

FACHBEITRÄGE

Schwerpunkt PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN UND DELINQUENZ

Psychiatrische Kontrolle

Michael Dellwing

Psychiatrische Kategorisierungen erfahren in alltäglichen und journalistischen Kontexten immer größere Prominenz. Zugleich sind die ihnen zugrundeliegenden biologischen Erklärungsmuster auch innerhalb der Psychiatrie hochgradig umstritten. In der Sozialwissenschaft tritt zudem die Frage hinzu wie die Psychiatrie historisch die Grenzen zwischen Normalität und Abnormalität in sozialem Handeln, Fühlen und Denken verteidigt und auch gezogen hat. Eine lange Tradition sozialwissenschaftlicher Kritik untersucht hier die Kontexte und Machtbeziehungen, in denen solche Normalitätsverhandlungen stehen. Damit werden psychiatrische Diagnosen weit jenseits der Feststellung einfacher Wahrheit problematisch, und gerade – aber nicht ausschließlich – die Bewertung von Menschen in unterlegenen Machtpositionen kann als Fortführung ihrer mangelnden Deutungsmacht über die Abläufe ihres Lebens verstanden werden.

Keywords: Soziologie der Psychiatrie, Krankheitskonstruktionen, Konstruktion sozialer Realität

Psychiatrische Diskurse haben eine bemerkenswerte Karriere vorzuweisen. Psychiatrische Kategorisierungen, die soziale Irritationen auf Störungen in Botenstoffproduktion und -rezeption reduzieren und medikamentöse Beeinflussung dieser Stoffe als Lösung anbieten, haben den Status einer unhinterfragten alltäglichen Selbstverständlichkeit erlangt, und ihnen ist in den letzten dreißig Jahren damit verbunden ein enormes Wachstum im journalistischen, sozialpädagogischen und erziehungswissenschaftlichen Raum gelungen. Diese Ausdehnung ist nicht ohne Kritik geblieben. Innerhalb der Psychologie und der kritischen Psychiatrie haben gerade die engen und simplistischen Hirnchemienarrative mit ihrer Betonung medikamentöser Behandlung massive Herausforderungen erfahren. In der Soziologie steht dagegen weniger die Frage nach der „Wahrheit“ des Krankheitsnarrativs im Vordergrund, sondern vielmehr die Frage, wie mit Krankheitskonstruktionen und der Medikalisierung sozialer Irritationen Wissensbestände konstruiert, gefestigt, verhandelt und verändert werden. Hier steht vor allem im Mittelpunkt, wie ein medizinischer Zugriff, dessen Symptomatik ausschließlich Handlungsbeschreibungen umfasst, erstens eine

Normalität sozialer Interaktion kodifiziert, was in einem pluralistischen Universum eine Version eines breiten und kontingenten Fächers von Normalität verfestigt, und zweitens, wie solche Kodifizierungen im Alltag angewandt werden, um Irritationen und Konflikte mit ihnen zu bearbeiten.

Interne Kritik

Psychiatrische Diagnosen geschehen durch Begutachtung und Einordnung von Handlungen – biologische Tests sind im Diagnosemanual nicht vorgesehen.¹ Die Krankheitskategorien, die in Arztpraxen, von Versicherungsträgern und mehr in Kontexten der Erziehung, Sozialpädagogik und des Rechts Anwendung finden, sind international im ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation kodiert, in den USA im DSM-5 der American Psychiatric Association. Dabei folgt die internationale Kodierung weitgehend den Vorlagen, die die amerikanische Klassifizierung vorgibt. Das wird an den Verhaltensweisen, die in ihnen pathologisiert werden, auch immer wieder deutlich, da sie durch und durch amerikanische Verhaltens- und vor allem Emotionserwartungen naturalisieren und in ihrer Transnationalisierung exportieren.

Die Einzelkategorien sind bereits ausgesprochen offen kodiert: Das übliche Format erfordert es, z.B. „3 aus 7“ in der Regel handlungsorientierten Merkmalen zu erfüllen, um diagnostiziert werden zu können, die zuerst in der dritten Edition des DSM 1980 aufkam und dort psychoanalytische Kategorisierungen ersetzte. Dabei sollte diese neue Kategorisierung vor allem die Reproduzierbarkeit der Diagnose erhöhen, Medikamententests ermöglichen – da nun vorher-nachher-Checklisten geführt werden konnten – und die Abrechnung bei Krankenkassen erleichtern; während die letzten beiden, institutionellen Ziele erreicht wurden, gilt das nicht für das vorgebliche wissenschaftspolitische Ziel, denn die Begutachtung ihrer Klientel durch psychiatrische Beobachter ist weiterhin stark plural. Das ist nicht weiter überraschend, da es sich in den Diagnosekriterien fast ausschließlich um die Bewertung von Sozialverhalten handelt; anders als im Rest des medizinischen Betriebes gibt es keine Blut- oder Urintests, keine Röntgenaufnahmen oder sonstige Körpermerkmale, die das Vorliegen psychiatrischer Katego-

¹ APA, 2013; auch die Bezeichnung „Statistical“ im Titel des Diagnosekatalogs ist irreführend, da es sich nicht um eine statistische Arbeit handelt.

rien unterstützen können, und das DSM enthält keine Anleitungen zur medikamentösen Behandlung; es handelt sich lediglich um ein Handlungs-Klassifikations-Schema.

Bereits seit den Neunzigerjahren sind die hirnzentrierten Biologisierungen und die medikamentenzentrierte Praxis hochgradig umstritten, auch und gerade innerhalb der Psychiatrie. Das klassische Verursachungsnarrativ postuliert, dass ein Ungleichgewicht von Botenstoffen im Gehirn Ursache der Störung sei. Es fußt auf der Tatsache, dass Psychopharmaka Botenstoffe beeinflussen und stellt lediglich einen Rückschluss aus diesem Umstand dar. Dieses Rückschluss-Hirnchemienarrativ ist bis heute eine unbelegte Hypothese,² die daran anknüpft, dass Psychopharmaka das Befinden der Patientinnen verbesserten. Studien zur Wirksamkeit von Psychopharmaka sind bestenfalls durchwachsen; sicherer ist dagegen die Erkenntnis, dass mit ihnen in der Regel eine lebenslange Abhängigkeit geschaffen wird und sie die Lebenserwartung von psychopharmakologisch Behandelten um bis zu 20 Jahre mindern.³ Zudem existieren heute Befunde, dass Verläufe und Karrieren von Patientinnen vor der großflächigen Einführung von medikamentösen Behandlungen besser waren, d.h. weniger lebenslang chronische Betroffenheit vorlag; waren 1987 noch 1,25 Millionen Amerikaner aufgrund einer psychiatrischen Diagnose als behindert eingestuft, waren es 2007, nach der Explosion psychopharmakologischer Behandlung, bereits 4 Millionen; unter Kindern stieg die Zahl von 16000 auf eine knappe halbe Million.⁴ WHITAKER⁵ bemerkt, dass auf keinem anderen Feld der Medizin eine putative Verbesserung der Versorgungslage mit einem Wachstum dieser Behinderungszahlen einhergeht; alle anderen Gründe für die Feststellung einer Behinderung fallen im selben Zeitraum.⁶ In Ländern, in denen aus ökonomischen Gründen keine so weiträumige psychopharmakologische Behandlung vorgenommen wird, ist die Chronizität noch heute deutlich niedriger. Die öffentliche Darstellung psychiatrischer Praxis benötigt das medizinische Narrativ zu Hirnchemie und Psychopharmakologie jedoch, wie BRUCE LEVINE bemerkt: „*Pharmaceutical companies ... have been so effective at marketing the neurotransmitter deficiency theory of depression that even though the NIMH has now retreated from this view, the general public and many doctors continue to believe it.*“⁷

Diese internen Kritiken sind keine Herausforderungen des Leides der Betroffenen; es handelt sich vielmehr um die Kritik, dass das Leid der Betroffenen als hirnchemische Fehlfunktion missverstanden wird, was durch psychopharmakologische Behandlung Abhängigkeiten und Nebenwirkungen als vermeidbares (zusätzliches) Leid und so Chronizität, Abhängigkeit und im Rahmen des US-amerikanischen Gesundheitssystems auch Armut schafft.⁸ In diesem Sinne handelt es sich in der Hirnchemieerklärung um es ein Überbleibsel, das im Wartezustand auf eine neue Erklärung für das Leid der Patienten beibehalten wird, solange eine neue Erklärung nicht existiert.

Soziologische Kritik

So wesentlich diese interne Kritik der kritischen Psychiatrie ist, so wenig handelt es sich in diesen Herausforderungen um genuin soziologische Kritik. Die Soziologie bemerkt zunächst, dass die Entscheidungen der Psychiatrie und anderer Institutionen sozialer Fürsorge und Kontrolle darüber, was als Krankheit gilt und was nicht, wer krank ist und wer nicht, keinesfalls einfache wissenschaftliche Erkenntnis ist, sondern nur sozial eingebettet geschehen kann und auf komplexe soziale Konflikte reagiert; soziologisch interessanter sind die Normalitäten, die durch die Markierung von Irritationen

als „*Krankheit*“ normalisiert, naturalisiert und individualisiert werden. Damit ist die soziologische Herausforderung grundlegender – und ist von der oben rezipierten internen Kritik insofern nicht abhängig, als sie die Widerlegung des medizinischen Narrativs nicht benötigt, um ihre Ziele erreichen zu können. Mehr noch, ein genuin soziologischer Zugriff folgt weder dem medizinischen noch dem Narrativ der kritischen Psychiatrie,⁹ denn erst aus einer agnostischen Position heraus lässt sich aus analytischer Distanz untersuchen, wie Normalität durch Medikalisierung untermauert wird – und an welchen Stellen die Herausforderung solcher Normalisierungen seinerseits Normalitäten verschiebt.

Dass Psychiatrie soziale Normalität verteidigt, ist auch innerhalb des medizinischen Narrativs unstrittig. Darüber hinaus ist für die Soziologie grundlegend, dass diese Reproduktion sozialer Normalität eine menschliche Kategorisierungsleistung darstellt, nicht nur interesselose Erkenntnis einer natürlichen Wahrheit. Dabei handelt es sich um eine Kategorisierung, die medikalisierend, pathologisierend und damit individualisierend wirkt. Insofern psychiatrische Kategorisierung seit der dritten Auflage des DSM über deskriptive Ordnungen von Handlungen, Emotionen und Gedanken geschieht, klassifizieren diese Vorlagen damit jene Elemente als unnormal – was im Rückschluss die nicht-diagnostizierten solchen Elemente als normal kategorisiert.

Unter Medikalisierung wird in der Soziologie der Prozess verstanden, in dem Phänomene und Problemstellungen aus Deutungskontexten, in denen sie zuvor verortet waren, enthoben und der Medizin zugeordnet werden.¹⁰ Hatten ursprünglich nur die wenigen Fälle, deren Interaktionen mit anderen zu schweren Irritationen geführt hatten, psychiatrische Aufmerksamkeit erlangt, werden gegenwärtig immer weitläufigere Interaktionsirritationen der psychiatrischen Verantwortung überstellt. Die DSM-Kategorisierungen haben sich seit ihre Umstellung auf deskriptive Kategorisierung beständig ausgedehnt, und mit ihnen jene, die Ziel einer Pathologisierung geworden sind. CHARLOTTE JURK zählt, dass die Anzahl der Störungskategorien von 180 im DSM-II, 1968, auf 292 im DSM-III, 1980 und auf 395 im DSM-IV, 1994, anstiegen; dabei kann diese Zahl nicht abstrakt festgelegt werden, weil immer auch die Zahl der Alternativklassifikationen innerhalb einer Kategorie mitgezählt werden kann und Zahlen so unterschiedlich produziert werden können. Die neueste Auflage, DSM-5, zählt dagegen weniger Störungsdefinitionen, nachdem die APA die Kritik bemerkt hat und sich gegen weitere Skandalisierung wappnen wollte. Stattdessen betreibt DSM-5 die Vergrößerung des Feldes durch die innere Ausweitung in diesen Definitionen, zum Beispiel die Entfernung der Todesfallsausnahme aus der Diagnose Major Depressive Disorder. Die bereits offenen Handlungs-, Emotions- und Gedankenkategorien öffnen zudem durch Ausfallkategorien die Möglichkeit der Medikalisierung noch weiter: Wenn kein spezifischer Diagnosekatalog gefunden

2 LEVINE, 2007, S. 23; WHITAKER, 2010; 2011; CHESNEY ET AL., 2014.

3 WHITAKER, 2010, S. 176.

4 WHITAKER, 2010, S. 6.

5 Soziologische Arbeiten wie die vorliegende bemühen sich gerade um die De-Individualisierung des Diskurses; in diesem Sinne verzichtet die vorliegende Arbeit bewusst auf die Kapitalisierung von Eigennamen.

6 WHITAKER, 2010, S. 8.

7 LEVINE, 2007, S. 23.

8 GÖTZSCHE, 2014; HEALEY, 1999.

9 DELLWING, 2010.

10 KIRK & KUTCHINS, 1992; 1997; CONRAD & SCHNEIDER, 1992; CONRAD, 2007; vgl. auch BOWERS, 1998; BUSFIELD, 2001; LEWIS, 2006; PILGRIM & ROGERS, 2010.

werden kann, existiert die Kategorie der „Mixed Personality Disorder ... when the individual has a Personality Disorder that involves features from several specific PDs, but does not meet the criteria for any one PD.“ So wird also ein mix-and-match-System angeboten, das letztlich darauf ausgerichtet ist, für jeden Fall des Unwohlseins oder der Irritation eines sozialen Umfelds eine Basis für Behandlung und Abrechnung finden zu können. So kann die Ausweitung psychiatrischer Zugriffe nicht nur als Erfassung von Kranken verstanden werden, die zuvor aus mangelnder medizinischer Fürsorge unbehandelt blieben, sondern auch aus Ausweitung der Medikalisierung kontextueller Probleme, die immer breitere Populationen, die vorher niemals als problematisch verstanden worden wären, erfasst.

Diese Ausweitung der Zone der Abnormalität, die immer mehr Menschen in Rollen „defizitärer Individuen“ drängt,¹¹ ist in einer solchen Perspektive als weitreichende Kolonisierung sozialer Konflikte durch medizinische Zugriffe verständlich, mit denen die Beteiligten sich zuvor in informellen Kontexten auseinandergesetzt hatten oder von anderen Institutionen, z.B. von der Schule durch pädagogische Zugriffe, gehandhabt wurden. Welche Irritation von der Psychiatrie gehandhabt werden, welche Normalitäten in diesen psychiatrischen Katalogen und ihren Anwendungen reproduziert werden, wird dann als politische Frage erkennbar. Mit ihr werden Problemstellungen, die tiefe soziale Kontexte aufweisen, einseitig und simplistisch naturalisiert. Aus einem mehrschichtigen Konflikt mit unterschiedlichen Interessen wird eine Individualisierung des Problems, in der „der Kranke“ zum Zentrum der Störung wird. Aus einer verwobenen Interesselage wird ein einfaches „normal und unnormal“. Kritische Diskussionen der Medikalisierung sozialer Probleme bemerken, dass eine solche Verschiebung von Phänomenen von moralischen zu medizinischen Diskursen häufig als humanistischer Fortschritt gerahmt wird, dabei jedoch dazu führt, dass die Beurteilung dieser Dynamiken entdemokratisiert wird: Darf in Gegenwartsgesellschaften Moral von allen verhandelt werden, ist der Status als „Krankheit“ oder „Gesundheit“ professionalisiertem medizinischen Personal vorenthalten. Widerspruch ohne akademische Berechtigung (und auch auf Widerspruch mit akademischem Hintergrund!) kann dann simplistisch als Unwissen abgetan und übergangen werden. Gerade auf dem Feld der Psychiatrie, das Handlungsweisen klassifiziert, bedeutet das, dass die Entscheidung über „normale“ und „abnormales“ Verhalten nun einer geschlossenen Deutungsgruppe als Autorität zugeordnet wird.

Schon die Struktur der Notation der Diagnosekataloge folgt, wie oben bemerkt wurde, bereits in erster Linie den Strukturen des etablierten Systems von Medikamententests und den Strukturen der Gesundheitsökonomie, lässt dafür die Strukturen psychoanalytischer Rahmung hinter sich und bedient sich der Rhetorik wissenschaftlicher Reproduzierbarkeit nur vorgeblich.

Das ist nicht unproblematisch, werden durch diese Zuordnung nicht nur lokale Normalitäten reproduziert, sondern auch sozialschichtspezifische Normalitätserwartungen der sozialen Gruppen, die über die Macht der Diagnose verfügen. BRUCE COHEN untersucht die Einlieferungsprotokolle von Nervenanstalten im 19. Jahrhundert und findet „desertion by husband“, ‘immoral life’, ‘laziness’, ‘novel reading’ [und] ‘politics’ als Begründungen.¹² GOFFMAN weist in den Siebzigerjahren in „Die Verrücktheit des Platzes“ darauf hin, wie „Geisteskrankheit“ als letzte Erklärungsmöglichkeit aufgegriffen wird, wenn Menschen die Ordnungen der Familie stören und die geteilte Realität dieser Ordnung gefährden, indem

sie nicht mehr ihren „Platz“ einnehmen.¹³ Weitere berühmte Beispiele sind die Inklusion posttraumatischer Störungen, die durch Lobbyarbeit von Vietnamveteranen erreicht wurde, um ihre medizinische Versorgung als Kriegsverletzung zu ermöglichen; die Löschung von Homosexualität aus dem Störungskatalog, die nicht aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, sondern durch den Aktivismus homosexueller Mitglieder der APA geschah; und die Verhinderung der Kategorie „masochistischer Persönlichkeitsstörung“, mit der Frauen als krank etikettiert worden wären, die aus Misshandlungsbeziehungen nicht flüchten.¹⁴ Historisch sind viele Diskussionen und Entscheidungen zu Krankheitsbildern damit häufig offen und explizit als Konsequenzen politischer Einflussnahme zu erkennen, und implizit gilt das für die Gesamtheit des Kataloges. LEVINE bemerkt, dass die Normalität der öffentlichen glücklichen Selbstdarstellung psychiatrisch verteidigt wird und Psychiatrie so das „unhappiness taboo“ stützt. CHARLOTTE JURK sekundiert das mit dem Verweis auf die „Pflicht zum Optimismus“, deren Bruch nicht nur das Umfeld beschämt und belastet, sondern vor allem gegenwärtige Legitimationsdiskurse neoliberaler Wirtschaftsordnungen gefährdet und das deshalb mithilfe psychiatrischer Intervention gebrochen wird.¹⁵ Stärker als das Tabu gegen Unzufriedenheit wirkt hier jedoch das „taboo against non-productivity“, das die Unzufriedenheit mit Produktivitätspflichten medikalisiert.¹⁶ COHEN sekundiert, „mental illness designations are increasingly focused on the world of work and serve an important role in depoliticizing employment relations; instead of recognizing power disparities in the work environment, new and/or changing diagnostic categories of mental illness encourage workers to problematise the self rather than the organization of wider society.“¹⁷ Umgekehrt ist die Psychiatrie hochgradig erfolgreich darin gewesen, die Betroffenen zur Annahme ihrer Rollen zu bewegen. In ihrer interaktiven „Opferwerdung“¹⁸ nehmen sie die Definition einer Krankheit auch als befreiende Geschichte einer Identität an, die ihre Konflikte nun wissenschaftlich erklärt und ihnen ein Vokabular an die Hand gibt, mit dem sie in späteren Situationen hantieren können; das negiert das Argument der machtvollen Kontrolle nicht, sondern weitet es eher aus, da diese Macht nun auch die Betroffenen in ihrer Selbstbeschreibung erfasst.

ROBERT CASTEL¹⁹ stellt fest, wie die Psychiatrie historisch als Mittel verwendet wurde, mit der Familien sich ihre ehrwürdigen Mitglieder entledigen konnten, d.h. vor allem Frauen und Kinder. Die Psychiatrie löst hier, wie er bemerkt, ein „Verwaltungsproblem“, indem sie diese Entledigung wissenschaftlich legitimiert (und damit die königliche Legitimation ersetzt, die in der Revolution weggefallen war). Feministische Forschung hat lange die Ursprünge der „Urahnin“ der modernen Gemütsstörungen untersucht, die weibliche Hysterie im 19. Jahrhundert, die im Rückblick deutlich als Waffe gegen aufkommende, noch zarte Gleichberechtigungsbemühungen erkennbar wird. Wenn sich eine Frau geweigert hat, sich der patriarchalischen Befehle zu ergeben und dieser Widerstand aus Mangel an Widerstandsrecht ver-

11 FRANCES, 2013.

12 COHEN, 2016, S. 38.

13 GOFFMAN, 1971.

14 KIRK & KUTCHINS, 1992.

15 JURK, 2008, S. 15.

16 LEVINE, 2007, S. 80.

17 COHEN, 2015, S. 104.

18 SCHETSCHKE, 2007.

19 CASTEL, 1983.

körperlich auftrat – die klassischen „Konversionsstörungen“ gelähmter Beine etc. – wurde die Frau mit härtesten Mitteln psychiatrisch gebrochen.²⁰ Die Normalisierung, die von der Psychiatrie untermauert wird, ist damit nicht uninteressiert, unpolitisch oder abstrakt wissenschaftlich: „*psychiatric diagnosis can be understood as functioning as a political device, in the sense that it legitimizes a particular social response to aberrant behavior of various sorts, but protects that response from any democratic challenge*“.²¹

Jugendkontrolle

In seinem klassischen Werk zur Soziologie des abweichenden Verhaltens, Außenseiter²² bemerkt HOWARD BECKER, dass Erwachsene die Regeln für Jugendliche machen; das gilt selbstverständlich heute, auch wenn Diskursregeln heute durch die Verbreitung sozialer Medien weiträumig von jüngeren Generationen gesetzt werden, institutionell weiterhin. Die Tabus gegen Pessimismus und gegen Unproduktivität werden weitreichend auf Jugendliche angewandt, wo sie sich mit der strukturell unterlegenen Rolle vermischen, die Jugendliche in den Institutionen von Schule und Familie einnehmen. COHEN bemerkt, „*the 'plague of disabling mental illness' ... has fallen particularly hard on young people ... with an incredible 35-fold increase between 1997 and 2007*“.²³ Gegenwärtige Psychiatriekritik weist so auf die unangenehmen Parallelen zur Hysterie hin, mit denen heute Ausbrüche aus der Emotionsnormalität und der Ordnung von Familie und Schule medizinisch begegnet wird: Psychiatrie verteidigt die Strukturereignisse der Schule. COHEN hat die Nennung der Schule in psychiatrischen Katalogen untersucht und dabei festgestellt, dass die Schule in der ersten Edition viermal, in der zweiten zweimal erwähnt war: das waren die psychoanalytisch orientierten Ausgaben des Katalogs. 1980, nach dem Wechsel zum deskriptiven System, taucht die Schule 91-mal auf; in der Revision DSM-III-R dann 105-mal, in DSM-IV 170-mal und im aktuellen Katalog DSM-5 ganze 257-mal,²⁴ trotz der erwähnten Reduktion der Kategorien.

Das paradigmatische Beispiel ist die überbordende Ausdehnung des Etiketts der Aufmerksamkeitsstörung, die gegen Jugendliche verwendet wird, die nicht den Disziplin- und Ordnungserwartungen einer hochstrukturierten Schulstruktur entsprechen; „*Clear within the phraseology and the 'symptoms' of ADHD is the concern to medicalise the behavior of unruly children in the classroom: it is a question of children refusing to conform to the required order of school life*“²⁵ und zitiert, dass die Mehrheit der deskriptiven Kriterien, die im DSM gelistet sind, spezifisch an den Strukturen der Schule ausgerichtet sind, nämlich pathologisieren, wenn Aufgaben nicht erledigt werden, SchülerInnen nicht zuhören oder abgelenkt sind – wenn sie also dem Machtanspruch der Schule, alleiniges und wichtigstes Aufmerksamkeitszentrum zu sein, nicht entsprechen. Am offensichtlichsten wird das in der Diagnose „*Oppositional Defiant Disorder*“, die Widerstand gegen Autoritätspersonen medikalisiert.

Auch das Suchtvokabular hat ähnliche Ausdehnungen erfahren²⁶ und wird gegen SchülerInnen und Schüler verwendet, die diese Pflicht zur Arbeitsfokussierung auf die Schule nicht entsprechen. Das betrifft heute vor allem Situationen, in denen SchülerInnen Computerspiele spielen, was dazu führt, dass SchülerInnen diese völlig normale Praxis heute vor Lehrpersonal verstecken müssen – ein Umstand, der umgekehrt dann wieder als Diagnosemerkmal verstanden wird.²⁷ PAULA CAPLAN hat die gegenwärtige Psychiatrie gar „*weaponized psychiatry*“ genannt,²⁸ und die Medikalisation ist hier in der Tat als Werkzeug verständlich, die Ansprüche der Schule auf die Zeit der Jugendlichen durchzusetzen

– gegen Aktivitäten, die oft völlig verständlicherweise lieber unternommen werden. Dabei vermengt sich diese Krankheitszuschreibung mit anderen Stigmatisierungen; „*the application of the diction of addiction to gaming operates within a nexus of other discriminations, including class and age issues*“,²⁹ und mit dieser Zuschreibungen gehen Unterstellungen von Gewalttätigkeit und anderen Abweichungen einher, die empirisch nicht zu rechtfertigen sind.³⁰

Dabei ist die wichtige Erkenntnis eines soziologischen Zugriffs jedoch, nicht nur innermedizinische Diskurse zu Wort kommen zu lassen, die nach der einfachen Dichotomie medizinisch untermauert/nicht untermauert oder, simplistischer, wahr oder unwahr agieren. Die tiefere Einsicht ist, dass alle Rahmen, die solche Untermauerungen produzieren, selbst bereits in sozialen und politischen Kontexten eingebunden sind; kein Zugriff eines Bedeutungssystems ist unpolitisch. So bemerken BLECKMANN ET AL.³¹ „*[s]owohl Normalisierung als auch Pathologisierung sind systemstabilisierend bzw. stehen zumindest in der Gefahr, zu diesem Zweck benutzt zu werden*“, oder offener: Beide transportieren positionale, kontextuale und damit immer bereits in sozialen Verankerungen aufkommende Reproduktionen von Normalität, bei denen die wichtigere Frage lautet: Aus wessen Position, mit wessen Unterstützung, in welchem Konflikt mit welcher Konsequenz werden diese Zuschreibungen genutzt? Ein soziologischer Zugriff verschreibt so keine Radikalkritik oder gar eine Destruktion des Systems, in dem solche Bedeutungen zustandekommen, sondern legt die tiefergehenden Fragen nahe, die die Reproduktion sozialer Normalität betreffen. Und dann lautet die Frage immer: Welche – und wessen – Normalität wird hier reproduziert, und wie kontingenzbewusst ist diese Reproduktion? Für alle Konflikte, die im Rahmen einer Medikalisation psychiatrisch gelöst werden, gilt immer, dass sie auch anders gelöst werden könnten, und dass eine andere Lösung kein Verrat an der Wahrheit oder den Betroffenen wäre, sondern es häufig gerade erlauben kann, auch ihre Positionalität in einer pluralen Welt einzubinden.

Dr. MICHAEL DELLWING arbeitet am Methodenzentrum der Leuphana-Universität Lüneburg als Mitarbeiter im Feld qualitative Methoden und ist PD an der Universität Kassel. mdellwin@uni-kassel.de

20 SHOWALTER, 1987; 1990; USSHER, 1992; 1997.

21 MONCRIEFF, 2008, S. 371.

22 BECKER, 2014 [1963].

23 COHEN, 2016, S. 2.

24 COHEN, 2016, S. 122.

25 COHEN, 2016, S. 129.

26 DOLLINGER & SCHMIDT-SEMISCH, 2007.

27 SCHERR & BARTSCH, 2016, S. 2.

28 CAPLAN, 1995.

29 COVER, 2006.

30 Vgl. MARKEY & FERGUSON, 2017.

31 BLECKMANN ET AL., 2012, S. 255.

LITERATURVERZEICHNIS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- BECKER, H.S. (2014). Außenseiter. In H.S. BECKER, *Außenseiter: Zur Soziologie abweichenden Verhaltens* (S. 25-38). (Neue Bibliothek der Sozialwissenschaften). Wiesbaden: Springer VS.
- BLECKMANN, P., JUJSCHAT, N., & KRUSE, J. (2012). Der virtuelle Geist des Kapitalismus oder: warum exzessives Computerspielverhalten Arbeit ist. *Zeitschrift für Qualitative Forschung*, 13 (1/2), 235-261.
- BOWERS, L. (1998). *The social nature of mental illness*. London: Routledge.
- BUSFIELD, J. (Ed.) (2001). *Rethinking the sociology of mental health*. Hoboken, New Jersey: Wiley-Blackwell.
- CAPLAN, P.J. (1995). *They say you're crazy: How the world's most powerful psychiatrists decide who's normal*. Reading, MA: Addison-Wesley/Addison Wesley Longman.
- CAPLAN, P.J. (2012). „Powerful Psychiatrists Push False Theory on Unknowing Souls“ *Psychology Today*, blogpost. [https://www.psychologytoday.com/us/blog/science-isnt-golden/201201/powerful-psychiatrists-push-false-theory-unknowing-souls] (letzter Abruf am 2. März 2012).
- CASTEL, R. (1983). *Die psychiatrische Ordnung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- CHESNEY, E., GOODWIN, G.M. & FAZEL, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13 (2), 153-160.
- COHEN, B.M. (2016). *Psychiatric hegemony: A Marxist theory of mental illness*. London: Springer.
- CONRAD, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 18 (1), 209-232.
- CONRAD, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- COVER, R. (2006). Gaming (ad) diction: Discourse, identity, time and play in the production of the gamer addiction myth. *Game Studies*, 6 (1), 15 ff.
- DELLWING, M. (2010). „Wie wäre es, an psychische Krankheiten zu glauben?“. Wege zu einer neuen soziologischen Betrachtung psychischer Störungen. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 35 (1), S. 40-58.
- DOLLINGER, B., & SCHMIDT-SEMISCH, H. (Eds.) (2007). *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- FRANCES, A. (2013). *Saving Normal*. New York: Harper Collins.
- GOFFMAN, E. (1971). *Relations in Public*. New York: Basic Books.
- GÖTZSCHE, P.C. (2014). Why I think antidepressants cause more harm than good. *The Lancet Psychiatry*, 1 (2), 104-106.
- HEALY, D. (1999). The Three Faces of the Antidepressants: A Critical Commentary on the Clinical-Economic Context of Diagnosis. *The Journal of nervous and mental disease*, 187 (3), 174-180.
- JURK, C. (2008). *Der niedergeschlagene Mensch. Depression. Geschichte und gesellschaftliche Bedeutung einer Diagnose*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- KIRK, S.A. & KUTCHINS, H. (1992). *The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- KUTCHINS, H. & KIRK, S.A. (2003). *Making us Crazy: DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders* Simon & Schuster: Free Press.
- KIRSCH, I. (2009). *The emperor's new drugs: Exploding the antidepressant myth*. London: Random House.
- LEVINE, B.E. (2007). *Surviving America's depression epidemic: How to find morale, energy, and community in a world gone crazy*. London: Chelsea Green Publishing.
- LEWIS, B. (2006). *Moving Beyond Prozac, DSM, & the New Psychiatry: the Birth of Postpsychiatry*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- MARKEY, P.M., & FERGUSON, C.J. (2017). *Moral Combat: Why the War on Violent Video Games is Wrong*. Dallas, TX: BenBella Books.
- MONCRIEFF, J. (2008). *The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- ROGERS, A., & PILGRIM, D. (2010). *A sociology of mental health and illness*. Maidenhead, England: Open University Press/McGraw Hill.
- SCHETSCHKE, M. (2007). Sucht in wissenssoziologischer Perspektive. In B. DOLLINGER & H. SCHMIDT-SEMISCH (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung* (S. 113-130). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- SCHERR, S. & BARTSCH, A. (2016). Pathologische Mediennutzung. In K. HURRELMANN & E. BAUMANN (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 1-12). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- SHOWALTER, E. (1987). *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 1830-1980*. London: Virago.
- SHOWALTER, E. (1990). *Double Flowers: Hysteria, Feminism and Gender*. (Paper presented at the Wellcome Symposium on the History of Medicine). London.
- USSHER, J. (1992). *Women's madness: Misogyny or mental illness?* Amherst: University of Massachusetts Press.
- USSHER, J. (1997). *Body Talk. The Material and Discursive Regulation of Sexuality, Madness and Reproduction*. London: Routledge.
- WHITAKER, R. (2010). *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill*. New York: Basic Books.
- WHITAKER, R. (2011). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. New York: Random House.

7. Praktikertagung Jugendstrafvollzug

Voneinander lernen.

Jugendstrafvollzug an der Schnittstelle der Disziplinen

31. Oktober 2018 bis 2. November 2018
Berlin

Die Praktikertagungen Jugendstrafvollzug haben stets das Ziel, engagierte Praktikerinnen und Praktiker aus dem Jugendstrafvollzug zusammenzuführen, Anregungen und Diskussionen zu den Chancen und Möglichkeiten, auch innovativen Wegen der Förderung junger Straftäterinnen und Straftäter im Jugendstrafvollzug zu vermitteln, einen überregionalen fachlichen Austausch zu ermöglichen und die Idee einer pädagogischen Entwicklungsförderung als Vollzugsziel zu festigen.

Anmeldeschluss: 29. Juli 2018

Weitere Informationen & Anmeldung:

DVJJ, Lützerodestraße 9, 30161 Hannover
Tel.: 0511 – 3483642, Fax: 0511 – 318 0660
E-mail: frese@dvjj.de

www.dvjj.de/Veranstaltungen