etwa am Absterben landwirtschaftlicher Höfe noch gegenwärtig nachvollzogen werden.

In Luhmanns Version der Systemtheorie werden abermals entscheidende Neuerungen im Vergleich zur Parsonsschen Vorgängerin eingebaut. Die einzelnen Systeme der Gesellschaft sind nun keine Subsysteme mehr, sondern Teilsysteme. Damit entfällt die noch von Parsons angenommene Integrationsfunktion in einer Gesamtgesellschaft zugunsten einer multizentrischen und multiperspektivischen Topografie. Die Teilsysteme der modernen Gesellschaft erfüllen nach Luhmann keine abgestimmte Funktion für das Ganze mehr, sondern entwickeln sich je nach ihren spezifischen Umweltbeziehungen als autopoietische Systeme. Entscheidend ist die zunehmende Selbstreferentialität der Teilsysteme. Die einzelnen Operationen in den Teilsystemen orientieren sich nicht mehr an einer über alle Systemgrenzen gemeinsam gültigen Referenz. Wissenschaft und Politik etwa sind im eigenen Selbstverständnis nicht mehr an der Stützung einer religiösen Weltdeutung interessiert, stattdessen werden interne Zielpunkte wie wissenschaftliche Wahrheit und politische Macht angesteuert. Die moderne Familie ist nicht mehr die Keimzelle des christlichen Abendlandes, in der die Kinder anhand eines verbindlichen Normcodes erzogen werden sollen. Dagegen spielen Emotionalität und Liebe in modernen Intimsystemen die zentrale Rolle, wie oben bereits referiert wurde.

Der Beginn des Prinzips der Differenzierung der modernen Gesellschaft und der damit einhergehenden Ausbildung funktionaler Teilsysteme kann aus der heutigen Perspektive nur sehr uneinheitlich festgestellt werden. Das auf Monetarisierung beruhende Wirtschaftssystem begann sich in der Fläche vermutlich früher zu etablieren als das moderne Politiksystem. Ab der Mitte des 18. Jahrhunderts, so wird allgemein eingeschätzt, war die Umstellung der Sozialstruktur in Richtung auf die Moderne jedoch kaum noch zu übersehen. Und spätestens am Ende des 19. Jahrhunderts war – zumindest in Europa – gesellschaftsweit die Umstellung vollzogen (Richter 1996). Empirisch kann dies an der Territorialisierung der Kommunikationsmedien Macht und Geld

festgemacht werden. Es gab im 20. Jahrhundert so gut wie keine Orte mehr, an denen Geld als Zahlungsmittel nicht nötig war oder zentralstaatliche Macht nicht die Vorherrschaft übernommen hatte.

Mit der Etablierung der modernen Teilsysteme Wirtschaft, Politik, Recht, Familie, Erziehung wandelte sich zugleich das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft. In der vormodernen Gesellschaft ist man prinzipiell qua Geburt in einen Stand hineingekommen, den man ohne weiteres nicht verlassen konnte. Man gehörte zu dieser stratifizierten Gesellschaft über den Stand einfach dazu. In der Moderne sieht das grundlegend anders aus. Die primäre Differenzierung in Teilsysteme sieht nicht vor, dass man exklusiv einem der Funktionssysteme angehört. Man kann nicht nur im Wirtschaftssystem existieren, man braucht auch Zugang zum Erziehungssystem, zum politischen System oder zum Rechtssystem. Mit einer viel zitierten Wendung Luhmanns hat sich das Verhältnis zur Gesellschaft von „Inklusionsindividualität“ auf „Exklusionsindividualität“ verändert (Luhmann 1989: 160; vgl. Hillebrandt 1999). Jedes Individuum steht in der Moderne im Prinzip gleichermaßen außerhalb der Gesellschaft in der Exklusion. Das moderne Individuum muss den Anschluss immer punktuell herstellen, indem es zahlt (im Wirtschaftssystem), wählt (im politischen System) oder ‚Liebe‘ kommuniziert (im Intimsystem).

Wie die empirischen Befunde gezeigt haben, bleibt der permanent notwendige Anschluss an die Teilsysteme nicht ohne Folgen für die psychische Befindlichkeit, in den meisten Fällen ist mehr zugleich auch besser: mehr Geld, mehr Bildung, mehr Rechte, mehr Intimität etc. steigern die Chance auf psychische Gesundheit. Wenn man diesen Umstand systemtheoretisch fassen will, dann stößt man theorietechnisch auf einige Schwierigkeiten, denn die Inklusionstheorie Luhmanns sieht im Prinzip den Anschluss an die Teilsysteme nur als dichotom vor: man kann zahlen oder nicht, man Zugang zu Rechten oder nicht (Luhmann 1997a: 618ff.).<sup>14</sup> Die theoretische Diskussion innerhalb der Systemtheorie hat versucht, verschiedene Lösungsmöglichkeiten aus diesem Dilemma zu beschreiben, die in ihrer Ausführlichkeit an dieser Stelle nicht referiert werden sollen (siehe Nassehi & Nollmann 1997; Göbel & Schmidt 1998; Kuhm 2000). Diese Beiträge haben deutlich gemacht, dass die Theorie funktionaler Differenzierung mit Elementen der Ungleichheitstheorie zumindest angereichert werden muss, wenn man die empirisch relevanten Sachverhalte adäquat erfassen will.

Warum ist der Anschluss an die Teilsysteme von solch großer Bedeutung für die psychische Gesundheit? Betrachtet man das psychische System und seine – zumindest teilweise – biologisch begründeten Grundbedürfnisse, so wird die Relevanz sozialer Teilsysteme unmittelbar einleuchtend. Klaus Grawe (1998: 385ff.) hat in seiner Theorie der Psychotherapie vier zentrale Grundbedürfnisse aus der umfangreichen psychologischen Literatur gefiltert: Bindung, Selbstwerterhöhung, Lustgewinn und Kontrolle. *Bindung* kann in der modernen Gesellschaft primär über die Inklusion in ein Intimsystem hergestellt werden, denn es handelt sich nicht um irgendeine lose Verbindung zu anderen Menschen, nach der wir uns sehnen, sondern in aller Regel um die stabile Bindung, die wir mit der Semantik der Liebe konnotieren. Darüber hinaus sichert uns die soziale

Einbindung in weitere Interaktionssysteme, vor allem Freunde, Bekannte und Kollegen, zusätzliche soziale Unterstützung, von der man weiß, dass sie der Gesundheit nur zuträglich ist (House et al. 1988). Der psychische Bedarf nach Bindung kann so ausgeprägt sein, dass selbst konkurrierende Bedürfnisse wie die gleich zu beschreibende Selbstwerterhöhung dahinter zurückstehen. Dies kann etwa hinsichtlich der immer wieder mit Erstaunen zur Kenntnis genommenen Tendenz bei misshandelten und geschlagenen Frauen festgestellt werden, die es über lange Jahre nicht schaffen, ihren gewalttätigen Ehemann zu verlassen. *Selbstwerterhöhung* hat offensichtlich etwas mit der Einbindung in das Wirtschaftssystem zu tun, denn der Sozialstatus, der in der modernen Gesellschaft primär über Bildung und dem damit korrespondierenden Einkommen definiert wird, und unsere Lebensqualität korrelieren relativ hoch. Die Kopplung an das Erziehungssystem hat aber zugleich schon verdeutlicht, dass die Selbstwerterhöhung nicht allein vom Wirtschaftssystem abhängt. Im Grunde wird die Selbstwerterhöhung durch Inklusion in alle jeweils relevanten Teilsysteme hergestellt. Die Relevanz aller Teilsysteme ist aber nicht für jedes Individuum gegeben, das Wissenschaftssystem, das Kunstsystem oder das Religionssystem hat nur für eine begrenzte Anzahl unmittelbare Bedeutung. Dort, wo das Individuum dies für relevant hält, kann aus dem kommunikativen Anschluss an das Teilsystem die Selbstwerterhöhung gezogen werden. Das gilt beispielsweise für die politischen Rechte, die man für sich sieht, wozu nicht zuletzt die sozialpolitischen Rechte zählen. Hier ist vermutlich der *Link* mit der oben beschriebenen Einkommensverteilung und ihrer Folgen für die Gesundheit zu verorten. *Lustgewinn* ist eine primär biologische Funktion, die uns das Überleben erleichtert, indem wir Angst, Enttäuschung und Unlust vermeiden. Auch dieses Bedürfnis wird in der Regel über die Integration in Sozialsysteme, vor allem in Intim- und Interaktionssysteme, befriedigt. *Kontrolle* ist ebenfalls mit der Einbindung in Sozialsysteme verbunden, wenn dies auch auf den ersten Blick nicht so erscheinen mag. Das Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben hängt sicherlich mit dem Ausmaß äußerer Unsicherheit und Ungewissheit zusammen. Es hängt aber mindestens ebenso stark davon ab, welche Ressourcen ich zur Bewältigung dieser Umwelтанforderungen habe. Die entscheidenden Ressourcen sind jedenfalls mit der Inklusion in soziale Teilsysteme der Gesellschaft verbunden, namentlich finanzielle Ressourcen sowie emotionale Unterstützung.

Mit fortschreitender Modernisierung und sozialem Wandel verändern sich die Funktionsbedingungen innerhalb und außerhalb der einzelnen Teilsysteme. Sozialer Wandel hat im Hinblick auf Teilsysteme mit zunehmender Eigendynamik und Beschleunigung zu tun, dies wird unten noch eingehender beschrieben. Zunehmende Eigendynamik und Beschleunigung der Teilsysteme erschweren die Inklusion, da in erster Linie die zeitliche Stabilität (z.B. einer Liebesbeziehung oder eines Arbeitsverhältnisses) verloren geht. War in den früheren Zeiten der ‚Normalbiografie‘ spätestens in der Mitte des dritten Lebensjahrzehnts für die meisten Individuen sowohl beruflich als auch privat-familiär die dauerhafte Integration in die entsprechenden Teilsysteme erreicht, so müssen diese Relationen heute immer und immer wieder erneut hergestellt werden, und nicht selten

erreicht das Leben im fünften oder sechsten Lebensjahrzehnt erst einigermaßen ruhiges Fahrwasser. Eine andere Folge der Eigendynamisierung ist die schwierigere Koordinierung zwischen den Teilsystemen. Wenn, wie in der jüngsten Zeit, im politischen System auf sozialpolitische Deregulierung gesetzt wird und gleichzeitig Arbeitslosigkeit durch die stärkere Konjunkturabhängigkeit der Unternehmen des Wirtschaftssystems sozial produziert wird, dann sind Friktionen unvermeidlich. Mit anderen Worten, die zunehmende Modernisierung der Teilsysteme wälzt neue Lasten auf die Individuen ab (Degele 1999). Was die Systeme nicht mehr leisten können (etwa einen Arbeitnehmer mit schwächerer Leistungskraft ‚durchzuziehen‘), wird nunmehr dem Betroffenen selbst auferlegt.

Durch den beschriebenen Mechanismus der *prekären Inklusion* wird dann auch die Frage der sozialen Ungleichheit in systemtheoretischer Perspektive besser anschlussfähig. Wie Nina Degele (1999: 354) gezeigt hat, können auf diese Weise Ungleichheits-Strukturbildungen entstehen, „die erstens durch den Filter eigenlogischer gesellschaftlicher Teilsysteme laufen und zweitens durch ungleich verteilte Lebenschancen angeschoben werden.“ Insofern kann die Theorie der funktionalen Differenzierung mit Statusproblemen kombiniert werden, wobei die Frage, ob die funktionalen Teilsysteme die primäre Differenzierungsform der modernen Gesellschaft darstellt, damit nicht notwendigerweise verneinend beantwortet werden muss. So sieht Peter Fuchs etwa die Ungleichheitsproblematik als Folgeproblem der Primärdifferenzierung über Teilsysteme (Fuchs 2000; dagegen: Schwinn 2000). In Luhmanns Arbeiten gibt es Andeutungen, die ebenfalls auf eine gewisse Kombination von funktionaler Differenzierung und Ungleichheit hinauslaufen, wenngleich der Begriff Schichtung natürlich der stratifizierten, vormodernen Gesellschaft vorbehalten blieb (vgl. Luhmann 1997a: 630ff.). Was allerdings auch in der systemtheoretischen Sichtweise zunehmend ins Spiel gebracht wird, ist die empirische Beobachtung, dass Inklusionsprobleme in einem Teilsystem zu Folgeproblemen in anderen Teilsystemen führen können. Peter Fuchs hat dieses Phänomen als *Spill-over-Effekt* benannt (Fuchs & Schneider 1995; Fuchs 2000). Diese Effekte können sich – wenn sie andauern – in einem Individuum stabilisieren, und wenn sie systematisch vorkommen, dann können sie durchaus so etwas wie soziale Lagen zur Folge haben, die man als Exklusion beschreiben kann. Die nicht seltene Kombination von Suchterkrankung oder anderer psychischer Störung mit Wohnungslosigkeit und erlebter sozialer Entrechtung ist beispielsweise hierunter zu fassen (Kellinghaus et al. 1999).

Bis hierher war die Rede von Inklusionsproblemen in die Teilsysteme, die darauf beruhten, dass der Anschluss nicht und nur in unzureichendem Maße (etwa bei zu wenig Geld) möglich war. Die referierten empirischen Befunde haben allerdings auch auf einen Sachverhalt hingewiesen, der die Inklusion selbst mit massiven Folgen für die psychische Gesundheit in Verbindung gebracht hat; es geht, mit anderen Worten, um die *problembehaftete Inklusion*. Nicht jede soziale Integration bzw. Inklusion ist zugleich sozial unterstützend. Die Ehe mit einem aggressiven und gewalttätigen Ehemann hat trotz der Inklus-

sion ins Intimsystem potenziell gesundheitsabträgliche Konsequenzen. Gleiches gilt für das Aufwachsen eines Kindes in einer Familie, die wiederum von Gewalt geprägt ist oder die unter Armut leidet. Das heißt, der formale kommunikative Anschluss an ein Intim- oder Familiensystem ist allein kein Protektionsmechanismus. So ist auch bekannt, dass das Familienklima bei schizophrenen Patienten mitentscheidend für psychotische Rückfälle sein kann. Unter dem Stichwort der *Expressed Emotions* existieren eine Vielzahl empirischer Befunde, die ein überbehütendes und/oder überkritisierendes Verhalten der Familienumwelt als kritische Faktoren bewerten. Die Liste ließe sich auch für andere Systeme verlängern. Interaktionssysteme von Freunden und Bekannten gelten gemeinhin auch als Unterstützungssysteme. Wie oben gezeigt wurde, besteht vor allem bei Jugendlichen jedoch das Risiko, dass die Peer-Group zum sozialen Einfallstor für den Konsum legaler wie illegaler Drogen werden kann, der nicht in jedem Fall mit dem Alter auf quasi natürlichem Wege wieder in sozial und psychisch akzeptierte Bahnen gelenkt wird. Gleichfalls problembehaftet kann sich die Arbeitsintegration herausstellen, wenn etwa das hierzulande unter dem Stichwort ‚Mobbing‘ bekannte Verhalten der Umwelt anzutreffen ist oder der Arbeitsplatz mit einem erhöhten Gewaltrisiko verbunden ist.

Und schließlich muss neben der prekären Inklusion sowie der problembehafteten Inklusion auf eine dritte, extrem gesundheitsbeeinträchtigende Form hingewiesen werden, die ebenfalls oben empirisch deutlich wurde, die *totale Exklusion*. Damit sind Lebensverhältnisse gemeint, die für die betroffenen Individuen keinerlei Chancen auf Inklusion in irgendwelche Teilsysteme bereithalten. Dies gilt typischerweise etwa für Folteropfer, denen jegliche Rechte, aber auch jegliche Kontakte zu anderen Individuen oftmals vorenthalten werden. In vielen Fällen treffen diese Bedingungen auch für Flüchtlinge und Asylsuchende zu, denen ein Rechtsschutz und andere Inklusionschancen vom ‚Gastgeber‘-Staat verweigert werden. Wenngleich wohnungslose psychisch Kranke formal nicht völlig entrechtet sind, so kann bei ihnen jedoch ansatzweise von totalen Exklusionstendenzen gesprochen werden. Im Alltag erfahren die Betroffenen eben die Entrechtung, in dem sie nicht vor Gewalttaten geschützt werden, wenig Unterstützung aus dem Gesundheitssystem erfahren und zudem noch offen durch Behörden und Passanten diskriminiert werden.

#### Funktionale Differenzierung, Modernisierungsdynamik und die psychische Gesundheit der Bevölkerung

Die Chancen auf Inklusion in die Teilsysteme sind real natürlich nicht gleich verteilt, das ist hier verschiedentlich schon deutlich geworden. Die Ungleichheit der Chancen liegen zum einen in den psychischen Kompetenzen begründet. Auch nach der sozialdemokratischen Bildungsoffensive der letzten Jahrzehnte ist heute deutlich, dass nicht jeder gleichermaßen in der Lage ist, das Abitur zu machen und ein Universitätsstudium aufzunehmen. Die psychischen Kompetenzen hängen aber nicht ausschließlich von der biologischen ‚Mitgift‘ der Eltern ab, sie werden entscheidend durch soziale Mechanismen in der kind-

lichen und jugendlichen Sozialisation beeinflusst, wie dies an anderer Stelle schon ausgeführt wurde. Das ist aber nur die eine Seite der Inklusions-/Exklusionsproblematik. Die andere Seite besteht darin, dass sich die Bedingungen der sozialen Teilhabe im Laufe des Modernisierungsprozesses permanent wandeln, und zwar bis in die unmittelbare Gegenwart (und – soweit man prognostizieren kann – auch darüber hinaus). Damit ist die sich nach wie vor beschleunigende Eigendynamik der Teilsysteme gemeint. Empirisch kann diese Beschleunigung an den abnehmenden Verweildauern in Organisationen und Teilsystemen abgelesen werden. So hat ein Berufsanfänger gegenwärtig so gut wie keine Chance auf einen unbefristeten Arbeitsvertrag, und manche Akademiker müssen sich bis in ihr fünftes Lebensjahrzehnt mit solchen prekären Arbeitsverhältnissen arrangieren. Auf börsliche Kursverluste wird heute in den großen Organisationen des Wirtschaftssystems umgehend mit Arbeitsplatzabbau reagiert, um die Shareholder bei der Stange zu halten, indem der finanzielle Verlust in Grenzen gehalten wird. Auf eine andere Art und Weise spielt sich das Gleiche in Intimsystemen ab. Die Anzahl seriell hintereinander eingegangener Intimbeziehungen hat in den vergangenen Jahrzehnten im Mittel tendenziell zugenommen. Damit korreliert zugleich die kürzere Dauer, die solche Beziehungen andauern (Schmidt et al. 1998).

Welche Folgen hat diese soziale Dynamik für die psychische Befindlichkeit der Bevölkerung? Individuell waren Inklusionsprobleme mit erheblichen Störungsrisiken verbunden, aber gilt dies auch für den Durchschnitt der Bevölkerung? Die Tatsache, dass aus einer Teilperspektive psychische Störungen durch soziale Systeme begünstigt und mit verursacht werden, bedeutet noch nicht, dass die gesellschaftliche Modernisierungsdynamik ebenfalls die Risiken im Mittel steigert.

Die gängige soziologische Lesart sieht in erster Linie ein erhebliches Anwachsen sozialer Risiken. Unsicherheit und Ungewissheit, von Beginn an mit der Moderne gekoppelt, steigern sich seit den 1960er Jahren in Europa und Nordamerika in vielen sozialen Bereichen (Bonß 1995). Die Anerkennung der seit mehr als drei Jahrzehnten eingetretenen Veränderungen ist in der modernen Soziologie mehr oder weniger unumstritten. Gestritten wird allenfalls noch darüber, ob die hier beschriebene Risikosteigerung eine grundsätzliche neue Phase der sozialen Modernisierung darstellt. Die These einer neuen Phase wird mit Begriffen wie der ‚zweiten Moderne‘ oder der ‚reflexiven Modernisierung‘ insbesondere von Ulrich Beck (1986; 2001) oder von Anthony Giddens (1991; 1995) mit großer Verve vertreten. Dagegen stellte etwa Niklas Luhmann die Frage, ob das Merkmal Risiko nicht den Normalfall moderner Gesellschaft markiere (Luhmann 2000b: 2). Allerdings konstatierte auch Luhmann die zunehmende Kontingenz bzw. die Abhängigkeit der sozialen Zukunft von früher getroffenen Entscheidungen, die sich nicht mehr gleichsam naturwüchsig ergeben haben (Luhmann 1990c: 6). Und die oben gestellte Frage bleibt und kann spezifischer formuliert werden: Welche Konsequenzen hat die Risikosteigerung für die psychische Befindlichkeit der Bevölkerung?

Bevor diese Frage beantwortet werden kann, muss jedoch auf einen zweiten,

parallel laufenden sozialen Entwicklungstrend eingegangen werden, der die soziale Risikoproduktion begleitet hat, und der für die psychische Befindlichkeit der Bevölkerung mindestens ebenso wichtig gewesen ist. Die Durchsetzung des Strukturprinzips der funktionalen Differenzierung hat eben nicht nur Risiken produziert, sondern auch erhebliche soziale Stabilität und Wohlstand hervorgebracht. Diese Aussage trifft allerdings nur für bestimmte Zeiträume und gleichfalls nur für bestimmte Regionen der Weltgesellschaft zu, hauptsächlich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in Westeuropa. Dort, wo dies zutrifft, hat sich insbesondere die gleichzeitige und interaktiv verstärkende Funktionssteigerung des politischen Systems wie des Wirtschaftssystems ausgezahlt. Politische Stabilität, vor allem in der Ausprägung des Gewaltmonopols im demokratischen Rechtsstaat, fördert bekanntermaßen wirtschaftliches Wachstum durch die Begrenzung riskanter Ereignisse. Wirtschaftliches Wachstum schafft wiederum Steuerungsmöglichkeiten durch Verteilungsentscheidungen im politischen System. Die mit dem Wirtschaftssystem inhärent verbundenen sozialen Exklusionsrisiken lassen sich auf sozialpolitischem Wege offensichtlich prinzipiell in Grenzen halten. Wirtschaftliche und politische Stabilität sind darüber hinaus unerlässlich für die Durchsetzung weiterer Teilsysteme wie des Wissenschaftssystems oder des Systems intimer Beziehungen. So kann der demokratisch verfasste Staat beispielsweise die Selbstorganisation des Wissenschaftssystems durch die Verpflichtung zur Abstinenz auf die Entwicklung der Wissenschaft garantieren, was sich semantisch als „Freiheit von Forschung und Lehre“ niederschlägt. Die mit der Durchsetzung des Wirtschaftssystems einhergehende Auflösung ständischer und traditionaler Milieus ‚befreit‘ die Individuen von ökonomisch gebotenen Zwangsehen und schafft auf diese Weise die Voraussetzung zur Verbreitung des Codes der Liebe für intime Beziehungen.

Es ist wohl nicht übertrieben, wenn man sagt, dass in der Konsequenz das Alltagsleben in bestimmten Regionen am Beginn des 21. Jahrhunderts deutlich besser ist und leichter fällt als 100 Jahre zuvor. Damit ist gemeint, dass die soziale Dynamik während des 20. Jahrhunderts in Europa (und wohl auch in Nordamerika) zu einer Verbesserung der Lebensverhältnisse im umfassenden Sinne geführt hat (vgl. zum folgenden Ambrosius & Hubbard 1986). Dies beginnt mit einem massiv veränderten biologischen Reproduktionsmodus, der zu einer Verkleinerung der Familien geführt hat. Dies hat zweifelsohne zum Abbau finanzieller Nöte im Familienleben beigetragen. Weiterhin ist die Rate unverheirateter Individuen im Verlauf des vergangenen Jahrhunderts in Westeuropa gesunken, das heißt, die soziale Integration in ein Intim- und Familiensystem gehörte – zumindest zeitweilig – zur Standardbiografie eines westeuropäischen Individuums. Gleichzeitig stieg die Quote der Ehescheidungen drastisch an, was nicht zuletzt auf ein längeres Eheleben mit mehr zeitlichen Möglichkeiten für Spannungen und Konflikte zurückzuführen ist. Dieser Trend deutet zugleich auf eine zunehmende Offenheit für den Ausbruch aus traditionellen Lebensverhältnissen hin, bei allen damit verbundenen wirtschaftlichen und emotionalen Risiken.

In der Arbeitswelt ist vor allem ab 1960 die Lebensarbeitszeit immens

gesunken (zum folgenden Ambrosius & Hubbard 1986: 52ff.). Dies hängt zum einen mit dem Rückgang selbständiger Arbeit in der Landwirtschaft und dem komplementären Anstieg der abhängigen Beschäftigung zusammen, zum zweiten mit den gesetzlichen Regelungen zur Altersversicherung, die das Ausscheiden aus dem Berufsleben steuern, und zum dritten mit der Verringerung der täglichen, wöchentlichen und jährlichen Arbeitszeit. Insgesamt halbierte sich die Lebensarbeitszeit in Westeuropa vom Beginn zum Ende des abgelaufenen Jahrhunderts, wobei die gestiegene Lebenserwartung noch nicht einmal berücksichtigt worden ist (Ambrosius & Hubbard 1986: 56). Das wohlfahrtsstaatlich gestützte Arbeitsleben sorgte auch für eine Nivellierung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse, wenngleich nach wie vor große Einkommensunterschiede bestehen. Bezüglich der oben beschriebenen Bedeutung der Einkommensungleichheit für die psychische Gesundheit kann aber festgehalten werden, dass für Europa „aus den vorhandenen Angaben eine leicht abnehmende Ungleichheit der Einkommensverteilung im Laufe des 20. Jahrhunderts“ abgelesen werden kann (Ambrosius & Hubbard 1986: 70). Dieser Indikator hat sich allerdings in den 1990er Jahren in eine andere Richtung entwickelt, da die Einkommensungleichheit in den letzten Jahren wieder zugenommen hat. Ein weiterer relevanter sozialer Trend ist in diesem Zusammenhang die Bildungsexpansion, die sich nicht nur hierzulande, sondern in ganz Europa ebenfalls nach 1960 abgespielt hat. Mit der Bildungsexpansion, die für einen relativen Anstieg hoher und höchster Berufsabschlüsse gesorgt hat, veränderte sich auch das Sozialstatusgefüge, indem an den Abschluss gekoppelte höhere Einkommen zunehmend demokratisiert wurden. Neben der Relevanz des Sozialstatus für die psychische Gesundheit ist auch an die Bedeutung von Bildung als Voraussetzung für die selbständige Prävention von Krankheiten zu erinnern.

Vor dem Hintergrund dieser historischen Entwicklungen wandelte sich vor allem in den letzten Jahrzehnten zugleich der Umgang des modernen Individuums mit sich selbst und mit seiner Umwelt. Wenn man die soeben geschilderten Trends zusammenfasst, kann man von einem Plus bei den Ressourcen Zeit, Geld, Bildung und Intimität sprechen, von dem der große Teil der westeuropäischen Bevölkerung profitiert hat – ohne vergessen zu wollen, dass nach wie vor erhebliche materielle Ungleichheiten bestehen, welche die psychische Gesundheit der Betroffenen beeinflussen. Auf jeden Fall sind die unmittelbaren Nöte, welche die Arbeitswelt und das Wirtschaftssystem vormals hervorbrachten, heute kaum noch vorhanden. Dagegen stehen die genannten Ressourcen heute im Prinzip allen Individuen zur Verfügung. Dieses Mehr an Zeit, Geld, Bildung und Intimität ist eine wesentliche Grundlage für die veränderte Form des Umgangs mit sich und der Umwelt.

Und noch ein entscheidender Umstand hat sich insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg gewandelt, das Verhältnis des Individuums zu den Teilsystemen. Oben wurde bereits beschrieben, dass die Inklusion vor dem Hintergrund einer zunehmenden Eigendynamisierung der Teilsysteme zu geschehen hat. Wie Jürgen Gerhards unlängst plausibel beschrieben hat, begegnen mehr und mehr Individuen den Teilsystemen mit einer zunehmenden Anspruchshaltung, die

sich in einem veränderten Rollen- und Organisationsverständnis niederschlagen, etwa im Verhältnis von Bürgern und Verwaltungen oder von Patienten und Ärzten. Gerhards nennt dies plakativ den „Aufstand des Publikums“ (Gerhards 2001). Folgt man dieser Argumentation, dann ist die beschriebene Bildungs- und Wohlfahrtsexpansion ein gewichtiger Faktor für mehr Selbstbewusstsein der Laien gegenüber den Experten. Laien werden in ihrem Urteil einerseits unabhängiger und können so auch Expertenwissen in Frage stellen, zum anderen wird innerhalb der Organisationen der Teilsysteme explizit reflektiert, wie man beobachtete Bedürfnisse der neudeutsch überall ‚Kunden‘ genannten Laien befriedigen kann.

Das Leben gilt heute als generell gestaltbar durch das Individuum; ein Zusammenhang mit der Exklusionsindividualität kann hier unterstellt werden. Dies war noch vor Jahrzehnten tendenziell nicht der Fall. In der Soziologie ist dieser Wandel seit der – allerdings völlig konträren – Zeitdiagnose von David Riesman (1956) begrifflich als Wandel von der Außenorientierung zur Innenorientierung bekannt. In seiner kultursoziologischen Studie über die *Erlebnisgesellschaft* hat Gerhard Schulze (1992) den Wandel als zentral für das zeitgenössische Alltagserleben beschrieben. Es geht heute immer weniger darum, ‚äußeren‘ Zwängen zu genügen und den vermeintlichen Erwartungen der Umwelt gerecht zu werden, als vielmehr etwas aus seinem Leben zu machen, mit dem man selbst zufrieden ist: „Der kleinste gemeinsame Nenner von Lebensauffassungen in unserer Gesellschaft ist die Gestaltungsidee eines schönen, interessanten, subjektiv als lohnend empfundenen Lebens.“ (Schulze 1992: 37) Während vor Jahrzehnten noch das Überleben das eigentliche Problem für eine Vielzahl von Menschen war, ist es gegenwärtig eher die Frage, wie man sein Leben gestalten sollte, das heißt vor allem, welche alltagsästhetischen Präferenzen man wählen sollte. Mit den Ressourcen steigen nämlich gleichzeitig die Optionen; man muss entscheiden, wofür man sein Geld, seine Zeit und sogar seine intimen Bedürfnisse einsetzt. Allein schon der Zwang zur Entscheidung nötigt die Innenorientierung im psychischen System auf, denn angesichts der Vielfalt der Umwelt-Optionen gibt es keine äußere verlässliche Instanz, die sagt, was zu tun und was zu lassen ist.

Das moderne psychische System sieht sich mit seinem Entscheidungszwang einer Umwelt gegenüber, die hierzu parallel immer weniger auf obligatorische Einbindungen setzt. Die Verpflichtung im Intimsystem zur Treue, bis dass der Tod die Ehe scheidet, ist angesichts der Scheidungsraten zur unverbindlichen Floskel verkommen, wenngleich der eine oder die andere möglicherweise daran immer noch festhält. Die lebenslange Bindung an einen Arbeitgeber kann, wie gezeigt, angesichts der befristeten Arbeitsverhältnisse kaum noch als Versprechen gelten. Die ‚Entobligationalisierung‘ ist ebenso ein Merkmal der modernen Gegenwartsgesellschaft wie die Optionensteigerung (Gross 1994). Dies mag man durchaus als Verfallstendenz zur Kenntnis nehmen, die Gesamtentwicklung unterbereitet dem modernen Individuum jedoch auch Chancen, die eigenständige Problemlösungen zulassen. Es eröffnen sich, so Schulze (1992: 58), „neue Möglichkeitsräume, die vorher durch kognitive Barrieren (Fatalismus,

Schicksalsbegriff, Vorstellung der Gottgegebenheit) verschlossen waren.“

Insgesamt stehen also den Risiken der Gegenwartsgesellschaft mindestens ebenso bedeutsame Chancen gegenüber, die aus der gleichen sozialen Dynamik resultieren wie die Risiken. Der Ausstieg aus einer von Gewalt dominierten Ehe ist heute tendenziell nicht mehr die Option, auf welche die Umwelt mit Ächtung reagiert. Je nach Arbeitsmarktsegment und aktueller Arbeitslosenquote bietet ein Jobwechsel auch die Chance einer Verbesserung. Die entfallenden kognitiven und moralischen Barrieren wirken sich, wenn man der gesundheitswissenschaftlichen Forschung folgt, durchaus positiv aus. Den soziologischen Terminus der Innenorientierung kann man zweifelsohne in einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive mit dem psychologischen Konzept der Kontrollüberzeugung (*Locus of Control*) kombinieren, von dem man weiß, dass es positiv auf die Bewältigung von Stressoren wirkt.

Ob sich tatsächlich die Chancenperspektive gegen die Risikoperspektive beim einzelnen Individuum durchsetzen kann, dies hängt entscheidend von zwei gleich wichtigen Faktoren ab, den psychischen und sozialen Kompetenzen, welche der oder die Einzelne im Lebenslauf erwirbt *und* der sozialen Umwelt, wie sie sich bietet. Der Umgang mit sozialen Risiken, Optionen, Unsicherheit und Ungewissheit wird von der Situation als solcher bestimmt sowie – mindestens genauso stark – von den Ressourcen, die mitgebracht werden. Innenorientierung als Voraussetzung zum Leben in der modernen Gesellschaft wird nicht mit der Modernisierung automatisch an das psychische System weitergereicht. Und unter Ressourcen sind nicht nur psychische Stärken zu verstehen, sondern auch ein sozialer Rückhalt, der mir angesichts des Risiko des Lebens in der Moderne eine quasi-ontologische Sicherheit verheißt.

Aus der Lebenslaufperspektive ist es für die psychische Gesundheit von Bedeutung, ob es gelingt, in einen positiven Rückkopplungsprozess hineinzukommen, gewissermaßen in einen Lebensattraktor, der sich selbststabilisierend auf Kompetenzerwerb und soziale Ressourcen stützt. Ressourcen des psychischen und des sozialen Systems können sich im Verlaufe gegenseitig stützen, in dem sie den Erwerb der Ressourcen des jeweils anderen Systems erleichtern. Wer psychisch kompetent genug ist, eine stabile Intimbeziehung aufzubauen, dem wird diese Stabilität weitere Unterstützung in der psychischen Gesundheit verschaffen, um weitere stabile Kompetenzen aufzubauen. Der Lebenslauf wird – um eine Begriffsprägung Luhmanns zu verwenden – zur Karriere mit Mechanismen der Selbstselektion, deren Randbedingungen durch die moderne Gesellschaftsstruktur im Sinne einer Fremdselektion geprägt werden: „Erfolge erzeugen Erfolge, Misserfolge erzeugen Misserfolge. Anfänglich geringe Differenzen werden durch die Karriere verstärkt. So geht die Karriere ihrerseits in die Selbstselektion ein. Man traut sich mit einer karrierefürstigen Biographie mehr, mit einer entmutigenden Biographie weniger zu.“ (Luhmann 1989: 235) All dies ist aber, wie gesagt, auch von den Bedingungen der Gesellschaft abhängig. Glück gehört dazu genauso wie die richtigen Bemühungen zum richtigen Zeitpunkt.<sup>15</sup> Im abschließenden Kapitel wird diese Begriffswahl der Karriere, Fremd- und Selbstselektion wieder aufgenommen und in eine kohärente sozio-

logische Beobachtung psychischer Störungen integriert.

Zusammenfassend lassen sich aus der Gesellschaftsstruktur der funktionalen Differenzierung in ihrer westeuropäischen Ausprägung nach dem Zweiten Weltkrieg offensichtlich keine Trends ableiten, welche sich insgesamt abträglich auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung auswirken. Den empirischen Befunden nach scheint sogar eher das Gegenteil der Fall zu sein, einige Indikatoren sprechen für eine Verbesserung der psychischen Befindlichkeit. Ohne dies zu weit treiben zu wollen, kann den vorliegenden Daten nach in Teilen von einer salutogenetischen Wirkung der funktionalen Differenzierung gesprochen werden, zumindest in den Regionen, in denen effektive Leistungen des Wohlfahrtsstaates in der Lage sind, den sozialen Wandel abzufedern. Die mit der funktionalen Differenzierung notwendig auftretenden Dysfunktionen (aus Sicht der Individuen) machen, wie im Falle des Wohlfahrtsstaates, eine Systemintegration erforderlich, so vermerkte Uwe Schimank unlängst. „Und dieses funktionale Erfordernis stürzt die moderne Gesellschaft keineswegs in eine Dauerkrise, sondern wird vielfältig kleingearbeitet und in der Regel ohne größere Friktionen erfüllt.“ (Schimank 1999: 49)

## Anmerkungen

<sup>1</sup> Zwischen Max Weber und der Psychiatrie bestehen interessante Beziehungen. Zum einen haben Webers methodische Ideen einen großen Einfluss auf eines der zentralen Werke der deutschsprachigen Psychiatrie genommen, nämlich auf Karl Jaspers' *Allgemeine Psychopathologie*. Jaspers selbst fühlte sich Max Weber persönlich verbunden, für ihn war, wie Jaspers später schrieb, Max Weber „der größte Deutsche unseres Zeitalters.“ (Jaspers 1988: 50) Zum zweiten war Max Weber bekanntlich selbst psychisch krank, er litt an einer Depression. Webers psychische Befindlichkeit kann durchaus mit dem Erleben der modernen Gesellschaft als ein Zwangsgehäuse zusammengebracht werden. Wie Frommer und Frommer in einer interessanten Verbindung der Psychopathologie und den Arbeiten Webers beschrieben haben, kann etwa Webers Flucht aus den Verpflichtungen des Universitätslebens als Flucht vor dem „Fachmenschen ohne Geist“ verstanden werden (Frommer & Frommer 1993).

<sup>2</sup> In einigen sozialwissenschaftlichen Kreisen wird allein schon der Versuch des Messens einer psychischen Belastung abgelehnt. So merkt Keupp (1999: 619) zu der von Angermeyer (1987) beschriebenen Wende von sozialstrukturellen zu individuellen epidemiologischen Problemen an: „Bei diesem fragwürdigen Versuch zur Objektivierung von Belastungen koalitierten eine Wissenschaftsphilosophie quantifizierenden Denkens mit einer medikalierenden Perspektive in der Psychopathologie, die ihr Forschungsobjekt nach Maßgabe naturwissenschaftlicher Disziplinen konstruierte.“ Diese Ansicht steht nicht nur nach meinem Dafürhalten (vgl. Busfield 2000) beispielhaft für die weitverbreitete sozialwissenschaftliche Skepsis und Kritik gegenüber der Psychiatrie, die letztlich, und gegen die eigene Intention, zur Vernachlässigung der Sozialwissenschaften in der Psychiatrie beigetragen haben.

<sup>3</sup> Leichten Zweifel auf Durkheims ökologisch erschlossene Ergebnisse haben Daten aus den Niederlanden zu Suiziden von Protestanten und Katholiken im ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts aufkommen lassen. Die – wie von Durkheim gefundenen – Unterschiede in der Selbsttötung der Angehörigen beider Konfessionen haben sich bei näherem Hinsehen als Unterschiede in der Dokumentation der Todesursache herausgestellt; Todesursachen von Katholiken wurden häufiger als ‚plötzlicher Tod‘ oder als ‚unspezifische Todesursache‘ beschrieben (van Poppel & Day 1996). Unsicherheiten in der Kodierung von Todesursachen bereiten bis heute ein erhebliches Problem bei der Nutzung amtlicher Suiziddaten.

<sup>4</sup> Diese Beobachtung ist schon bei Durkheim nachzulesen. Seiner Ansicht nach hat „jede menschliche Gesellschaft eine mehr oder weniger betonte Neigung zum Selbstmord (...). Die Elemente dieser

Neigung sind (...) die in der jeweiligen Gesellschaft vorherrschenden Strömungen von Egoismus, Altruismus oder Anomie, zusammen mit den Tendenzen zu melancholischem Dahindämmern, zum aktiven Verzicht oder zu verzweifelter Apathie als deren Folgeerscheinungen.“ (Durkheim 1973: 346)

<sup>5</sup> Während in der medizinischen Forschung diese Kategorien in der Regel als unumstößliche Tatsachen behandelt werden, stehen sie in der Soziologie gelegentlich unter dem Generalverdacht der sozialen Konstruktion zu Herrschaftszwecken. Zu den sozialen Konstruktionsprozessen dieser Kategorien siehe den anregenden Sammelband von Rademacher und Wiechens (2001).

<sup>6</sup> Und nicht nur psychische Krankheiten, sondern eigentlich alle sozialen Probleme: „Familienkrisen, Erziehungs- und Ausbildungsprobleme in Schulen, biografische Lebenskrisen, Drogenkonsum, abweichende Jugendsubkulturen können nicht zureichend als Folgeeffekte sozialer Ungleichheit verstanden werden.“ (Bommers & Scherr 2000: 70)

<sup>7</sup> Von einhundert Familien, die in der Marienthal-Untersuchung auf die Folgen der Arbeitslosigkeit hin untersucht worden waren, zeigten sich nur 16 ungebrochen in ihrer Lebensführung. 48 Familien waren resigniert, 11 Familien verzweifelt und weitere 25 apathisch (Jahoda et al. 1975: 73).

<sup>8</sup> Der ironische Unterton dieser Zeilen kommt nicht von ungefähr. Er wurde inspiriert durch eine Passage in der Übersicht von John Mirowsky und Catherine Ross, die so gut geschrieben ist, dass sie ein Zitat wert ist: „What time of life ist best? The answer may surprise you: middle age. Forget the midlife crisis. Forget the empty nest. People in their forties and fifties have it made. If you are young, do not pity the middle-aged man with soft waist and thinning hair of the middle-aged woman with bifocal lenses and crow's-feet wrinkles. Some day, with care and perseverance, your life may become as good as theirs.“ (Mirowsky & Ross 1999: 328)

<sup>9</sup> Hier spielen einer neuen Langzeitstudie nach jedoch Kohorteneffekte eine große Rolle (VanLaningham et al. 2001). Über mehrere Kohorten hinweg zeigte sich nämlich hier allenfalls ein Absinken der ehelichen Zufriedenheit nach den ersten Ehejahren mit einem Verbleib auf einem niedrigeren, aber nicht weiter sinkenden Niveau.

<sup>10</sup> Diese Beobachtung ist schon bei Durkheim nachzulesen, allerdings mit einer merkwürdigen und offensichtlich empirisch nicht haltbaren Begründung: „Wenn man sieht, dass die verwitwete Frau ihr Geschick soviel besser trägt als der Witwer, und wie sie weniger heftig danach trachtet, sich wieder zu verheiraten, dann ist man versucht anzunehmen, dass diese Fähigkeit ohne Familie auszukommen ein Zeichen von Überlegenheit ist (...). Es ist aber in Wirklichkeit so, dass sie dieses Privileg dem Umstand verdankt, dass ihre Empfindungsfähigkeit eher rudimentär als besonders stark entwickelt ist.“ (Durkheim 1973: 240f.) Männer dagegen seien wesentlich differenzierter in ihren Bedürfnissen und bräuchten daher mehr soziale Kontakte.

<sup>11</sup> Zu anderen Ergebnissen kommt die *World Database of Happiness* (Veenhoven 2001). Hier zeigt sich auf der ökologischen Ebene keine Korrelation zwischen Einkommensungleichheit und Befindlichkeit. Ob dies potenziell mit einem anderen Messkonstrukt (Glück) zusammenhängt, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden.

<sup>12</sup> Gleiches gilt natürlich auch für die Drogenpolitik, welche die Verfügbarkeit und das Hilfesystem für Drogenkonsumenten und Drogenabhängige reglementiert. Bekanntlich zeigen neuere Entwicklungen in diesem Bereich, die nicht mehr auf Kriminalisierung und Abstinenz setzen, deutlich positive Konsequenzen für die Betroffenen, beispielsweise eine abnehmende Sterblichkeit durch veränderte Konsummuster (van Ameijden & Coutinho 2001).

<sup>13</sup> Grundsätzlich ist bei psychisch Kranken allerdings keine größere Gewaltbereitschaft im Vergleich zu Gesunden festzustellen. Nur bei Menschen mit bestimmten psychischen Störungen wie etwa einer paranoiden Psychose oder einer dissozialen Persönlichkeitsstörung besteht eine größere Wahrscheinlichkeit, aggressiv und gewalttätig zu werden (Übersichten bei Angermeyer & Schulze 1998; Steinert 1998; für eine soziologische Studie hierzu siehe Link et al. 1992).

<sup>14</sup> Luhmanns Behandlung dieses Themas greift in vielem zu kurz, wie die daran anschließende Diskussion innerhalb (z.B. Nassehi & Nollmann 1997) und außerhalb (z.B. Schwinn 2000) der Systemtheorie gezeigt hat. Die radikale Dichotomisierung von Inklusion/Exklusion führte Luhmann denn auch zur empirischen Betrachtung von mehr oder minder vollkommen ausgeschlossenen Individuen, etwa in südamerikanischen Favelas. Die Sachlage in Westeuropa und Nordamerika (zumindest teilweise) stellt sich jedoch nicht nur unter der hiesigen Fragestellung, sondern auch unter

generellen soziologischen Gesichtspunkten anders dar, da hier die permanente vollständige Exklusion aus fast allen Teilsystemen nur selten vorkommt – etwa in Bereichen der Wohnungslosigkeit.

<sup>15</sup> Interessanterweise werden diese Umstände im Lebenslauf ähnlich erlebt. Wie Meulemann (2001) im Rahmen einer Langzeitstudie einer Kohorte Gymnasiasten zeigen konnte, wird mit steigendem Lebensalter immer deutlicher, dass der eigene Lebenserfolg in hohem Maße vom Glück abhängt und auch von der sozialen Herkunftsfamilie bestimmt wird. Die Bedeutung internal zu attribuierender Faktoren wie Fleiß oder Begabung verändert sich dagegen im Zeitverlauf kaum oder sinkt sogar.



## 7. Soziologie psychischer Störungen: Eine systemtheoretische Beobachtung

Was muss eine Soziologie psychischer Störungen leisten? Der gegenwärtige Stand in der Disziplin selbst berücksichtigt, grob gesagt, ätiologische und konstruktionistische Fragestellungen, wie ein Blick in die einschlägigen angelsächsischen Lehrbücher zeigt (Pilgrim & Rogers 1999; Tausig 1999). In den letzten Jahren gewinnt jedoch der Konstruktionismus zunehmend in einem Ausmaß an Gewicht, der die Soziologie psychischer Störungen fragwürdig werden lässt.<sup>1</sup> Dieser Verbindung aus Ursachenforschung und sozialen Konstruktionsprozessen fühlt sich auch die vorliegende Arbeit verpflichtet, allerdings mit einer anderen als der üblichen Schwerpunktsetzung. Die Ätiologie psychischer Störungen gerät dabei gegenüber der konstruktionistischen Argumentation wieder in den Vordergrund; dies hängt mit dem als gesichert unterstellten Bedingungsgefüge aus biologischen, psychischen und sozialen Anteilen zusammen. Das nachfolgende Kapitel fasst die Ergebnisse der bisherigen Ausführungen zusammen, in dem die Formulierung einer *kohärenten soziologischen Beobachtung psychischer Störungen* versucht wird. In diesem Kapitel werden die verschiedenen, hier entwickelten Stränge der Arbeit wieder aufgenommen und zusammengeführt: die soziale Konstruktion psychischer Störungen, der evolutionstheoretische Ansatz und die sozialstrukturelle Argumentation.

Für die Soziologie psychischer Störungen stellt sich als eine Aufgabe, den Wirkungszusammenhang zwischen sozialen Umwelteinflüssen und psychischen Krankheiten zu untersuchen. Die vorliegende Arbeit postuliert daher als Ausgangspunkt eine Differenz zwischen System und Umwelt, genauer: zwischen psychischem System und sozialer Umwelt. Diese Differenz war in den Ausführungen des zweiten Teils überall präsent, was in erster Linie am Faktor Stress festzumachen ist. Stress entsteht immer dann, wenn Umwelтанforderungen nicht mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen des psychischen Systems bewältigt werden können. Aufgrund der engen Kopplung zwischen dem psychischem System und der gleichfalls vorhandenen biologischen Umwelt (dem Körper bzw. seinem Gehirn) müssen biologische Faktoren ebenfalls in Rechnung gestellt werden, dies wurde mit der Begrifflichkeit des biopsychosozialen Modells beschrieben. Psychische Ressourcen und die Inanspruchnahme sozialer Ressourcen werden immer auch durch biologische Einflüsse mit bestimmt.

Die Differenz von System und Umwelt basiert auf einem evolutionären Hintergrund. Biologische Evolution und soziale Evolution des Menschen haben getrennte Wege eingeschlagen. Die im folgenden Abschnitt theoretisch zu belegende Hypothese sieht die unterschiedlichen Entwicklungsrichtungen als Basis für die Entstehung psychischer Störungen des Menschen.

## Differenz von biologischer und sozialer Evolution: Ausgangspunkt für die Soziologie psychischer Störungen

Die biologische Evolution zum *Homo sapiens* führte zugleich zu einer Gesellschaftsformation, welche üblicherweise mit Jäger- und Sammlermerkmalen beschrieben wird. Seit dem Pleistozän, dem Zeitraum des Aufkommens der Jäger- und Sammlerformationen, hat sich die biologische Umwelt des psychischen und des sozialen Systems nur noch marginal verändert, etwa im Bereich der Mikrobiologie. Mit der zeitgenössischen Evolutionstheorie kann davon ausgegangen werden, dass zentrale biologische – und wegen der engen strukturellen Kopplung auch psychologische – Mechanismen für diese Sozialformation als adaptiv gelten können. Mit anderen Worten, die Biologie unseres Körpers und unseres psychischen Systems ist konstruiert für Reproduktion und Überleben in der Steinzeit. Das Pleistozän und die dort prominente Sozialformation war die Umgebung evolutionärer Adaptiertheit (*environment of evolutionary adaptedness*) (Symons 1992).<sup>2</sup>

In der gegenwärtigen Evolutionstheorie, vor allem in der evolutionären Psychologie, wird von drei zentralen Prämissen ausgegangen (Cosmides et al. 1992). Als erstes wird eine universelle menschliche Natur postuliert, die ihren Niederschlag in psychischen Mechanismen, beispielsweise in geschlechtsspezifischen Attraktionsmechanismen, gefunden hat. Zum zweiten wird angenommen, dass es sich bei den psychischen Mechanismen um Produkte der biologischen Evolution handelt, also um Anpassungen im Rahmen eines natürlichen Selektionsprozesses. Und drittens wird als Referenzumwelt der psychischen Mechanismen eben die schon beschriebene Jäger- und Sammlerszenarie unterstellt.

Prinzipiell kann diesen Annahmen kaum mit gutem Grund widersprochen werden. Dennoch sollte man sich um eine genaue begriffliche Argumentation bemühen. Aus der Perspektive des biopsychosozialen Modells kann es nur die Biologie des *Homo sapiens* sein, die sich seitdem nicht weiter entwickelt hat. In der evolutionären Psychologie wird dagegen auch das psychische System (*mind*) als adaptiert betrachtet. Biologisches und psychisches System werden hier implizit als kaum getrennte Domänen angesehen, das heißt, biologische Adaption hat eine direkte Folge im psychischen System. Die funktionale Organisation des Gehirns entspricht demnach differenzierten biologischen Problemlösungen, etwa der Wiedererkennung bekannter Gesichter (Duchaine et al. 2001). Darüber hinaus werden sogar grundlegende Motivationsstrukturen als adaptive Funktionen gesehen. Besondere motivationale Inhalte wie die Partnerselektion sind hiernach ebenfalls biologisch gesteuert. Als empirische Hinweise hierfür gelten unter anderem weibliche Partnerpräferenzen in Abhängigkeit vom Menstruationszyklus.

Dies mag sicherlich für bestimmte basale Funktionen zutreffen, jedoch lässt sich mit zunehmendem sozialen Wandel zweifelsohne auch mehr Variabilität in psychischen Funktionen festmachen. Dies gilt selbst für die Kernthematik der modernen Evolutionstheorie, der Reproduktion und gegengeschlechtlichen Attraktion. Wenngleich die übliche Prädiktion, dass Männer jüngere Frauen im

Durchschnitt als sexuelles Gegenüber eher präferieren als ältere Frauen, empirisch kaum widerlegt werden kann, wird sich dies mit sozialem Wandel nicht grundsätzlich, aber in der Ausprägung verändern. Es sei in diesem Zusammenhang an die vielfach replizierten Umfragen erinnert, in denen vierzig bis fünfzig Jahre alte Schauspielerinnen (z.B. Iris Berben) auch von jüngeren Männern zu den erotischsten Frauen im Land gekürt werden. Insofern bliebe es genauer zu spezifizieren, in welchem Ausmaß psychische Mechanismen allein biologischen Irritationen unterliegen oder aber durch die soziale Umwelt im Laufe eines Lebens beeinflusst werden können.

Insgesamt aber kann aus der Literatur zur Evolutionspsychologie geschlossen werden, dass biologische Adaptionen sicherlich psychische Funktionen in nicht unerheblicher Weise beeinflussen. Was kann aus diesem Befund für die Entstehung psychischer Störungen gefolgert werden? Da die zentralen Eigenschaften der biologischen Ausstattung des Menschen und die biologischen Irritationen des psychischen Systems sich nicht verändert haben dürften, kann heute von einem gewissen, allerdings kaum exakt zu beschreibenden, Missverhältnis zwischen psychischem und sozialem System ausgegangen. Im Gegensatz zum biologischen System, vor allem der Architektur und Funktionalität des Gehirns, hat sich nämlich das soziale System bekanntlich dramatisch verändert. Dieser Wandel war unter dem Stichwort der sozialen Evolution in Kapitel 4 abgehandelt worden. Für den Rahmen der modernen Sozialstruktur (funktionale Differenzierung etc.) können Effekte im psychischen System postuliert werden, die sich gesundheitsabträglich auswirken, sobald das biologische System für die soziale Umwelt als nicht angepasst erscheint.

Unmittelbar einsichtig wird dieses Argument, wenn man Substanzen bedenkt, die in der Moderne industriell hergestellt werden und ein Suchtpotenzial besitzen (Nesse & Williams 1996: 143ff.; Nesse & Berridge 1997). Das biologische System des Jägers und Sammlers sah sich absolut nicht mit dem erheblichen Konsum von Substanzen konfrontiert, die psychisch oder körperlich abhängig machen können. Zweifellos kennt die Menschheit seit jeher psychotrope Stoffe mit diesem Potenzial, der Unterschied ist jedoch, die massenhafte Verfügbarkeit. So lange, wie jeder Haushalt mit bescheidenen technischen Mitteln sich selbst diese Stoffe herstellen und lagern musste, war das Suchtrisiko relativ gering, zumal die Sesshaftigkeit erst ein Merkmal späterer Sozialformationen geworden ist. Die Neurobiologie des Jägers und Sammlers gereicht uns heute insofern zu Nachteil, als Umwelt und biologisches System nicht aufeinander abgestimmt erscheinen. Möglicherweise würden Hunderte von menschlichen Generationen, die sich dem bekannten Ausmaß der genannten psychotropen Substanzen exponiert sehen, dazu reichen, dass eine gewisse Immunität biologisch ausgebildet würde, zumal der massive Konsum den Reproduktionserfolg vermindert, wie jeder Leser (!) vermutlich schon selbst festgestellt hat. Und auch die Abhängigkeit trägt nicht gerade zum Erfolg in diesem Bereich bei, daher könnte erwartet werden, dass eine Selektion zugunsten einer biologischen Ausstattung sich vollziehen könnte, die dem Menschen einen nicht-schädlichen Konsum erlaubt. „In the meanwhile, the mismatch between our bodies and our

modern environment is a major cause of behavioral and medical problems.“ (Nesse & Berridge 1997: 64)

Theoretisch anregend, aber sicherlich spekulativ ist die Übertragung dieses Arguments auf weitere Merkmale der modernen Gesellschaft. Auf jeden Fall ist die Diskrepanz zwischen der Sozialformation der Jäger- und Sammler und der modernen Gesellschaft erheblich, beispielsweise die dramatische soziale Ungleichheit, die menschliche Sozialformationen schon seit Jahrtausenden kennen. Dagegen war die Gesellschaftsstruktur des Pleistozän, prinzipiell egalitär ausgerichtet (zumindest innerhalb der Geschlechter). Soziale Sicherheit und Wohlergehen in dieser nomadischen Sozialformation war vom Austausch unter Gleichen abhängig. Dahinter stand der nackte Druck zum Überleben, nur gemeinsam und als Gleiche konnte der Sozialverband sich die notwendigen Nahrungsmittel beschaffen, welche Überleben und Reproduktion sicherstellten. Arbeitsteilung beginnt dem anthropologischen Forschungsstand nach mit der Sesshaftigkeit und der damit einhergehenden Lagerhaltung (Diamond 1997: 91ff.).

Zuvor war der Sozialstatus von Individuen in der Gemeinschaft nicht ökonomisch bestimmt, sondern über andere Merkmale wie Körpergröße und weitere biologische Indikatoren. Sicherlich kann davon ausgegangen werden, dass eine implizite, möglicherweise auch explizite Statusordnung herrschte, wie sie in ähnlicher Art und Weise von anderen Primaten bekannt ist (Charlton 1996). Diese, nicht die ökonomische Statusordnung, bildete wahrscheinlich die Grundlage für eine Stratifikation im Reproduktionserfolg, manche Männer hatten es eben leichter, Frauen für die Reproduktion zu finden als andere. Im Unterschied zu späteren Sozialformationen war die Gesundheit der Individuen aber nicht notwendig an den Status gebunden.

Es gibt gute Gründe, anzunehmen, dass das biologische System des Menschen nicht an die *ökonomisch bedingte* soziale Ungleichheit im sozialen System adaptiert ist (Charlton 1996; Chisholm & Burbank 2001). Ungleichheit aber ist ein wesentlicher sozialer Umweltfaktor, der als Stressor gilt und psychische Störungen sowie körperliche Erkrankungen auslösen, wenn nicht sogar verursachen kann, wie im vorangegangenen Kapitel gezeigt wurde. Soziale Ungleichheit nach der nomadischen Lebensweise ist durch wirtschaftliche Ressourcen entstanden, deren Akkumulation sicherlich durch vorher adaptive psychische Mechanismen unterstützt wurde. Während zuvor der Reproduktionserfolg mit dem Status korrelierte, war es später (und ist es bis heute) der Gesundheitsstatus, der mit dem Sozialstatus einhergeht. Dagegen ist der Reproduktionserfolg heute nicht mehr notwendig an den Sozialstatus gebunden. Es gibt sogar evolutionstheoretisch informierte Überlegungen, die auf den Vorteil hinweisen, auch unter unsicheren Bedingungen Nachkommen in die Welt zu setzen, wie man dies oftmals bei jungen, alleinstehenden und ökonomisch benachteiligten Frauen findet (Chisholm & Burbank 2001). Auf die zum Teil negativen Folgen für die psychische Gesundheit der Mütter und Kinder wurde oben bereits ausführlich eingegangen.

Wie kann man sich den Zusammenhang der heutigen Sozialstruktur mit

psychischen Störungen aus einer evolutionären Perspektive vorstellen? Evolutionäre Ansätze in der Psychiatrie betonen den hohen Stellenwert biologischer Lebensziele. McGuire und Troisi (1998) leiten etwa in ihrer Theorie vier zentrale biologische Motivationsbereiche ab, deren individuelle Nichterreichung potenziell psychische Störungen nahelegen. Die relevanten Bereiche sind demnach die Reproduktion (etwa mit den Zielen der Partnerwahl, der Paarstabilität, der eigentlichen Reproduktion und Aufzucht der Nachkommen sowie dem Wunsch, Partner und Kinder gegen Schaden zu schützen), das Überleben, die Nähe mit der Verwandtschaft und der Austausch mit weiteren nicht-verwandten Personen (soziale Unterstützung). Eine ähnliche Perspektive, welche die moderne soziale Umwelt explizit mit ins Kalkül zieht, beschreibt Randolph Nesse (1999; 2000) im Hinblick auf die depressive Störung. Seiner Argumentation nach ist eine Depression dann wahrscheinlicher, wenn die Betroffenen vor einer Situation stehen, in der sie erkennen müssen, dass ein großes Lebensziel nicht zu erreichen oder ein großes Lebensprojekt gescheitert ist. Es sei nicht so sehr das kritische Lebensereignis, das eine Depression auslöse, als vielmehr das mit dem Ereignis verbundene Erleben der Erniedrigung und Entwertung, so Nesse im Einklang mit dem in Kapitel 5 referierten Stand der Depressionsforschung. Im Gegensatz zur Umgebung der evolutionären Adaptiertheit des Pleistozän seien heute die individuellen Kosten bei Lebensprojekten wie einer Ehe deutlich größer. In der Jäger-und-Sammler-Formation dauerten matrimoniales Verbindungen aufgrund der kurzen Lebensdauer ohnehin nur wenige Jahre, und auch der soziale Erfolg in Form von Nahrungsgewinn habe sich schnell herausgestellt. Heute hingegen beruhe sozialer Erfolg auf langfristigen Karriereplanungen, deren Scheitern die Betroffenen oftmals alternativlos lassen würde. Auf diese Weise nimmt Nesse zufolge die soziale Umwelt einen erheblichen Einfluss auf die Prävalenz der Depression. Die Depression komme dort häufiger vor, wo soziale Ungleichheit größer sei und wo sich große und unersetzbare Lebensprojekte ansammeln würden, deren Scheitern nicht unwahrscheinlich sei. Im Endergebnis kommt Nesse zum gleichen Schluss, wie er ihn auch für den Konsum psychotroper Substanzen gezogen hat: „Our behavioral control systems were not designed for this environment, but for one where life enterprises were far smaller and more replaceable.“ (Nesse 1999: 453)

Bis hierher sollte deutlich geworden sein, dass eine biologisch-evolutionstheoretische Perspektive für viele Bereiche der Medizin einen Rahmen darstellt, in der Biologie und soziale Umwelt gleichermaßen zu ihrem Recht kommen. Daher verwundert auch und gerade die wohlwollende Rezeption evolutionärer Perspektiven in Psychosomatik und Psychiatrie nicht wirklich (Abed 2001; Weiner 1998; McGuire et al. 1992; McGuire & Troisi 1998; zur Kritik dieser medizinischen Konzepte siehe aber Gammelgaard 2000; Rose 2001). Es sollte aber gleichfalls deutlich geworden sein, dass dies eine theoretisch sinnvolle Basis für die Soziologie psychischer Störungen sein kann. Sicherlich ist vieles an den soeben referierten Ansätzen noch spekulativ, jedoch erscheint der Zusammenhang von biologischem, psychischem und sozialem System plausibel. Kurz zusammengefasst kann dieser Sachverhalt folgendermaßen umschrieben

werden: Die Evolution zum *Homo sapiens* hat unsere Gattung mit distinkten biologischen Merkmalen ausgestattet, die es unseren Vorfahren erlaubt haben, adaptiert in ihrer sozialen Umgebung des Pleistozän zu leben. Aufgrund der engen Kopplung von biologischem und psychischem System und der bis dahin nicht vorhandenen sozialen Evolution waren die psychischen Eigenschaften der Jäger und Sammler vermutlich optimal an die Gegebenheiten angepasst und stellten den Reproduktionserfolg sicher. Mit der einsetzenden soziokulturellen Evolution (Sesshaftigkeit, Agrarwirtschaft, Arbeitsteilung, Ressourcenakkumulation etc.) hat sich die soziale Umwelt zunehmend von der Umgebung der evolutionären Adaptiertheit entfernt. Soziale Differenzierung in Form von Stratifikation entwickelte sich vor allem in den frühen Hochkulturen. Ab dem Hochmittelalter dann setzte sich zunächst in Europa, später überall die funktionale Differenzierung als Primärstruktur der Weltgesellschaft durch. Für das psychische System des modernen Menschen bedeutet dies eine weitreichende Diskrepanz zwischen den psychischen Fähigkeiten und den Anforderungen des sozialen Systems. Obwohl das psychische System sich zum Teil mit der sozialen Umwelt verändert (Koevolution), kann davon ausgegangen werden, dass basale Fertigkeiten wegen der engen biologischen Kopplung nicht adäquat für die moderne Gesellschaft sind.

Diese evolutionstheoretische Perspektive unterstützt – bei allen konstruktivistischen Vorbehalten – die Ergebnisse des ersten Teils dieser Arbeit, zunächst die Aussage, dass psychische Störungen überhaupt existieren können. Weiterhin unterstützt diese Perspektive die Befunde hinsichtlich der Bedeutung des Sozialstatus für die Ausbildung einiger psychischer Störungen. Es gibt plausible biologische Gründe dafür, die soziale Status-Ungleichheit als einen erheblichen Einflussfaktor auf die Entwicklung dieser Krankheiten anzunehmen. Wenn gleich Nesse und andere hier angeführte Autoren überwiegend auf ökonomische Systemmerkmale referieren, kann dieses Argument auch auf Merkmale übertragen werden, die mit der funktionalen Differenzierung als Primärstruktur der Gesellschaft einhergehen. Es ist nicht nur das Wirtschaftssystem mit seinen Risiken, das Lebenspläne zunichte machen kann, wie oben gezeigt wurde. Ehe-, Intimsysteme und Familiensysteme werden in Nesses Argumentation ebenfalls herangezogen, um die Risiken der modernen Gesellschaft zu skizzieren. Und auch das politische System, das im Pleistozän noch nicht einmal ansatzweise existierte, ist gerade in der Moderne in der Lage, mittels Kriegen und anderer Machtmittel Traumatisierungen und andere psychische Störungen hervorzurufen.

Diese Perspektive kann – bei allem spekulativem Hintergrund, der ihr anhaftet – als eine plausible Ausgangslage für solche psychischen Störungen liefern, bei denen mehr oder weniger klare Umweltfaktoren als Auslöser und evtl. sogar als Ursachen empirisch belegt sind, etwa depressive Störungen oder Traumatisierungen. Bei anderen Störungen, wie der Schizophrenie, ist eine evolutionäre Perspektive nicht so plausibel herzustellen. Eine seit Jahren viel diskutierte Theorie zur Entstehung der Schizophrenie im Rahmen der Evolution hat Crow (zuletzt 2000) vorgelegt. Sein Ausgangspunkt ist die Frage, weshalb die

genetisch mitbedingte Schizophrenie trotz der relativ geringen Nachkommen betroffener Patienten nicht innerhalb weniger Generationen verschwunden ist. Es müsse einen genetischen Vorteil für die Spezies geben, wenn die Schizophrenie weiter persistiere. Dieser Vorteil hänge möglicherweise mit der Biologie der menschlichen Sprache zusammen, die Schizophrenie sei der Preis, den die Spezies für die Entwicklung der Sprache zu zahlen habe.

## Zwischen psychischem System und Sozialstruktur

Nachdem eine evolutionäre Perspektive für die Entstehung vieler psychischer Störungen beschrieben wurden, erfolgt nun die theoretische Beobachtung des Prozesses, der in die Krankheit führt; die Stichworte hierfür lauten *Selbstsozialisation* und *Karriere*. Wie zuvor wird damit erneut eine Lebensverlaufsperspektive eingenommen, die für die Soziologie psychischer Störungen elementar ist. Vorab sei auf einen methodischen Aspekt hingewiesen. In ersten Teil der Arbeit wurde gezeigt, dass psychische Störungen ‚real‘ und zugleich sozial konstruiert sind. Beide Perspektiven finden sich auch in den nachfolgenden Ausführungen. Um den Anschluss an die evolutionäre Sichtweise herzustellen, wird zunächst unterstellt, die psychiatrischen Störungsbilder seien real. Im Anschluss daran werden im nächsten Abschnitt die situationsbezogenen Konstrukte in ihrer Entstehung nachgezeichnet.

### Selbstsozialisation

Die moderne Gesellschaftsstruktur der funktionalen Differenzierung ist der bisherigen Argumentation nach wesentlich daran beteiligt, psychische Störungen hervorzubringen. Das Leben in der modernen Gesellschaft ist in Teilen nicht kompatibel mit den Fertigkeiten, die psychischen Systemen angeboren ist und/oder die sie durch Sozialisation erworben haben. Wie im Abschnitt über die Verhaltensgenetik (Kapitel 5) bereits ausgeführt wurde, gelten ca. 50 Prozent der Variabilität aller Persönlichkeitsmerkmale im statistischen Sinne als ererbt. Vor dem Hintergrund evolutionstheoretischer Ansätze kann mit gutem Grund davon ausgegangen werden, dass viele der ererbten Eigenschaften sich im Rahmen der Evolution zum Menschen entwickelt haben (Segal & Macdonald 1998).

Allerdings impliziert dieser relativ große vererbte Anteil der genetischen Ausstattung eben keinen biologischen Determinismus von Persönlichkeitsmerkmalen oder des individuellen Verhaltens. Dagegen stehen zum einen intrauterine Wirkfaktoren sozialer Art, welche schon im Mutterleib die Hirnentwicklung und das spätere Verhalten beeinflussen. Zum zweiten steht dagegen die höchst individuelle soziale Umwelt mit ihren Stimuli, aber auch mit ihren Risiken, die sich in der Kindheit individualisierend auswirken. Und drittens müssen

die komplexen Interaktionsmöglichkeiten des Genotyps mit der Umwelt in Rechnung gestellt werden. Es sei hier nur dran erinnert, dass die verschiedenen Einflüsse nicht nur additiv zusammenspielen, sondern auch korrelativ. Eine dieser Varianten aus der Verhaltensgenetik ist die evozierte Korrelation, die darauf hinausläuft, dass Menschen aktiv ihre Umwelt beeinflussen, was wiederum auf ihre Entwicklung zurückwirkt. Insofern ist das Verhältnis von psychischem System zu sozialem System den verhaltensgenetischen Befunden nach keinesfalls als Opferverhältnis zu beschreiben. Das psychische System im Sinne der Persönlichkeit ist aktiv daran beteiligt, sich Umwelten selbst zu suchen und gegebenenfalls zu schaffen.

Schon die Alltagserfahrung im Umgang mit anderen Menschen zeigt, wie unterschiedlich der Zugang auf bestimmte Herausforderungen ist. Persönlichkeitseigenschaften sind zwar nicht unveränderbar, gleichwohl weisen sie eine große intraindividuelle Konstanz auf (weshalb Persönlichkeitsstörungen eben nur schwer therapeutisch zu beeinflussen sind). Manche Menschen neigen eben mehr als andere dazu, in distinkten Situationen aktiv auf Andere einzuwirken und ggf. sogar Dominanz anzustreben. Die gegenwärtige Persönlichkeitspsychologie beschreibt interindividuelle Differenzen primär im Hinblick auf die ‚Big Five‘ Dimensionen, darunter etwa Extraversion und Neurotizismus. Auch hier liegen wiederum gewisse biologisch-evolutionäre Anteile nahe. Im Sinne der Evolutionspsychologie sind beispielsweise Unterschiede der Geschlechter zu erwarten, die sich in den Persönlichkeitsdimensionen abbilden. Und in der Tat scoren eher Männer als Frauen hoch auf der Risikoskala in den entsprechenden Persönlichkeitsinventaren (Segal & Macdonald 1998: 162), so wie es theoretisch anzunehmen ist.

Zusammengefasst bedeuten die vorstehend kurz skizzierten Befunde aus der Verhaltensgenetik und Persönlichkeitspsychologie einen erheblichen aktiven Anteil des psychischen Systems im Umgang mit sozialer Umwelt. Dieser Umstand wird hier deshalb herausgestellt, weil die soeben beschriebene Forschungslage einen hervorragenden Anschluss biologischer und psychologischer Theorien über die menschliche Entwicklung an die systemtheoretische Sozialisationstheorie darstellt.

In der Systemtheorie Luhmanns wird mit zentralen Prämissen der konventionellen Sozialisationstheorie ebenso gebrochen wie mit der systemtheoretischen Tradition, etwa der Parsons'schen Theorie. Zwar wurde auch in früheren Sozialisationskonzepten die Interaktion betont, jedoch lagen die Hauptanteile in der sozialen Umwelt. Sozialisation war aus Sicht des Individuums ein eher passives Geschehen, Kinder *wurden* sozialisiert. Demgegenüber wird Sozialisation in der neueren Systemtheorie – dem autopoietischen Paradigma entsprechend – als *Selbstsozialisation* konzipiert: „Sozialisation ist immer Selbstsozialisation: Sie erfolgt nicht durch ‚Übertragung‘ eines Sinnmusters von einem System auf das andere, sondern ihr Grundvorgang ist die selbstreferentielle Reproduktion des Systems, das die Sozialisation an sich bewirkt und erfährt.“ (Luhmann 1984: 327; als Übersichten über die Sozialisationstheorie Luhmanns siehe Gilgenmann 1986; Vanderstraeten 2000)<sup>3</sup> Insofern liefert die Verhaltensgenetik

eine empirische Basis für das Konzept der Selbstsozialisation, es gibt offenbar nicht zu unterschätzende biologische Anteile an der aktiven Umweltsuche und Umweltgestaltung.

Wie immer aktiv das psychische System mit der sozialen Umwelt auch umgehen mag, entscheidend ist an dieser Stelle, dass die Art des Umgangs den internen Präferenzen des psychischen Systems entspricht. Selbst wenn das psychische System eines bestimmten Individuums mit dem eigenen Leben nicht glücklich ist und das Individuum die Lebensbedingungen nicht ändert, so hängt dies vermutlich mit anderen Elementen des psychischen Systems zusammen, etwa der Motivation oder der Bereitschaft, Risiken einzugehen. Und hier ist die biologische Umwelt des psychischen Systems wieder anteilig in Rechnung zu stellen.

Das Luhmannsche Konzept der Selbstsozialisation basiert allerdings nicht auf biologischen Befunden. Sein Konzept folgt zwingend aus der Differenz der autopoietischen Systeme der Psyche und des Sozialen (Luhmann 1987d). Anders als noch bei Parsons ist hier das psychische System nicht in ein soziales System integriert, sondern stellt die Anschlüsse nur punktuell her, wenn es als Umwelt für Kommunikation fungiert. Das psychische System selektiert aus der sozialen Umwelt die für es relevanten Sinngehalte, um sie im Bewusstsein zu verarbeiten (und evtl. im Gedächtnis zu speichern). Allein schon diese Grundposition verbietet es, Sozialisation als Einbahnstraße aus der Umwelt in das psychische System hinein zu denken.

Sozialisation steht theorietechnisch im Konzept Luhmanns in einem engen Zusammenhang mit der im vorherigen Kapitel beschriebenen Begrifflichkeit der Inklusion, Sozialisation ist das Gegenteil von Inklusion. Während Inklusion die Bereitstellung psychischer Eigenkomplexität für soziale Systeme bedeutet, meint Sozialisation eben anders herum die Bereitstellung sozialer Elemente für das psychische System (Luhmann 1989: 162). Nach diesem Verständnis geschehen Sozialisation und Inklusion immer zugleich, nämlich dann, wenn kommuniziert wird. Die Bereitstellung der jeweils anderen Systemkomplexität ist die zentrale Voraussetzung für Kommunikation und Bewusstsein, aber nur Kommunikation kann ohne gleichzeitiges Bewusstsein nicht funktionieren, während Bewusstsein nicht auf permanente Kommunikationsirritationen angewiesen ist.

Überträgt man diese Argumentation auf die sozialstrukturelle Ebene, so wird deutlich, dass mit jeder Inklusion in soziale Systeme immer gleichzeitig auch die (Selbst-)Sozialisation des psychischen Systems vorangetrieben wird. Das psychische System ist nach einer Inklusion nicht mehr das alte System, da es sich selbst weiter sozialisiert und auch das soziale System ist nicht mehr dasselbe; man steigt niemals zweimal in denselben Fluss, wie schon Heraklit wusste. An dieser Stelle wird zudem die Idee der Koevolution von psychischem und sozialem System augenfällig. Wenn in der – wie auch immer medial vermittelten – Kommunikation beide Systeme voneinander ‚profitieren‘, dann müssen aufgrund der notwendigen Anschlussfähigkeit beide Systeme jeweils aktuell in der Lage sein, die andere Seite zu verstehen (‚verstehen‘ im Sinne des autopoietischen Nachvollzugs ohne direkten Zugang zur anderen Seite). Sozialisation und Inklusion

stellen jeweils sicher, dass die Inkompatibilitäten zwischen psychischem und sozialem System nicht zu groß sind.

Natürlich gehen psychisches und soziales System nicht ineinander auf – im Gegenteil, das war die grundlegende Neuorientierung in der Systemtheorie Luhmanns gegenüber ihren Vorläufern. Oben war evolutionstheoretisch begründet worden, dass es durch die Differenz von biologischer und sozialer Evolution zur Ausbildung von psychischen Störungen kommen kann. Eine ähnliche Differenz mit gleichem gesundheitsabträglichen Potenzial ist ebenfalls hinsichtlich des Unterschieds zwischen psychischem System und sozialer Umwelt zu postulieren, wenngleich dies nicht der Position Luhmanns entspricht. Luhmann selbst wurde nicht müde zu betonen, dass nur Erziehung, aber nicht Sozialisation misslingen kann (z.B. Luhmann 1984: 326; 1987a: 62). Dies erscheint aus Sicht einer die Gesellschaftsstruktur untersuchenden Soziologie auch vollkommen stichhaltig, die Sozialisation läuft, wie sie läuft. Für die funktionale Differenzierung der Gesellschaft ist es gleichgültig, ob es mehr oder weniger psychisch Kranke gibt, allenfalls auf der Ebene der Systemprogramme im Politiksystem, im Rechtssystem oder im Gesundheitssystem kann dies möglicherweise als auffällig registriert werden.

Wenn man dagegen die Systemreferenz wechselt und das psychische System in den Mittelpunkt stellt, dann wird schnell deutlich, wo die Problematik liegt. Immer dann, wenn die Inkompatibilität zwischen psychischem und sozialem System zu groß wird und dies wiederum zu nachhaltigen Auswirkungen in der Selbstsozialisation führt, dann werden Zustände wahrscheinlicher, die als psychische Krankheiten im Gesundheitssystem beobachtet werden. Wie Klaus Gilgenmann zu Recht betont hat, können mit diesem Perspektivenwechsel Kriterien für psychische Störungen gewonnen werden, die „...relativ zu der jeweiligen Struktur und Entwicklungsstufe des psychischen Systems [stehen]. Es handelt sich um ein Maß der Kompatibilität der Evolution des jeweiligen psychischen Systems mit der Evolution der sozialen Systeme in seiner Umwelt.“ (Gilgenmann 1986: 83) Wenngleich Gilgenmann diese Aussagen auf den frühen Sozialisationsprozess bezieht, hat das Argument jedoch weitere Gültigkeit. Diese Perspektive ist nichts anderes als die theoretische Reformulierung des Stress-Paradigmas. Stress, so wurde in Kapitel 5 ausgeführt, entsteht dann, wenn den Anforderungen der sozialen Umwelt keine adäquaten Bewältigungsmechanismen im psychischen System gegenüber stehen. Dass damit keine abschließenden soziologischen Kriterien für psychische Störungen gewonnen werden können, versteht sich von selbst. Die sich an die Inkompatibilitäten anschließenden sozialen Konstruktionsprozesse von psychischen Störungen werden im folgenden Abschnitt behandelt.

Festzuhalten bleibt allerdings, dass sich aus der Differenz des an das biologische System eng gekoppelten psychischen Systems zu seiner sozialen Umwelt psychische Systemzustände entwickeln können, die aus der Sicht des Gesundheitssystems als krankheitswertig erscheinen. Betont werden muss an dieser Stelle die jeweils interindividuell sehr unterschiedliche Vulnerabilität psychischer Systeme. Aus der Differenz von psychischem und sozialem System

allein ergibt sich noch kein krankheitswertiger Zustand, nicht ‚die Gesellschaft‘ hat Schuld an der Inkompatibilität der Systeme. Vielmehr muss berücksichtigt werden, dass durch biologische Systementwicklungen, selbstsozialisatorisch fundierte Verläufe (Karrieren) und durch die Verschränkung von Biologie und Verlauf gewisse Verletzlichkeiten entstehen, die dann in einem zweiten Schritt zur Nicht-Passung von psychischem und sozialem System führen können. Wie in Kapitel 5 ausgeführt wurde, ist die biologische Komponente an dieser Differenz in Abhängigkeit vom Störungsbild anzusetzen. Bei schizophrenen Störungen ist der biologische Anteil an der entstehenden Vulnerabilität sehr hoch, so dass auch protektiv konzipierte soziale Umwelten kaum in der Lage sein dürften, den Ausbruch dieser Störung zu verhindern. Anders sieht dies bei der depressiven Störung aus. Hier erwies sich die soziale Umwelt als weitaus wirkungsvoller in der Ätiologie. Adäquate Sozialsysteme und/oder verbessertes Coping mit kritischen Situationen könnten denkbare Präventionschancen darstellen, wenngleich eine geplante Veränderung des Intimsystems oder des Wirtschaftssystems *nur theoretisch* möglich erscheint.

#### Karriere

Bis hierher ist lag die Betonung auf der Systemreferenz des psychischen Systems, Selbstsozialisation wurde als der zentrale Mechanismus identifiziert, mit dem sich das psychische System in ständiger Auseinandersetzung mit der Umwelt selbst formt. Jetzt kommt wiederum die Seite der Sozialstruktur ins Spiel, genauer gesagt, das Wechselspiel zwischen psychischem und sozialem System aus der Perspektive des Sozialsystems. Selbstsozialisation, so wurde angemerkt, ist ein aktiver Umgang des psychischen Systems mit der sozialen Umwelt. Inklusionen in Sozialsysteme werden demnach von psychischen Systemen betrieben, und zwar in einer hoch selektiven Art und Weise. Schon die verhaltensgenetischen Befunde haben darauf schließen lassen, dass Menschen sich ihre Umwelt aktiv schaffen können, in dem sie beispielsweise Intim- und Interaktionspartner wählen, die für sie einen kompatiblen Umgang gewährleisten. Nun ist es evident, dass die Selektionsmöglichkeiten nicht universal sind, sondern immer vom zeitlich und räumlich Gegebenen abhängen. Die soziale Umwelt bildet hier eine notwendige Einschränkung der Möglichkeiten.

Wie leicht nachvollziehbar ist, stellt sich die Sachlage der Selektionen aus dem Sozialsystem für die Bedingungen der funktionalen Differenzierung völlig anders dar als in früheren Sozialformationen. Im Rahmen der stratifizierten Gesellschaft der Vormoderne waren die Selektionsmöglichkeiten mehr oder weniger deutlich durch den sozialen Stand bestimmt. Herkunft war das entscheidende Moment für den Lebensweg und den Lebenserfolg. Sie bestimmte, wen man heiraten konnte, welchen Beruf man ausüben konnte und welche soziale Ausstattung in Form von Gütern und Geld zur Verfügung standen. Der Sozialstatus war, so wurde in der Soziologie nahezu einhellig definiert, nicht von *achievement*, sondern von *ascription* abhängig.

Mit dem Übergang zur funktionalen Differenzierung schwinden die Einflüsse der sozialen Herkunft erheblich, bleiben aber dennoch wirksam. Neu ist aber seit Mitte/Ende des 18. Jahrhunderts die Umstellung des Status von Zuschreibung auf Erwerb. Ein hoher Sozialstatus wird nicht mehr automatisch qua Stand vergeben, während für vormalige Verhältnisse die Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Individuums nicht ausschlaggebend waren. Historisch macht sich neben dem üblicherweise mit hohem Status ausgestatteten Adel der ‚Geldadel‘ breit, der die heraufziehende Sozialstruktur aktiv für sich nutzt. Die Bedingungen der funktionalen Differenzierung erlaubten und erlauben immer noch Lebensläufe, die sich von der sozialen Herkunft ablösen können und theoretisch als eine *Karriere* beschrieben werden können (Luhmann 1989; Luhmann 1997a: 741f.). In einer auf den symbolischen Interaktionismus zurückgehenden Begrifflichkeit wird mit der Karriere nicht ausschließlich der berufliche Lebensweg beschrieben, sondern der gesamte Lebenslauf, und zwar in dem Bezug zur Sozialstruktur.

Die Karriere ergibt sich aus der selbstsozialisatorisch bedingten Selektivität von Inklusionsprozessen einerseits und den Randbedingungen durch die Gesellschaftsstruktur andererseits. Diese Randbedingungen sorgen ebenfalls für Selektionsprozesse, man kann sich den Job oder den Intimpartner auch unter den gegebenen Einschränkungen nicht frei wählen, sondern man wird auch ausgewählt (für beide Systembereiche stehen meist mehrere Bewerber zur Verfügung). Insofern findet sich die Aktivität der Selektion auf beiden Seiten, im psychischen und im sozialen System. Daher ist in diesem Zusammenhang in Luhmanns Arbeiten immer von der Kombination von Fremd- und Selbstselektion die Rede, die in einer temporalen Dimension gedacht werden müssen: „Es muss auf eine Sukzession von selektiven Ereignissen umgedacht werden, die jeweils (aber mit unterschiedlicher Gewichtsverteilung) Selbstselektion und Fremdselektion kombinieren.“ (Luhmann 1989: 232)

Glückliche Umstände und eigene Leistung, dies sind die Elemente, aus denen sich eine Karriere formt. Die glücklichen Umstände bilden die Randbedingungen im sozialen System, Leistung muss im psychischen System vollbracht werden. Diese Kombination allerdings von Glück und Leistung macht die Karriere in hohem Maße unsicher: „Günstige Bedingungen können nie voll und ganz durch Leistung ersetzt werden – und dies umso weniger, je größer der Karriereerfolg ist, der erwartbar wird.“ (Luhmann 1989: 234) Zu den günstigen Bedingungen gehört zweifelsfrei auch heute noch die soziale Herkunft. Sie bestimmt zunächst den Startpunkt der Karriere, wobei hier mehr Ressourcen sicher besser sind als weniger. Und damit sind nicht nur monetäre Ressourcen gemeint, sondern auch emotionale, kognitive und soziale Unterstützung. Mehr Ressourcen sind zudem in der Lage, soziale Drift- und Exklusionstendenzen besser abzufedern.

Dieser Begriff der Karriere deckt sich in gewissen Teilen mit dem aus der Medizinsoziologie bekannten Terminus der ‚Patientenkarriere‘ (Gerhardt 1986). Schon Goffman hatte ebenfalls die ‚moralische Karriere‘ psychisch Kranker zum Gegenstand eines Kapitels in *Asyle* gemacht (Goffman 1973). Während im allgemeinen damit soziale Verlaufsprozesse von chronischen

Krankheiten beschrieben werden, war bei Goffman die Identitätsübernahme des psychisch Kranken der entscheidende Topos gewesen. Die systemtheoretische Karriere umfasst jedoch weitergehend sämtliche Selektionsoperationen, sowohl vom psychischen als auch vom sozialen System. Es wird besonderer Wert auf die Feststellung gelegt, dass die Karriere in diesem Sinne „...keine Struktur des einzelnen Bewusstseins [ist], sondern eine soziale Struktur.“ (Corsi 1993: 256). Die Karriere ist der zentrale Mechanismus der Integration von Individuum und Gesellschaft unter den Bedingungen der funktionalen Differenzierung. Armin Nassehi (1994: 58) weist in diesem Zusammenhang auf eine weitere notwendige Begriffsumstellung hin. Wenn es nicht die psychischen Systeme sind, die Karriere machen, dann muss dieser Sachverhalt mit dem Terminus ‚Person‘ in seiner systemtheoretischen Konnotation versehen werden (Luhmann 1991). Bei der Person handelt es sich um eine Adresse sozialer Kommunikation, aus einer gesellschaftstheoretischen Sicht machen nicht Menschen Karriere, sondern Personen als Zurechnungseinheiten für Kommunikation. In der Alltagssprache unterstellen wir Individuen, sie hätten eine gewisse Laufbahn aktiv geschafft. Eingedenk des starken sozialstrukturellen Einflusses auf die Karriere, muss der Anteil des psychischen Systems jedoch relativiert werden, daher ist die ‚Person‘ als Zurechnungsadresse der adäquatere soziologische Begriff.

Krankheitskarrieren mit einem psychiatrischen Hintergrund sind an dieses Konzept absolut anschlussfähig. Dabei interessiert zunächst weniger der Verlauf der möglicherweise chronifizierten Krankheit, sondern vielmehr der Weg in den Status des Krankseins hinein. Besonders eindringlich zeigt sich die Kombination aus Selbst- und Fremdselektion am Beginn einer potenziellen Abhängigkeitskarriere: „...young people are selected to be friends of drinkers because of their drinking habits and the attitudes towards alcohol; and young people – as well as adults – select *their* friends in accordance with their own drinking preferences.“ (Klingemann 2001: 3) Die Peer-Group ist – wie in Kapitel 6 beschrieben – eines der entscheidenden Sozialsysteme, die selbstsozialisatorisch wirkt und Karrieren, gleich welcher Art, beeinflussen kann.

In Kapitel 5 wurde der biologische und der soziale Möglichkeitsraum erwähnt, der die Karriere eines jeden Individuums beschränkt. Biologischerseits war der Möglichkeitsraum gleichbedeutend mit der vorgeprägten Vulnerabilität. Auf der sozialen Seite stellt sich der Möglichkeitsraum als Randbedingung für die Karriereentwicklung dar. Biologischer und sozialer Möglichkeitsraum sind aufs Engste miteinander verschränkt, in dem Sinne, dass soziale Einschränkungen, etwa Gewaltverhältnisse in der Familie, sich neurobiologisch niederschlagen und die Verletzlichkeit gegenüber sozialen Stressoren zu einem späteren Zeitpunkt erhöhen können. Gleichmaßen können biologische Parameter als Randbedingungen für das Verhalten im Sozialsystem gelten, die ebenfalls die weitere Kommunikation stören oder abbrechen lassen können. Dieser Umstand wird später unter der Fragestellung der Konstruktion psychischer Störungen in der sozialen Umwelt wider aufgenommen. Die genannte Verschränkung von biologischem und sozialem Möglichkeitsraum ist zudem in einer zeitlichen Dimension zu denken. Zu einem spezifischen Zeitpunkt stellen

sich die biologischen und die sozialen Bedingungen jeweils unterschiedlich dar. Soziale und biologische Möglichkeitsspielräume können zu verschiedenen Zeitpunkten auch unterschiedlich groß ausfallen. In einer akuten Krankheitsphase sind die biologischen Beschränkungen der Kommunikation in der Regel größer als in einer subakuten oder krankheitsfreien Phase. Die sozialen Räume hängen in hohem Maße von der Vorkarriere ab. Wem es gelungen ist, eine stabile Lebenskarriere unter den gegebenen Randbedingungen zu erreichen, dem sind zumeist weitere offene Möglichkeiten gegeben. Karriereeffekte sind vielfach Kumulationseffekte, wobei Erfolge eher weitere Erfolge wahrscheinlich werden lassen, und Misserfolge eher weitere Schicksalsschläge nach sich ziehen (Luhmann 1989: 235).

#### Selbstsozialisation, Karriere und Psychopathologie

Von der Systemreferenz des psychischen Systems aus bestehen zu einem gewissen Zeitpunkt jeweils Ansprüche an die sozialen Systeme der Umwelt (Luhmann 1989: 242ff.). Im vorherigen Kapitel wurden diese Ansprüche bereits unter dem Gesichtspunkt auf eine möglichst weitreichende und befriedigende Inklusion beschrieben. Totale Exklusion, prekäre Inklusion und problembehaftete Inklusion waren als drei Inklusionstypen genannt worden, welche das Risiko psychischer Störungen erhöhen. Psychische Störungen werden dann wahrscheinlicher, wenn die Differenz zwischen Anspruch und erlebter Erfüllung der eigenen Ansprüche der eigenen Beobachtung nach erheblich sind und, so muss man über Luhmanns Terminologie hinaus anmerken, wenn Anforderungen aus dem sozialen System nicht erfüllt werden können.<sup>4</sup> Aus der systemtheoretischen Karriereperspektive lassen sich *idealtypisch* verschiedene Karrieren in Zustände beschreiben, die später als psychische Störung benannt werden. Die Karrieren unterscheiden sich nach dem zeitlichen Auftreten der genannten Inklusionstypen. In einem Typus sind die problematischen Inklusionsformen Folgen der Störung und der sozialen Karriere, im anderen Fall treten sie vor dem Krankheitserleben (durch den Betroffenen und/oder die Umwelt) auf.

Ein Typus geht von einer großen biologisch bedingten Vulnerabilität aus, ein zweiter eher von sozialen Stressoren. Dass beide Faktorenmomente, Vulnerabilität und Stressoren gemeinsam die Ausgangslage für psychische Störungen bilden, ist nach den Ausführungen der vorherigen Kapitel evident. Aus Gründen der Komplexitätsreduktion werden sie hier getrennt behandelt. Eine hohe biologische Belastung ist paradigmatisch bei der schizophrenen Störung zu finden. Die Vulnerabilität wird dabei durch prä- und perinatale Prozesse einerseits und genetische Vorbelastungen andererseits bestimmt. Bei diesem Störungsbild kann es schon in der Jugend zu kognitiven und/oder sozialen Funktionseinbußen kommen, welche den weiteren Lebensverlauf dann oftmals belasten.

Der idealtypische Verlauf einer später als schizophrene Störung diagnostizierten Krankheit zeigt einige Zeit vor den deutlichen psychotischen Symptomen gewisse prämorbide Auffälligkeiten, die sich im Rahmen der Selbstsozialisation

ausbilden. Dazu gehört etwa ein selbst gewählter sozialer Rückzug und – damit einhergehend – ein relativ kleines und wenig unterstützendes soziales Netzwerk. Es kann darüber spekuliert werden, ob der selbst gewählte Rückzug schon auf subtil oder implizit wahrgenommene Differenzen zwischen den Ansprüchen des psychischen Systems und der Erfüllung im sozialen System zurückgeht. Vielleicht erleben die Betroffenen die Inkompatibilität ihrer Erlebniswelt mit der Perspektive ihrer Umwelt. Möglicherweise ist ihr Erleben derart übermächtig, dass es neigt, soziale Interaktionen zu ‚versklaven‘, weil bestimmte Interaktionsmuster immer wahrscheinlicher werden und die Freiheit, sich dazu zu verhalten, sehr stark eingeschränkt ist, wie Grawe (1998: 473) dies formuliert hat. Obwohl einige der später schizophrenen Patienten Einzelgänger mit teilweise durchaus hoher kognitiver Leistungsfähigkeit sind, machen sich kognitive Beeinträchtigungen teilweise schon relativ früh bemerkbar und können als Risikofaktoren für eine spätere Schizophrenie gelten. Eine frühe schizophrene Episode (Lebensalter < 23) führte in einer finnischen Geburtskohorte zu einer sechsfach erhöhten Wahrscheinlichkeit, nur die Pflichtschuljahre vollendet zu haben. Aus dieser früh beeinträchtigten Gruppe schaffte niemand bis zum 31. Lebensjahr einen tertiären Abschluss, etwa ein Studium (Isohanni et al. 2001), und dies trotz der im Vergleich zum hiesigen Schulsystem besonders egalitären und unterstützenden Ausrichtung der Ausbildung. Besondere Lebensereignisse aus dem sozialen System sind bei den später Betroffenen nicht häufiger als bei Gesunden, die erhebliche neurobiologische Eigendynamik führt jedoch zu einer Verletzlichkeit durch soziale Stressoren, die Gesunde häufig nicht einmal als solche erleben würden.

Bricht dann die psychotische Symptomatik mit ihren typischen Phänomenen wie Wahn oder akustischen Halluzinationen aus, führt dies häufig zu einer Behandlung in der psychiatrischen Klinik. Dieses – zumeist unvermeidbare – soziale Ereignis verstärkt potenziell die sozialen Leistungseinbußen durch die erlebte Stigmatisierung und/oder durch die ebenfalls oft unvermeidbare Pharmakotherapie mit ihren Wirkungen und Nebenwirkungen. Der weitere Verlauf hängt dann von einer Vielzahl biopsychosozialer Variablen ab, von der Eigendynamik auf neurobiologischer Ebene, von der Therapie-Compliance und den Copingstrategien auf psychischer Ebene und von der Rücksichtnahme und behutsamen Rehabilitation im sozialen System. Karriereprozesse sind zu allen Zeitpunkten in verschiedenen Systemreferenzen zu finden. Der soziale Rückzug beispielsweise verhindert mögliche psychische Selektionsprozesse in die Einbindung in ein Intimsystem. Die kognitiven Beeinträchtigungen schränken die sozialen Möglichkeiten einer höheren Ausbildung dramatisch ein.

Diese Umstände tragen dann nach einer psychotischen Episode häufig zur tendenziellen sozialen Exklusion bei, indem wenig monetäre Ressourcen zur Verfügung stehen und unter anderem dadurch Partnerwahlpräferenzen des anderen Geschlechts nicht befriedigt werden können. Selbst- und Fremdselektionen bzw. das Ausbleiben von Selbst- und Fremdselektionen greifen hier ineinander und führen bei vielen Betroffenen zur sozialen Isolation. Bedingt durch die soziale Isolation fehlen adäquate soziale Unterstützungsprozesse, und

die übrig bleibende Familie zeichnet sich nicht selten durch ein hohes emotionales Stressniveau im Sinne der *Expressed Emotions* aus. Beides wiederum kann dann als Stressor und fehlende soziale Ressource dem psychotischen Rückfall zuarbeiten und so weiter und so fort. Vor allem im Bereich der sozialen Funktionsfähigkeit bleibt der Anteil beeinträchtigter schizophrener Patienten auch noch Jahre nach der ersten psychotischen Episode sehr hoch. Wie eine multizentrische europäische Untersuchung gezeigt hat, sind die individuellen Verläufe der Karriere teilweise sehr ungünstig (Wiersma et al. 2000). Über einen 15-Jahreszeitraum überstieg der Anteil der ‚verschlechterten‘ Patienten den Anteil der ‚verbesserten‘. Trotz der europaweiten Deinstitutionalisierung der Versorgung, mussten nach 15 Jahren noch 6 Prozent der Patienten in einer psychiatrischen Klinik leben und weitere 8 Prozent im Beschützten Wohnen. Bei den institutionell untergebrachten Patienten handelte es sich um Menschen, die schon zu Beginn der Krankheitskarriere besonders hohe Beeinträchtigungen zeigten.

Eine initiale schizophrene Störung geht, so kann man zusammenfassen, zeitlich den problematischen Inklusionsverhältnissen eher voraus. Die prekäre Inklusion, etwa in Intimsystemen, ist zumeist die Folge einer schizophrenen Störung. Viele Partner brechen die Beziehung zu dem Betroffenen ab, da ‚normale‘ Interaktionen schwierig werden, und gleiches gilt auch für Arbeitsverhältnisse. Die problembehaftete Inklusion ist mit dem Verbleiben der Betroffenen im Familiensystem verbunden, wenn denn diese Inklusion überhaupt aufrechterhalten wird. Totale Exklusion kann in einigen Fällen den vorher genannten Inklusionstypen nachfolgen, beispielsweise als Wohnungslosigkeit. Im Rahmen der nicht seltenen Chronifizierung der Störung, tragen dann die Inklusionsprobleme zu einer Verschärfung der Situation bei, insofern sie die Rehabilitation nicht stützen.

Depressive Störungen sind eher dem anderen idealtypischen Verlauf zuzurechnen, die Inklusionsprobleme gehen also der Psychopathologie voraus. Sicherlich besteht auch bei depressiven Störungen eine gewisse biologisch fundierte Vulnerabilität, die sich etwa in Form verminderter Selbstwirksamkeitserwartungen im psychischen System bemerkbar machen. Selbstsozialisatorisch kann in der Folge unter anderem ein vergleichsweise schlechteres Coping im psychischen System oder aber im Netzwerkaufbau im sozialen System erwartet werden. Als entscheidende Faktoren haben sich jedoch Ereignisse und/oder längere Prozesse in der sozialen Umwelt der Betroffenen herausgestellt, die im psychischen System besonders nachhaltige Folgen hinterlassen. Diese Ereignisse und Prozesse haben die Eigenschaft, dass ihnen vom psychischen System der Betroffenen ein hoher Wert zugesprochen wird, der in der Regel tiefe emotionale Bindungen widerspiegelt. Solche hochwertigen Bindungen bestehen zumeist zu Intimpartnern und Familienangehörigen, aber auch zu ‚Lebensprojekten‘ wie einer beruflichen Karriere. Sollte sich in dem Beziehungsverlauf zu den Partnern und Angehörigen oder aber in der Karriereerwartung eine erhebliche Veränderung einstellen, dann kann dies potenziell pathologisch wirken. Wie schon verschiedentlich gezeigt wurde, muss es sich bei den Veränderungen

nicht immer um plötzliche Ereignisse handeln. Längerfristige Verläufe, wie das Miterleben eines Prozesses einer scheiternden eigenen Ehe, können gleichfalls als Auslöser gelten.

Vollkommen in Übereinstimmung der Selbstsozialisationshypothese werden offenbar Häufigkeit und Ausmaß der angesprochenen kritischen Ereignisse von früh ausgebildeten Persönlichkeitsfaktoren mit beeinflusst. Eine jüngst veröffentlichte Untersuchung über den Zusammenhang vom Neurotizismus in der Kindheit (N), dem Erleben von kritischen Lebensereignissen (SLE; stressful life events) und der psychischen Gesundheit als Erwachsene kam zu dem folgenden Schluss: „Part of the association between N and mental health may thus be the result of N-driven exposure to depressiogenic SLEs.“ (van Os et al. 2001: s76) Das heißt, dass nicht nur neurotizistische Persönlichkeitseigenschaften allein und ebenso nicht nur kritische Lebensereignisse allein für eine depressive Störung als Erwachsene ursächlich sind, sondern auch die Exposition gegenüber den kritischen Ereignissen von dem genannten Persönlichkeitsmerkmal mit gesteuert wird. Manche Menschen erleben diese kritischen Ereignisse häufiger und nachhaltiger als andere, und dies kann offensichtlich schon durch kindliche Persönlichkeitsmerkmale präzisiert werden.

Ereignisse und Entwicklungen im sozialen System können dann zu Prädiktoren einer depressiven Störung werden, wenn sie zu einem Erleben im psychischen System führen, das Verlust und/oder Entwertung bedeutet. Begleitet wird das Erleben von den entsprechenden neurobiologischen Prozessen wie den charakteristischen Stoffwechsel des Neurotransmitters Serotonin. Damit werden die Auswirkungen der Differenz von Ressourcen des psychischen Systems und den sozialen Umwelтанforderungen besonders deutlich. Die Fremdselektionen, oder wiederum die ausbleibenden Fremdselektionen, der sozialen Umwelt haben Konsequenzen zunächst im psychischen und im biologischen System, die im weiteren Verlauf zum Abbau der Selbstselektionen führen. Sozialer Rückzug ist hier, ebenso wie in der Schizophrenie zu vermuten, ein Bewältigungsmuster, das auf die Differenz zwischen den Ansprüchen und der Erfüllung reagiert. Karrieremechanismen führen hier aber nicht nur in die psychische Störung hinein, sie perpetuieren sie, indem Selbst- und Fremdselektionen aufeinander reagieren (die Betroffenen ‚schaffen nichts mehr‘, daher werden sie von der Umwelt geschont, was den Rückzug erneut verstärkt). Zudem kommt es zu den schon im vorherigen Kapitel angesprochenen *Spill-over-Effekten* (Fuchs 2000), das heißt, Problemlagen hinsichtlich eines Teilsystems ziehen Nachteile in anderen Teilsystemen nach sich. Eine depressive Störung, welche durch den Niedergang der ehelichen Beziehung ausgelöst wurde, hat Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit oder umgekehrt: die mit der Krise in der beruflichen Laufbahn einhergehende Depression führt zu sexuellen Dysfunktionen (Dunn et al. 1999), wodurch die Qualität der Intimbeziehung leidet. Anders als bei der Schizophrenie sind die Beeinträchtigungen des sozialen Funktionsniveaus aber nicht an den Langzeitverlauf gekoppelt, sondern korrelieren hoch mit der depressiven Symptomatik (Judd et al. 2000). Schwere depressive Störungen verlaufen oftmals über mehrere Episoden hinweg. Während der Episoden

entstehen erhebliche Beeinträchtigungen, die sich in der Arbeitsintegration in einer großen Anzahl von Fehltagen niederschlagen. Fehlzeiten im Rahmen einer depressiven Störung übersteigen einer neueren amerikanischen Studie nach die Ausfälle durch körperliche Erkrankungen wie Herzerkrankungen oder Diabetes mellitus deutlich (Druss et al. 2000). Allerdings entstehen Zwischenperioden, in denen die Betroffenen ihr Funktionsniveau wieder auf das Gewohnte verbessern können. Und auch die soziale Inklusion in Intimsystem sowie Arbeitswelt kann in vielen Fällen aufrecht erhalten bleiben. Letzteres wird dadurch unterstützt, dass die berufliche Karriere durch die depressive Störung nicht unbedingt unterbrochen wird. Es gibt sogar empirische Befunde, die von einem vergleichsweise hohen Anteil von Menschen mit einer Depression in den höheren Ausbildungsgängen berichten (Isohanni et al. 2001).

Für beide Störungsbilder, die Schizophrenie und die Depression, sollte deutlich geworden sein, wie die Karriere in die psychische Krankheit von Selbst- und Fremdselektionen bestimmt wird. Das Erleben im psychischen System ist in hohem Maße abhängig von den Selektionen der sozialen Umwelt. Die Differenzen zwischen dem psychischen und dem sozialen System machen sich teils vor der Erkrankung, teils während des Krankheitsprozesses bemerkbar und verstärken diesen Prozess.

Mit dem Karrierekonzept wird die explizit soziologische Herangehensweise an die psychische Störung deutlich. Es handelt sich nicht nur um Defizite der Betroffenen, die inadäquat auf ihre Umwelt reagieren, wie in der Psychiatrie üblicherweise gemutmaßt wird. Selbst- und Fremdselektionen interagieren miteinander, wodurch sich für die Betroffenen gewissermaßen eine Negativkarriere ergibt, welche die von Luhmann genannten Kumulationseffekte aufweist (Luhmann 1989: 235). Misserfolge in einem Bereich addieren sich und ziehen Effekte in anderen Teilsystemen nach, die gemeinsam wiederum auf die psychische Befindlichkeit zurückschlagen, wodurch die sozialen Kompetenzen beeinträchtigt werden.

### **Ist die psychische Störung ein deviantes Verhalten?**

Eine psychische Störung, so kann zusammengefasst werden, basiert auf folgendem Hintergrund: eine biologische und psychische Vulnerabilität führt bei erlebten Umweltstressoren zu ebenfalls biologischen und psychischen Adaptionsprozessen, mit denen der erlebte Stress (Differenz zwischen Erwartungen und Ressourcen im psychischen System sowie der Erfüllbarkeit und den Anforderungen im sozialen System) bewältigt werden soll. Im Anschluss an die ebenfalls oben (Kapitel 1) bereits dargelegten Überlegungen Ian Hackings (1999) kann bei psychischen Erkrankungen von einer wie auch immer entstandenen Neuropathologie ausgegangen werden, die von dem semantischen Konstrukt der psychiatrischen Störung zu trennen ist. Idealtypisch kann diese Neuropathologie als Störung im neuronalen Informationssystem gesehen werden. Für

die Schizophrenie wird mittlerweile dieses Bild der Informationsstörung als Haupterscheinungsform betrachtet (Andreasen et al. 1998; Friston 1996). Als Hypothese kann dieses Bild für die hier zu analysierende Problemstellung auch für andere Krankheitsbilder wie die Depression (Störungen im affektiven Informationssystem) oder die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen gelten. Letztere geht ebenfalls einher mit neurobiologischen Anpassungsprozessen, die ein entsprechendes Verhalten nach sich ziehen (Becker 1998a). Diese im biologischen System basierte Pathologie kann sich, wenn sie sich krankheitsrelevant entwickelt, zunächst im psychischen System des betroffenen Menschen als Erleben äußern. Ein solches Erleben ist etwa ein paranoides Empfinden bei einer beginnenden psychotischen Episode, eine affektive Verstimmung im Rahmen einer Depression oder der drängende Wunsch nach dem Konsum eines Suchtmittels bei einer Abhängigkeitserkrankung. Oftmals wird dieses Erleben von den Betroffenen zunächst nicht als Erkrankung gedeutet, vielfach wird nicht einmal die schleichende Veränderung des Erlebens überhaupt registriert.

Bis hierher kann von einer biologisch induzierten Irritation des psychischen Systems gesprochen werden, ohne dass sich dies direkt als Störung, Krankheit oder ähnliches bemerkbar machen muss. Das ‚Sich-Bemerkbar-Machen‘ der Krankheit bedarf, wenn die Störung im psychischen System nicht als solche registriert wird, einer sozialen Situation. An dieser Stelle, aber in der Tat erst hier, kommt die in Kapitel 1 vorgestellte *Labelling-Perspektive* zu ihrem Recht, die in der Verletzung sozialer Normen und der anschließenden Etikettierung den zentralen Hintergrund für das psychiatrische Krankheitsbild gesehen hat. Wie dort referiert wurde, ging etwa Thomas Scheff (1973) davon aus, dass die Vorstellungen über psychiatrische Krankheitsbilder schon in der Kindheit und Jugend über den Medienkonsum geprägt werden, so dass in einer gegebenen Situation für die meisten Menschen das Konzept der ‚Verrücktheit‘ klar sei. Diese Theorie ist aber zum einen mit dem tatsächlichen Hilfesuchverhalten, etwa von Angehörigen, nicht kompatibel. Viele Angehörige suchen erst dann eine psychiatrische Hilfsinstitution auf, wenn sie in ihrem Alltag sehr beeinträchtigt sind und sich selbst das Verhalten der Betroffenen nicht erklären können, sondern allenfalls die Besonderheit feststellen. Wie empirische Untersuchungen gezeigt haben, halten insbesondere Angehörige sehr lange an der Normalitätsunterstellung fest, und zeigen sich nicht überzeugt, dass die Betroffenen ‚wirklich‘ psychisch krank sind (Keupp 1999: 623f.). Zum zweiten bestehen psychiatrische Krankheiten nicht nur aus der Schizophrenie, wie in der früheren Soziologie implizit immer unterstellt wurde. Die Bedeutung der Schizophrenie für die frühe Soziologie psychischer Störungen ist, so kann im Nachhinein konstatiert werden, wohl dem Umstand zuzuschreiben, dass sie mehr oder weniger exakt in die Metapher der Verletzung sozialer Normen passt (Bowers 1998: 39). Was aber ist mit einer Depression, die sich nach außen lange Zeit gar nicht manifestiert? Was ist mit der Abhängigkeit von Alkohol, die durch den ubiquitären Konsum in der Öffentlichkeit oftmals gar nicht auffällt?

Eine adäquate soziologische Beschreibung muss an anderer Stelle ansetzen, als dies bei Scheff und in der Devianzforschung über psychische Krankheiten

geschehen ist. Es ist zu fragen, in welchen Situationen und auf welchem Hintergrund Vorstellungen von Normalität und Abweichung konstruiert werden. Psychische Störungen machen sich oft erst dann ‚bemerkt‘, wenn es zu Irritationen im sozialen System kommt, wenn etwa das Sozialverhalten eines der Beteiligten nicht anschlussfähig an soziale oder psychische Erwartungen von Beobachtern ist. Eine derartige Situation besteht beispielsweise dann, wenn eine Person äußert, sie werde von kosmischen Strahlen beeinträchtigt. Irritationen ähnlicher Art können bei sozialem Rückzug oder aber bei einem häufigen irritierenden Ausmaß des Alkoholkonsums auftreten. Während die kosmischen Strahlen noch eher zur orthodoxen *Labelling*-Theorie passen, ist dies bei den zuletzt genannten Beobachtungen nicht der Fall. Oder genauer gesagt, es kommt ganz auf die Perspektive der Beobachtung an. Hoher Alkoholkonsum mag in einigen Interaktionssystemen sogar normativ gefordert sein, in anderen jedoch nicht. Zentrale und gesellschaftsweit wirkende soziale Normen lassen sich unter den Bedingungen der funktionalen Differenzierung und der damit korrespondierenden Polykontextualität nicht mehr identifizieren (Fuchs 1992).

Die hier zugrunde gelegte Theorieperspektive geht mit dem *Labelling*-Ansatz insoweit konform, als es sich im Fragen von Normalität und Abweichung handelt, das heißt, um psychische und soziale Erwartungen handelt. In jedem der zuvor genannten hypothetischen Fälle werden Normalitätserwartungen enttäuscht. Es handelt sich um die Normalitätserwartungen, sich nicht von Strahlen beeinträchtigt zu fühlen, einen angemessenen sozialen Kontakt zu pflegen oder aber eine angemessene Menge von Suchtmitteln zu konsumieren. Im Einklang mit den konstruktivistischen Ansätzen sind bei der Abwägung der Angemessenheit zweifelsohne soziale Konstrukte und entsprechend zustande gekommene Normerwartungen eingeflossen. Da aber anders als in der Soziologie der Nachkriegszeit gegenwärtig gesellschaftsweite Normen nicht mehr unterstellt werden können, ist zunächst auf einer abstrakteren Ebene zu untersuchen, wie Normalitätserwartungen zustande kommen.

Ist es normal, Normalitätserwartungen zu haben? Für den biologisch orientierten Soziologen Jonathan H. Turner steht das Problemfeld von Normalität und Abweichung in einem engen evolutionären Zusammenhang der Aufrechterhaltung sozialer Ordnung, die unterstützt wird durch biologisch fundierte Emotionen wie Scham, Schuld oder Stolz (Turner 2000). Ohne die genannten emotionalen Qualitäten haben, so Turner, moralische Sanktionen keinen Erfolg. Scham und Schuld entstehen dann, wenn normative Erwartungen anderer enttäuscht werden, Stolz wird durch Konformität bzw. das Übertreffen von Konformitätserwartungen ausgelöst. „Without shame and guilt, morality has no internal footing within individuals’ cognitive frames and feelings about themselves; in the absence of shame and guilt, then, social control would depend upon constant monitoring and external sanctioning of individuals by others.“ (Turner 2000: 82) Emotionen wie Scham und Schuld haben demnach die Funktion, stabile Verhaltenserwartungen durchzusetzen, um eine permanente soziale Kontrolle überflüssig zu machen.

In die gleiche Richtung gehen die Annahmen in der psychologischen Theorie. Klaus Grawe etwa schließt aus der selbstorganisierten Funktionsweise des menschlichen Gehirns, dass der Mensch mittels selbsterzeugter Erwartungen an die Umwelt herantritt, um diese Erwartungen dann möglichst konsistent bestätigt zu bekommen: „Die ganze Funktionsweise unseres Nervensystems kann also als eine Erwartung an die Umwelt, als ein Satz von Annahmen darüber, wie die Welt beschaffen ist, was von ihr zu erwarten ist und was in ihr erreicht werden kann, angesehen werden.“ (Grawe 1998: 225) Wir prozessieren weiterhin permanent eine eigene Theorie über die Umwelt: „Die ganze Theorie setzt sich so allmählich aus lebensgeschichtlich immer wieder bestätigten ‚Postulaten‘ zusammen, die zur Grundlage der Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt werden. Im Unterschied zur neuronalen Grundlage des psychischen Geschehens (...) sind diese lebensgeschichtlich erworbenen Postulate keine ‚Hardware-Erwartungen‘, sondern ‚Software-Erwartungen‘, d.h. sie können auch umprogrammiert werden.“ (Grawe 1998: 225) Auch aus psychologischer Perspektive kann somit geschlossen werden, dass Erwartungen, die aus der eigenen Sicht – aus Gründen des psychischen Strebens nach Konsistenz – immer Normalitätserwartungen sein müssen, die Grundlage der Auseinandersetzung mit der Umwelt bilden.

Dieser Umstand findet seine Bestätigung aus soziologischer Sicht. Es sind demnach nicht nur evolutionär-biologische und psychologische Erkenntnisse, welche die Normalität von Normalitätserwartungen stützen, sondern auch gesellschaftstheoretische: „Der Betrieb der Gesellschaft ist, soweit dürfte soziologischer Konsens reichen, auf stabile Erwartungsproduktionen angewiesen, auf durchgehaltene Verbindlichkeit von Entscheidungen und Erwartungen, und dieser Betrieb hat, soweit man sieht, Routinen des Umgangs mit Erwartungs-enttäuschungen entwickelt. Vorausgesetzt ist ein domestiziertes Bewusstsein, das sich weitgehend störungsfrei für die Konstruktion stabiler Adressen gebrauchen lässt oder, was auf dasselbe hinausläuft, nur in erwartbaren Bandbreiten Irritationen produziert.“ (Fuchs 1998: 230) Die zentrale Bedeutung von Erwartungen stammt, wie Luhmann verschiedentlich deutlich gemacht hat, aus der Abstraktion eines sozialen Systems, soziales Verhalten ist Erwartungsverhalten. Die Struktur sozialer Systeme besteht aus Erwartungen und Erwartungserwartungen, das heißt, Egos Verhalten richtet sich an der vermuteten Erwartung Alters aus (Luhmann 1984: 411ff.) Aus dieser Abstraktion eines sozialen Systems können dann ohne weiteres soziologisch gehaltvolle und soziale Konstruktionsprozesse nachzeichnende Theorien über Norm und Abweichung, Recht und Unrecht, Moral, Achtung und Missachtung herausgearbeitet werden (u.a. Luhmann 1978; 1987c).

Erwartungen, genauer gesagt: Stabilitäts- oder Normalitätserwartungen, sind die Grundlage eines jeden psychischen und sozialen Systems, und es scheint, als gäbe es dafür eine biologische Basis. In jeder sozialen Alltagssituation prozessiert Ego psychisch und sozial Erwartungen, die einzuhalten von Alter erwartet werden. Daher kann es überhaupt nicht verwundern, wenn unerwartetes Verhalten als besonders, als auffällig, als abweichend oder gar

abschätzig beobachtet wird. Der Ansatzpunkt für das Abweichende ist der Alltag, nicht die sozialisatorisch induzierte Meinung von normalem und ‚verrücktem‘ Verhalten, wie Scheff dies gesehen hatte. Die zunächst alltagsweltliche Definition einer psychischen Störung setzt zweifelsohne auf der nicht erfüllten Normalitätserwartung auf.

Diese Normalitätserwartung kommt häufig so zustande, dass das biologisch vorherrschende Muster zur Norm erklärt wird (Shakespeare & Erickson 2000). Rechtshändigkeit, um ein Beispiel aus einem anderen Bereich anzuführen, ist vermutlich deshalb kulturelle Norm geworden, weil die meisten Menschen biologisch Rechtshänder sind. Gleiches ist wohl auch für die Norm der Heterosexualität in Rechnung zu stellen. Und auch psychiatrische Symptome wie Halluzinieren oder Wahnerleben sind eben deshalb nicht normal, weil die Mehrheit der Menschen solches nicht erlebt.

Obwohl psychische Systeme nicht kommunizieren können, wird faktisch aus dem Verhalten des Gegenübers auf sein Bewusstsein geschlossen. Psychische Systeme „...sondern Schweiß ab, stoßen Laute aus, stellen die Gesichtsmuskulatur um, bewegen sich, stoßen, schlagen und küssen.“ (Fuchs 1993: 34) Anhand dieser ‚utterances‘ (Fuchs) werden in der Kommunikation und/oder im psychischen System Rückschlüsse auf den Zustand des Bewusstseins Alters gezogen. Tränen verheißen zunächst einmal eine schlechte Stimmung (und müssen von Freudentränen erst in einem zweiten Schritt gewissermaßen differentialdiagnostisch unterschieden werden; dies wird durch die begleitende Mimik erleichtert). Hektisches Suchen von Dingen, die gerade noch in der Hand waren, legt bei entsprechendem Lebensalter eine Altersverwirrtheit nahe, die sich dann möglicherweise als Demenz herausstellt. Und auch in der psychiatrischen Behandlung wird im Grunde dieses Muster beibehalten: Psychiatrische Lehrbücher über die Verhaltensbeobachtung der Patienten sind voll von derartigen Rückschlüssen, die auf einem großen Erfahrungswissen basieren.

Für die soziale Umwelt eines später als psychisch krank geltenden Menschen, teilweise aber auch für die Betroffenen selbst, ist es in der Regel der Verlust des üblichen sozialen Funktionierens der Betroffenen, die zum Anlass für eine psychiatrische Konsultation werden (Pescosolido & Boyer 1999). Wenn Angehörige ihr Familienmitglied nicht mehr als ‚normal‘ funktionsfähig in der Weise erleben, dass Rollenerwartungen auf längere Zeit hin verletzt werden, beispielsweise als Intimpartner, Mutter oder Arbeitnehmer, dann liegen entsprechende Interventionen nahe. Diese Hypothese lässt sich ableiten aus Untersuchungen, die das Interaktionsverhalten Angehöriger psychisch Kranker mit den von der Störung Betroffenen analysiert haben. Nicht so sehr das wirklich Auffällige, etwa das produktiv Psychotische, macht ihnen das Leben schwer, sondern die vielen kleinen Widrigkeiten, die mit der psychischen Störung einhergehen (Keupp 1999: 623). Ähnliche Mechanismen müssen unterstellt werden, wenn Betroffene selbst Rat und Hilfe suchen, allerdings sind hier naheliegenderweise eher erlebte Beeinträchtigungen im psychischen System der Auslöser als die Belastung der sozialen Umwelt (Pescosolido & Boyer 1999). Gleichwohl werden auch in diesem Fall Abweichungen vom ‚normalen‘ Funk-

tionsniveau zum Anlass genommen. Eher in die *Labelling*-Perspektive fallen dann Behandlungsanlässe, in denen Betroffene in der Öffentlichkeit auffallen, etwa das vollkommen bizarre Verhalten halluzinierender Individuen oder aber die berühmte hilflose Person, die volltrunken aufgefunden wird, hier werden zumeist implizite Normalitätserwartungen verletzt.

Warum aber erfüllen psychisch Kranke in bestimmten Situationen diese Normalitätserwartungen nicht? Offensichtlich ist die Koordination zwischen psychischem und sozialem System nicht in der Weise gewährleistet, wie es bei denen möglich ist, denen hier ‚Gesundheit‘ zugeschrieben wird. Kommunikation erfordert, folgt man den Hinweisen Luhmanns und anderer systemtheoretisch orientierter Autoren, ein diffiziles Wechselspiel zwischen psychischem und sozialem System. Man kann unterstellen, dass die jeweils als Umwelt füreinander fungierenden Systeme „ko-turbulieren“ (Fuchs 1993: 35). Üblicherweise kann sich das Bewusstsein einer Kommunikation kaum entziehen, es wird in den Sog der Sprache hineingezogen, um entweder als Umwelt Voraussetzungen für die Kommunikation bereitzustellen oder aber einfach nur zuzuhören. Ist das psychische System dann Umwelt für die Kommunikation, dann erfordert dies punktuell die Unterbrechung des Bewusstseinsstroms, der uns alle permanent als mehr oder weniger intensives ‚inneres Sprechen‘ durchfließt. „Beim Reden wie beim Zuhören, beim Schreiben wie beim Lesen ist das eigene Denken [im Sinne des ‚inneren Sprechens‘, D.R.] weitgehend ausgeschaltet, sonst verliert man den Faden.“ (Luhmann 1990b: 48) Das Bewusstsein wird in dieser Situation benötigt, um auf die aktuellen Bedingungen im Sozialsystem eingehen zu können, etwa auf die notwendige Unterscheidung von Mitteilung und Information.

Dieses Wechselspiel zwischen psychischem und sozialem System bei psychisch Kranken in gewisser Weise beeinträchtigt. Natürlich sind psychisch kranke Menschen, auch in Phasen einer akuten Störung, in der Lage, auf soziale Erwartungen einzugehen. Allerdings erscheint, man muss das so vorsichtig formulieren, es in Teilen nicht möglich zu sein, den Bewusstseinsstrom so mit dem sozialen System zu koordinieren, dass eine ‚normale‘ und ‚störungsfreie‘ Kommunikation vonstatten gehen kann; wobei ‚Normalität‘ und ‚Störung‘ immer kontextspezifisch zu sehen sind. Das innere Erleben im psychischen System, etwa drastische kognitive Inhalte bei Psychosen oder besondere emotionale Qualitäten bei affektiven Störungen, tragen vermutlich zur Verzögerung des Abschaltens bis hin zur Unfähigkeit des Abschaltens des Bewusstseinsstroms bei. Das innere Erleben ist gewissermaßen übermächtig, so dass seine Turbulenzen mit den Turbulenzen des Sozialsystems nicht abgestimmt werden können. Die Anschlussfähigkeit an das Kommunikationssystem ist mitunter nicht gegeben. Auf diese Weise fallen psychische Störungen in sozialen Situationen auf und führen zu Irritationen in den beobachtenden psychischen Systemen, welche die aktuellen Umwelten bilden, und zum Teil auch in der Kommunikation selbst, nämlich dann, wenn die perzipierten Störungen thematisiert werden. Allerdings mag die ‚gestörte‘ Kommunikation dem betroffenen psychischen System gar nicht auffallen, sondern nur einem beteiligten Interaktionspartner oder einem

Beobachter zweiter Ordnung. Da die Normalitätserwartung ein Grundprinzip psychischen Erlebens darstellt, erleben auch psychisch Kranke die Kommunikation (und ihr daran beteiligtes Verhalten) als regelgerecht, es sei denn, sie leiden massiv unter dem eigenen Erleben und attribuieren dies auf sich selbst, wie dies teilweise bei depressiven Störungen der Fall ist.

Mittels der Begrifflichkeit der Übermächtigkeit des inneren Erlebens können noch weitere Störungsbilder und die mit ihnen potenziell einhergehenden Erwartungsenttäuschungen beschrieben werden. Emotionale Qualitäten können das Sozialverhalten auch bei Angsterkrankungen und Phobien beeinträchtigen. Evident erscheint dies überhaupt, wo zwanghaftes Verhalten im umfassenden Sinne zu beobachten ist. Ängste und Phobien stehen zwangsweise einem ‚normalen‘ Sozialverhalten entgegen. Gleiches gilt für explizite Zwangserkrankungen: die Betroffenen können sich nicht gegen das Obsessive wehren, obwohl sie erkennen, dass soziale Erwartungen drastisch verletzt werden. In gewisser Weise ist auch bei Verhalten im Rahmen von Abhängigkeitserkrankungen von obsessiven Einflüssen zu sprechen. Drogenabhängige Menschen verletzen bewusst Normalitätserwartungen, in dem sie Angehörige oder Freunde bestehlen, um den – aus ihrer Sicht absolut notwendigen – Konsum zu finanzieren. Alkoholabhängige Menschen stehen dem Craving nach entsprechenden Getränken mehr oder weniger wehrlos gegenüber, obwohl sie erkennen, dass die Verletzung sozialer Erwartungen möglicherweise ihre Intimbeziehung oder ihren Arbeitsplatz aufs Spiel setzt. Je nach Ausprägung beeinflussen diese Veränderungen im psychischen System das Verhalten und damit potenziell auch das Sozialverhalten der Betroffenen. Man kann dies erneut mit der Metapher von Grawe (1998) zu umschreiben: der Zustand des psychischen Systems kann das (Sozial-)Verhalten verklaven, und dies nicht nur im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen, in dem Grawe diesen Begriff verwendet.

Die psychische Störung geht offensichtlich der Verletzung von Normalitätserwartungen voraus, und zwar aus Gründen, die in einem Ursachenkomplex biopsychosozialer Art zu suchen sind. Das übermächtige Erleben im psychischen System limitiert die Verhaltensoptionen im sozialen System, und erst dann kommen Prozesse sozialer Konstrukte ins Spiel. Angesichts der hier skizzierten zeitlichen und ursächlichen Voraussetzungen muss stark bezweifelt werden, ob es immer noch sinnvoll ist, psychische Störungen als deviantes Verhalten im klassisch-soziologischen Sinne zu beschreiben. Nach wie vor findet man psychische Störungen in soziologischen Lehrbüchern (z.B. Giddens 1993) und Standardwerken (Keupp 1999) solchermaßen klassifiziert. Aber gleichen die Prozesse sozialer Konstrukte im Zusammenhang mit psychischen Störungen denjenigen, die in der Kriminologie unter dem Stichwort der gesellschaftlichen „Produktion des Kriminellen“ (Hess & Scheerer 1997: 117ff.) diskutiert werden? Wohl kaum. Obwohl eine kleine Schnittmenge zwischen den Verhalten psychisch Kranker und dem Verhalten von Straftätern sicherlich besteht, kann die entscheidende Differenz in der Verhaltensoption der Betroffenen gesehen werden. Straftäter haben die Option, nicht wieder kriminell zu werden, und zwar auch ohne therapeutischen Hilfe. Eine psychische Störung lässt sich nicht

ohne weiteres aufgrund einer Wahlentscheidung *ad acta* legen.

In Ergänzung zu der im ersten Teil beschriebenen konstruktivistischen Perspektive im Wissenschaftssystem kann hier also zusammengefasst werden, dass die gleichen sozialen Mechanismen auch in Alltagssituationen vorzufinden sind. Sowohl im Alltag als auch in der Wissenschaft handelt es sich bei psychischen Erkrankungen um soziale Konstrukte. Dieser Befund darf aber nicht suggerieren, dass es diese Störungen nicht gibt. Verwiesen werden kann allenfalls auf die erheblichen Unterschiede und Unsicherheiten bei der Erkennung dieser Störungen; und die Unsicherheiten basieren zweifellos auf unterschiedlichen Normalitätserwartungen der sozialen Umwelt der Betroffenen.

Der konstruktivistischen Perspektive wird also insoweit rechtgegeben, als ohne Konstruktionsprozesse im sozialen System in der Regel keine ‚Erkennung‘ psychiatrischer Krankheitsbilder zustande käme. Dieser Umstand unterscheidet psychische Störungsbilder allerdings nur graduell und nicht kategorial von körperlichen Krankheiten. Bei körperlichen Krankheiten handelt es sich ebenfalls um Abweichungen von Normalitätserwartungen: ein gebrochenes Bein ist eben nicht normal. Der Unterschied zwischen psychischen und somatischen Krankheiten besteht darin, dass körperliche Erkrankungen in einem größeren Ausmaß von den Betroffenen selbst als Abweichung von der Norm erkannt werden, zum Beispiel durch Schmerzen. Aber auch diese Normalitätserwartungen sind nicht ohne den Einfluss sozialer Konstrukte entstanden. Aber das Konstrukt „Schmerz ist nicht normal“ liegt eben näher als das Konstrukt „sozialer Rückzug ist nicht normal“.

## Sozialstruktur und psychische Störung

Psychische Störungen werden, wie in Kapitel 6 referiert wurde, in ihrer Entstehung von verschiedenen sozialen (Teil-)Systemen begleitet, angestoßen oder sogar weitestgehend verursacht, wie im Falle der posttraumatischen Belastungsstörung durch Folter. Auf der anderen Seite ergab der Überblick über die empirische Langzeitforschung die für Soziologen etwas überraschende Einsicht, dass mit der Modernisierung und der funktionalen Differenzierung der Sozialstruktur keine Zunahme psychischer Störungen zu verzeichnen ist, sondern teilweise sogar eine Verminderung in den westlichen Regionen seit dem Zweiten Weltkrieg stattfindet.

In einem der letzten Aufsätze vor seinem Tod hat Luhmann auf die Voraussetzungen hingewiesen, die für die Existenz als modernes Individuum nötig sind. Unter dem Stichwort der Mikrodiversität beschreibt er angesichts der Individualismus-Diskussion in der Moderne die „kognitiven Voraussetzungen von Freiheit“ (Luhmann 1997b: 30), insbesondere „... die Fähigkeit, Alternativen zu sehen, Kausalketten zu entwerfen, Entscheidungsmöglichkeiten zu projektieren.“ (Luhmann 1997b: 29). Offenbar ist das zeitgenössische Individuum besser als noch vor Jahrzehnten in der Lage, die sozial bedingten Stressoren,

welche mit der funktionalen Differenzierung einhergehen, aufzufangen und durch eigene psychische Ressourcen (z.B. kognitive Fähigkeiten) sowie soziale Unterstützungsnetze zu kompensieren. Dass die sozialen Stressoren in ihrer Anzahl zugenommen haben, kann außer Zweifel stehen, wie man beispielsweise an Indikatoren wie der Scheidungsrate, der Arbeitslosigkeit und der sozialen Mobilität insgesamt festmachen kann. Wenn die (Eigen-)Dynamik der modernen Gesellschaft und ihrer Teilsysteme eben nicht für mehr Krankheitsfälle als früher sorgen, dann spricht dies für die Hypothese der verbesserten Problemlösefähigkeiten des modernen Individuums.

An dieser Stelle sollen die oben referierten Befunde und theoretischen Hintergründe nicht noch einmal referiert werden. Abschließend soll allerdings ein Blick auf eine gewichtige Implikation geworfen werden, die sich aus dem Zusammenhang der modernen Sozialstruktur und den psychischen Störungen ergibt. Während also die gesund gebliebenen Individuen die sozialen Stressoren heute offenbar besser bewältigen können, bleibt zu fragen, wie psychisch Kranke, und vor allem schwer chronisch Kranke mit dem sozialen Wandel leben. Vormalig waren chronisch psychisch Kranke vom sozialem Wandel gewissermaßen wenig tangiert worden, da die Langzeithospitalisierung sie gegen soziale Umwelteinflüsse schützen sollte und in der Tat auch geschützt hat (allerdings selten zu ihrem Vorteil). Die Lebensbedingungen chronisch kranker Menschen haben sich, wie in Kapitel 2 dargestellt wurde, mit der Deinstitutionalisierung der Versorgung im Schnitt deutlich verbessert. Allerdings, auch das wurde deutlich, kann nach wie vor von einer Marginalisierung und in Teilen sogar von einer ansatzweisen Totalexklusion (z.B. Wohnungslosigkeit) chronisch Kranker gesprochen werden. Die *zufriedenstellende Teilhabe* an den Sozialsystemen ist von Voraussetzungen abhängig, die im psychischen System und im sozialen System zu suchen sind. Auf die Voraussetzungen im psychischen System ist soeben hingewiesen worden, es handelt sich um die Fähigkeiten, adäquate Entscheidungen zu ebenso adäquaten Zeitpunkten zu treffen, und dies ist angesichts der kognitiven und/oder emotionalen Beeinträchtigungen durch Störung und/oder Karriere nicht immer möglich.

Eine Karriere im oben gezeigten Sinne besteht aus der Kumulation spezifischer Fremd- und Selbstselektionen. Gelungene und zu befriedigenden Inklusionen führende Selektionen setzen, gerade für Individuen mit psychischen Beeinträchtigungen, eine gewisse Stabilität in der sozialen Umwelt voraus. Diese Stabilität ist in diversen Sozialsystemen nicht (mehr) gegeben. Chronisch psychisch Kranke finden beispielsweise nur noch selten wieder zurück in den so genannten ersten Arbeitsmarkt. Wenn sie überhaupt einer Beschäftigung nachgehen, dann häufig in beschützten Werkstätten oder in Zuverdienstfirmen. Neu eingegangene intime Partnerschaften mit ‚Gesunden‘ sind ebenfalls selten. Viele chronisch psychisch Kranke haben Intimbeziehungen zu gleichfalls Kranken, die aber nur selten die emotionale und soziale Stütze bieten, die benötigt wird. Familiensysteme, welche früher ein krankes Mitglied – wenn auch mit vielen Problemen – wieder integriert hatten, bestehen heute nicht mehr in der gleichen Größe und Ausprägung. Familiensysteme sind aufgrund der mit der

funktionalen Differenzierung einhergehenden hohen Individualisierung immer weniger bereit, die ‚Störungen‘ durch psychisch Kranke zu tolerieren. Während dies noch in den Nachkriegsjahrzehnten unter Konnotationen wie Pflicht und Moral durchgehalten wurde, wird heute oftmals das eigene individuelle Wohlergehen über die Rücksichtnahme auf das kranke Individuum gestellt.

All dies mag man kritisieren oder auch nicht, die gegenwärtige Sozialstruktur stellt jedenfalls die Rahmenbedingungen für die Gemeindepsychiatrie bereit, und da ist zu fragen, ob der soziale Wandel sich angemessen in den Behandlungs- und Betreuungskonzepten für chronisch psychisch Kranke wieder findet (Pescosolido & Rubin 2000). Aus einer sozialstrukturellen Sicht ist zu vermuten, dass ein Teil der negativen Folgen der Deinstitutionalisierung (Munk-Jørgensen 1999; Richter 2001) nicht unmittelbar auf das Versagen der Betreuungskonzepte zurückzuführen ist, sondern auch auf den nicht registrierten sozialen Wandel. Kann man beispielsweise nach wie vor viele Menschen unbetreut in der Gemeinde leben lassen, wenn klar ist, dass die Lebensbedingungen nicht dazu beitragen, sich gesundheitsförderlich zu verhalten oder sich direkt negativ auf die psychische Befindlichkeit auswirken? Ist es verantwortlich, chronisch Alkoholabhängige lediglich in immer häufiger wiederkehrenden stationären Behandlungen zu entgiften, sie ansonsten aber der Straße und ihrem entsprechenden Milieu zu überlassen?

Dies alles wirft sicherlich erhebliche moralische Problemstellungen auf. Bei der Beantwortung dieser Fragen müssen aber sowohl die psychischen als auch die sozialen Voraussetzungen wie die Karrierestrukturen chronischer Krankheiten in Rechnung gestellt werden. Sichere Antworten auf diese Fragen sind gerade von der Soziologie nicht zu erwarten, welche die Polykontextualität der modernen Gesellschaft zu berücksichtigen hat und weiß, dass es immer auch auf den Beobachterstandpunkt ankommt. Gerade psychiatrische Behandlungs- und Betreuungskonzepte sehen sich verstärkt diesen ‚relativen‘, weil beobachterabhängigen Diskussionen ausgesetzt (Richter 1994; Bracken & Thomas 2001).

Kann die Soziologie angesichts der vielfältigen postmodernen, relativistischen und beobachterabhängigen Positionen am Schluss dennoch einige Gewissheiten aus der Beobachtung psychischer Störungen anbieten? Es mag überraschen, aber sie kann! Aus dem in Kapitel 6 herausgearbeiteten Inklusionstypen der prekären bzw. problembehafteten Inklusion sowie dem Typus der totalen Exklusion kann abgeleitet werden, wie das Verhältnis von Individuen zu den Sozialsystemen ausgestaltet sein muss, damit es nicht gesundheitsabträglich ist. Es muss eine möglichst weitreichende Inklusion (viel Geld, viele Rechte) sein mit der gleichfalls weitreichenden Option des Wechsels (etwa aus dem problembehafteten Intimsystem oder aus dem belasteten Arbeitsplatz). Die Eigendynamik der Teilsysteme schafft durch die Exklusionstendenz eine durchaus riskante Voraussetzung, die aufgefangen werden muss durch individuelle Rechte, und zwar Rechte auf Selbstbestimmung der Lebensformen (gegen moralisierende Tendenzen) und durch Rechte auf soziale Absicherung. Die Sicherheit der Inklusion in ein bestimmtes Intimsystem oder in eine bestimmte Organisation ist weniger bedeutend als vielmehr die Chance auf irgendeine Inklusion, die dann

aber möglich sein muss. Daher korreliert die hohe Scheidungsrate nicht mit psychischen Störungen, solange sichergestellt ist, dass alternative Partnerschaften und/oder soziale Netze zur Verfügung stehen. Entscheidend ist wiederum die Frage der Differenz zwischen psychischem und sozialem System, bzw. die Bewertung dieser Differenz. Wenn für die Befindlichkeit des psychischen Systems eine ausreichende und zufriedenstellende Inklusion sichergestellt ist, dann entsteht kein Stress. Ähnliches gilt, wenn genügend Coping-Mechanismen individuell vorhanden sind, kann der Stress abgefedert werden. Erst wenn individuell die Differenz zur Intensität und/oder Qualität als inadäquat bewertet wird (bewusst oder unbewusst), dann sind gesundheitsabträgliche Wirkungen zu erwarten. Letztlich läuft es auf die Frage der Lebensqualität hinaus, die mit der Inklusion in Sozialsysteme verbunden ist, und zwar eine Lebensqualität im umfassenden Sinne, da auch die Inklusionstiefe eine Qualität darstellt. Eine für die psychische Gesundheit ‚gute Gesellschaft‘ kann auf die Kurzformel ‚maximale Rechte bei maximaler Absicherung‘ gebracht werden.

Etwas differenzierter, aber gleichwohl vollkommen kompatibel mit den hier herausgearbeiteten Merkmalen einer ‚guten Gesellschaft‘ hat Hans-Peter Müller den mindestens impliziten Grundkonsens der Soziologie beschrieben: „... ein gebändigter Kapitalismus als Wohlstandsmaschine und die technologische und ökonomische Dynamik von Weltmärkten; eine faire Arbeitsgesellschaft mit sinnvoller Beschäftigung in erwerbs- und nicht-erwerbsförmigen Formen; eine nachhaltige Demokratie und die politische Partizipation in einer lebendigen Zivilgesellschaft; ein ausgebauter Sozialstaat und die dauerhafte Gewährung sozialer Sicherheit; die Durchsetzung von Menschenrechten als globaler Garantie des ‚zivilisatorischen Minimums‘ (Stichwort citizenship für alle) und ein Individualismus als variationsreiche Selbstverwirklichungsstrategie; eine nachhaltige Ökologie und die Erhaltung der Biodiversität der Erde.“ (Müller 2001: 260f.) Diesem Statement ist zumindest an dieser Stelle nichts mehr hinzuzufügen.

## Anmerkungen

<sup>1</sup> „Despite its antiquity, the dominant mode of thinking in the sociology of mental illness is still that of the labelling perspective.“ (Bowers 1998: 7) Da die Kontinuitäten zwischen Konstruktionismus und *Labelling*-Ansatz nicht übersehen werden können, ist für Bowers der moderne Konstruktionismus nur eine Erweiterung der klassischen *Labelling*-Theorie.

<sup>2</sup> Das Konstrukt der Umgebung der evolutionären Adaptiertheit ist zweifelsohne eine tragfähiges Modell, dessen Schwächen jedoch nicht übersehen werden dürfen (vgl. Hrdy 1999: 96ff.). Zum einen ist es nicht sicher, wie sehr sich die Menschen in ihrer genetischen Ausstattung wirklich über alle Weltregionen hinweg geglichen haben. Zum anderen umfasst das Pleistozän selbst mehrere zehntausend Jahre, wo biologische Entwicklungen nicht nur theoretisch möglich sind. Und zum dritten können die exakten Lebensbedingungen dieser Zeit im wörtlichen Sinne nur re-konstruiert werden, eingedenk der örtlichen und zeitlichen Variationsmöglichkeiten. Und schließlich ist auch die Aussage vom vorläufigen Ende der Evolution des *Homo sapiens* bei einem genaueren Hinsehen nicht korrekt, da sich permanent Selektionen und Anpassungen auf der genetischen Ebene abspielen. Die dokumentierten Veränderungen des menschlichen Genoms seit dem Pleistozän beziehen sich auf genetische Selektionen

im Zusammenhang mit bestimmten Krankheiten, siehe Hrdy (1999: 106f.). So weit man dies beurteilen kann, ist die biologische Umwelt des psychischen Systems hiervon aber nicht betroffen.

<sup>3</sup> Mit einem anderen theoretischen Hintergrund, nämlich subjektorientierter Handlungstheorie, beschreibt Hurrelmann eine ähnliche Konzeption, die sich ebenfalls von der konventionellen Sozialisationstheorie absetzt (vgl. Hurrelmann 1983; Hurrelmann et al. 1986; Hurrelmann 2000: 61f.). Dass der pädagogische Zweig der Sozialisationsforschung erhebliche Probleme mit dem Konzept der Selbstsozialisation hat, ist mehr als verständlich, denn die pädagogischen Steuerungsmöglichkeiten werden hier erheblich minimiert. So beklagt etwa Zinnecker (2000: 276) die „Entpädagogisierung des Diskurses um Sozialisation“. Die gleichen Probleme bestanden allerdings auch schon mit den verhaltensgenetischen Befunden über die relativ geringe Rolle der elterlichen Erziehung auf den Lebensverlauf.

<sup>4</sup> Daher treffen die ironischen Bemerkungen Luhmanns über unerfüllte Ansprüche im sozialen System (z.B. Luhmann 1989: 242ff.) auf ‚reale‘ psychische Störungen nicht zu. Hier geht es nicht um eine gepflegte Semantik, mittels der man die Schuld am eigenen missratenen Leben ‚der Gesellschaft‘ zuschieben möchte. Vielmehr stecken biologisch fundierte Bedürfnisse dahinter (Nesse 1999; Nesse 2000), deren Missachtung durch die soziale Umwelt dann eben Copingprozesse in Gang setzt, die als Psychopathologie beobachtet werden.



## Literatur

- Abbondanza, Donna M., Kathryn R. Puskar, Barbara Wilkinson, Charleen Welch, Sandra Rudert & Bernadette Gallippi (1994): Psychiatric mental health nursing in a biopsychosocial era. *Perspectives in Psychiatric Care*, 30 (3): 21-25.
- Abed, Riadh T. (2001): Psychiatry and darwinism: Time to reconsider? *British Journal of Psychiatry*, 178: 1-3.
- Abraham, Ivo L., Jeanne C. Fox & Bobbye T. Cohen (1992): Integrating the bio into the biopsychosocial: Understanding and treating biological phenomena in psychiatric-mental health nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6: 296-305.
- Adler, Nancy E. & Joan M. Ostrove (1999): Socioeconomic status and health: What we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896: 3-15.
- Adolphs, Ralph (1999): Social cognition and the human brain. *Trends in Cognitive Science*, 3: 469-479.
- Adorno, Theodor W., Else Frenkel-Brunswik, Daniel J. Levinson & R. Nevitt Sanford (1950): *The Authoritarian Personality*. New York: Harper & Row.
- Ahlemeyer, Heinrich (1996): *Prostitutive Intimkommunikation: Zur Mikrosoziologie heterosexueller Prostitution*. Stuttgart: Enke.
- Albright, Thomas D., Eric R. Kandel & Michael I. Posner (2000): Cognitive neuroscience. *Current Opinion in Neurobiology*, 10: 612-624.
- Alexander, Jeffrey C. (1987): The centrality of the classics, in: Anthony Giddens & Jonathan H. Turner (Hrsg.), *Social Theory Today*. Stanford, Ca.: Stanford University Press, 11-57.
- Ambrosius, Gerold & William H. Hubbard (1986): *Sozial- und Wirtschaftsgeschichte Europas im 20. Jahrhundert*. München: Beck.
- an der Heiden, W. (1996): Können durch außerstationäre Maßnahmen stationäre Aufenthalte verhindert werden? *Das Gesundheitswesen*, 58 (Sonderheft 1): 38-43.
- Andreasen, Nancy C. (1997): Linking mind and brain in the study of mental illnesses: A project for a scientific psychopathology. *Science*, 275: 1586-1593.
- Andreasen, Nancy C. (1999): Understanding the causes of schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 340: 645-647.
- Andreasen, Nancy C. (2000): Schizophrenia: the fundamental questions. *Brain Research Reviews*, 31: 106-112.
- Andreasen, Nancy C., Sergio Paradiso & Daniel S. O'Leary (1998): „Cognitive dysmetria“ as an integrative theory of schizophrenia: A dysfunction in cortical-subcortical-cerebellar circuitry? *Schizophrenia Bulletin*, 24: 203-218.
- Aneshensel, Carol C. (1992): Social stress: theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18: 15-38.
- Aneshensel, Carol S., Carolyn M. Rutter & Peter A. Lachenbruch (1991): Social structure, stress, and mental health: Competing conceptual and analytic models. *American Sociological Review*, 56: 166-178.

- Angermeyer, Matthias C. (Hrsg.) (1987): *From Social Class to Social Stress*. Berlin: Springer.
- Angermeyer, Matthias C. (2000): Das Bild von der Psychiatrie unter Bevölkerung. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in den neuen Bundesländern. *Psychiatrische Praxis*, 27: 327-329.
- Angermeyer, Matthias C., Bruce G. Link & Alice Majcher-Angermeyer (1987): Stigma perceived by patients attending modern treatment settings - some unanticipated effects of psychiatry reforms. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 175: 4-11.
- Angermeyer, Matthias C., Herbert Matschinger & Anita Holzinger (1997): Die Belastung der Angehörigen chronisch psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 24: 215-220.
- Angermeyer, Matthias C. & Beate Schulze (1998): Psychisch Kranke - eine Gefahr? *Psychiatrische Praxis*, 25: 211-220.
- Anisman, Hymie & Zul Merali (1999): Understanding stress: Characteristics and caveats. *Alcohol Research & Health*, 23: 241-249.
- Appleby, Louis, John A. Dennehy, Christopher S. Thomas, E. Brian Faragher & Glyn Lewis (1999a): Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: a case-control study. *Lancet*, 353: 1397-1400.
- Appleby, Louis, Jenny Shaw, Tim Amos, Ros McDonnell, Catherine Harris, Kerry McCann, Katy Kiernab, Sue Davies, Harriet Bickley & Rebecca Parsons (1999b): Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *British Medical Journal*, 318: 1235-1239.
- Argyle, Michael (2001): *The Psychology of Happiness*. Hove: Routledge.
- Armstrong, David (1987): Theoretical tensions in biopsychosocial medicine. *Social Science and Medicine*, 25: 1213-1218.
- Aro, Seppo, Hillevi Aro & Ilmo Keskimäki (1995): Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder: A 17-year retrospective follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 166: 759-767.
- Atkinson, Thomas, Ramsay Liem & Joan Liem (1986): The social costs of unemployment: Implications for social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 27: 317-330.
- Aurich, Constanze, Steffi G. Riedel-Heller & Thomas Becker (1999): Schützt Bildung vor Demenz? *Psychiatrische Praxis*, 26: 112-115.
- Aviram, Uri (1990): Community care of the seriously mentally ill: Continuing problems and current issues. *Community Mental Health Journal*, 26: 69-88.
- Baars, Bernard J. (1998): *Das Schauspiel des Denkens: Neurowissenschaftliche Erkundungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bachrach, Leona (1997): Lessons from the American experience in providing community-based services, in: Julian Leff (Hrsg.), *Care in the community: Illusion or reality*. Chichester: Wiley, 21-36.
- Bäcker, Andreas, Ursula Pauli-Pott, Gerhard Neuhäuser & Dieter Beckmann (2000): Auswirkungen deutlich erhöhter Geburtsrisiken auf den Entwicklungsstand im Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49: 385-398.

- Badura, Bernhard & Holger Pfaff (1992): Für eine subjektorientierten Ansatz in der soziologischen Stressforschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 44: 354-363.
- Bagley, Christopher & Anthony R. D'Augelli (2000): Suicidal behavior in gay, lesbian, and bisexual youth. *British Medical Journal*, 320: 1617-1618.
- Bak, Per (1996): *How Nature Works: The Science of Self-organized Criticality*. New York: Copernicus.
- Balabanova, Dina & Martin McKee (1999): Patterns of alcohol consumption in Bulgaria. *Alcohol and Alcoholism*, 34: 622-628.
- Barkow, Jerome H., Leda Cosmides & John Tooby (Hrsg.) (1992): *The Adapted Mind: Evolutionary Psychology and the Generation of Culture*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Bartley, Mel, Jane Ferrie & Scott M Montgomery (1999): Living in a high-unemployment economy: understanding the health consequences, in: Michael Marmot & Richard G. Wilkinson (Hrsg.), *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, 81-104.
- Bateson, Gregory (1981): *Ökologie des Geistes: Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bateson, Gregory, Don D. Jackson, Jay Haley u.a. (1969): *Schizophrenie und Familie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bechtel, William (1994): Connectionism, in: Samuel Guttenplan (Hrsg.), *A Companion to the Philosophy of Mind*. Oxford: Blackwell, 200-210.
- Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Beck, Ulrich & Elisabeth Beck-Gernsheim (1990): *Das ganz normale Chaos der Liebe*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Beck, Ulrich & Wolfgang Bonß (Hrsg.) (2001): *Die Modernisierung der Moderne*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Becker, Howard C. (1998a): Kindling in alcohol withdrawal. *Alcohol Health and Research World*, 22: 25-33.
- Becker, Thomas (1995): Die Schließung psychiatrischer Großkrankenhäuser in England - Evaluation durch das TAPS-Projekt - Ein Literaturbericht. *Psychiatrische Praxis*, 22: 50-54.
- Becker, Thomas (1998b): *Gemeindepsychiatrie: Entwicklungsstand in Großbritannien und Implikationen für Deutschland*. Stuttgart: Thieme.
- Becker, Thomas & Norman Sartorius (1999): Ökologie und Psychiatrie, in: Hansfried Helmchen, Fritz Henn, Hans Lauter & Norman Sartorius (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart 1: Grundlagen der Psychiatrie*. Berlin: Springer, 473-506.
- Beigel, Allan (1995): A proposed vision for psychiatry at the turn of the century. *Comprehensive Psychiatry*, 36: 31-39.
- Bengtsson, C. , P. Allebeck, L. Lissner, C. Björkelund, T. Hällstrom & J.A. Sigurdsson (1998): Alcohol habits in Swedish women: Observations from the population study of women in Gothenburg, Sweden 1968-1993. *Alcohol and Alcoholism*, 33: 533-540.

- Bentall, R.P. & D. Pilgrim (1993): Thomas Szasz, crazy talk and the myth of mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 66 (Part 1): 69-76.
- Benton, Ted (1991): Biology and social science: Why the return of the repressed should be given a (cautious) welcome. *Sociology*, 25: 1-29.
- Berger, Peter A. (1996): Individualisierung: Statusunsicherheit und Erfahrungsvielfalt. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Berger, Peter L., Brigitte Berger & Hansfried Kellner (1987): Das Unbehagen in der Modernität. Frankfurt/M.: Campus.
- Besio, Cristina & Andrea Pronzini (1999): Die Beobachtung von Theorien und Methoden - Antwort auf A. Nassehi. *Soziale Systeme*, 5: 385-397.
- Bhugra, D. (2000): Migration and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (Suppl. 407): 68-73.
- Biondi, M. & A. Picardi (1999): Psychological stress and neuroendocrine function in humans: The last two decades of research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68: 114-150.
- Bischof, Gallus, Hans-Jürgen Rumpf, Ulfert Hapke, Christian Meyer & Ulrich John (2000): Remission ohne formelle Hilfen und Inanspruchnahme stationärer Behandlung bei Alkoholabhängigen – Ein Vergleich auslösender Faktoren. *Sucht*, 46: 54-61.
- Blackmore, Susan (1999): *The Meme Machine*. Oxford: Oxford University Press.
- Blane, David (1999): The life course, the social gradient, and health, in: Michael Marmot & Richard G. Wilkinson (Hrsg.), *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, 64-80.
- Blane, David, George Davey Smith & Carol Hart (1999): Some social and physical correlates of intergenerational social mobility: Evidence from the West of Scotland collaborative study. *Sociology*, 33: 169-183.
- Blanz, B. (1998): Psychosoziale Faktoren und kindliche Entwicklung - Zum Stand der Forschung. *Nervenheilkunde*, 17: 75-79.
- Blumenberg, Hans (1981): *Die Lesbarkeit der Welt*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- BMG (1999): *Daten des Gesundheitswesens 1999*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 122. Baden-Baden: Nomos.
- BMG (2000): *Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit
- Bobak, Martin & Michael Marmot (1996): East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. *British Medical Journal*, 312: 421-425.
- Bohnen, Alfred (1994): Die Systemtheorie und das Dogma von der Irreduzibilität des Sozialen. *Zeitschrift für Soziologie*, 23: 292-305.
- Böker, Wolfgang & Hans Dieter Brenner (1997): Systemic concepts of schizophrenia and their implications for therapy research, in: Hans Dieter Brenner & Wolfgang Böker (Hrsg.), *Towards a Comprehensive Therapy of Schizophrenia*. Seattle: Hogrefe and Huber, 3-17.
- Bommes, Michael & Albert Scherr (2000): Soziale Arbeit, sekundäre Ordnungsbildung und die Kommunikation unspezifischer Hilfsbedürftigkeit, in: Roland Merten (Hrsg.), *Systemtheorie Sozialer Arbeit*. Opladen: Leske und Budrich, 67-86.

- Bonß, Wolfgang (1995): *Vom Risiko: Unsicherheit und Ungewissheit in der Moderne*. Hamburg: Hamburger Edition.
- Bonß, Wolfgang & Barbara Riedmüller (1983): Ausgrenzung von Arbeitskraft und Psychiatrisierung - Zum sozialpolitischen Funktionswandel der Psychiatriereform, in: Joachim Matthes (Hrsg.), *Krise der Arbeitsgesellschaft*. Verhandlungen des 21. Deutschen Soziologentages. Frankfurt/M.: Campus, 622-640.
- Booth, Alan & Paul R. Amato (2001): Parental predivorce relations and offspring postdivorce well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 63: 197-212.
- Booth, Alan, David R. Johnson & Douglas A. Granger (1999): Testosterone and men's depression: The role of social behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 40: 130-140.
- Bopp, Jörg (1980): *Antipsychiatrie: Theorien, Therapien, Politik*. Frankfurt/M.: Syndikat.
- Bosma, Hans, H. Dike van de Mheen & Johan P. Mackenbach (1999): Social class in childhood and general health in adulthood: Questionnaire study of contribution of psychological attributes. *British Medical Journal*, 318: 18-22.
- Bouchard, T.J. (1997): Experience Producing Drive Theory: how genes drive experience and shape personality. *Acta Paediatrica*, 422 (Supplement): 60-64.
- Bouchard, Thomas J. Jr. (1994): Genes, environment, and personality. *Science*, 264: 1700-1701.
- Bourdieu, Pierre (1982): *Die feinen Unterschiede: Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bowers, Len (1998): *The Social Nature of Mental Illness*. London: Routledge.
- Boydell, J., J. van Os, K. McKenzie, J. Allardyce, R. Goel, R.G. McCreadie & R.M. Murray (2001): Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *British Medical Journal*, 323: 1336-1338.
- Boyle, Mary (1990): *Schizophrenia: A Scientific Delusion?* London: Routledge.
- Bracken, Patrick & Philip Thomas (2001): Postpsychiatry: a new direction for mental health. *British Medical Journal*, 322: 724-727.
- Bramsen, Inge, Anja J.E. Dirkzwager & Henk M. van der Ploeg (2000): Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: A prospective study of former peacekeepers. *American Journal of Psychiatry*, 157: 1115-1119.
- Braun, Katharina (1996): Synaptische Reorganisation bei frühkindlichen Erfahrungs- und Lernprozessen: Relevanz für die Entstehung psychischer Erkrankungen. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik*, 44: 253-266.
- Braun, Katharina & Bernhard Bogerts (2000): Einfluss frühkindlicher Erfahrungs- und Lernprozesse auf die funktionelle Reifung des Gehirns. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychotherapie*, 50: 420-427.
- Breeze, Elizabeth, Astrid Fletcher, David A. Leon, Michael G. Marmot, Robert J. Clarke & Martin J. Shipley (2001): Do socioeconomic disadvantages persist into old age? Self-reported morbidity in a 19-year follow-up of the Whitehall study. *American Journal of Public Health*, 91: 277-283.

- Brennan, Patricia A., Emily R. Grekin & Sarnoff A. Mednick (1999): Maternal smoking during pregnancy and adult male criminal outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 56: 215-219.
- Brenner, M. Harvey (1979): *Wirtschaftskrisen, Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankung*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Breslau, Naomi, Glenn Davis, Patricia Andreski, Belle Federman & James C. Anthony (1998a): Epidemiological findings on posttraumatic stress disorder and co-morbid disorders in the general population, in: Bruce P. Dohrenwend (Hrsg.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*. New York/Oxford: Oxford University Press, 319-330.
- Breslau, Naomi, Ronald C. Kessler, Howard Chilcoat, Lonni R. Schultz, Glenn C. Davis & Patricia Andreski (1998b): Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55: 626-632.
- Brewin, Chris A., Bernice Andrews, Suzanna Rose & Marilyn Kirk (1999): Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 156: 360-366.
- Britton, Annie & Martin McKee (2000): The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54: 328-332.
- Bromet, Evelyn, Amanda Sonnega & Ronald C. Kessler (1998): Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: Findings from the National Comorbidity Study. *American Journal of Epidemiology*, 147: 353-361.
- Bronfenbrenner, Urie (1986): Ecology of the family as a context for human development. *Developmental Psychology*, 22: 723-742.
- Bronfenbrenner, Urie (1989): Ecological systems theory. *Annals of Child Development*, 6: 187-249.
- Brothers, Leslie (1997): *Friday's Footprints. How society shapes the human mind*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Brown, Alan S., Jim van Os, Corine Driessens, Hans W. Hoek & Ezra S. Susser (2000): Further evidence of relation between prenatal famine and major affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157: 190-195.
- Brown, George W. (1996): Genetics of depression: a social science perspective. *International Review of Psychiatry*, 8: 387-401.
- Brown, George W. (1998a): Genetic and population perspectives on life events and depression. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 33: 363-372.
- Brown, George W. (1998b): Loss and depressive disorders, in: Bruce P. Dohrenwend (Hrsg.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*. New York/Oxford: Oxford University Press, 358-370.
- Brown, George W., Maire Ni Bhrolchain & Tirril Harris (1975): Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology*, 9: 225-254.
- Brown, George W. & Tirril O. Harris (1978): *Social origins of depression: a study of psychiatric order in women*. London: Tavistock.
- Brown, George W. & Tirril O. Harris (1989): *Life events and illness*. New York: Guilford Press.

- Brown, Phil (1985): *The transfer of care: Psychiatric deinstitutionalization and its aftermath*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Brown, Phil (1990): The name game: Toward a sociology of diagnosis. *Journal of Mind and Behavior*, 11: 385-406.
- Brown, Phil (1995): Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness. *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue (34-52).
- Brown, S. (1997): Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 171: 502-508.
- Browning, Christopher R. & Edward O. Laumann (1997): Sexual contact between children and adults: A life course perspective. *American Sociological Review*, 62: 540-560.
- Bruce, Martha L. (1998): Divorce and psychopathology, in: Bruce P. Dohrenwend (Hrsg.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*. New York/Oxford: Oxford University Press, 219-232.
- Brunner, Eric & Michael Marmot (1999): Social organization, stress, and health, in: Michael Marmot & Richard G. Wilkinson (Hrsg.), *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, 17-43.
- Brunner, J. & Th. Bronisch (1999): Neurobiologische Korrelate suizidalen Verhaltens. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 67: 391-412.
- Bruns, Georg (1993): *Ordnungsmacht Psychiatrie? Zwangseinweisung als soziale Kontrolle*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bucholz, Kathleen N. & Lee N. Robins (1989): Sociological research in alcohol use, problems, and policy. *Annual Review of Sociology*, 15: 163-186.
- Buckland, Paul R. (2001): Genetic association studies of alcoholism - problems with the candidate gene approach. *Alcohol and Alcoholism*, 36: 99-103.
- Bulcroft, Richard, Kris Bulcroft, Karen Bradley & Carl Simpson (2000): The management and production of risk in romantic relationships: a postmodern paradox. *Journal of Family History*, 25: 63-92.
- Bulmahn, Thomas (2000): *Modernity and happiness: The case of Germany*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin.(FS III 00-402)
- Burmeister, Margit (1999): Basic concepts in the study of diseases with complex genetics. *Biological Psychiatry*, 45: 522-532.
- Burnett, Angela & Michael Peel (2001): The health of survivors of torture and organised violence. *British Medical Journal*, 322: 606-609.
- Busfield, Joan (1998): Restructuring mental health services in twentieth century Britain. *Clio Medica*, 49: 9-28.
- Busfield, Joan (2000): Introduction: Rethinking the sociology of mental health. *Sociology of Health and Illness*, 22: 543-558.
- Busjahn, Andreas, Hans-Dieter Faulhaber, Kristina Freier & Friedrich C. Luft (1999): Genetic and environmental influences on coping styles: A twin study. *Psychosomatic Medicine*, 61: 469-475.
- Buss, David M., Todd K. Shackelford, Lee A. Kirkpatrick & Randy J. Larsen (2001): A half century of mate preferences: The cultural evolution of values. *Journal of Marriage and the Family*, 63: 491-503.

- BzGA (1998): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Bundesanstalt für gesundheitliche Aufklärung
- Cacioppo, John T., Gary G. Berntson, John F. Sheridan & Martha K. McClintock (2000): Multilevel integrative analyses of human behavior: Social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychological Bulletin*, 126: 829-843.
- Cancro, R. (2000): The introduction of neuroleptics: a psychiatric revolution. *Psychiatric Services*, 55: 333-335.
- Carmichael, Suzan L. & Gary M. Shaw (2000): Maternal life event stress and congenital anomalies. *Epidemiology*, 11: 30-35.
- Carneiro, Robert L. (2000): The transition from quantity to quality: A neglected causal mechanism in accounting on social evolution. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 97: 12926-12931.
- Castel, Françoise, Robert Castel & Anne Lovell (1982): *Psychiatisierung des Alltags: Produktion und Vermarktung der Psychowaren in den USA*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Cavalli-Sforza, Luca & Francesco Cavalli-Sforza (1994): *Verschieden und doch gleich: ein Genetiker entzieht dem Rassismus die Grundlage*. München: Droemer Knaur.
- Cavanagh, J.T.O., D.G.C. Owens & E.C. Johnstone (1999): Life events in suicides and undetermined death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 34: 645-650.
- Cavalaars, A.E.J.M., A.E. Kunst, J.J.M. Geurts, R. Crialesi, L. Grötvedt, U. Helmert, E. Lahelma, O. Lundberg, J. Matheson, A. Mielck, N.Kr. Rasmussen, E. Regidor, M. do Rosario-Giraldes, Th. Spuhler & J.P. Mackenbach (2000): Educational differences in smoking: international comparison. *British Medical Journal*, 320: 1102-1107.
- Chalmers, David (1995a): The puzzle of conscious experience. *Scientific American* (December): 62-68.
- Chalmers, David J. (1995b): Facing up the problem of consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 2: 200-219.
- Charlton, Bruce G. (1996): What is the ultimate cause of socio-economic inequalities in health? An explanation in terms of evolutionary psychology. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 89: 3-8.
- Cheng, Andrew T.A., Tony Chen, H.H., Chwen-Chen Chen & Jenny Jenkins (2000): Psychological and psychiatric risk factors of suicide: Case-control psychological autopsy study. *British Journal of Psychiatry*, 177: 360-365.
- Cherlin, Andrew J., P. Lindsay Chase-Landsdale & Christine McRae (1998): Effects of parental divorce on mental health throughout the life course. *American Sociological Review*, 63: 239-249.
- Chisholm, James S. & Victoria K. Burbank (2001): Evolution and inequality. *International Journal of Epidemiology*, 30: 206-211.
- Ciampi, Luc (1981): Psychoanalyse und Systemtheorie - Ein Widerspruch? Ein Ansatz zu einer „Psychoanalytischen Systemtheorie“. *Psyche*, 35: 66-68.
- Clark, Andy (1997): *Being There: Putting Brain, Body, and World Together Again*. Cambridge, Mass.: MIT Press.

- Clark, Andy (1999): An embodied cognitive science? *Trends in Cognitive Science*, 3: 345-351.
- Clark, L.A., D. Watson & S. Reynolds (1995): Diagnosis and classification of psychopathology: challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, 46: 121-153.
- Clifford, Erin (1999): Neural plasticity: Merzenich, Taub, and Greenough. *Harvard-Brain*, 6: 16-20.
- Cochran, Susan D. & Vickie M. Mays (2000): Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III. *American Journal of Public Health*, 90: 573-578.
- Cockerham, William C. (1989): *Sociology of Mental Disorder*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Coffey, Donald S. (1998): Self-organization, complexity and chaos: The new biology for medicine. *Nature Medicine*, 4: 882-885.
- Cohen, Carl I. (2000): Overcoming social amnesia: The role for a social perspective on psychiatric research and practice. *Psychiatric Services*, 51: 72-78.
- Coker, Ann L., Paige H. Smith, Lesa Bethea, Melissa King & Robert McKeown (2000a): Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 9: 451-457.
- Coker, Ann L., Paige Hall Smith, Robert E. McKeown & Melissa J. King (2000b): Frequency and correlates of intimate partner violence by type: Physical, sexual, and psychological battering. *American Journal of Public Health*, 90: 553-559.
- Compas, Bruce E., Beth R. Hinden & Cynthia A. Gerhardt (1995): Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 46: 265-293.
- Conley, Dalton & Neil G. Bennett (2000): Is biology destiny? Birth weight and life chances. *American Sociological Review*, 65: 458-467.
- Conrad, Peter (1992): Medicalisation and social control. *Annual Review of Sociology*, 18: 209-232.
- Cook, Judith, A., & Eric R. Wright (1995): Medical sociology and the study of severe mental illness: Reflections on past accomplishments and directions for future research. *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue: 95-114.
- Corsi, Giancarlo (1993): Die dunkle Seite der Karriere, in: Dirk Baecker (Hrsg.), *Probleme der Form*. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 252-265.
- Cosentino, Clare E. & Michelle Collins (1996): Sexual abuse of children: Prevalence, effects, and treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 789: 45-65.
- Cosmides, Leda & John Tooby (1992): Cognitive adaptations for social exchange, in: Jerome H. Barkow, Leda Cosmides & John Tooby (Hrsg.), *The Adapted Mind: Evolutionary Psychology and Generation of Culture*. New York/Oxford: Oxford University Press, 163-228.
- Cosmides, Leda, John Tooby & Jerome H. Barkow (1992): Introduction: Evolutionary psychology and conceptual integration, in: Jerome H. Barkow, Leda Cosmides & John Tooby (Hrsg.), *The Adapted Mind: Evolutionary Psychology and Generation of Culture*. New York/Oxford: Oxford University Press, 3-15.

- Craddock, Nick & Michael J. Owen (1996): Modern molecular genetic approaches to psychiatric disease. *British Medical Bulletin*, 52: 434-452.
- Craig, Thomas J. & Eugene M. Laska (1983): Deinstitutionalization and the survival of the state hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 34: 616-622.
- Crossley, Nick (1998): R.D. Laing and the british anti-psychiatry movement: A socio-historical analysis. *Social Science and Medicine*, 47: 877-889.
- Crow, Timothy J. (2000): Schizophrenia as the price that Homo sapiens pays for language: a resolution of the central paradox in the origin of the species. *Brain Research Reviews*, 31: 118-129.
- Csernansky, John G. & Joel A. Posener (1999): Laboratory test to aid psychiatric diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 56: 405-406.
- Dahrendorf, Ralf (1987): Soziale Klassen und Klassenkonflikt: Ein erledigtes Theoriestück?, in: Bernhard Giesen & Hans Haferkamp (Hrsg.), *Soziologie der sozialen Ungleichheit*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 10-30.
- Dalgard, Odd Steffen & Kristian Tambs (1997): Urban environment and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 171: 530-536.
- Dalton, Richard & Marc A. Forman (1994): Mind, brain, and psychiatry. *Harvard Review of Psychiatry*, 2: 133-141.
- Davey Smith, George (2001): Reflections on the limitations to epidemiology. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54 (325-331).
- David, A.S. & G. Busatto (1999): Die Halluzination: Eine Störung von Gehirn und Geist. *Nervenheilkunde*, 18: 104-115.
- Davidson, Michael, Abraham Reichenberg, Jonathan Rabinowitz, Mark Weiser, Zeev Kaplan & Mordehai Mark (1999): Behavioral and intellectual markers for schizophrenia in apparently healthy male adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 156: 1328-1335.
- Davidson, Richard J. & William Irwin (1999): The functional neuroanatomy of emotion and affective style. *Trends in Cognitive Sciences*, 3: 11-21.
- Davis, Glenn Craig & Naomi Breslau (1994): Post-traumatic stress disorder in victims of civilian trauma and criminal violence. *Psychiatric Clinics of North America*, 17: 289-299.
- Dawkins, Richard (1989): *The Selfish Gene*. Oxford: Oxford University Press.
- de Jong, Joop T.V.M., Ivan H. Komproe, Mark Van Ommeren, Mustafa El Masri, Mesfin Araya, Noureddine Khaled, Willem van de Put & Daya Somasundaram (2001): Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *Journal of the American Medical Association*, 286: 555-562.
- de Swaan, Abram (1990): *In Care of the State: Health Care, Education and Welfare in Europe and the USA in the Modern Era*. Oxford: Polity Press.
- de Vries, M., P.M.M.B. Soetekouw, J.W.M. van der Meer & G. Bleijenberg (2001): Natural course of symptoms in Cambodia veterans: a follow-up study. *Psychological Medicine*, 31: 331-338.
- Deary, Ian J. (2001a): Human intelligence differences: a recent history. *Trends in Cognitive Sciences*, 5: 127-130.
- Deary, Ian J. (2001b): Human intelligence differences: towards a combined experimental-differential approach. *Trends in Cognitive Sciences*, 5: 164-170.

- Degele, Nina (1999): Soziale Differenzierung: Eine subjektorientierte Perspektive? *Zeitschrift für Soziologie*, 28: 95-114.
- Dekker, J., J. Peen, A. Goris, H. Heijnen & H. Kwakman (1997): Social deprivation and psychiatric admission rates in Amsterdam. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 32: 485-492.
- Delacour, Jean (1997): Neurobiology of consciousness: an overview. *Behavioural Brain Research*, 85: 127-141.
- Dennett, Daniel (1994): *Philosophie des menschlichen Bewußtseins*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Dennett, Daniel C. (1995): *Darwin's Dangerous Idea: Evolution and the Meanings of Life*. New York: Touchstone.
- Denscombe, Martyn (2001): Uncertain identities and health-risking behaviour: The case of young people and smoking. *British Journal of Sociology*, 52: 157-177.
- Diamond, Jared (1997): *Arm und reich: Die Schicksale menschlicher Gesellschaften*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Díaz, Rafael, George Ayala, Edward Bein, Jeff Henne & Barbara V. Marin (2001): The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual latino men: Findings from 3 US cities. *American Journal of Public Health*, 91: 927-932.
- Dickens, Peter (2001): Linking the social and natural sciences: Is capital modifying human biology in its own image? *Sociology*, 35: 93-110.
- Dinwiddie, S., A.C. Heath, M.P. Dunne, K.K. Bucholz, P.A.F. Madden, W.S. Slutske, L.J. Beierut, D.B. Statham & N.G. Martin (2000): Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin-control study. *Psychological Medicine*, 30: 41-52.
- DiPietro, Janet A. (2000): Baby and the brain: Advances in child development. *Annual Review of Public Health*, 21: 455-471.
- Dohrenwend, Bruce P. (1998a): Introduction, in: Bruce P. Dohrenwend (Hrsg.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*. New York/Oxford: Oxford University Press, 3-8.
- Dohrenwend, Bruce P. (1998b): Overview of evidence for the importance of adverse environmental conditions in causing psychiatric disorders, in: Bruce P. Dohrenwend (Hrsg.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*. New York/Oxford: Oxford University Press, 523-538.
- Dohrenwend, Bruce P. (2000): The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior*, 41: 1-19.
- Dohrenwend, Bruce P., Itzhak Levav, Patrick E. Shrout & et al. (1992): Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation-selection issue. *Science*, 255: 646-652.
- Dohrenwend, Bruce P., Itzhak Levav, Patrick E. Shrout, Sharon Schwartz, Guedalia Naveh, Bruce G. Link, Andrew E. Skodol & Ann Stueve (1998): Ethnicity, socioeconomic status, and psychiatric disorders: A test of the social causation - social selection issue, in: Bruce P. Dohrenwend (Hrsg.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*. New York/Oxford: Oxford University Press, 285-318.

- Dörner, Klaus (1972): Einleitung, in: Klaus Dörner & Ursula Plog (Hrsg.), Sozialpsychiatrie. Neuwied/Berlin: Luchterhand, 7-20.
- Drossman, Douglas A. (1998): Gastrointestinal illness and the biopsychosocial Model (Presidential Address). *Psychosomatic Medicine*, 60: 258-267.
- Druss, Benjamin G., Robert A. Rosenheck & William H. Sledge (2000): Health and disability costs of depressive illness in a major U.S. corporation. *American Journal of Psychiatry*, 157: 1274-1278.
- Duchaine, Bradley, Leda Cosmides & John Tooby (2001): Evolutionary biology and the brain. *Current Opinion in Neurobiology*, 11: 225-230.
- Duncan, Greg J., W. Jean Yeung, Jeanne Brooks-Gunn & Judith R. Smith (1998): How much does childhood poverty affect the life chances of children? *American Sociological Review*, 63: 406-423.
- Dunham, H. Warren (1974): Entscheidung zwischen konkurrierenden Hypothesen, in: Heiner Keupp (Hrsg.), Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. München: Urban und Schwarzenberg, 278-291.
- Dunn, Kate M., Peter R. Croft & Geoffrey I. Hackett (1999): Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53: 144-148.
- Durham, Mary L. & John Q. La Fond (1996): Assessing psychiatric care settings: hospitalization versus outpatient care. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 12: 618-633.
- Durkheim, Emile (1973): *Der Selbstmord*. Neuwied: Luchterhand.
- Eaton, William & Glynn Harrison (2000): Ethnic disadvantage and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (Suppl. 407): 38-43.
- Eaton, William & Charles Muntaner (1999): Socioeconomic stratification and mental disorder, in: Allan V. Horwitz & Theresa L. Scheid (Hrsg.), *A Handbook for the study of mental health. Social contexts, theories and systems*. Cambridge: Cambridge University Press, 259-283.
- Eco, Umberto (2000): *Kant und das Schnabeltier*. München: Hanser.
- Egan, M.F. & D.R. Weinberger (1997): Neurobiology of schizophrenia. *Current Opinion in Neurobiology*, 7: 701-707.
- Ehlers, Cindy L. (1995): Chaos and complexity: Can it help us to understand mood and behavior? *Archives of General Psychiatry*, 52: 960-964.
- Eikelmann, Bernd (1998): *Sozialpsychiatrisches Basiswissen: Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Enke.
- Eikelmann, Bernd (2000): Sozialpsychiatrische Therapie- und Versorgungsansätze, in: H.-J. Möller, G. Laux & H.P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer, 215-230.
- Eisenbach-Stangl, Irmgard (1978): Über den Begriff der totalen Institution: zu seinem Inhalt und seiner Geschichte. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 3 (2): 4-16.
- Elias, Norbert (1976a): Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Bd.1: Wandlungen des Verhalten in den weltlichen Oberschichten des Abendlandes. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

- Elias, Norbert (1976b): Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Bd. 2: Wandlungen der Gesellschaft, Entwurf einer Theorie der Zivilisation. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Ellis, Bruce J. (1992): The evolution of sexual attraction: Evaluative mechanisms in women, in: Jerome H. Barkow, Leda Cosmides & John Tooby (Hrsg.), *The Adapted Mind: Evolutionary Psychology and Generation of Culture*. New York/Oxford: Oxford University Press, 267-288.
- Elman, Igor, Caleb M. Adler, Anil K. Malhotra, Christopher Bir, David Pickar & Alan Breier (1998): Effect of acute metabolic stress on pituitary-adrenal axis activation in patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155: 979-981.
- Engel, Adreas K. & Peter König (1998): Das neurobiologische Wahrnehmungspapradigma: Eine kritische Bestandsaufnahme, in: Peter Gold & Andreas K. Engel (Hrsg.), *Der Mensch in der Perspektive der Kognitionswissenschaften*. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 156-194.
- Engel, George L. (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-136.
- Engel, George L. (1981): The clinical application of the biopsychosocial model. *Journal of Medicine and Philosophy*, 6: 101-123.
- Engel, George L. (1982): The biopsychosocial model and medical education: Who are to be the teachers? *New England Journal of Medicine*, 306: 802-805.
- Engel, George L. (1992): How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57: 3-16.
- Engel, George L. (1997): From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain. *Psychosomatics*, 38: 521-528.
- Enoch, Mary-Anne & David Goldman (1999): Genetics of alcoholism and substance abuse. *Psychiatric Clinics of North America*, 22: 289-299.
- Eriksson, Peter S., Ekaterina Perfilieva, Thomas Björk-Eriksson, Ann-Marie Alborn, Claes Nordborg, Daniel A. Peterson & Fred H. Gage (1998): Neurogenesis in the adult human hippocampus. *Nature Medicine*, 4: 1313-1317.
- Ertem, Ilgi Ozturk, John M. Leventhal & Sara Dobbs (2000): Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *The Lancet*, 356: 814-819.
- Esser, Hartmut & Niklas Luhmann (1996): Individualismus und Systemdenken in der Soziologie. *Soziale Systeme*, 2: 131-135.
- Eurogip (Hrsg.) (2001): *Workplace violence in Europe*. European conference (Conference proceedings). Paris: Eurogip.
- Ezzy, Douglas (1993): Unemployment and mental health: A critical review. *Social Science and Medicine*, 37: 41-52.
- Fabian, A. & T. Becker (2001): Psychosoziale Faktoren bei depressiven Erkrankungen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 69: 1-9.
- Fabrega, Horacio & Barbara Miller (1995): Adolescent psychiatry as a product of contemporary anglo-american society. *Social Science and Medicine*, 40: 881-894.
- Fan, Angela P. & William W. Eaton (2001): Longitudinal study assessing the joint effects of socio-economic status and birth risks on adult emotional and nervous condition. *British Journal of Psychiatry*, 170 (Suppl. 40): s78-s83.

- Farmer, Rosemary L. & Arnand K. Pandurangi (1997): Diversity in schizophrenia: Toward a richer biopsychosocial understanding of social work practice. *Health & Social Work*, 22: 109-116.
- Feeney, A., F. North, J. Head, R. Canner & M. Marmot (1998): Socioeconomic and sex differentials in reason for sickness absence from the Whitehall II study. *Occupational and Environmental Medicine*, 55: 91-98.
- Feinberg, Todd E. (1997): The irreducible perspectives of consciousness. *Seminars in Neurology*, 17: 85-93.
- Feldman, Pamela J., Christine Dunkel-Schetter, Curt A. Sandman & Pathik D. Wadhwa (2000): Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 62: 715-725.
- Fengler, Christa & Thomas Fengler (1994): *Alltag in der Anstalt. Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Fergusson, David M. (1999): Prenatal smoking and antisocial behavior. *Archives of General Psychiatry*, 56: 223-224.
- Fergusson, D.M., L.J. Woodward & L.J. Horwood (2000): Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30: 23-39.
- Fichter, Manfred M., Wolfgang Witzke, Siegfried Weyerer, Ingeborg Meller, Jürgen Rehm, Horst Dilling & Hanns Hippus (1990): Ergebnisse der oberbayerischen Verlaufsuntersuchung, in: Martin H. Schmidt (Hrsg.), *Fortschritte in der Psychiatrischen Epidemiologie*. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft, 91-113.
- Fiedler, P., M. Backenstraß, K.-T. Kronmüller & Ch. Mundt (1998): „Expressed Emotions“ (EE), Ehequalität und das Rückfallrisiko depressiver Patienten. *Der Nervenarzt*, 69: 600-608.
- Fingarette, Herbert (1988): *Heavy Drinking: The Myth of Alcoholism as a Disease*. Berkeley: University of California Press.
- Finzen, Asmus (1987): Sozialpsychiatrie als Sozialwissenschaft. *Schweizerisches Archiv der Neurologie und Psychiatrie*, 138: 25-34.
- Finzen, Asmus (1997): Die Dimension des Sozialen in Zeiten der biologischen Psychiatrie. *Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*, 26: 143-154.
- Finzen, Asmus (2000a): *Psychose und Stigma. Stigmabewältigung - zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Finzen, Asmus (2000b): Stigma, Stigmabewältigung, Entstigmatisierung. *Psychiatrische Praxis*, 27: 316-320.
- Firebaugh, Glenn (2001): The ASR review process. *American Sociological Review*, 66: 619-621.
- Fischer, Kurt W., Catherine Ayoub, Ilina Singh, Gil Noam, Andronicki Maraganore & Pamele Raya (1997): Psychopathology as adaptive development along distinctive pathways. *Development and Psychopathology*, 9: 749-779.
- Fish, Barbara (1977): Neurobiologic antecedents of schizophrenia in children: Evidence for an inherited neurointegrative defect. *Archives of General Psychiatry*, 34: 1297-1313.

- Flanigan, T.P. & R.A. Leslie (1997): Changes in brain gene expression in psychiatric illness: mRNA differential display provides some clues. *Molecular Psychiatry*, 2: 451-456.
- Flint, Jonathan (1999): The genetic basis of cognition. *Brain*, 122: 2015-2031.
- Folegovic-Smalc, V. (2000): Psychiatrische Probleme im Zusammenhang mit Gewalt und Vergewaltigung, in: Hansfried Helmchen, Fritz Henn, Hans Lauter & Norman Sartorius (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart 4: Psychiatrie besonderer Lebenssituationen*. Berlin, 543-554.
- Foley, Robert (2000): *Menschen vor homo sapiens: Wie und warum unsere Art sich durchsetzte*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Fonagy, Peter & Anna Higgitt (2000): Early influences on development and social inequalities: An attachment theory perspective, in: Alvin R. Tarlov & Robert F. St. Peter (Hrsg.), *The Society and Population Health Reader. Volume II: A State and Community Perspective*. New York: New Press, 104-130.
- Forster, Rudolf (1997): *Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung: Eine kritische Bilanz*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Forster, Rudolf (1999): Von der Anstaltspsychiatrie zur Gemeindepsychiatrie: Empirische Befunde und theoriegeleitete Interpretationen eines Wandlungsprozesses. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 24 (3): 56-75.
- Forster, Rudolf (2000): Die vielen Gesichter der Deinstitutionalisierung - soziologisch gedeutet. *Psychiatrische Praxis*, 27 (Sonderheft 2): S39-S43.
- Foucault, Michel (1968): *Psychologie und Geisteskrankheit*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1973): *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Fox, John W. (1990): Social class, mental illness, and social mobility: The social selection-drift hypothesis for serious mental illness. *Journal of Health and Social Behaviour*, 31: 344-353.
- Francis, Darlene D., Frances A. Champagne, Dong Liu & Michael Meaney (1999): Maternal care, gene expression, and the development of individual stress reactivity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896: 66-84.
- Francis, Darlene D. & Michael J. Meaney (1999): Maternal care and the development of stress responses. *Current Opinion in Neurobiology*, 9: 128-134.
- Franz, Matthias, Steffen Häfner, Klaus Lieberz, Gerhard Reister & Wolfgang Tress (2000): Der Spontanverlauf psychogener Beeinträchtigung in einer Bevölkerungsstichprobe. *Psychotherapeut*, 45: 99-107.
- Fratiglioni, Laura, Hui Xin Wang, Kjerstin Ericsson, Margaret Maytan & Bengt Winblad (2000): Influence of social networks on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*, 355: 1315-1319.
- Freedman, Sara A., Dalia Brandes, Tuvia Peri & Arieh Shalev (1999): Predictors of chronic post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 174: 353-359.
- Freemont, Allen M. & Chloe E. Bird (1999): Integrating sociological and biological models: An editorial. *Journal of Health and Social Behavior*, 40: 126-129.
- Freese, Lee (1994): The song of sociobiology. *Sociological Perspectives*, 37: 337-373.
- Freidson, Eliot (1988): *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.

- Friedrichs, Jürgen & Wolfgang Jagodzinski (1999): Theorien sozialer Integration, in: Jürgen Friedrichs & Wolfgang Jagodzinski (Hrsg.), Soziale Integration (Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 39). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 9-43.
- Friston, Karl J. (1996): Theoretical neurobiology and schizophrenia. *British Medical Bulletin*, 52: 644-655.
- Frith, Chris (1996): Neuropsychology of schizophrenia. *British Medical Bulletin*, 52: 618-626.
- Frith, Chris D. & Uta Frith (1999): Interacting minds - a biological basis. *Science*, 286: 1692-1695.
- Frommer, J. & S. Frommer (1993): Max Webers Krankheit - soziologische Aspekte der depressiven Struktur. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 61: 161-171.
- Fuchs, Peter (1992): Die Erreichbarkeit der Gesellschaft. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Fuchs, Peter (1993): Moderne Kommunikation: Zur Theorie des operativen Displacements. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Fuchs, Peter (1998): Das Unbewußte in Psychoanalyse und Systemtheorie: Die Herrschaft der Verlautbarung und die Erreichbarkeit des Bewußtseins. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Fuchs, Peter (2000): Systemtheorie und soziale Arbeit, in: Roland Merten (Hrsg.), Systemtheorie Sozialer Arbeit. Opladen: Leske und Budrich, 157-175.
- Fuchs, Peter (2001): Die Metapher des Systems. Studien zu der allgemein leitenden Frage, wie sich der Tänzer vom Tanz unterscheidet. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Fuchs, Peter & Dietrich Schneider (1995): Das Hauptmann-von-Köpenick-Syndrom. Überlegungen zur Zukunft funktionaler Differenzierung. *Soziale Systeme*, 1: 203-224.
- Fuchs, Stephan & Douglas A. Marshall (1998): Across the great (and small) divides. *Soziale Systeme*, 4: 5-30.
- Gaebel, Wolfgang & Wolfgang Maier (1993): Neurobiologische Determinanten schizophrener Erkrankungen. Konzept, Strategie und Methodik eines Forschungsprogramms. *Der Nervenarzt*, 64: 415-426.
- Gammelgaard, Anne (2000): Evolutionary biology and the concept of disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3: 109-116.
- Gazzaniga, Michael (1998): *The Mind's Past*. Berkeley: University of California Press.
- Geerlings, Mirjam I., Ben Schmand, Cees Jonker, Jaap Lindeboom & Lex M. Bouter (1999): Education and incident Alzheimer's disease: a biased association due to selective attrition and use of a two-step diagnostic procedure? *International Journal of Epidemiology*, 28: 492-497.
- Geller, Jeffrey L. (2000): The last half-century of psychiatric services as reflected in *Psychiatric Services*. *Psychiatric Services*, 51: 41-67.
- Gerhards, Jürgen (2001): Der Aufstand des Publikums. Eine systemtheoretische Interpretation des Kulturwandels in Deutschland zwischen 1960 und 1989. *Zeitschrift für Soziologie*, 30: 163-184.

- Gerhards, Jürgen & Bernd Schmidt (1992): *Intime Kommunikation: Eine empirische Studie über Wege der Annäherung und Hindernisse für „safer sex“*. Baden-Baden: Nomos.
- Gerhardt, Uta (1986): *Patientenkarrieren: Eine medizinsoziologische Studie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Giddens, Anthony (1991): *Modernity and Self-Identity: Self and Society in Late Modern Age*. Cambridge, Engl.: Polity Press.
- Giddens, Anthony (1992): *The Transformation of Intimacy*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, Anthony (1993): *Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, Anthony (1995): *Konsequenzen der Moderne*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Giddens, Anthony (1996): *The suicide problem in French sociology*, in: Anthony Giddens (Hrsg.), *In Defence of Sociology: Essays, Interpretations and Rejoinders*. Oxford: Blackwell, 162-172.
- Giddens, Anthony & Jonathan H. Turner (Hrsg.) (1987): *Social Theory Today*. Stanford, Ca.: Stanford University Press.
- Giesen, Bernhard (1991): *Die Entdinglichung des Sozialen: Eine evolutionstheoretische Perspektive auf die Postmoderne*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Giesen, Bernhard & Christoph Lau (1981): *Zur Anwendung darwinistischer Erklärungsstrategien in der Soziologie*. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 33: 229-256.
- Gilgenmann, Klaus (1986): *Autopoiesis und Selbstsozialisation: Zur systemtheoretischen Rekonstruktion von Sozialisierungstheorie*. *Zeitschrift für Sozialisierungsforschung und Erziehungssoziologie*, 6: 71-90.
- Gilman, Stephen E., Susan D. Cochran, Vickie M. Mays, Michael Hughes, David Ostrow & Ronald C. Kessler (2001): *Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey*. *American Journal of Public Health*, 91: 933-939.
- Göbel, Markus & Johannes F.K. Schmidt (1998): *Inklusion/Exklusion: Karriere, Probleme und Differenzierungen eines systemtheoretischen Begriffs*. *Soziale Systeme*, 4: 87-117.
- Goffman, Erving (1973): *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Goffman, Erving (1975): *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Goldberg, D. (2000): *Findings from ‚London’s Mental Health‘: a service in crisis*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101: 57-60.
- Goldman, Howard H., Neal H. Adams & Carl A. Taube (1983): *Deinstitutionalization: the data demythologized*. *Hospital and Community Psychiatry*, 34: 129-134.
- Goldsmith, H.H. & J.T. Bihun (1997): *Conceptualizing genetic influences on early behavioral development*. *Acta Paediatrica*, 422 (Supplement): 54-59.
- Goodyer, I.M., J. Herbert, J. Tamplin & P.M.E. Altham (2000): *Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of major depression in high-risk adolescents*. *British Journal of Psychiatry*, 177: 499-504.

- Gould, Elizabeth, Patima Tanapat, Nicholas B. Hastings & Tracey J. Shors (1999): Neurogenesis in adulthood: a possible role in learning. *Trends in Cognitive Science*, 3: 186-192.
- Gove, Walter R. (1975): Labelling and mental illness: a critique, in: Walter R Gove (Hrsg.), *The labelling of deviance: evaluating the perspective*, 35-81.
- Grawe, Klaus (1998): *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenfield, Susan A. (2000): *The Private Life of the Brain*. London: Allan Lane/Penguin.
- Greenfield, Thomas K., Lorraine T. Midanik & John D. Rogers (2000): A 10-year national trend study of alcohol consumption, 1984-1995: Is the period of declining drinking over? *American Journal of Public Health*, 90: 47-52.
- Greengross, Peter, Doris Hollander & Richard Stanton (2000): Pressure on adult psychiatric beds: results of a national questionnaire survey. *Psychiatric Bulletin*, 24: 54-56.
- Gross, Peter (1994): *Die Multioptionsgesellschaft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Gross, Rudolf & Markus Löffler (1997): *Prinzipien der Medizin*. Berlin: Springer.
- Grundmann, Matthias, Daniel Fuss & Jana Suckow (2000): Sozialökologische Sozialisationsforschung: Entwicklung, Gegenstand und Anwendungsbereiche, in: Matthias Grundmann & Kurt Lüscher (Hrsg.), *Sozialökologische Sozialisationsforschung: Ein anwendungsorientiertes Lehr- und Studienbuch*. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz, 17-76.
- Guarnaccia, Peter J. & Lloyd H. Rogler (1999): Research on culture-bound syndromes: New directions. *American Journal of Psychiatry*, 156: 1322-1327.
- Gunnell, David, Athanasios Lopatzidis, Daniel Dorling, Helen Wehner, Humphrey Southall & Stephen Frankell (1999): Suicide and unemployment in young people. Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *British Journal of Psychiatry*, 175: 263-270.
- Gunnell, D., M. Shepherd & M. Evans (2000): Are recent increases in deliberate self-harm associated with changes in socio-economic conditions? An ecological analysis of patterns of deliberate self-harm in Bristol 1972-3 and 1995-6. *Psychological Medicine*, 30: 1197-1203.
- Gutjahr, Elisabeth & Gerhard Gmel (2001): Die Methode bestimmt das Ergebnis: Indirekte ökonomische Folgen von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der Schweiz. *Psychiatrische Praxis*, 28 (Sonderheft): S45-S54.
- Guttenplan, Samuel (Hrsg.) (1994): *A Companion to the Philosophy of Mind*. Oxford: Blackwell.
- Guze, Samuel B. (1989): Biological psychiatry: is there any other kind? *Psychological Medicine*, 19: 315-323.
- Hacking, Ian (1999): Was heißt ‚soziale Konstruktion‘: Zur Konjunktur einer Kampfvokabel in den Wissenschaften. Frankfurt/M.: Fischer.
- Häfner, Heinz (1997): Ein Vierteljahrhundert Rehabilitation psychisch Kranker in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 59: 69-78.
- Häfner, Heinz (1998): Arbeitslosigkeit und Suizidalität. *Suizidprophylaxe*, 25 (97): 141-152.

- Häfner, H. (2000): Onset and early course as determinants of the further course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (Supplement 407): 44-48.
- Hagnell, Olle, Leif Öjesjö, Lena Otterbeck & Birgitta Rorsman (1994): Prevalence of mental disorders, personality traits and mental complaints in the Lundby Study. *Scandinavian Journal of Social Medicine (Supplement 50)*: 1-75.
- Hagner, Michael (1997): *Homo cerebialis. Der Wandel vom Seelenorgan zum Gehirn.* Berlin: Berlin Verlag.
- Hans, Sydney L., Joseph Marcus, Keith H. Nuechterlein, Robert F. Asanarow, Benedict Styr & Judith Auerbach (1999): Nebehavioral deficits at adolescence in children at risk for schizophrenia: The Jerusalem Infant Development Study. *Archives of General Psychiatry*, 56: 741-748.
- Hansen, Dorte, Hans C. Lou & Jorn Olsen (2000): Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow up. *The Lancet*, 356: 875-880.
- Hanson, Thomas L. (1999): Does parental conflict explain why divorce is negatively associated with child welfare? *Social Forces*, 77: 1283-1315.
- Harpam, Trudy (1994): Urbanization and mental health in developing countries: a research role for social scientists, public health professionals and social psychiatrists. *Social Science and Medicine*, 39: 233-245.
- Harris, T.O., S. Borsanyi, S. Messari, K. Stanford, S.E. Cleary, H.M. Shiers, G.W. Brown & J. Herbert (2000): Morning cortisol as a risk factor for subsequent major depressive disorder in adult women. *British Journal of Psychiatry*, 177: 505-510.
- Harrison, Larry & Eric Gardiner (1999): Do the rich really die young? Alcohol-related mortality and social class in Great Britain, 1988-94. *Addiction*, 94: 1871-1880.
- Harrison, Paul J. (1997): Schizophrenia: a disorder of neurodevelopment? *Current Opinion in Neurobiology*, 7: 285-289.
- Hartmann, Lawrence (1993): Menschlichkeit und biopsychosoziale Integration. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 61: 183-191.
- Hastedt, Heiner (1988): *Das Leib-Seele-Problem. Zwischen Naturwissenschaft des Geistes und kultureller Eindimensionalität.* Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Haug, Hans-Joachim & Wulf Rössler (1999): Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 249: 115-122.
- Hecht, A. (1992): Kausalität und Krankheit. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 19:
- Heim, Christine, D. Jeffrey Newport, Stacey Heit, Yolanda P. Graham, Molly Wilcox, Robert Bonsall, Andrew H. Miller & Charles B. Nemeroff (2000): Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, 284: 592-597.
- Heim, Edgar (1998): Coping - Erkenntnisstand der 90er Jahre. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 48: 321-337.
- Heinrich, Kurt & Ulrich Müller (Hrsg.) (1980): *Psychiatrische Soziologie: Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie?* Weinheim/Basel: Beltz.
- Heinze, Rolf G. & Johannes Bauerdick (1999): Arbeitslosigkeit, in: Günter Albrecht, Axel Groenemeyer & Friedrich W. Stallberg (Hrsg.), *Handbuch soziale Probleme.* Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 255-269.

- Henderson, A. Scott (1998): Social support: Its present significance for psychiatric epidemiology, in: Bruce P. Dohrenwend (Hrsg.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*. New York/Oxford: Oxford University Press, 390-397.
- Henn, F.A. (1995): Neurobiologie der Schizophrenie. *Schweizerisches Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 146: 224-229.
- Herrnstein, R.J. & C. Murray (1994): *The Bell Curve: Intelligence and Class Structure in American Life*. New York: Free Press.
- Hertzman, Clyde (1999): The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896: 85-95.
- Hess, Henner & Sebastian Scheerer (1997): Was ist Kriminalität? Skizze einer konstruktivistischen Kriminalitätstheorie. *Kriminologisches Journal*, 29: 83-155.
- Hildebrandt, H. (1994): Mental disorders and economic crisis - A study on the development of admission into the psychiatric hospitals of Prussia between 1876 and 1906. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 29: 190-196.
- Hille, Elysée T.M., A. Lya den Ouden, Saroj Saigal, Dieter Wolke, Michael Lambert, Agnes Whitaker, Jennifer A. Pinto-Martin, Lorraine Hoult, Renate Meyer, Judith F. Feldman, S. Pauline Verloove-Vanhorick & Nigel Paneth (2001): Behavioural problems in children who weigh 1000g or less at birth in four countries. *Lancet*, 357: 1641-1643.
- Hillebrandt, Frank (1997): Disziplinargesellschaft, in: Georg Kneer, Armin Nassehi & Markus Schroer (Hrsg.), *Soziologische Gesellschaftsbegriffe*. München: UTB/Fink, 101-126.
- Hillebrandt, Frank (1999): *Exklusionsindividualität: Moderne Gesellschaftsstruktur und die soziale Konstruktion des Menschen*. Opladen: Leske und Budrich.
- Hoagwood, Kimberley (1993): Poststructuralist historicism and the psychological construction of anxiety disorders. *The Journal of Psychology*, 127: 105-122.
- Hoffmann-Richter, Ulrike (2000): *Psychiatrie in der Zeitung. Urteile und Vorurteile*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hogarty, Gerard E. & Samuel Flesher (1999): Developmental theory for a cognitive enhancement therapy of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25: 677-692.
- Hollingshead, August B. & Fredrick Redlich (1975): *Der Sozialcharakter psychischer Störungen: Eine sozialpsychiatrische Untersuchung*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Horgan, John (1994): Can science explain consciousness? *Scientific American* (July): 72-78.
- Horkheimer, Max & Theodor W. Adorno (1971): *Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente*. Frankfurt/M.: Fischer.
- House, J.S., D. Umberson & K.R. Landis (1988): Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14: 293-318.
- Hrdy, Sarah Blaffer (1999): *Mother Nature: Natural Selection and the Female of the Species*. London: Chatto & Windus.
- Hsieh, Ching-Chi & M.D. Pugh (1999): Poverty, income inequality, and violent crime: A meta-analysis of recent aggregate data studies, in: Ichiro Kawachi, Bruce P. Kennedy & Richard G. Wilkinson (Hrsg.), *The Society and Population Health Reader. Volume I: Income Inequality and Health*. New York: New Press, 278-296.

- Huether, Gerald (1996): The central adaptation syndrome: psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. *Progress in Neurobiology*, 48: 569-612.
- Huether, Gerald, Stephan Doering, Ulrich Rüger, Eckart Rütther & Gerhard Schüssler (1996): Psychische Belastungen und neuronale Plastizität: Ein erweitertes Modell des Stress-Reaktions-Prozesses als Grundlage für das Verständnis zentralnervöser Anpassungsprozesse. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 42: 107-127.
- Huether, Gerald, Stephan Doering, Ulrich Rüger, Eckart Rütther & Gerhard Schüssler (1999): The stress-reaction process and the adaptive modification and reorganization of neural networks. *Psychiatry Research*, 87: 83-95.
- Hulshoff Pol, Hilleke E., Hans W. Hoek, Ezra Susser, Alan S. Brown, Alexandra Dingemans, Hugo G. Schnack, Neeltje E.M. van Haaren, Lino Moreira Pereira Ramos, Christine C. Gispen-de Wied & René S. Kahn (2000): Prenatal exposure to famine and brain morphology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157: 1170-1172.
- Hultman, Christina M., Pär Sparén, Noriyoshi Takei, Robin M. Murray & Sven Cnattingius (1999): Prenatal and perinatal risk factors for schizophrenia, affective psychosis, and reactive psychosis of early onset: case-control study. *British Medical Journal*, 318: 421-426.
- Hurrelmann, Klaus (1983): Das Modell des produktiv realitätsverarbeitenden Subjekts in der Sozialisationsforschung. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 3: 291-310.
- Hurrelmann, Klaus (2000): *Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim/München: Juventa.
- Hurrelmann, Klaus, Martin Baurmann & Jochen Wissinger (1986): Persönlichkeitsentwicklung als produktive Realitätsverarbeitung: Die interaktions- und handlungstheoretische Perspektive in der Sozialisationsforschung. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 6: 91-109.
- Hüther, Gerald (2001): *Biologie der Angst: Wie aus Stress Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Hyman, Steven E. (1999): Introduction to the complex genetics of mental disorders. *Biological Psychiatry*, 45: 518-521.
- Illich, Ivan (1981): *Die Nemesis der Medizin: Von den Grenzen des Gesundheitswesens*. Reinbek: Rowohlt.
- Isohanni, I., P.B. Jones, M.-R. Järvelin, P. Nieminen, P. Rantakallio, J. Jokelainen, T.J. Croudace & M. Isohanni (2001): Educational consequences of mental disorders treated in hospital. A 31-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Psychological Medicine*, 31: 339-349.
- Jacob, Theodore & Kenneth Leonard (1994): Family and peer influences in the development of adolescent alcohol abuse, in: Robert Zucker, Gayle Boyd & Jan Howard (Hrsg.), *The Development of Alcohol Problems: Exploring the Biopsychosocial Matrix of Risk*. Bethesda, Md.: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 123-155.

- Jahoda, Marie, Paul F. Lazarsfeld & Hans Zeisel (1975): Die Arbeitslosen von Marienthal: Ein soziographischer Versuch über die Wirkung langandauernder Arbeitslosigkeit. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Jarvis, Martin J. & Jane Wardle (1999): Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking, in: Michael Marmot & Richard G. Wilkinson (Hrsg.), *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, 240-255.
- Jaspers, Karl (1988): Max Weber. München: Piper.
- Jeffery, Kathryn M. & Ian C. Reid (1997): Modifiable neuronal connections: An overview for psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 154: 156-164.
- Jerusalem, Mathias (1990): *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Johnson, Anne M., Catherine H. Mercer, Bob Erens, Andrew J. Copas, Sally McManus, Kaye Wellings, Kevin A. Fenton, Christos Korovessis, Wendy Macdowell, Kiran Nanchahal, Susan Purdon & Julia Field (2001): Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. *British Medical Journal*, 358: 1835-1842.
- Jones, C. (1998): Raising the anti: Jan Foudraine, Ronald Laing and anti-psychiatry. *Clio Medica*, 49: 283-294.
- Jones, Maxwell (1976): *Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft: Soziales Lernen und Sozialpsychiatrie*. Bern: Huber.
- Jorm, A.F. (2000): Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine*, 30: 11-22.
- Judd, Lewis L., Hagop S. Akiskal, Pamela J. Zeller, Martin Paulus, Andrew C. Leon, Jack D. Maser, Jean Endicott, William Coryell, Jelena L. Kunovac, Timothy I. Mueller, John P. Rice & Martin B. Keller (2000): Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depression. *Archives of General Psychiatry*, 57: 375-380.
- Kagan, Jerome (1998): *Three Seductive Ideas*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kahn, Robert S., Paul H. Wise, Bruce P. Kennedy & Ichiro Kawachi (2000): State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: cross sectional survey. *British Medical Journal*, 321: 1311-1315.
- Kandel, Eric (1989): Genes, nerve cells, and the remembrance of things past. *Journal of Neuroscience and Clinical Neurosciences*, 1: 103-125.
- Kandel, Eric R. (1998): A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 156: 505-524.
- Kandel, Eric R. (1999): Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156: 505-524.
- Kaplan, George A., Gavin Turrell, John W. Lynch, Susan A. Everson, Eeva-Liisa Helkala & Jukka T. Salonen (2001): Childhood socioeconomic position and cognitive function in adulthood. *International Journal of Epidemiology*, 30: 256-263.
- Kaprio, Jaakko (2000): Genetic epidemiology. *British Medical Journal*, 320: 1257-1259.
- Kasl, Stanislav V., Eunice Rodriguez & Kathryn E. Lasch (1998): The impact of unemployment on health and well-being, in: Bruce P. Dohrenwend (Hrsg.), *Adversity*,

- Stress, and Psychopathology. New York/Oxford: Oxford University Press, 111-131.
- Katschnig, Heinz (1998): Hundert Jahre wissenschaftliche Psychiatrie: Sigmund Freud, Emil Kraepelin, Émile Durkheim und die moderne Psychiatrie. Wiener klinische Wochenschrift, 110: 207-211.
- Kauffman, Stuart (1995): At home in the universe: The search for the laws of self-organization and complexity. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Kaufman, Jay S. & Richard S. Cooper (1999): Seeking causal explanations in social epidemiology. American Journal of Epidemiology, 150: 113-120.
- Kawachi, Ichiro, Bruce P. Kennedy & Richard G. Wilkinson (Hrsg.) (1999a): The Society and Population Health Reader. Volume I: Income Inequality and Health. New York: New Press.
- Kawachi, Ichiro, Richard G. Wilkinson & Bruce P. Kennedy (1999b): Introduction, in: Ichiro Kawachi, Bruce P. Kennedy & Richard G. Wilkinson (Hrsg.), The Society and Population Health Reader. Volume I: Income Inequality and Health. New York: New Press, XI-XXXIV.
- Kay, Lily E. (2000): Who Wrote the Book of Life? A History of the Genetic Code. Stanford: Stanford University Press.
- Keane, Terence (1998): Psychological effects of military combat, in: Bruce P. Dohrenwend (Hrsg.), Adversity, stress and psychopathology. New York/Oxford: Oxford University Press, 52-65.
- Kellinghaus, Christoph, Bernd Eikelmann, Petra Ohrmann & Thomas Reker (1999): Wohnungslos und psychisch krank. Überblick über den Forschungsstand und eigene Ergebnisse zu einer doppelt benachteiligten Randgruppe. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 67: 108-121.
- Kelly, Yvonne J., James Y. Nazroo, Anne McMunn, Richard Boreham & Michael Marmot (2001): Birthweight and behavioural problems: a modifiable effect? International Journal of Epidemiology, 30: 88-94.
- Kendell, R.E., K. McInnenny, E. Juszczak & M. Bain (2000): Obstetric complications and schizophrenia. Two case-control studies based on structured obstetric records. British Journal of Psychiatry, 176: 516-522.
- Kendler, K., J. Myers & C.A. Prescott (2000a): Parenting and adult mood, anxiety and substance abuse disorders in female twins: an epidemiological, multi-informant, retrospective study. Psychological Medicine, 30: 281-294.
- Kendler, Kenneth S. (1995): Genetic epidemiology in psychiatry: Taking both genes and environment seriously. Archives of General Psychiatry, 52: 895-899.
- Kendler, Kenneth S. (1998): Adversity, stress, and psychopathology: A psychiatric genetic perspective, in: Bruce P. Dohrenwend (Hrsg.), Adversity, Stress, and Psychopathology. New York/Oxford: Oxford University Press, 477-485.
- Kendler, Kenneth S., Laura M. Karkowski, Linda A. Corey, Carol A. Prescott & Michael C. Neale (1999): Genetic and environmental risk factors in the aetiology of illicit drug initiation and subsequent misuse in women. British Journal of Psychiatry, 175: 351-356.
- Kendler, Kenneth S., Laura M. Karkowski, Michael C. Neale & Carol A. Prescott (2000b): Illicit psychoactive substance use, heavy use, abuse, and dependence in

- a US population-based sample of male twins. *Archives of General Psychiatry*, 57: 261-269.
- Kendler, Kenneth S., Ronald C. Kessler, Andrew C. Heath, Michael C. Neale & Lindon J. Eaves (1991): Coping: a genetic epidemiological investigation. *Psychological Medicine*, 21: 337-346.
- Kendler, Kenneth S., Ronald C. Kessler, Michael C. Neale, Andrew C. Heath & Lindon J. Eaves (1993): The prediction of major depression in women: Toward an integrated etiologic model. *American Journal of Psychiatry*, 150: 1139-1148.
- Kendler, Kenneth S., Ronald C. Kessler, Ellen E. Walters, Charles MacLean, Michael C. Neale, Andrew C. Heath & Lindon J. Eaves (1995): Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 152: 833-842.
- Kendler, Kenneth S., John M. Myers & Michael C. Neale (2000c): A multidimensional twin study of mental health in women. *American Journal of Psychiatry*, 157: 506-513.
- Kendler, Kenneth S., Laura M. Thornton & Charles O. Gardner (2000d): Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: An evaluation of the 'kindling' hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 157: 1243-1251.
- Kennelly, Ivy, Sabine Merz & Judith Lorber (2001): What is gender? *American Journal of Sociology*, 66: 598-605.
- Kerr, William C., Kaye Middleton Fillmore & Paul Marvy (2000): Beverage-specific alcohol consumption and cirrhosis mortality in a group of English-speaking beer-drinking countries. *Addiction*, 95: 339-346.
- Kessler, Ronald C. (1982): A disaggregation of the relationship between socioeconomic status and psychological distress. *American Sociological Review*, 47: 752-764.
- Kessler, Ronald C. (1997): The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48: 191-214.
- Kessler, Ronald C., Guilherme Borges & Ellen E. Walters (1999): Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 56: 617-626.
- Kessler, Ronald C. & Paul D. Cleary (1980): Social class and psychological distress. *American Sociological Review*, 45: 463-478.
- Kessler, R.C., C.L. Foster, W.B. Saunders & P.E. Stang (1995): Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*, 152: 1026-1032.
- Kessler, R.C., E.E. Walters & M.S. Forthofer (1998): The social consequences of psychiatric disorders, III: Probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry*, 155: 1092-1096.
- Keupp, Heinrich (1979): Psychische Krankheit als hergestellte Wirklichkeit - eine Grenzbestimmung des Etikettierungsparadigmas, in: Heinrich Keupp (Hrsg.), Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse. München: Urban und Schwarzenberg, 199-212.

- Keupp, Heiner (1999): Psychische Behinderung, in: Günter Albrecht, Axel Groenemeyer & Friedrich W. Stallberg (Hrsg.), *Handbuch soziale Probleme*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 609-631.
- Keupp, Heinrich, Elmar Koenen, Wolfgang Kraus, Monika Naggl & Dodo Rerrich (1980): Psychiatriereform in der Bundesrepublik: Die Verfallsgeschichte einer Reform und was die Perspektive von Scull zu ihrer Einschätzung beitragen könnte, in: Andrew T. Scull (Hrsg.), *Die Anstalten öffnen? Decarceration der Irren und Häftlinge*. Frankfurt/M./New York: Campus, 239-262.
- Khoury, Muin J. (1998): Genetic epidemiology, in: Kenneth J. Rothman & Sander Greenland (Hrsg.), *Modern Epidemiology*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 609-623.
- Kieserling, André (1999): *Kommunikation unter Anwesenden: Studien über Interaktionssysteme*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kilpatrick, Dean G., Heidi S. Resnick, Benjamin E. Sanders & Connie L. Best (1998): Rape, other violence against women and posttraumatic stress disorder, in: Bruce P. Dohrenwend (Hrsg.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*. New York/Oxford: Oxford University Press, 161-176.
- Kinnunen, Aarne & Margareta Nilson (1999): Recent trends in drug treatment in Europe. *European Addiction Research*, 5: 145-152.
- Kinzie, J.D. & R.R. Goetze (1996): A century of controversy surrounding posttraumatic stress-spectrum syndromes: The impact on DSM-III and DSM IV. *Journal of Traumatic Stress*, 9: 159-179.
- Klerman, Gerald L. (1989): Psychiatric diagnostic categories: Issues of validity and measurement. *Journal of Health and Social Behavior*, 30: 26-32.
- Klingemann, Harald (2001): *Alcohol and its social consequences - the forgotten dimension*. Kopenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe
- Kneer, Georg & Armin Nassehi (1993): *Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. München: Fink.
- Kneer, Georg & Gerd Nollmann (1997): Funktional differenzierte Gesellschaft, in: Georg Kneer, Armin Nassehi & Markus Schroer (Hrsg.), *Soziologische Gesellschaftsbegriffe: Konzepte moderner Zeitdiagnosen*. München: UTB/Fink, 76-100.
- Koch, Christof & Gilles Laurent (1999): Complexity and the nervous system. *Science*, 284: 96-98.
- Kohn, Robert, Bruce P. Dohrenwend & Jerrold Mirotznik (1998): Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population, in: Bruce P. Dohrenwend (Hrsg.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*. New York/Oxford: Oxford University Press, 235-284.
- Kolb, Bryan & Ian Q. Wishaw (1998): Brain plasticity and behavior. *Annual Review of Psychology*, 49: 43-64.
- Kposowa, Augustine J. (2000): Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54: 254-261.
- Kposowa, Augustine J. (2001): Unemployment and suicide: A cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychological Medicine*, 31: 127-138.

- Kraus, Ludwig & Rita Bauernfeind (1998): Konsumtrends illegaler Drogen in Deutschland: Daten aus Bevölkerungssurveys 1990-1995. *Sucht*, 44: 169-182.
- Krieger, Nancy, Jarvis T. Chen & Joseph V. Selby (1999): Comparing individual-based and household-based measures of social class inequalities in women's health: a methodological study of 684 US women. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53: 612-623.
- Kriz, Jürgen (1998): Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Krüll, Marianne (1977): Schizophrenie und Gesellschaft. München: Beck.
- Kuhm, Klaus (2000): Exklusion und räumliche Differenzierung. *Zeitschrift für Soziologie*, 29: 60-77.
- Kuperberg, Gina & Stephen Heckers (2000): Schizophrenia and cognitive function. *Current Opinion in Neurobiology*, 10: 205-210.
- Kupfer, David J. & Ellen Frank (1997): Role of psychosocial factors in the onset of major depression. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 807: 429-439.
- Kutchins, Herb & Stuart A. Kirk (1997): Making Us Crazy. DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders. New York: Free Press.
- Lachmund, Jens (1997): Der abgehorchte Körper: Zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lancet (1997): The crisis in psychiatry. *Lancet*, 349: 965.
- Laor, N. (1984): Hobbesian principles in Szasz's writings. *Clio Medica*, 10: 32-39.
- Leff, Julian, Noam Trieman, Martin Knapp & Angela Hallam (2000): The TAPS Project: A report on 13 years of research, 1985-1998. *Psychiatric Bulletin*, 24: 165-168.
- Leibfried, Stephan, Lutz Leisering, Petra Buhr, Monika Ludwig, Eva Mädje, Thomas Olk, Wolfgang Voges & Michael Zwick (1995): Zeit der Armut: Lebensläufe im Sozialstaat. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Leighton, Alexander H. (1998): A perspective on adversity, stress and psychopathology, in: Bruce P. Dohrenwend (Hrsg.), *Adversity, stress and psychopathology*. New York/Oxford: Oxford University Press, 506-520.
- Levav, Itzhak (1998): Individuals under conditions of maximum adversity: the Holocaust, in: Bruce P. Dohrenwend (Hrsg.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*. New York/Oxford: Oxford University Press, 13-33.
- LeVay, Simon (1993): *The Sexual Brain*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Lewis, Glyn, Paul Bebbington, Traolach Brugha, Michael Farrel, Baljit Gill, Rachel Jenkins & Howard Meltzner (1998): Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *Lancet*, 352: 605-609.
- Lewis, Jerry M. (1998): For better or worse: Interpersonal relationships and individual outcome. *American Journal of Psychiatry*, 155: 582-589.
- Lewis, Susan K., Catherine E. Ross & John Mirowsky (1999): Establishing a sense of personal control in the transition to adulthood. *Social Forces*, 77: 1573-1599.
- Lewontin, Richard (2000): *The Triple Helix: Gene, Organism and Environment*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Liberatos, Penny, Bruce G. Link & Jennifer Kelsey (1988): The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, 10: 87-121.

- Lindner-Braun, Christa (1990): *Soziologie des Selbstmords*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Link, Bruce G. (1987): Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52: 96-112.
- Link, B.G., H. Andrews & F.T. Cullen (1992): The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American Journal of Sociology*, 57: 275-292.
- Link, Bruce G., Bruce P. Dohrenwend & Andrew E. Skodol (1986): Socio-economic status and schizophrenia: Noisome occupational characteristics as a risk factor. *American Journal of Sociology*, 51: 242-258.
- Link, Bruce G., Mary Clare Lennon & Bruce P. Dohrenwend (1993): Socioeconomic status and depression: The role of occupations involving direction, control, and planning. *American Journal of Sociology*, 98: 1351-1387.
- Link, Bruce G. & Jo Phelan (1995): Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue: 80-94.
- Link, Bruce G. & Jo C. Phelan (1999): The Labeling Theory of mental disorders (II): The consequences of labeling, in: Allan Horwitz & Teresa L Scheid (Hrsg.), *A Handbook for the Study of Mental Disorders. Social Contexts, Theories, and Systems*. Cambridge: Cambridge University Press, 361-376.
- Link, Bruce G., Elmer L. Struening, Francis T. Cullen, E. Shrout Patrick & Bruce P. Dohrenwend (1997): On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38: 177-190.
- Link, Bruce G., Elmer L. Struening, Francis T. Cullen, Patrick E. Shrout & Bruce P. Dohrenwend (1989): A modified labeling theory approach to mental disorders. *American Sociological Review*, 54: 400-423.
- Lipowski, Z.J. (1986): To reduce or to integrate: psychiatry's dilemma. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31: 347-351.
- Löffler, W. & H. Häfner (1994): Die ökologische Verteilung schizophrener Ersterkrankungen in zwei deutschen Großstädten (Mannheim und Heidelberg). *Fundamenta Psychiatrica*, 8: 103-115.
- Löffler, W. & H. Häfner (1999): Ecological patterns of first admitted schizophrenics in two German cities over 25 years. *Social Science and Medicine*, 49: 93-108.
- Lopez Cardoso, Barbara, Alfredo Vergara, Ferid Agani & Carol A. Gotway (2000): Mental health, social functioning and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. *Journal of the American Medical Association*, 284: 569-577.
- Lopreato, Joseph & Timothy Crippen (1999): *Crisis in Sociology: The Need for Darwin*. New Brunswick: Transaction.
- Luhmann, Niklas (1978): *Soziologie der Moral*, in: Niklas Luhmann & Stephan H. Pförtner (Hrsg.), *Theorietechnik und Moral*. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 9-116.
- Luhmann, Niklas (1980): *Gesellschaftliche Struktur und semantische Tradition*, in: Niklas Luhmann (Hrsg.), *Gesellschaftsstruktur und Semantik: Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 9-71.
- Luhmann, Niklas (1982): *Liebe als Passion: Zur Codierung von Intimität*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

- Luhmann, Niklas (1984): Soziale Systeme: Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1987a): Die Autopoiesis des Bewußtseins, in: Alois Hahn & Volker Knapp (Hrsg.), Selbstthematization und Selbstzeugnis: Bekenntnis und Geständnis. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 25-94.
- Luhmann, Niklas (1987b): Die Richtigkeit soziologischer Theorie. Merkur, 41: 36-49.
- Luhmann, Niklas (1987c): Rechtssoziologie. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, Niklas (1987d): Sozialisation und Erziehung, in: Niklas Luhmann (Hrsg.), Soziologische Aufklärung 4. Opladen: Westdeutscher Verlag, 173-181.
- Luhmann, Niklas (1988): Die Wirtschaft der Gesellschaft. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1989): Individuum, Individualität, Individualismus, in: Niklas Luhmann (Hrsg.), Gesellschaftsstruktur und Semantik: Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft, Bd. 3. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 149-258.
- Luhmann, Niklas (1990a): Der medizinische Code, in: Niklas Luhmann (Hrsg.), Soziologische Aufklärung 5: Konstruktivistische Perspektiven. Opladen: Westdeutscher Verlag, 183-195.
- Luhmann, Niklas (1990b): Die Wissenschaft der Gesellschaft. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1990c): Soziologie des Risikos. Berlin: de Gruyter.
- Luhmann, Niklas (1991): Die Form ‚Person‘. Soziale Welt, 42: 166-175.
- Luhmann, Niklas (1993): „Was ist der Fall?“ und „Was steckt dahinter?“ Die zwei Soziologen und die Gesellschaftstheorie. Zeitschrift für Soziologie, 22: 245-260.
- Luhmann, Niklas (1994a): Die Tücke des Subjekts und die Frage nach dem Menschen, in: Peter Fuchs & Andreas Göbel (Hrsg.), Der Mensch - Medium der Gesellschaft? Frankfurt/M.: Suhrkamp, 40-56.
- Luhmann, Niklas (1994b): Inklusion und Exklusion, in: Helmut Berding (Hrsg.), Nationales Bewusstsein und kollektive Identität: Studien zur Entwicklung des kollektiven Bewusstseins in der Neuzeit. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 15-45.
- Luhmann, Niklas (1995): Über Natur, in: Niklas Luhmann (Hrsg.), Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft, Bd. 4. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 9-30.
- Luhmann, Niklas (1996): Die Realität der Massenmedien. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, Niklas (1997a): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1997b): Selbstorganisation und Mikrodiversität: Zur Wissenssoziologie des neuzeitlichen Individualismus. Soziale Systeme, 3: 23-32.
- Luhmann, Niklas (2000a): Die Politik der Gesellschaft. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (2000b): Die Religion der Gesellschaft. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- LWL (1986): Psychiatrische Basisdokumentation 1983-1985. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe.
- Maciejewski, Paul K., Holly G. Prigerson & Carolyn Mazure, M. (2000): Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms. British Journal of Psychiatry, 176: 373-378.
- Maes, Michael (2000): Risk and preventive factors of post-traumatic stress disorder and its co-morbid disorders. Current Opinion in Psychiatry, 13: 587-589.

- Magarinos, Ana María, José M. Verdugo García & Bruce S. McEwen (1997): Chronic stress alters synaptic terminal structure in hippocampus. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 94: 14002-14008.
- Maier, Thomas (1998): Chaostheorie und Komplexität in der Psychiatrie. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 48: 314-317.
- Maier, Wolfgang, Sibylle Schwab & Marcella Rietschel (2000): The genetics of schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 13: 3-9.
- Makimoto, Kiyoko & Susumu Higuchi (1999): Alcohol consumption as a major risk factor for the rise in liver cancer mortality rates in Japanese men. *International Journal of Epidemiology*, 28: 30-34.
- Mann, J. John (1998): The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 4: 25-29.
- Marmor, Judd (1983): Systems thinking in psychiatry: some theoretical and clinical implications. *American Journal of Psychiatry*, 140: 833-838.
- Marmot, Michael, Johannes Siegrist, Tores Theorell & Amanda Feeney (1999): Health and the psychosocial environment at work, in: Michael Marmot & Richard G. Wilkinson (Hrsg.), *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, 105-131.
- Marshall, M., A. Gray, A. Lockwood & R. Green (1999): Case management for people with severe mental disorders (Cochrane Review). Oxford: Update Software.
- Martikainen, Pekka, Stephen Stansfeld, Harry Hemingway & Michael Marmot (1999): Determinants of socioeconomic differences in change in physical and mental functioning. *Social Science and Medicine*, 49: 499-507.
- Martikainen, Pekka T. & Tapani Valkonen (1996): Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet*, 348: 909-912.
- Maryanski, Alexandra (1994): The pursuit of human nature in sociobiology and evolutionary sociology. *Sociological Perspectives*, 37: 375-389.
- Maryanski, Alexandra & Jonathan H. Turner (1992): *The Social Cage: Human Nature and Evolution of Society*. Stanford: Stanford University Press.
- Matte, Thomas D., Michaeline Bresnahan, Melissa D. Begg & Ezra Susser (2001): Influence of variation in birth weight within normal range and within sibships on IQ at age 7 years: cohort study. *British Medical Journal*, 323: 310-314.
- Maturana, Humberto R. (1987): Biologie der Sozialität, in: Siegfried J. Schmidt (Hrsg.), *Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus*. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 287-302.
- Maturana, Humberto R. & Francisco J. Varela (1987): *Der Baum der Erkenntnis: Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens*. München: Scherz.
- Maughan, Barbara & Alan Taylor (2001): Adolescent psychological problems, partnership transitions and adult mental health: an investigation of selection effects. *Psychological Medicine*, 31: 291-305.
- Mausner-Dorsch, Hilde & William W. Eaton (2000): Psychosocial work environment and depression: Epidemiologic assessment of the demand-control model. *American Journal of Public Health*, 90: 1765-1770.

- Mays, Vickie M. & Susan D. Cochran (2001): Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91: 1869-1876.
- Mazur, Allan & Joel Michalek (1998): Marriage, divorce and male testosterone. *Social Forces*, 77: 315-330.
- Mazure, Carolyn M., Martha L. Bruce, Paul K. Maciejewski & Selby C. Jacobs (2000): Adverse life events and cognitive-personality characteristics of major depression and antidepressant response. *American Journal of Psychiatry*, 157: 896-903.
- McDonald, Colm & Robin M. Murray (2000): Early and late environmental risk factors for schizophrenia. *Brain Research Reviews*, 31: 130-137.
- McEwen, Bruce S. (1999): Stress and hippocampal plasticity. *Annual Review of Neuroscience*, 22: 105-122.
- McEwen, Bruce S. & Robert M. Sapolsky (1995): Stress and cognitive function. *Current Opinion in Neurobiology*, 5: 205-216.
- McEwen, Bruce S. & Eliot Stellar (1993): Stress and the individual: Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153: 2093-2101.
- McGlashan, Thomas H. & Ralph E. Hoffman (2000): Schizophrenia as a disorder of developmentally reduced synaptic connectivity. *Archives of General Psychiatry*, 57: 637-648.
- McGue, Matthew (1994): Genes, environment, and the etiology of alcoholism, in: Robert Zucker, Gayle Boyd & Jan Howard (Hrsg.), *The Development of Alcohol Problems: Exploring the Biopsychosocial Matrix of Risk*. Bethesda, Md.: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1-40.
- McGue, Matt & Thomas J. Bouchard, Jr. (1998): Genetic and environmental influences on human behavioral differences. *Annual Review of Neuroscience*, 21: 1-24.
- McGuffin, Peter, Philip Asherson, Michael Owen & Anne Farmer (1994): The strength of the genetic effect: Is there room for an environmental influence in the aetiology of schizophrenia? *British Journal of Psychiatry*, 164: 593-599.
- McGuire, Michael & Alfonso Troisi (1998): *Darwinian Psychiatry*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- McGuire, M.T., I. Marks, R.M. Nesse & A. Troisi (1992): Evolutionary biology: a basic science of psychiatry? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86: 89-96.
- McIsaac, Sandra J. & Richard G. Wilkinson (1999): Income distribution and cause-specific mortality, in: Ichiro Kawachi, Bruce P. Kennedy & Richard G. Wilkinson (Hrsg.), *The Society and Population Health Reader. Volume I: Income Inequality and Health*. New York: New Press, 124-136.
- McKee, Martin (1999): Alcohol in Russia. *Alcohol and Alcoholism*, 34: 824-829.
- McKee, Martin & Vladimir Shkolnikov (2001): Understanding the toll of premature death among men in eastern Europe. *British Medical Journal*, 323: 1051-1055.
- McLaren, N. (1998): A critical review of the biopsychosocial model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32: 86-92.
- McLeod, Jane D. & Ronald C. Kessler (1990): Socioeconomic status differences in vulnerability to undesirable life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 31: 162-172.

- McNeil, Thomas F. & Elizabeth Cantor-Graae (1999): Does preexisting abnormality cause labor-delivery complications in fetuses who will develop schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 25: 425-435.
- McNeil, Thomas F., Elizabeth Cantor-Graae & Baher Ismail (2000a): Obstetric complications and congenital malformation in schizophrenia. *Brain Research Reviews*, 31: 166-178.
- McNeil, Thomas F., Elizabeth Cantor-Graae & Daniel R. Weinberger (2000b): Relationship of obstetric complications and differences in size of brain structures in monozygotic twin pairs discordant for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157: 203-212.
- Mechanic, David (1995): Sociological dimensions of illness behavior. *Social Science and Medicine*, 41: 1207-1246.
- Mechanic, David & Linda H. Aiken (1987): Improving the care of patients with chronic mental illness. *New England Journal of Medicine*, 317: 1634-1638.
- Mechanic, D., D.D. McAlpine & M. Olfson (1998): Changing patterns of psychiatric inpatient care in the United States, 1988-1994. *Archives of General Psychiatry*, 55: 785-791.
- Mechanic, David & David A. Rochefort (1990): Deinstitutionalization: an appraisal of reform. *Annual Review of Sociology*, 16: 301-327.
- Menaghan, Elizabeth G. (1999): Social stressors in childhood and adolescence, in: Allan V. Horwitz & Theresa L. Scheid (Hrsg.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. Cambridge: Cambridge University Press, 315-327.
- Merikangas, Kathleen R. & Joel D. Swendsen (1997): Genetic epidemiology of psychiatric disorders. *Epidemiologic Reviews*, 19: 144-155.
- Mesulam, M.-Marsel (1998): From sensation to cognition. *Brain*, 121: 1013-1052.
- Meulemann, Heiner (2001): Ankunft in Erwachsenenleben. Identitätsfindung und Identitätswahrung in der Erfolgsdeutung einer Kohorte ehemaliger Gymnasiasten von der Jugend bis zur Lebensmitte. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 21: 45-59.
- Meyer, C., H.-J. Rumpf, U. Hapke, H. Dilling & U. John (2000): Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung: Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt*, 71: 535-542.
- Michael, Yvonne L., Lisa F. Berkman, Graham A. Colditz & Ichiro Kawachi (2001): Living arrangements, social integration, and change in functional health status. *American Journal of Epidemiology*, 153: 123-131.
- Michaud, Catherine (1999): The global burden of disease and injuries in 1990. *International Social Science Journal*, 161: 287-296.
- Midanik, Lorraine, T. & Thomas K. Greenfield (2000): Trends in social consequences and the dependency symptoms in the United States: The National Alcohol Surveys, 1984-1995. *American Journal of Public Health*, 90: 53-56.
- Miech, Richard A., Avshalom Caspi, Terrie E. Moffitt, Bradley R. Entner Wright & Phil A. Silva (1999): Low socioeconomic status and mental disorders: A longitudinal study of selection and causation during young adulthood. *American Journal of Sociology*, 104: 1096-1131.

- Miech, Richard Allen & Michael J. Shanahan (2000): Socioeconomic status and depression over the life course. *Journal of Health and Social Behavior*, 41: 162-176.
- Mielck, Andreas (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Huber.
- Mielck, A. & K. Bloomfield (2001): Verringerung der Einkommens-Ungleichheit und Verstärkung des sozialen Kapitals: Neue Aufgaben der sozial-epidemiologischen Forschung. *Das Gesundheitswesen*, 63 (Sonderheft 1): S18-S23.
- Miller, Eleanor & Carrie Young Costello (2001): The limits of biological determinism. *American Sociological Review*, 66: 592-598.
- Miller, Geoffrey (2000): *The Mating Mind: How Sexual Choice Shaped the Evolution of Human Nature*. London: William Heinemann.
- Milner, B., L.R. Squire & E.R. Kandel (1998): Cognitive neuroscience and the study of memory. *Neuron*, 20: 445-468.
- Mirowsky, John (1990): Subjective boundaries and combinations in psychiatric diagnoses. *Journal of Mind and Behavior*, 11: 407-426.
- Mirowsky, John & Catherine E. Ross (1989): Psychiatric diagnosis as reified measurement. *Journal of Health and Social Behavior*, 30: 11-25.
- Mirowsky, John & Catherine E. Ross (1999): Well-being across the life course, in: Allan V. Horwitz & Theresa L. Scheid (Hrsg.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. Cambridge: Cambridge University Press, 328-347.
- Modvig, J., J. Pagaduan-Lopez, J. Rodenburg, C.M.D. Salud, R.V. Cabigon & C.I.A. Panelo (2000): Torture and trauma in post-conflict East Timor. *Lancet*, 356: 1763.
- Moldin, Steven O. & Irving I. Gottesman (1997): At issue: Genes, experience, and chance in schizophrenia - Positioning for the 21st century. *Schizophrenia Bulletin*, 23: 547-561.
- Möller-Leimkühler, A.M. (2000): Soziologische Aspekte psychiatrischer Erkrankungen, in: H.-J. Möller, G. Laux & H.P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer, 231-258.
- Mollica, Richard F., Keith McInnes, Narcisa Sarajlic, James Lavelle, Iris Sarallic & Michael P. Massagli (1999): Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *Journal of the American Medical Association*, 282: 433-439.
- Mollica, Richard F., Narcisa Sarajlic, Miriam Chernoff, James Lavelle, Iris Sarajlic Vukovic & Michael P. Massagli (2001): Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *Journal of the American Medical Association*, 286: 546-554.
- Molnar, Beth E., Stephen L. Buka & Ronald C. Kessler (2001): Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Study. *American Journal of Public Health*, 91: 753-760.
- Moncrieff, Joanna & Roger Farmer (1998): Sexual abuse and the subsequent development of alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism*, 33: 592-601.
- Montgomery, Scott M., Derek G. Cook, Mel J. Bartley & Michael E.J. Wadsworth (1999): Unemployment pre-dates symptoms of depression and anxiety resulting in

- medical consultations in young men. *International Journal of Epidemiology*, 28: 95-100.
- Mortensen, Preben Bo, Carsten Boecker Pedersen, Tine Westergaard, Jan Wohlfahrt, Henrik Ewald, Ole Mors, Per Kragh Andersen & Mads Melbye (1999): Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 340: 603-608.
- Müller, Hans-Peter (2001): Die Artisten in der Zirkuskuppel, ratlos? Sozialwissenschaftliche Projektionen der guten Gesellschaft, in: Jutta Allmendinger (Hrsg.), *Gute Gesellschaft? Verhandlungen des 30 Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Köln 2000*. Opladen: Leske und Budrich, 245-266.
- Müller, Klaus (1996): *Allgemeine Systemtheorie: Geschichte, Methodologie und sozialwissenschaftliche Heuristik eines Wissenschaftsprogramms*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Mulvany, Fioa, Eadbhard O'Callaghan, Noriyoshi Takei, Majella Byrne, Paul Fearon & Conall Larkin (2001): Effect of social class at birth on risk and presentation of schizophrenia: case-control study. *British Medical Journal*, 322: 1398-1401.
- Mundt, Ch. & M. Spitzer (1999): Psychopathologie heute, in: Hansfried Helmchen, Fritz Henn, Hans Lauter & Norman Sartorius (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart 1: Grundlagen der Psychiatrie*. Berlin: Springer, 3-44.
- Munk-Jørgensen, Povl (1999): Has deinstitutionalization gone too far? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249: 136-143.
- Muntaner, Charles (1999): Social mechanisms, race and social epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 150: 121-126.
- Murphy, Jane M., Nan M. Laird, Richard R. Monson, Arthur M. Sobol & Alexander H. Leighton (2000a): A 40-year perspective on the prevalence of depression: The Stirling County Study. *Archives of General Psychiatry*, 57: 209-215.
- Murphy, J.M., N.M. Laird, R.R. Monson, A.M. Sobol & A.H. Leighton (2000b): Incidence of depression in the Stirling County Study: Historical and comparative perspectives. *Psychological Medicine*, 30: 505-514.
- Nagel, Thomas (1974): What is it like to be a bat? *Philosophical Review*, 83: 435-450.
- Nagel, Thomas (1998): Conceiving the impossible and the mind-body-problem. *Philosophy*, 73: 337-352.
- Nassehi, Armin (1993): *Die Zeit der Gesellschaft: Auf dem Weg zu einer soziologischen Theorie der Zeit*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Nassehi, Armin (1994): Die Form der Biographie. *BIOS*, 7: 46-63.
- Nassehi, Armin (1998): Gesellschaftstheorie und empirische Forschung. Über die methodologischen Vorbemerkungen in Luhmanns Gesellschaftstheorie. *Soziale Systeme*, 4: 199-206.
- Nassehi, Armin (2000): Theorie und Methode. Keine Replik auf, sondern eine Ergänzung zu C. Besio und A. Pronzini. *Soziale Systeme*, 6: 195-201.
- Nassehi, Armin & Gerd Nollmann (1997): Inklusionen. Organisationssoziologische Ergänzungen der Inklusions-/Exklusionstheorie. *Soziale Systeme*, 3: 393-411.
- Nathan, P.E. & J.W. Langebuecher (1999): Psychopathology: description and classification. *Annual Review of Psychology*, 50: 79-107.

- Neeleman, J. (2001): A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *International Journal of Epidemiology*, 30: 154-162.
- Neeleman, Jan & Glyn Lewis (1999): Suicide, religion, and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries, 1990. *Journal of epidemiology and Community Health*, 53: 204-210.
- Neeleman, J., J. Ormel & R.V. Bijl (2001a): The distribution of psychiatric and somatic ill health: associations with personality and socioeconomic status. *Psychosomatic Medicine*, 63: 239-247.
- Neeleman, J., C. Wilson-Jones & S. Wessely (2001b): Ethnic density and deliberate self harm: a small area study in south east London. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55: 85-90.
- Nelkin, Dorothy (1999): Behavioral genetics and dismantling the welfare state, in: Ronald A Carson & Mark A. Rothstein (Hrsg.), *Behavioral Genetics: The clash of culture and biology*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 159-171.
- Nesse, Randolph M. (1999): The evolution of hope and despair. *Social Forces*, 66: 429-469.
- Nesse, Randolph M. (2000): Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57: 14-20.
- Nesse, Randolph M. & Kent C. Berridge (1997): Psychoactive drug use in evolutionary perspective. *Science*, 278: 63-66.
- Nesse, Randolph M. & George C. Williams (1996): *Evolution and Healing: The New Science of Darwinian Medicine*. London: Phoenix.
- Neugebauer, Richard, Hans Wijbrand Hoek & Ezra Susser (1999): Prenatal exposure to wartime famine and development of antisocial personality disorder in early adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 282: 455-462.
- Newcomb, Michael D. (1994): Families, peers, and adolescent alcohol abuse: A paradigm to study multiple causes, mechanisms, and outcomes, in: Robert Zucker, Gayle Boyd & Jan Howard (Hrsg.), *The Development of Alcohol Problems: Exploring the Biopsychosocial Matrix of Risk*. Bethesda, Md.: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 157-168.
- Newport, D. Jeffrey & Charles B. Nemeroff (2000): Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Neurobiology*, 10: 211-218.
- NIAAA (2000): Why do some people drink too much? The role of genetic and psychosocial influences. *Alcohol Health and Research*, 24: 17-26.
- Nicholson, Ian R. & Richard W.J. Neufeld (1992): A dynamic vulnerability perspective on stress and schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62: 117-130.
- Nielsen, François (1994): Sociobiology and Sociology. *Annual Review of Sociology*, 20: 267-303.
- Nilsson, Peter M., Per Nyberg & Per-Olof Östergren (2001): Increased susceptibility to stress at a psychological assessment of stress tolerance is associated with impaired fetal growth. *International Journal of Epidemiology*, 30: 75-80.
- NIMH (1999): *The impact of mental illness on society* (NIH Publication 99-4586). Bethesda: National Institute of Mental Health.

- NIMH (2000): Translating behavioral science into action: Report of the National Advisory Mental Health Council Behavioral Science Workgroup. Bethesda: National Institute of Mental Health.
- Nolte, Ellen, Vladimir Shkolnikov & Martin McKee (2000a): Changing mortality patterns in East and West Germany and Poland. I: Long term trends (1960-1997). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54: 890-898.
- Nolte, Ellen, Vladimir Shkolnikov & Martin McKee (2000b): Changing mortality patterns in East and West Germany and Poland. II: Short-term trends during the transition and in the 1990s. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54: 899-906.
- Norman, Ross G.M. & Ashok K. Malla (1993): Stressful life events and schizophrenia I: A review of the research. *British Journal of Psychiatry*, 162: 161-166.
- North, Fiona M., Leonard Syme, Amanda Feeney, Martin Shipley & Michael Marmot (1996): Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: The Whitehall II Study. *American Journal of Public Health*, 86: 332-340.
- O'Brien, Gerard & Jonathan Opie (1999): A connectionist theory of phenomenal experience. *Behavioral and Brain Sciences*, 22: 127-196.
- Oetting, Eugene R. & Joseph F. Donnermeyer (1998): Primary socialisation theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use and Misuse*, 33: 995-1026.
- Oldehinkel, A.J. (1998): Time trends in mental health care utilization in a Dutch area, 1976-1990. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 33: 181-185.
- Olstad, R., H. Sexton & A.J. Sögaard (1999): The Finnmark study. Social support, social network and mental distress in a prospective population study. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 34: 519-525.
- Ongaro Basaglia, Franca (1985): *Gesundheit Krankheit. Das Elend der Medizin*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Osborn, David P.J. (2001): The poor physical health of people with mental illness. *Western Journal of Medicine*, 175: 329-332.
- Ostler, K., C. Thompson, A.L.K. Kinmoth, R.C. Peveler, L. Stevens & A. Stevens (2001): Influence of socio-economic deprivation on the prevalence and outcome of depression in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 178: 12-17.
- Owen, Michael J. (2000): Molecular genetic studies of schizophrenia. *Brain Research Reviews*, 31: 179-186.
- Pallanti, Stefano, Leonardo Quercioli & Adolfo Pazzagli (1997): Relapse in young paranoid schizophrenic patients: A prospective study of stressful life events, P300 measures, and coping. *American Journal of Psychiatry*, 154: 792-798.
- Paris, Joel (1996): Antisocial personality disorder: A biopsychosocial model. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41: 75-80.
- Parsons, Talcott (1951): *The Social System*. Glencoe, Ill.: Free Press.
- Parsons, Talcott (1964): Evolutionary universals in society. *American Sociological Review*, 29: 339-357.
- Parsons, Talcott (1968): *Sozialstruktur und Persönlichkeit*. Frankfurt/M.: Europäische Verlagsanstalt.
- Paulesu, E., E. McCrory, F. Fazio, L. Menoncello, N. Brunswick, S.F. Cappa, M. Cotelli, G. Gossu, F. Corte, M. Lorusso, S. Pesenti, A. Gallagher, D. Perani, C.

- Price, C.D. Frith & U. Frith (2000): A cultural effect on brain function. *Nature Neuroscience*, 3: 91-96.
- Payer, Lynn (1996): *Medicine and Culture. Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany and France*. New York: Henry Holt.
- Paykel, E.S., R. Abbott, R. Jenkins, T.S. Brugha & H. Meltzer (2000): Urban-rural mental health differences in Great Britain: findings from the National Morbidity Survey. *Psychological Medicine*, 30: 269-280.
- Pearlin, Leonard I. (1989): The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 20: 241-256.
- Pearlin, Leonard I. (1999): Stress and mental health: A conceptual overview, in: Allan V. Horwitz & Theresa L. Scheid (Hrsg.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. Cambridge: Cambridge University Press, 161-175.
- Perkonigg, A., R.C. Kessler, S. Storz & H.-U. Wittchen (2000): Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101: 46-59.
- Peschel, Richard E. & Enid Peschel (1996): Consumerism for neurobiological disorders: An assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 12: 644-656.
- Pescosolido, Bernice A. & Carol A. Boyer (1999): How do people come to use mental health services? Current knowledge and changing perspectives, in: Allan V. Horwitz & Theresa L. Scheid (Hrsg.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. Cambridge: Cambridge University Press, 392-411.
- Pescosolido, Bernice A. & Beth A. Rubin (2000): The web of group affiliations revisited - social life, postmodernism, and sociology. *American Sociological Review*, 65: 52-76.
- Peters, U.H. (1994): Diagnostische Bilder, Phänomene und Kriterien in der Psychiatrie - eine Gegenüberstellung. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 62: 137-146.
- Petronis, Arturas, Andrew P. Paterson & James L. Kennedy (1999): Schizophrenia: An epigenetic puzzle? *Schizophrenia Bulletin*, 25: 639-655.
- Phelan, Jo C., Bruce G. Link, Ann Stueve & Bernice A. Pescosolido (2000): Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: what is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41: 188-207.
- Philips, David I.W., David J. Handelsman, Johan G. Eriksson, Tom Forsén, Clive Osmond & David J.P. Barker (2001): Prenatal growth and subsequent marital status: longitudinal study. *British Medical Journal*, 322: 771.
- Piccinelli, Marco & Greg Wilkinson (2000): Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*, 177: 486-492.
- Picton, Terence W. & Donald T. Stuss (1994): Neurobiology of conscious experience. *Current Opinion in Neurobiology*, 4: 256-265.
- Pilgrim, David & Anne Rogers (1999): *A sociology of mental health and illness*. Buckingham: Open University Press.
- Pitman, Roger K. (1996): Overview of biological themes in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821: 1-9.

- Plänkers, Thomas (1986): Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Systemtheorie. *Psyche*, 40: 678-708.
- Plomin, Robert, John C. DeFries, Gerald McClearn & Michael Rutter (1999): *Gene, Umwelt und Verhalten: Eine Einführung in die Verhaltensgenetik*. Bern: Huber.
- Plomin, Robert, Michael J. Owen & Peter McGuffin (1994): The genetic basis of complex human behaviors. *Science*, 264: 1733-1739.
- Poole, Charles & Kenneth J. Rothman (1998): Our conscientious objection to the epidemiology wars. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52: 613-614.
- Porter, Roy (1997): *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*. London: Harper Collins.
- Portin, P. & Y.O. Alanen (1997): A critical review of genetic studies of schizophrenia. I. Epidemiological and brain studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95: 1-5.
- Posner, Michael I. & Gregory J. DiGirolamo (2000): Cognitive neuroscience: origins and promise. *Psychological Bulletin*, 126: 873-889.
- Post, Robert M. (1992): Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149: 999-1010.
- Post, Robert M. & Susan R.B. Weiss (1997): Emergent properties of neural systems: How focal molecular neurobiological alterations can affect behavior. *Development and Psychopathology*, 9: 907-929.
- Prescott, Carol A. & Kenneth S. Kendler (1999): Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins. *American Journal of Psychiatry*, 156: 34-40.
- Preti, Antonio & Paola Miotto (1999): Suicide and unemployment in Italy, 1982-1994. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53: 694-701.
- Price, Rumi Kato, Nathan A. Risk & Edward A. Spitznagel (2001): Remission from drug abuse over a 25-year period: Patterns of remission and treatment use. *American Journal of Public Health*, 91: 1107-1113.
- Priebe, Stefan & Heinz-Peter Schmiedebach (1997): Soziale Psychiatrie und Sozialpsychiatrie - Zum historischen Gebrauch der Begriffe. *Psychiatrische Praxis*, 24: 3-9.
- Puls, Wichard, Hanns Wienold & Thomas Blank (1998): Die Einwirkung von Gratifikationskrisen am Arbeitsplatz auf den Konsum von Alkohol: Eine schriftliche Befragung in Betrieben der metallverarbeitenden Industrie. *Sucht*, 44: 183-199.
- Putnam, Hilary (1993a): Realismus mit menschlichem Antlitz, in: Hilary Putnam (Hrsg.), *Von einem realistischen Standpunkt*. Schriften zu Sprache und Wirklichkeit. Reinbek: Rowohlt, 221-252.
- Putnam, Hilary (1993b): Wozu die Philosophen?, in: Hilary Putnam (Hrsg.), *Von einem realistischen Standpunkt*. Schriften zu Sprache und Wirklichkeit. Reinbek: Rowohlt, 203-220.
- Putnam, Hilary (1997): *Für eine Erneuerung der Philosophie*. Stuttgart: Reclam.
- Quartz, Steven R. (1999): The constructivist brain. *Trends in Cognitive Science*, 3: 48-57.
- Quartz, Steven R. & Terrence J. Sejnowski (1997): The neural basis of cognitive development: A constructivist manifesto. *Behavioral and Brain Sciences*, 20: 537-556.
- Quindel, Ralf (2001): Aus der Klinik in die Freiheit? Soziale Kontrolle in der Gemeindepsychiatrie. *Sozialpsychiatrische Informationen (Heft 4)*: 28-34.

- Quine, Willard Van Orman (1951): Two dogmas of empiricism. *The Philosophical Review*, 60: 20-43.
- Rademacher, Claudia & Peter Wiechens (Hrsg.) (2001): *Geschlecht - Klasse - Ethnizität: Zur sozialen Konstruktion von Hierarchie und Differenz*. Opladen: Leske und Budrich.
- Rahn, Ewald & Angela Mahnkopf (1999): *Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Ramrakha, Sandhya, Avshalom Caspi, Nigel Dickson, Terrie E. Moffitt & Charlotte Paul (2000): Psychiatric disorders and risky sexual behaviour in young adulthood: cross sectional study in birth cohort. *British Medical Journal*, 321: 263-266.
- Raum, Elke, Birgit Arabin, Martin Schlaud, Ulla Walter & Friedrich Wilhelm Schwartz (2001): The impact of maternal education on intrauterine growth: a comparison of former West and East Germany. *International Journal of Epidemiology*, 30: 81-87.
- Reijneveld, Sijmen A. & Aart H. Schene (1998): Higher prevalence of mental disorders in socioeconomically deprived urban areas in the Netherlands: Community or personal disadvantage? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52: 2-7.
- Reimann, Helga (1973): Die Entwicklung der psychiatrischen Soziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 25: 240-256.
- Reker, Thomas (1998): *Arbeitsrehabilitation in der Psychiatrie: Prospektive Untersuchungen zu Indikation, Verläufen und zur Effizienz arbeitsrehabilitativer Maßnahmen*. Darmstadt: Steinkopff.
- Rey, E.-R., W. Bräuer, J. Bailer & M. Volz (1997): Der Zusammenhang zwischen Negativsymptomatik und sozialem Netzwerk im Krankheitsverlauf ersterkrankter Schizophrener. *Fundamenta Psychiatrica*, 11: 93-100.
- Reynaud, M., A.F. Gaudin-Golombel & C. Le Pen (2001): Two methods of estimating health costs linked to alcoholism in France (with a note on social costs). *Alcohol and Alcoholism*, 36: 89-95.
- Richards, Marcus, Rebecca Hardy, Diana Kuh & Michael E.J. Wadsworth (2001): Birth weight and cognitive function in the British 1946 birth cohort: longitudinal population based study. *British Medical Journal*, 322: 199-203.
- Richartz, Mark (1990): Entwicklung und Bewährung psychiatrischer und psychosozialer Versorgung in den Niederlanden, in: Achim Thom & Erich Wulff (Hrsg.), *Psychiatrie im Wandel: Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 510-527.
- Richter, Dirk (1994): Existentialism and postmodernism. Continuities, breaks, and some consequences for medical theory. *Theoretical Medicine*, 15: 253-265.
- Richter, Dirk (1996): *Nation als Form*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Richter, Dirk (1998): Ganzheitliche Pflege - Trauen die Pflegenden sich zu viel zu? *Pflege*, 11: 255-262.
- Richter, Dirk (1999a): Chronic mental illness and the limits of the biopsychosocial model. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2: 21-30.
- Richter, Dirk (1999b): *Patientenübergänge auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken: Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten*. Freiburg: Lambertus.

- Richter, Dirk (2000a): Psychische Krankheit - Sozial konstruierter Mythos oder medizinische Realität?, in: Claudia Rademacher & Peter Wiechens (Hrsg.), *Verstehen und Kritik: Soziologische Suchbewegungen nach dem Ende der Gewissheiten*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 123-157.
- Richter, Dirk (2000b): Wie sicher sind psychiatrische Diagnosen? *Sozialepistemologische Überlegungen*. *Die Psychotherapeutin* (13): 94-108.
- Richter, Dirk (2001): Die Dauer der stationären psychiatrischen Behandlung: Eine Übersicht über Methoden, Einflussfaktoren und Auswirkungen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 69: 19-31.
- Richter, Dirk & Klaus Berger (2000): Physische und psychische Folgen nach einem Patientenübergreif. Eine prospektive Untersuchung in sechs psychiatrischen Kliniken. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 35: 357-362.
- Richter, Dirk, Klaus Berger & Bernd Eikelmann (1999a): Was bestimmt den psychiatrischen Problempatienten? Ergebnisse einer Untersuchung zur Patienteneinstufung in der Psychiatrie-Personalverordnung. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 67: 21-28.
- Richter, Dirk & Bernd Eikelmann (1999): Das bio-psychosoziale Modell in der Psychiatrie - seine Auswirkungen auf Theorie und Behandlungspraxis, in: Bernd Eikelmann, Thomas Reker & Matthias Albers (Hrsg.), *Die psychiatrische Tagesklinik*. Stuttgart: Thieme, 1-17.
- Richter, Dirk, Bernd Eikelmann & Thomas Reker (1999b): Das biopsychosoziale Modell psychischer Krankheiten - Versuch einer Standortbestimmung. *Nervenheilkunde*, 18: 434-441.
- Richter, Dirk, Stephan Lowens & Andreas Liekenbrock (2000): Psychosozialer Pflegebedarf in einem gerontopsychiatrischen Pflegeheim. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33 (1): 17-23.
- Ridley, Matt (1995): *Eros und Evolution: Die Naturgeschichte der Sexualität*. München: Knauer.
- Riecher-Rössler, A. & H. Häfner (2000): Gender aspects in schizophrenia: bridging the border between social and biological psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (Supplement 407): 58-62.
- Riesman, David (1956): *Die einsame Masse*. Darmstadt: Luchterhand.
- Ritsher, Jennifer E.B., Virginia Warner, Jeffrey G. Johnson & Bruce P. Dohrenwend (2001): Inter-generational longitudinal study of social class and depression: a test of social causation and social selection models. *British Journal of Psychiatry*, 178 (Suppl. 40): s84-s90.
- Rodriguez, Eunice (2001): Keeping the unemployed healthy: The effect of means-tested and entitlement benefits in Britain, Germany, and the United States. *American Journal of Public Health*, 91: 1403-1411.
- Rodriguez, Eunice, Edward A. Frongillo & Pinky Chandra (2001): Do social programmes contribute to mental well-being? The long-term impact of unemployment on depression in the United States. *International Journal of Epidemiology*, 30: 163-170.
- Rogers, Lesley (1999): *Sexing the Brain*. London: Weidenfeld & Nicolson.

- Rorty, Richard (1981): *Der Spiegel der Natur: Eine Kritik der Philosophie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Rorty, Richard (1989): *Kontingenz, Ironie und Solidarität*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Rorty, Richard (1993): *Physikalismus ohne Reduktionismus*, in: Richard Rorty (Hrsg.), *Eine Kultur ohne Zentrum: Vier philosophische Essays*. Stuttgart: Reclam, 48-71.
- Rose, Geoffrey (1992): *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Rose, Hilary & Steven Rose (Hrsg.) (2000): *Alas, Poor Darwin: Arguments Against Evolutionary Psychology*. London: Vintage.
- Rose, Richard J. (1998): *A developmental behavior-genetic perspective on alcoholism risk*. *Alcohol Health and Research World*, 22: 131-143.
- Rose, Richard R. (1995a): *Genes and human behavior*. *Annual Review of Psychology*, 46: 625-654.
- Rose, Steven (1995b): *The rise of neurogenetic determinism*. *Nature*, 373: 380-382.
- Rose, Steven (1997): *Rise of neurogenetic determinism*. *Acta Paediatrica, Suppl.* 422: 38-40.
- Rose, Steven (2001): *Moving on from old dichotomies: beyond nature-nurture towards a lifeline perspective*. *British Journal of Psychiatry*, 178 (Suppl. 40): s3-s7.
- Rosenblatt, Aaron (1984): *Concepts of the asylum in care of the mentally ill*. *Hospital and Community Psychiatry*, 35: 244-259.
- Rosenfield, Sarah (1997): *Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction*. *American Sociological Review*, 62: 660-672.
- Rosenfield, Sarah (1999): *Gender and mental health: Do women have more psychopathology, men more, or both the same (and why?)*, in: Allan V. Horwitz & Theresa L. Scheid (Hrsg.), *A Handbook for the study of mental health. Social contexts, theories and systems*. Cambridge: Cambridge University Press, 348-360.
- Rosenhan, D.L. (1973): *On being sane in insane places*. *Science*, 179: 250-258.
- Rosenhan, David L. (1979): *Die Kontextabhängigkeit psychiatrischer Diagnosen*, in: Heinrich Keupp (Hrsg.), *Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse*. München: Urban und Schwarzenberg, 115-135.
- Roskies, Adina L. (1999): *The binding problem*. *Neuron*, 24: 7-9.
- Ross, Catherine E., John Mirowsky & Karen Goldsteen (1990): *The impact of the family on health: The decade in review*. *Journal of Marriage and the Family*, 52 (1059-1978).
- Rössler, Wulf & Hans Joachim Salize (1993): *Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Rössler, W., H.J. Salize, U. Biechele & A. Riecher-Rössler (1994): *Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung: Ein europäischer Vergleich*. *Der Nervenarzt*, 65: 427-437.
- Rosso, Isabelle M., Tyrone Cannon, D., Tiia Huttunen, Matti Huttunen, Jouko Lönnqvist & Timothy L. Gasperoni (2000): *Obstetric risk factors for early-onset schizophrenia in a finnish birth cohort*. *American Journal of Psychiatry*, 157: 801-807.
- Roth, Gerhard (1994): *Das Gehirn und seine Wirklichkeit: Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

- Rothenberger, Aribert & Gerald Hüther (1997): Die Bedeutung von psychosozialen Stress im Kindesalter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung: neurobiologische Grundlagen der Entwicklungspsychopathologie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46: 623-644.
- Russell, Stephen T. & Kara Joyner (2001): Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91: 1276-1281.
- Rutter, Michael (1999): Psychosocial adversity and child psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 174: 480-493.
- Rutter, Michael, Judy Dunn, Robert Plomin, Emily Simonoff, Andrew Pickles, Barbara Maughan, Johan Ormel, Joanne Meyer & Lindon Eaves (1997): Integrating nature and nurture: Implications of person-environment interactions for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 9: 335-364.
- Rutter, Michael & Robert Plomin (1997): Opportunities for psychiatry from genetic findings. *British Journal of Psychiatry*, 171: 209-219.
- Ryan, Richard M., Julius Kuhl & Edward L. Deci (1997): Nature and autonomy: An organizational view of social and neurobiological aspects of self-regulation in behavior and development. *Development and Psychopathology*, 9: 701-728.
- Sadler, John Z. & Yosaf F. Hulgus (1990): Knowing, valuing, acting: Clues to revising the biopsychosocial model. *Comprehensive Psychiatry*, 31: 185-195.
- Sadler, John Z. & Yosaf F. Hulgus (1992): Clinical problem solving and the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 149: 1315-1323.
- Salama, Peter, Paul Spiegel, Marci Van Dyke, Laura Phelps & Caroline Wilkinson (2000): Mental health and nutritional status among the adult serbian minority in Kosovo. *Journal of the American Medical Association*, 284: 578-584.
- Salmon, Gill & Anne West (2000): Physical and mental issues related to bullying in schools. *Current Opinion in Psychiatry*, 13: 375-380.
- San José, Begona, Hans A.M. van Oers, H. Dike van de Mheen, Henk F.L. Garretsen & Johan P. Mackenbach (2000): Stressors and alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism*, 35: 307-312.
- Sarkar, Sahotra (1998): *Genetics and Reductionism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sayette, Michael A. (1999): Does drinking reduce stress? *Alcohol Research & Health*, 23: 250-255.
- Schedlowski, M. & U. Tewes (Hrsg.) (1996): *Psychoneuroimmunologie*. Heidelberg/Oxford: Spektrum Akademischer Verlag.
- Scheff, Thomas (1975): Reply to Chauncey and Gove. *American Sociological Review*, 40: 252-257.
- Scheff, Thomas J. (1973): *Das Etikett ‚Geisteskrankheit‘. Soziale Interaktion und psychische Störung*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Scheid, Theresa L. & Allan V. Horwitz (1999): Mental health systems and policy, in: Allan V. Horwitz & Theresa L. Scheid (Hrsg.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. Cambridge: Cambridge University Press, 377-391.

- Schimank, Uwe (1985): Der mangelnde Akteurbezug systemtheoretischer Erklärungen gesellschaftlicher Differenzierung. *Zeitschrift für Soziologie*, 14: 421-434.
- Schimank, Uwe (1995): Teilsystemevolutionen und Akteurstrategien. *Soziale Systeme*, 1: 73-100.
- Schimank, Uwe (1999): Funktionale Differenzierung und Systemintegration der modernen Gesellschaft, in: Jürgen Friedrichs & Wolfgang Jagodzinski (Hrsg.), *Soziale Integration (Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 39)*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 47-65.
- Schmeling-Kludas, C. (1997): Ein bio-psycho-soziales Behandlungskonzept verbessert die Krankheitsbewältigung geriatrischer Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 30: 242-247.
- Schmid, G.B. (1991): Chaos theory and schizophrenia: Elementary aspects. *Psychopathology*, 24: 185-198.
- Schmid, Sil (1981): *Freiheit heilt. Bericht über die demokratische Psychiatrie in Italien*. Berlin: Wagenbach.
- Schmidt, B., A. Alte-Teigeler & K. Hurrelmann (1999): Soziale Bedingungsfaktoren von Drogenkonsum und Drogenmissbrauch, in: Markus Gastpar, Karl Mann & Hans Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchtkrankheiten*. Stuttgart: Thieme, 50-69.
- Schmidt, Gunter, Dietrich Klusmann, Silja Matthiesen & Arne Dekker (1998): Veränderungen des Sexualverhaltens von Studentinnen und Studenten 1966 - 1981 - 1996, in: Gunter Schmidt & Bernhard Strauß (Hrsg.), *Sexualität und Spätmoderne: Über den kulturellen Wandel der Sexualität*. Stuttgart: Enke, 118-136.
- Schmidt, Nicole D. (1995): *Philosophie und Psychologie: Trennungsgeschichte, Dogmen und Perspektiven*. Reinbek: Rowohlt.
- Schmidtke, A., B. Weinacker & S. Fricke (1996): Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch. *Nervenheilkunde*, 15: 496-506.
- Schmidtke, A., B. Weinacker & S. Fricke (1998): Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen in Deutschland. *Suizidprophylaxe*, 25 (Sonderheft): 37-49.
- Schoenemann, P. Thomas, Thomas F. Budinger, Vincent M. Sarich & William S.-Y. Wang (2000): Brain size does not predict general cognitive ability within families. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 97: 4932-4937.
- Schroer, Markus (2001): *Das Individuum der Gesellschaft: Synchrone und diachrone Perspektiven*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Schrott, L.M. (1997): Effect of training and environment on brain morphology and behavior. *Acta Paediatrica*, 422 (Supplement): 45-47.
- Schulze, Gerhard (1992): *Die Erlebnisgesellschaft: Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt/M./New York: Campus.
- Schwinn, Thomas (2000): Inklusion und soziale Ungleichheit. *Berliner Journal für Soziologie*, 10: 471-483.
- Scott, Alwyn (1995): *Stairway to the Mind: The Controversial New Science of Consciousness*. New York: Copernicus.
- Scott, Stephen, Martin Knapp, Juliet Henderson & Barbara Maughan (2001): Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323: 191-194.

- Scull, Andrew T. (1980): *Die Anstalten öffnen? Decarceration der Irren und Häftlinge.* Frankfurt/M./New York: Campus.
- Searle, John (1986): *Geist, Hirn und Wissenschaft.* Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Searle, John (2000): *Consciousness.* *Annual Review of Neuroscience*, 23: 557-578.
- Searle, John R. (1998): *How to study consciousness scientifically.* *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 353: 1935-1942.
- Sedgwick, Peter (1981): *Michel Foucault: The anti-history of psychiatry.* *Psychological Medicine*, 11: 235-248.
- Segal, Nancy L. & Kevin B. Macdonald (1998): *Behavioral genetics and evolutionary psychology: Unified perspective on personality research.* *Human Biology*, 70: 159-184.
- Sellars, Wilfrid (1963): *Science, Perception and Reality.* London/New York: Routledge and Kegan Paul
- Sennett, Richard (1998): *Der flexible Mensch: Die Kultur des neuen Kapitalismus.* Berlin: Berlin Verlag.
- Sennett, Richard (2001): *Stadt ohne Gesellschaft: Der flexible Mensch und die Uniformität der Städte.* *Le Monde Diplomatique* (deutsche Ausgabe) (Februar 2001): 12-13.
- Settortobulte, Wolfgang, Bjarne Bruun Jensen & Klaus Hurrelmann (2001): *Drinking among young Europeans.* Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe
- Shakespeare, Tom & Mark Erickson (2000): *Different strokes: Beyond biological determinism and social constructionism,* in: Hilary Rose & Steven Rose (Hrsg.), *Alas, Poor Darwin: Arguments Against Evolutionary Psychology.* London: Vintage, 190-205.
- Shaw, J., L. Appleby, T. Amos, R. McDonnell, C. Harris, K. McCann, K. Kiernan, S. Davies, H. Bickley & R. Parsons (1999a): *Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey.* *British Medical Journal*, 318: 1240-1244.
- Shaw, Mary, Danny Dorling & George Davey Smith (1999b): *Poverty, social exclusion, and minorities,* in: Michael Marmot & Richard G. Wilkinson (Hrsg.), *Social Determinants of Health.* Oxford: Oxford University Press, 211-239.
- Shepherd, G., A. Beadsmoore, C. Moore, P. Hardy & M. Muijen (1997): *Relation between bed use, social deprivation, and overall bed availability in acute adult psychiatric units, and alternative residential options: A cross sectional survey, one day census data, and staff interviews.* *British Medical Journal*, 314: 262-266.
- Sher, K.J. & T.J. Trull (1996): *Methodological issues in psychopathology research.* *Annual Review of Psychology*, 47: 371-400.
- Shipman, Pat (1995): *Die Evolution des Rassismus: Gebrauch und Missbrauch von Wissenschaft.* Frankfurt/M.: Fischer.
- Shkolnikov, Vladimir, Martin McKee & David A. Leon (2001): *Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s.* *Lancet*, 357: 917-921.
- Shorter, Edward (1994): *Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten.* Reinbek: Rowohlt.

- Shorter, Edward (1997): *A History of Psychiatry. From The Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York: Wiley.
- Siegrist, Johannes (1999): Soziologie und Psychiatrie, in: Hansfried Helmchen, Fritz Henn, Hans Lauter & Norman Sartorius (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart 1: Grundlagen der Psychiatrie*. Berlin: Springer, 420-440.
- Sigusch, Volkmar (2000): Strukturwandel der Sexualität in den letzten Jahrzehnten. *Fortschritte der Psychiatrie Neurologie*, 28: 97-106.
- Silberg, Judy, Andrew Pickles, Michael Rutter, John Hewitt, Emily Simonoff, Hermine Maes, Rene Carbonneau, Lenn Murrelle, Debra Foley & Lindon Eaves (1999): The influence of genetic and life stress on depression among adolescent girls. *Archives of General Psychiatry*, 56: 225-232.
- Silove, Derrick (2000): Trauma and forced relocation. *Current Opinion in Psychiatry*, 13: 231-236.
- Silove, Derrick, Zachary Steel & Charles Watters (2000): Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *Journal of the American Medical Association*, 284: 604-611.
- Silventoinen, Karri, Eero Lahelma & Ossi Rahkonen (1999): Social background, adult-body height and health. *International Journal of Epidemiology*, 28: 911-918.
- Silverman, Jay G., Anita Raj, Lorelei A. Mucci & Jeanne E. Hathaway (2001): Dating violence against adolescence girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. *Journal of the American Medical Association*, 286: 572-579.
- Simon, Fritz B. (1994): Die Form der Psyche. *Psychoanalyse und neuere Systemtheorie. Psyche*, 48: 50-79.
- Simon, Fritz B. (1995): *Die andere Seite der Gesundheit: Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie*. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Simpura, Jussi, Christoffer Tigerstedt, Sari Hanhinen, Mikko Lagerstetz, Hakan Leifman, Jacek Moskalewicz & Jukka Törrönen (1999): Alcohol misuse as a health and social issue in the baltic sea region. A summary of findings from the Baltica Study. *Alcohol and Alcoholism*, 34: 805-823.
- Singer, Wolf (1998): Consciousness and the structure of neuronal representations. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 353: 1829-1840.
- Singer, Wolf (1999): Neuronal synchrony: A versatile code for the definition of relations? *Neuron*, 24: 49-65.
- Single, Eric (1994): The impact of social and regulatory policy on drinking behavior, in: Robert Zucker, Gayle Boyd & Jan Howard (Hrsg.), *The Development of Alcohol Problems: Exploring the Biopsychosocial Matrix of Risk*. Bethesda, Md.: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 209-248.
- Skodol, Andrew E. (1998): Personality and coping as stress-attenuating or -amplifying factors, in: Bruce P. Dohrenwend (Hrsg.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*. New York/Oxford: Oxford University Press, 377-389.
- Slogget, Andrew & Heather Joshi (1998): Deprivation indicators as predictors of life events 1981-1992 based on the UK ONS longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52: 228-233.

- Small, Meredith F. (1995): *What's Love Got to Do With It? The Evolution of Human Mating*. New York: Anchor.
- Sofair, André & Lauris C. Kaldjian (2000): Eugenic sterilization and a qualified Nazi analogy: the United States and Germany, 1930-1945. *Annals of Internal Medicine*, 132: 312-319.
- Sokal, Alan & Jean Bricmont (1999): *Eleganter Unsinn: Wie die Denker der Postmoderne die Wissenschaften missbrauchen*. München: Beck.
- Southwick, Steven M., Douglas Bremner, John H. Krystal & Dennis S. Charney (1994): Psychobiologic research in post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 17: 251-264.
- Spear, L.P. (2000): The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24: 417-463.
- Spitzer, Manfred (1996): *Geist im Netz: Modelle für Lernen, Denken und Handeln*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Srole, Leo & Thomas S. Langner (1974): Sozioökonomische Statusgruppen: Ihr Verteilungsmuster psychischer Gesundheit, in: Heiner Keupp (Hrsg.), *Verhaltensstörungen und Sozialstruktur*. München: Urban und Schwarzenberg, 66-90.
- Stansfeld, Stephen A. (1999): Social support and social cohesion, in: Michael Marmot & Richard G. Wilkinson (Hrsg.), *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, 155-178.
- Stansfeld, Stephen Alfred, Hans Bosma, Harry Hemingway & Michael G. Marmot (1998a): Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: The Whitehall II study. *Psychosomatic Medicine*, 60: 247-255.
- Stansfeld, S.A., R. Fuhrer, M.J. Shipley & M.G. Marmot (1999): Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. *Occupational and Environmental Medicine*, 56: 302-307.
- Stansfeld, S.A., J. Head & M.G. Marmot (1998b): Explaining social class differences in depression and well-being. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 33: 1-9.
- Steen, R. Grant (1996): *DNA and Destiny: Nature and nurture in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Stefan, M.D. & E.M. Murray (1997): Schizophrenia: developmental disturbances of brain and mind? *Acta Paediatrica Supplement*, 422: 112-116.
- Steinert, Tilman (1998): Schizophrenie und Gewalttätigkeit. *Fortschritte der Psychiatrie Neurologie*, 66: 391-401.
- Sterelny, Kim (2001): *Dawkins vs. Gould: Survival of the Fittest*. Cambridge, Engl.: Icon Books.
- Stichweh, Rudolf (1999): Kultur, Wissen und die Theorien soziokultureller Evolution. *Soziale Welt*, 50: 459-470.
- Strauss, John (2000): The interactive developmental model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (Supplement 407): 19-25.
- Stronks, Karien, H. Dike van de Mheen & Johan P. Mackenbach (1998): A higher prevalence of health problems in low income groups: does it reflect relative deprivation? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52: 548-557.

- Sturm, R. & Y. Bao (2000): Psychiatric care expenditures and length of stay: trends in industrialized countries. *Psychiatric Services*, 51: 295.
- Sullivan, G., A.S. Young & H. Morgenstern (1997): Behaviors as risk factors for rehospitalization: Implications for predicting and preventing admissions among the seriously mentally ill. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 23: 185-190.
- Sullivan, Patrick F., Michael C. Neale & Kenneth S. Kendler (2000): Genetic epidemiology of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 157: 1552-1562.
- Summerfield, Derek (2000): War and mental health. *British Medical Journal*, 321: 232-235.
- Summerfield, Derek (2001): The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, 322: 95-98.
- Susser, E., R. Neugebauer, H.W. Hoek, A.S. Brwon, S. Lin, D. Labovitz & J.M. Gorman (1996): Schizophrenia after prenatal famine: further evidence. *Archives of General Psychiatry*, 53: 25-31.
- Susser, Mervyn (1998): Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52: 608-611.
- Sutter, Tilmann (1999): Systeme und Subjektstrukturen: Zur Konstitutionstheorie des interaktionistischen Konstruktivismus. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Suvisaari, Jaana M., Jari K. Haukka, Antti J. Tanskanen & Jouko K. Lönnqvist (1999): Decline in the incidence of schizophrenia in Finnish cohorts born from 1954 to 1965. *Archives of General Psychiatry*, 56: 733-740.
- Symons, Donald (1992): On the use and the misuse of Darwinism in the study of human behavior, in: Jerome H. Barkow, Leda Cosmides & John Tooby (Hrsg.), *The Adapted Mind: Evolutionary Psychology and Generation of Culture*. New York/Oxford: Oxford University Press, 137-159.
- Szasz, Thomas S. (1968): The Myth of Mental Illness, in: Stephan P. Spitzer & Norman K. Denzin (Hrsg.), *The Mental Patient. Studies in the Sociology of Deviance*. New York: McGraw-Hill, 22-30.
- Szasz, Thomas S. (1972): *Geisteskrankheit - ein moderner Mythos? Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens*. Olten/Freiburg: Walter.
- Szasz, Thomas S. (1974): *Psychiatrie - Die verschleierte Macht*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Szasz, Thomas S. (1976): *Die Fabrikation des Wahnsinns*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Szasz, Thomas S. (1997): *Grausames Mitleid. Über die Aussonderung unerwünschter Menschen*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Talo, S., U. Rytokoski, A. Hämäläinen & V. Kallio (1996): The biopsychosocial disease consequence model in rehabilitation: model development in the Finnish 'Work hardening' programme for chronic pain. *International Journal of Rehabilitation Research*, 19: 39-109.
- Tansey, E.M. (1998): 'They used to call it psychiatry': aspects of the development and impact of psychopharmacology. *Clio Medica*, 49: 79-101.
- Tarlov, Alvin R. (2000): Public policy frameworks for improving population health, in: Alvin R. Tarlov & Robert F. St. Peter (Hrsg.), *The Society and Population Health Reader. Volume II: A State and Community Perspective*. New York: New Press, 312-322.

- Tata Arcel, L., I. Genefke & M. Kastrup (2000): Psychiatrische Probleme im Zusammenhang mit Folter, in: Hansfried Helmchen, Fritz Henn, Hans Lauter & Norman Sartorius (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart 4: Psychiatrie besonderer Lebenssituationen*. Berlin, 521-541.
- Tausig, Mark, Janet Michello, Sree Subedi (1999): *A sociology of mental illness*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Taylor, Shelley E. & Teresa E. Seeman (1999): Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896: 210-225.
- Thoits, Peggy A. (1989): The sociology of emotions. *Annual Review of Sociology*, 15: 317-342.
- Thoits, Peggy A. (1995): Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*(Extra Issue): 53-79.
- Thom, Achim & Erich Wulff (Hrsg.) (1990): *Psychiatrie im Wandel: Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Thompson, Evan & Francisco J. Varela (2001): Radical embodiment: neural dynamics and consciousness. *Trends in Cognitive Sciences*, 5: 418-425.
- Thorlindson, Thorolfur & Thoroddur Bjarnason (1998): Modeling Durkheim on the micro level: A study of youth suicidality. *American Sociological Review*, 63: 94-110.
- Thornhill, Randy & Craig T. Palmer (2000): *A Natural History of Rape*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Tien, Allen Y. & Joseph J. Gallo (1997): Clinical diagnosis: a marker for disease. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 185: 739-747.
- Tomb, David A. (1994): The phenomenology of post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 17: 237-250.
- Tooby, John & Leda Cosmides (1992): The psychological foundations of culture, in: Jerome H. Barkow, Leda Cosmides & John Tooby (Hrsg.), *The Adapted Mind: Evolutionary Psychology and Generation of Culture*. New York/Oxford: Oxford University Press, 19-136.
- Torrey, E. Fuller & Robert H. Yolken (2000): Familial and genetic mechanisms in schizophrenia. *Brain Research Reviews*, 31: 113-117.
- Treas, Judith & Deidre Giesen (2000): Sexual infidelity among married and cohabitating Americans. *Journal of Marriage and the Family*, 62: 48-60.
- Truan, Franklin (1993): Addiction as a social construction: A postempirical view. *The Journal of Psychology*, 127: 489-499.
- True, William R., Hong Xian, Jeffrey F. Scherrer, Pamela A.F. Madden, Kathleen K. Bucholz, Andrew C. Heath, Seth A. Eisen, Michael J. Lyons, Jack Goldberg & Ming Tsuang (1999): Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 56: 655-661.
- Tsuang, Ming T. (2000): Genes, environment, and mental health wellness (Editorial). *American Journal of Psychiatry*, 157: 489-491.
- Turner, Jonathan H. (2000): *On the Origins of Human Emotions*. Stanford: Stanford University Press.

- Turner, R. Jay & Donald A. Lloyd (1995): Lifetime traumas and mental health: The significance of cumulative adversity. *Journal of Health and Social Behavior*, 36: 360-376.
- Turner, R. Jay & Franco Marino (1994): Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35: 193-212.
- Turner, R. Jay, Blair Wheaton & Donald A. Lloyd (1995): The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60: 104-125.
- Udry, J. Richard (2000): Biological limits of gender construction. *American Sociological Review*, 65: 443-457.
- Ugalde, Antonio, Ernesto Selva-Sutter, Carolina Castillo, Carolina Paz & Sergio Canas (2000): The health costs of war: can they be measured? Lessons from El Salvador. *British Medical Journal*, 321: 169-172.
- U'Ren, Richard (1997): Psychiatry and capitalism. *Journal of Mind and Behavior*, 18: 1-12.
- Üstün, Bedirhan T. & Allen Y. Tien (1995): Recent developments for diagnostic measures in psychiatry. *Epidemiologic Reviews*, 17: 210-220.
- Üstün, T. Bedirhan, Somnath Chatterji & Jürgen Rehm (1998): Limitations of diagnostic paradigm: It doesn't explain 'need' (Letter). *Archives of General Psychiatry*, 55: 1145-1146.
- Valenstein, Elliot S. (1998): *Blaming the Brain: The Truth About Drugs and Mental Health*. New York: Free Press.
- van Ameijden, E.J.C. & R.A. Coutinho (2001): Large decline in injecting drug use in Amsterdam, 1986-1998: explanatory mechanisms and determinants of injecting transitions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55: 356-363.
- van Oers, J.A.M., I.M.B. Bongers, L.A.M. van de Goor & H.F.L. Garretsen (1999): Alcohol consumption, alcohol-related problems, problem drinking, and socioeconomic status. *Alcohol and Alcoholism*, 34: 78-88.
- van Os, Jim, S.B.G. Park & Peter B. Jones (2001): Neuroticism, life events and mental health: evidence for person-environment correlation. *British Journal of Psychiatry*, 178 (Suppl. 40): s72-s77.
- van Poppel, Frans & Lincoln D. Day (1996): A test of Durkheim's theory of suicide - without committing the „ecological fallacy“. *American Sociological Review*, 61: 500-507.
- Vander Stoep, Ann & Bruce Link (1998): Social class, ethnicity, and mental illness: The importance of being more than earnest. *American Journal of Public Health*, 88: 1396-1402.
- Vanderstraeten, Raf (2000): Autopoiesis and socialization: Luhmann's reconceptualization of communication and socialization. *British Journal of Sociology*, 51: 581-598.
- VanLaningham, Jody, David R. Johnson & Paul Amato (2001): Marital happiness, marital duration, the the U-shaped curve: Evidence from a five-wave panel study. *Social Forces*, 78: 1313-1341.
- Vasquez, Carmen Inoa (1996): Spousal abuse and violence against women: The significance of understanding attachment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 789: 119-128.

- Veenhoven, Ruut (2001): Happiness in society, in: Jutta Allmendinger (Hrsg.), *Gute Gesellschaft? Verhandlungen des 30 Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Köln 2000*. Opladen: Leske und Budrich, 1265-1314.
- Vega, William A. & Rubén G. Rumbaut (1991): Ethnic minorities and mental health. *Annual Review of Sociology*, 17: 351-383.
- Vogler, Carolyn (2000): Social identity and emotion: the meeting of psychoanalysis and sociology. *Sociological Review*, 48: 19-42.
- von Beyme, Klaus (1991): Ein Paradigmawechsel aus dem Geist der Naturwissenschaften: Die Theorien der Selbststeuerung von Systemen (Autopoiesis). *Journal für Sozialforschung*, 31: 3-24.
- von Kardorff, Ernst (1978): Modellvorstellungen über psychische Störungen: Gesellschaftliche Entstehung, Auswirkungen, Probleme, in: Heinrich Keupp & Manfred Zaumseil (Hrsg.), *Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens: Zum Arbeitsfeld klinischer Psychologen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 539-588.
- von Uexküll, Jakob (1973): *Theoretische Biologie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Voß, G. Günter (1994): Berufssoziologie, in: Harald Kerber & Arnold Schmieder (Hrsg.), *Spezielle Soziologien: Problemfelder, Forschungsbereiche, Anwendungsorientierungen*. Reinbek: Rowohlt, 128-148.
- Wade, Tracey D. & Kenneth S. Kendler (2000): Absence of interactions between social support and stressful life events in the prediction of major depression and depressive symptomatology in women. *Psychological Medicine*, 30: 965-974.
- Wadsworth, Michael (1999): Early life, in: Michael Marmot & Richard G. Wilkinson (Hrsg.), *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, 44-63.
- Wahl, Otto F. (1999): Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25: 467-478.
- Wahlberg, K.E., L.C. Wynne, H. Oja & et al. (1997): Gene-environment interaction in vulnerability to schizophrenia: Findings from the finnish adoptive family study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154: 355-362.
- Wakefield, Jerome C. (1999): The measurement of mental disorders, in: Allan V. Horwitz & Theresa L. Scheid (Hrsg.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. Cambridge: Cambridge University Press, 29-57.
- Walberg, Peder, Martin McKee, Vladimir Shkolnikov, Laurent Chenet & David A. Leon (1998): Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis. *British Medical Journal*, 317: 312-318.
- Walker, Elaine F. & Donald Diforio (1997): Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychological Review*, 104: 667-685.
- Walkowiak, Jens, Jörg-A. Wiener, Annemarie Fastabend, Birger Heinzow, Ursula Krämer, Eberhard Schmidt, Hans-J. Steingrüber, Sabine Wundram & Gerhard Winneke (2001): Environmental exposure to polychlorinated biphenyls and quality of home environment: effects on psychodevelopment on early childhood. *Lancet*, 358: 1602-1607.
- Wallace, Edwin R. (1990): Mind-body and the future of psychiatry. *Journal of Medicine and Philosophy*, 15: 41-73.

- Walter, H. (1999): Neurowissenschaft der Emotionen und Psychiatrie. *Nervenheilkunde*, 18: 116-126.
- Warner, Richard (1995): Time trends in schizophrenia: Changes in obstetric risk factors with industrialization. *Schizophrenia Bulletin*, 21: 483-500.
- Wasser, Harald (1995): Psychoanalyse als Theorie autopoietischer Systeme. *Soziale Systeme*, 2: 329-350.
- Watzlawick, Paul, Janet Beavin & Don D. Jackson (1990): *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber.
- Webb, Elspeth, Judith Shankleman, Meirion R. Evans & Rachel Brooks (2001): The health of children in refuges for women victims of domestic violence: cross sectional descriptive survey. *British Medical Journal*, 323: 210-213.
- Weber, Georg & Wolfgang Schneider (1992): *Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Selbstheilung, kontrollierter Gebrauch und therapiegestützter Ausstieg*. Münster: Westf. Wilhelms-Universität.
- Weber, Max (1988): *Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie I*. Tübingen: Mohr.
- Weich, Scott & Glyn Lewis (1998): Poverty, unemployment, and common mental disorders: Population based cohort study. *British Medical Journal*, 317: 115-119.
- Weinberg, Darin (1997): The social construction of non-human agency: the case of mental disorder. *Social Forces*, 44: 217-234.
- Weiner, Herbert (1992): *Perturbing the organism: The biology of stressful experience*. Chicago/London: University of Chicago Press.
- Weiner, Herbert (1994): Ist das ‚biopsychosoziale Modell‘ ein hilfreiches Konstrukt? *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 44: 73-83.
- Weiner, Herbert (1998): Notes on evolutionary medicine. *Psychosomatic Medicine*, 60: 510-520.
- Weingart, Peter, Jürgen Kroll & Kurt Bayertz (1988): *Rasse, Blut und Gene: Geschichte der Rassenhygiene in Deutschland*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Weinstein, Raymond M. (1994): Goffman's *Asylums* and the total institution model of mental hospitals. *Psychiatry*, 57: 348-367.
- Werner, E.E. (1993): Risk, resilience and recovery: perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5: 503-515.
- Werner, E.E. (1997): Vulnerable but invincible: high-risk children from birth to adulthood. *Acta Paediatrica*, 422 (Supplement): 103-105.
- West, Bruce J. (1997): Chaos and related things: A tutorial. *Journal of Mind and Behavior*, 18: 103-126.
- Westermeyer, Joseph (1999): The role of cultural and social factors in the cause of addictive disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 22: 253-273.
- Weyerer, Siegfried & Andreas Wiedenmann (1995): Economic factors and the rates of suicide in Germany between 1881 and 1989. *Psychological Reports*, 76: 1331-1341.
- Wheaton, Blair (1978): The sociogenesis of psychological disorder: Reexamining the causal issues with longitudinal data. *American Sociological Review*, 43: 383-404.
- Wheaton, Blair (1990): Life transitions, role histories, and mental health. *American Sociological Review*, 55: 209-223.

- Wheaton, Blair (1999): The nature of stressors, in: Allan V. Horwitz & Theresa L. Scheid (Hrsg.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. Cambridge: Cambridge University Press, 176-197.
- Whitley, Elise, David Gunnell, Daniel Dorling & George Davey Smith (1999): Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide. *British Medical Journal*, 319: 1034-1037.
- Whitmer, Gary E. (1980): From hospitals to jails: the fate of California's deinstitutionalized mentally ill. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50: 65-75.
- WHO (2001): *Global Status Report on Alcohol* (Summary). Genf: World Health Organisation. (WHO/NCD/MSD/2001.2)
- Widom, Cathy Spatz (1998): Childhood victimization: Early adversity and subsequent psychopathology, in: Bruce P. Dohrenwend (Hrsg.), *Adversity, Stress, and Psychopathology*. New York/Oxford: Oxford University Press, 81-95.
- Wienberg, Günter (Hrsg.) (1992): *Die vergessene Mehrheit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wienbruch, U. (1996): Die philosophische Grundlage der Psychopathologie. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 64: 375-381.
- Wiersma, D., J. Wanderling, E. Dragomirecka, K. Ganey, G. Harrison, W. an der Heiden, F.J. Nienhuis & D. Walsh (2000): Social disability in schizophrenia: its development and prediction over 15 years in incidence cohorts in six European countries. *Psychological Medicine*, 30: 1155-1167.
- Wilken, Michael (1973): Macht und psychiatrische Etikettierung: Ein Versuch zur Revision des epidemiologischen Ansatzes in der Psychiatrie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 25: 274-285.
- Wilkinson, Richard (1996): *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson, Richard G. (1999): Health and civic society in eastern Europe before 1989, in: Ichiro Kawachi, Bruce P. Kennedy & Richard G. Wilkinson (Hrsg.), *The Society and Population Health Reader. Volume I: Income Inequality and Health*. New York: New Press, 249-260.
- Williams, Donald H., Elizabeth Bellis, C. & Sheila W. Wellington (1980): Deinstitutionalization and social policy: Historical perspectives and present dilemmas. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50: 54-64.
- Williams, David R. & Michelle Harris-Reid (1999): Race and mental health: Emerging patterns and promising approaches, in: Allan V. Horwitz & Theresa L. Scheid (Hrsg.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. Cambridge: Cambridge University Press, 295-314.
- Wilson, Edward O. (1975): *Sociobiology: The New Synthesis*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Wilson, Edward O. (1978): *On Human Nature*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Wilson, Edward O. (2000): *Die Einheit des Wissens*. München: Goldmann.
- Wise, Lauren A., Sally Zierler, Nancy Krieger & Bernard Harlow (2001): Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation: a case-control study. *Lancet*, 358: 881-887.
- Wittgenstein, Ludwig (1994): *Philosophische Betrachtungen*. Wien: Springer.

- Wohlfahrth, Tamar (1998): Socioeconomic inequality and psychopathology: Are socioeconomic status and social class interchangeable? *Social Science and Medicine*, 45: 399-410.
- Wright, Eric R., William P. Gronfein & Timothy J. Owens (2000): Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41: 68-90.
- Wynne, Lyman C. (1999): Desintegration und Lebenspraxis. Erkenntnisse aus einer neuen Konzeption von schizophrener Psychose, in: Hans Rudi Fischer & Gunthard Weber (Hrsg.), *Individuum und System*. Für Helm Stierlin. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 9-21.
- Yang, Quanhe & Muin J. Khoury (1997): Evolving methods in genetic epidemiology. III. Gene-environment-interaction in epidemiologic research. *Epidemiologic Reviews*, 19: 33-43.
- Yen, Irene H. & George A. Kaplan (1999): Poverty area residence and changes in depression and perceived health status: evidence from the Alameda County Study. *International Journal of Epidemiology*, 28: 90-94.
- Zimmermann, Christa & Michele Tansella (1996): Psychosocial factors and physical illness in primary care: Promoting the biopsychosocial model in medical practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 40: 351-358.
- Zinnecker, Jürgen (2000): Selbstsozialisation - Essay über ein aktuelles Konzept. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 20: 272-290.
- Zornberg, Gwen L., Stephen L. Buka & Ming T. Tsuang (2000): Hypoxic-ischemia-related fetal/neonatal complications and risk of schizophrenia and other nonaffective psychoses: A 19-year longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 157: 196-202.
- Zubin, Joseph & Bonnie Spring (1977): Vulnerability - A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86: 103-126.