

<b>Zeitschrift:</b>	Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerische Gesellschaft für Soziologie
<b>Band:</b>	2 (1976)
<b>Heft:</b>	1
<b>Artikel:</b>	Zur Problematik der Begriffe Krankheit und soziale Devianz beim Adoleszenten : aus der Sicht der Psychiatrie
<b>Autor:</b>	Ladewig, D. / Battegay, R.
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-815141">https://doi.org/10.5169/seals-815141</a>

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 25.02.2026

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

## ZUR PROBLEMATIK DER BEGRIFFE KRANKHEIT UND SOZIALE DEVIANZ BEIM ADOLESENTEN - AUS DER SICHT DER PSYCHIATRIE.

---

D. Ladewig und R. Battegay\*

### ZUSAMMENFASSUNG

Einleitend wird, unabhängig von der Thematik der Adoleszenz, der Krankheits- und Gesundheitsbegriff der Psychiatrie kritisch beleuchtet. Sodann werden die Phänomene psychische Krankheit, süchtiges Verhalten und Delinquenz beim Adoleszenten auf ihre Stellung innerhalb eines Krankheits- oder Devianzkonzeptes untersucht.

Nicht die Isolierung psychischer, somatischer oder sozialer Variablen, sondern die Interaktion dieser Variablen und insbesondere die Interpretation und Zuordnung zu einem gesellschaftlichen Bewertungsprozess bestimmen schlussendlich das, was als Krankheit oder Gesundheit gilt. Festzuhalten ist dabei, dass das normale Verhalten eines Jugendlichen gewöhnlich nicht der allgemeinen Norm entspricht (A. Freud). In diese Altersabhängigkeit normabweichenden "normalen" Verhaltens schieben sich zudem epochale Verhaltensmuster ein. Wir meinen einen verschiedentlich angesprochenen "Symptom"-Wandel, der sich auch beim Adoleszenten in einer Neigung zur Somatisierung, Depressivität, Frustrationsintoleranz, narzisstischen Grössenerlebnissen und symbiotischen Beziehungen äussert. Der heute häufig fehlende subjektive Leidensdruck erschwert jedoch die Einordnung dieser "Symptom"-Träger in eines der bestehenden Rollenkonzepte (Freidson). Süchtiges Verhalten lässt sich als Modell mehrdimensionalen Geschehens interpretieren, indem Wahl, Funktion und Wirkung der Drogen, das Erlernen drogenunabhängiger, an das Setting gebundener Entlastungsvorgänge, sowie die Eigenschaften der sozialen Kontrolle massgebend sind. - Zur Erklärung delinquenter Verhaltens wurden auf psychiatrischer Seite Hypothesen, die wesentlich auf einer fröcklichen Störung beruhen, diskutiert. Die aus therapeutischen Erfahrungen mit einzelnen Delinquenten sicher zu Recht bestehende Evidenz konnte jedoch in kontrollierten Prospektivstudien bisher nicht nachgewiesen werden. Allerdings bedürfen auch Hypothesen wie die der differenziellen Kontakte oder solche der symbolischen Interaktion sozialepidemiologischer Überprüfung. Nur derartige, prospektiv durchzuführende sozialepidemiologische Untersuchungen sind u.E. in der

---

\*Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik und -poliklinik Basel. Direktor: Prof. Dr. P. Kielholz.

Lage, prädiktive Faktoren herauszuarbeiten, die für Entstehung und Verlauf verschiedenster Formen von Verhaltensstörungen wichtig sind.

#### RESUME

En guise d'introduction, les auteurs discutent de façon critique les concepts de maladie et de santé en psychiatrie. Ils se concentrent ensuite sur les phénomènes de maladie psychique, de comportement toxicomane et de délinquance chez l'adolescent.

Ce ne sont pas les variables psychiques, somatiques ou sociales prises isolément qui définissent en fin de compte ce que l'on appelle maladie ou santé, mais l'interaction de ces variables et surtout les processus sociaux d'interprétation et d'évaluation. Il faut souligner que le comportement normal de l'adolescent n'est en général pas conforme à la norme générale (A. Freud). Cette déviance "normale" liée à l'âge se combine avec des modèles de comportement marqués par "l'esprit du temps". On pense à des différences quant au changement de la symptomatologie, s'exprimant chez l'adolescent également en une tendance à la somatisation, à la dépressivité, à l'intolérance des frustrations, à la mégalomanie narcissique et aux relations symbiotiques. Le fait qu'un certain nombre de "porteurs de symptômes" ne révèlent pas de sentiments de souffrance subjectifs complique cependant leur adaptation à l'un des rôles existants (Freidson). Il est possible d'interpréter le comportement toxicomaniacal comme un système d'événements multi-dimensionnel dans lequel le choix, la fonction et l'effet de la drogue, l'apprentissage de processus de décharge indépendants de la drogue ainsi que les caractéristiques du contrôle social sont des variables déterminantes. - Pour l'explication du comportement délinquant, la psychiatrie a eu recours à des hypothèses concernant essentiellement des perturbations au cours de la petite enfance. Toutefois, cette "évidence" issue - à juste titre sans doute - des expériences thérapeutiques avec des délinquants individuels n'a pas pu à ce jour être vérifiée par des études contrôlées. Cette critique s'applique aussi, il est vrai, à d'autres hypothèses comme celle des contacts différentiels ou celle des interactions symboliques. Seules de telles investigations socio-épidémiologiques permettront d'élaborer des facteurs prédictifs centraux pour la compréhension de la genèse et du développement des formes les plus variées de troubles du comportement.

Der 12jährige Sohn italienischer Einwanderer erschien in der Tagesschule seiner neuen australischen Heimat mit einer Flasche Wein, was ihm eine Rüge seines Lehrers einbrachte; der gleiche Lehrer schmunzelte am nächsten Tag, als der gleiche Schüler mit einer Büchse einheimischen Bieres erschien (Bacon).

Wir Aerzte haben oft wenig Interesse, derartigen Varianten normalen resp. abweichenden Verhaltens nachzugehen, weil wir vorwiegend darauf ausgerichtet sind, diagnostisch und therapeutisch zu arbeiten. Wir sind gewöhnt, bei einem jungen Mann, der nach einem Arbeitsunfall zu uns kommt und Befunde einer gestörten Leberfunktion aufweist, nach einem Alkoholmissbrauch zu fahnden und den Betreffenden gegebenenfalls auf die Folgen eines übermässigen Alkoholkonsums aufmerksam zu machen. Es kann sein, dass der Betreffende unserem Rat folgt, es kann ebenso gut sein, dass er beginnt, seinen Alkoholkonsum zu verheimlichen und bei einem nächsten Arbeitsunfall sein Trinken strikte leugnet. Der Arzt, wie übrigens auch der Lehrer im obenerwähnten Beispiel, konstituieren neben ihrer engeren beruflichen Tätigkeit eine Dimension sozialer, auf ein Normverhalten ausgerichteter Konrolle. Das Ausmass dieser Kontrolle wird je nach dem Grad des von der Norm abweichenden Verhaltens variieren, wobei insbesondere der Psychiater häufig als "Hüter der Schranke" (von Baeyer) erlebt wird, "mit welcher sich die Gesellschaft umgibt, um psychisch abnorme oder kranke Menschen auszugliedern" (Meyer). Damit wird von vornherein deutlich, dass Krankheit aus der Sicht der Psychiatrie nicht nur aus einem strikt medizinischen Konzept verstanden werden kann, sondern auch aus dem Blickwinkel einiger unserer Gesellschaft formierender Mechanismen gesehen werden muss. Hierzu gehören verschiedenste Ausgliederungs- oder Anpassungsstrategien, die in ihrem Charakter z.T. als Abwehrmechanismen zu interpretieren sind.

Wir benötigen in unserer Zeit vermehrt interdisziplinärer Gedankenanstösse, um die manchmal bis zur Unkenntlichkeit verschütteten Koordinatensysteme der eigenen Disziplin neu zu entdecken. Die Aufgabe, über Norm und deviantes Verhalten zu berichten, dient so zum Anlass, die Begriffe von Gesundheit und Krankheit - im Vorliegenden für die Altersgruppe der Heranwachsenden - zu beleuchten.

Dass das Gesunde als ein "Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens" eine Norm sei, mag ein Wunsch von Experten, jedoch kaum "normaler" Zustand eines Heranwachsenden oder Erwachsenen sein. Zudem beinhaltete dieser Zustand eine Homöostase, die wenig Aktivierung mit sich brächte und wohl nicht erstrebenswert wäre. Gesundheit bezeichnet vielmehr einen aktiven Prozess der Regulierung im Sinne autonomer, z.T. kulturell

mitgeformter Entwicklungen auf eine sich wandelnde Realität hin. Illich bemerkt, dass "Gesundheit auch die Zukunft mit einschliesst und damit auch die Angst sowie die innere Kraft, mit ihr zu leben".

Jeder Arzt und insbesondere jeder Psychotherapeut definieren Gesundheit und Krankheit entsprechend ihres theoretischen Konzeptes und ihrer therapeutischen Haltung. Diese hängt durchaus mit dem therapeutischen Setting resp. der Institution, in der der Therapeut arbeitet, zusammen. Grundlage des Definitionsprozesses sind weiterhin Wahl und Interpretation von Beurteilungskriterien für das Phänomen Krankheit oder Gesundheit. Die Problematik benützter Beurteilungskriterien wurde besonders in der berühmten Midtown-Manhattan-Study (Srole et al.) deutlich, indem bei Fragen nach "emotionaler Angepasstheit" nur 18,5% der Untersuchten als "normal" einzustufen waren.

In der Diskussion um den Krankheitsbegriff ist eine z.T. massive Kritik am Arztberuf laut geworden. Diese Kritik ist fast schon zu einer Mode geworden, und man muss sich fragen, wem sie im Grunde genommen dienlich ist. Zweifellos kann das Monopol, unbegrenzt in einer Gesellschaft Krankenrollen zu verteilen, bedrohlich wirken. Illich hat in pointierter Form auf den Sachverhalt der sozialen Iatrogenesis hingewiesen. "Die medizinische Etikettierung hat die Zahl der Menschen mit ausserordentlichem Konsumentenstatus derart vermehrt, dass Leute, die frei von therapeutischen Etiketten sind, inzwischen die Ausnahme darstellen." Diese Etikettierung stehe im Dienste einer sozialen Kontrolle. Hieran würden Kontrollmassnahmen eines öffentlichen Gesundheitsdienstes nichts ändern, weil die Abhängigkeit des einzelnen von der Gesundheitsplanung und Technisierung einer Medizin-Bürokratie weiter bestehen bliebe.

Im Folgenden wollen wir versuchen, zunächst einige allgemeine Gesichtspunkte über Gesundheit/Krankheit und Norm/abweichendes Verhalten, aus der Sicht der Psychiatrie, zusammenzutragen. Sodann sollen in einem speziellen Teil drei Verhaltensbereiche Adoleszenter diskutiert werden, die der Problematisierung des Begriffs "soziale Devianz" dienen:

1. psychische Erkrankung
2. süchtiges Verhalten
3. Delinquenz

Dabei sollen einige der im allgemeinen Teil erarbeiteten methodischen Ansätze zur Anwendung gelangen und die Nützlichkeit der Begriffe Krankheit und abweichendes Verhalten abgegrenzt werden.

### ALLGEMEINE ASPEKTE

Die Psychiatrie hat durch zwei Entwicklungen - die durch die Psychoanalyse inaugurierte Entwicklung hat Quellen, die sowohl aus der Natur- wie aus der Sozialwissenschaft herrühren -, nämlich eine naturwissenschaftliche, im wesentlichen durch den Fortschritt der Psychopharmakologie bedingte, und eine sozialwissenschaftliche, die Gesellschaft berücksichtigende Sichtweise, einen "Aufbruch" erfahren. Der sozialwissenschaftliche Bereich soll uns hier näher beschäftigen. Historisch gesehen haben sich Psychiatrie und Soziologie mit dem gleichen Gegenstand beschäftigt, den Armen und den Irren, wobei, wie Dörner meint, Psychiatrie und Soziologie in ähnlicher Weise in der Dialektik standen, "zugleich der Emanzipation leidender Menschen und der Integration der Gesellschaft, also der Bändigung sprengender, auflösender und destruktiver Kräfte, zu dienen, d.h. in der 'Dialektik der Aufklärung'". Mit Methoden, die in der Medizin Gültigkeit haben, versucht die Psychiatrie, subjektive Symptome und objektive Krankheitsmerkmale zu einer diagnostischen Beurteilung zu sichten. Die Nützlichkeit eines diagnostischen Krankheitsmodells hängt von dem Grad der Bestätigung einer zu Grunde liegenden Hypothese ab, und dieser wiederum ist abhängig davon, wie reliabel die Diagnose ist. Bei den psychiatrischen Erkrankungen ist der Bestätigungsgrad dieser zu Grunde liegenden Hypothese im allgemeinen gering. Die Wahl einer Diagnose führt in der Regel nicht zur Wahl einer spezifischen Therapie. Eine Ausnahme hiervon machen psychopharmakologische und verhaltenstherapeutische Verfahren, die bestimmte Zielsymptome oder Verhaltensmerkmale therapeutisch angehen. Der psychodynamisch orientierte Psychiater rekonstruiert die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen bis hin zur symptomauslösenden Persönlichkeitsstörung, die als Introjekt einer konflikthaften Interaktion zwischen Persönlichkeit und sozialer Umwelt interpretiert wird.

Während die Auffassung der klassischen Psychiatrie, dass psychischen Krankheiten ihrer Natur nach ein somatisches Substrat zu Grunde liege, vielfach zu einer Diagnosenstellung führte, womit der Krankheitscharakter legitimiert war, damit aber auch die Gefahr eines therapeutischen Nihilismus heraufbeschworen wurde, brachte die psychodynamische Sichtweise zwar ein Verstehen des Leidens des Patienten, machte den Patienten aber gleichwohl abhängig vom Wertsystem des Therapeuten. Ist der Konflikt sowohl eigener als auch realitätsinhärenter Bedürfnisse in der Therapie deutlich geworden, laufen Therapeut und Klient durchaus Gefahr, sich an u.U. verschiedenartigen Wertesystemen zu entfremden. Szasz (1972) setzt sich dafür ein, dass nur für solche Krankheiten, bei denen sich die Symptomatik auf Grund eines biologischen Substrates ableiten lässt, ein eigentlicher

Krankheitscharakter anzunehmen sei. Diese überraschende und provozierende Ueberlegung begründet er in Anlehnung an Piaget damit, dass die sogenannten psychischen Krankheiten ein besonderes Spiel- und Regelverhalten des Individuums in seinen Interaktionen mit der Umgebung, das vom Normgebaren abweicht, verkörpern. Die Psychiatrie würde sich demnach nicht mit den körperlichen Leiden vergleichbarer Krankheiten befassen, sondern mit Spielregeln und den damit zusammenhängenden persönlichen, sozialen und ethischen Lebensproblemen. Werden diese Aussagen von Szasz (1972) ernst genommen, so kommen die Psychiater in einen Interessenskonflikt zwischen ihrer klinisch-diagnostischen Schulung und dem damit verbundenen Krankheitsbegriff und den ethischen Vorstellungen, nach denen jegliches Regelverhalten seine existenzielle Berechtigung besitzt und nicht eine Krankheit im eigentlichen Sinne darstellen kann.

Ist der Krankheitsbegriff immer bei jenen psychiatrischen Erkrankungen problematisch gewesen, bei denen eine multifaktorielle Aetiologie anzunehmen war, galt dies ganz besonders für Persönlichkeitsstörungen, die an das Vorhandensein abnormer Persönlichkeitsvarianten gebunden sind. Wir haben an dieser Stelle nicht über die Opportunität des Begriffes abnorme Persönlichkeit oder Psychopathie zu entscheiden. Es sei nur am Rande erwähnt, dass bereits King deutlich unterschied zwischen dem statistischen Begriff "durchschnittlich" und dem Begriff "normal". Dass es, wir müssen sagen glücklicherweise, vom Durchschnitt abweichende Persönlichkeitsvarianten gibt, dürfte wohl unbestritten sein. Im Gegensatz zur Auffassung vieler deskriptiv-phänomenologisch eingesetzter Psychiater, als deren Repräsentant etwa Kurt Schneider gelten kann, die mit dem Begriff abnorme Persönlichkeit und Psychopathie primär nicht die Vorstellung von etwas Krankhaftem und Diagnostizierbarem verbanden, erhielt dieser Begriff in der alltäglichen Praxis immer mehr eine bewertende Komponente. Insofern wurde fälschlicherweise das, was abnorm erschien, als behandlungsbedürftig, weil krank, interpretiert. Es scheint grundsätzlich vernünftig zu sein, die Frage nach der Norm als Frage nach dem "normal wofür" und "normal für wen" (Redlich) zu formulieren und sie damit in den Situationskontext einer sozialen Gemeinschaft zu stellen. Damit gerät allerdings das von der Norm abweichende Verhalten leicht in das Kategoriensystem von gesund/krank und gut/schlecht.

In der Allgemeinheit wird Verhalten nämlich zumeist dann als vernünftig interpretiert, wenn nach der Gut-schlecht-Kategorie gewertet und als "gut" eingestuft werden kann. Erscheint ein Verhalten merkwürdig, unvereinbar mit den eigenen Interessen oder mit dem, was von einer vernünftigen Person als Motivation erwartet wird, dann wird der Beobachter ein solches Verhalten wahrscheinlich am ehesten

nach der Gesund/krank-Kategorie einzuordnen versuchen und es als krankhaft interpretieren. Die reiche Frau, die kleine Artikel aus einem Krämerladen stiehlt, wird eher für krank als für schlecht angesehen, weil nicht klar ist, wie eine solche Handlung ihren Interessen nützt. Die gleichen Beurteiler würden im Gegensatz dazu dieselbe Handlung als "schlecht" etikettieren, wenn eine Person aus einer unteren sozioökonomischen Schicht sie ausführte.

Die psychiatrischen Konzeptionen des Verhaltens arbeiten in beträchtlichem Umfang mit Begriffen wie etwa denen der in ihrer Entwicklung oder Kohärenz gestörten Persönlichkeit, die sich eher mit den in der Öffentlichkeit verwendeten Konzeptionen "schlechter" Handlungsabsichten überschneiden. Die Tendenz, psychisch gestörte Patienten so zu betrachten, als seien sie für ihren Zustand verantwortlich, physisch Kranke dagegen hiervon zu befreien, erklärt teilweise das Stigma, das mit einer psychiatrischen Störung verknüpft ist. So erklärt sich auch der Umstand, dass viele Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung zunächst versuchen, ihre Schwierigkeiten als Ausdruck einer körperlichen Erkrankung zu beschreiben. Dieser angeschnittene Fragenkomplex ist Gegenstand eines wichtigen sozialwissenschaftlichen Bereichs, der Attitüdenforschung, geworden (Stumme).

Die Problematik am Krankheitsbegriff in der Psychiatrie ist sicher nicht die, zu entscheiden, ob so etwas wie Krankheit vorkommt oder nicht, sondern zu differenzieren, ob neben dem kranken Verhalten im engeren Sinne nicht auch solches Verhalten auftreten kann, das das Attribut "krank" erst "durch einen komplexen sozialen Prozess der Interpretation und Zuschreibung, also in einem gesellschaftlichen Bewertungsprozess, erhält" (Keupp). Das Vorhandensein genetisch-konstitutionell, intrapsychisch oder sozial wirkender pathogener Faktoren lässt sich unseres Erachtens kaum leugnen. Eine Isolierung derartiger Faktoren gegenüber der Wirksamkeit sozialer Regelsysteme ist jedoch unzulässig und mächt die eigentliche Problematik des "medizinischen Modells" der Psychiatrie wie anderer Bereiche der Medizin aus. Es genügt unseres Erachtens nicht, wenn wir Phänomene wie Delinquenz, süchtiges Verhalten, Prostitution, Suizid, etc. als "Symptome" einstufen, hinter denen sich eine intrapsychische oder soziale Dynamik verbirgt. Zweifellos haben die Psychoanalyse seit Freud und die Sozialepidemiologie seit den Studien von Faris und Dunham, Hollingshead und Redlich, Srole u.a., zahlreiche wichtige Einzelbefunde intrapsychischer und sozialer Einzelfaktoren erbracht. So gilt es heute auf Grund sozialepidemiologischer Forschungen als bewiesen, dass zwischen der Höhe des sozialen Status und der Häufigkeit psychischer Störungen eine inverse Beziehung besteht. Die Gewichtigkeit abweichender Motivationstendenzen in der Persönlichkeitsstruktur des Indivi-

duums resp. der Bedeutungsgehalt der Diskrepanz zwischen bestehenden Rollennormen und den Motivationen des Rollenträgers aber sind in ihren Interaktionssequenzen bisher zu wenig deutlich gemacht worden (Keupp).

Im Folgenden soll aus der Sicht des Mediziners zu einigen Ansätzen der Soziologie und Sozialpsychologie zur Erklärung abweichenden Verhaltens Stellung genommen werden, um später zu versuchen, das Krankheitsverhalten des Jugendlichen und Heranwachsenden, soweit es aus psychiatrischer Sicht möglich erscheint, sinnvoll einzurichten. Keupp fasst die vorliegenden soziologischen Ansätze zur Erklärung abweichenden Verhaltens in zwei alternativen Strategien zusammen, eine, die auf der strukturell-funktionalen Theorie (Durkheim, Parsons, Merton) basiert, und die andere, die vom prozessualen Ansatz ausgeht (Thomas, Mead, Scheff). So brillant die Theorie über die Funktionen von Norm und Anomie sind, wird in diesem Konzept offenbar das geschichtliche Moment sich ständig wandelnder Wertmuster und der Aspekt situations- und subjektabhängiger Normbildung zu wenig berücksichtigt. Die Existenz von Normen kann nicht explizit und losgelöst von Interaktionszusammenhängen, wie z.B. auch von Kontrollvorgängen, die die Durchsetzung bestimmter Regeln bis hin zu Sanktionen beinhalten, gesehen werden. Dies hat ganz deutlich den Generationenkonflikt begleitende Normenkonflikt gezeigt. Wenn die Erwachsenenwelt und ihre institutionellen Repräsentanten dem Heranwachsenden in den vergangenen Jahren häufiger das Gefühl gaben, nur die Normen der Erwachsenen seien wertvoll, jene der anderen aber wertlos, haben sie damit durchaus Tatsachen konkretisiert, die in dieser Einstellung antizipiert wurden. Im Konzept einer solchen Self-fulfilling-prophecy liegt es, dass jener Prozess sozialer Kontrolle selbst etwas validiert, was er in Gang gesetzt hat.

Aus der Kritik dieses funktionalen Ansatzes hat Lemert den prozessualen Ansatz formuliert. Gemeint ist der Prozess gesellschaftlicher Reaktionen. "It insists that deviant behavior can be understood only in terms of constantly changing states reflecting complex interaction processes, that it is quite misleading to treat deviance as a steady condition. It is more interested in the 'social history' and ramifying effects of deviant behavior than on the basic 'characteristics' of deviating acts or actors". (Schur, 1969, S. 310). Die Vertreter dieser Forschungsrichtung gehen von der Annahme des "symbolischen Interaktionismus" aus, nach dem "das Individuum im Laufe seiner Erfahrungen mit sozialen Symbolen ein Selbstverständnis erwirbt, das wesentlich durch die Interpretationen beeinflusst wird, die dieses Individuum anderen in bezug auf sich selbst zuschreibt" (Hartmann, 1967, S. 62). Bewertungen, Typisierungen und Definitionen schaffen einen "Labelling"-Prozess (Becker, Scheff). Geht der strukturell-funktionale Ansatz von histo-

risch vorgegebenen Normen und Werten aus, negiert die Labeling-Theorie global allfällige Wertssysteme.

### SPEZIELLE ASPEKTE

- 1) Psychische Krankheiten (akute und chronische Verhaltensstörung)
- 2) Süchtiges Verhalten
- 3) Delinquenz

### Psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen, die in der Adoleszenz auftreten, lassen sich phänomenologisch zunächst als Verhaltensstörungen beschreiben. Die Entstehung solcher Störungen beruht nach der psychiatrischen Krankheitslehre auf dem Zusammenwirken konstitutioneller, hereditärer und lebensgeschichtlich erworbener Faktoren. Die Krankheit wird wesentlich als individualgeschichtliches Geschehen angesehen, wobei der Umwelteinfluss im wesentlichen über Introektions- und Identifikationsprozesse verstanden wird.

Bevor wir den allfälligen Krankheitscharakter einer Verhaltensstörung diskutieren, muss vermerkt werden, dass zur normalen Adoleszenz ein ausgesprochen weiter Spielraum "abweichenden Verhaltens" gehört. Anna Freud (1936) hat das Verhalten des Jugendlichen in der eigentlichen Adoleszenz so beschrieben: "Der Jugendliche ist gleichzeitig in starker Masse egoistisch, betrachtet sich selbst als Mittelpunkt der Welt, auf den das ganze Interesse konzentriert ist, und ist doch, wie nie mehr im späteren Leben, opferfähig und zur Hingabe bereit. Er formt die leidenschaftlichsten Liebesbeziehungen, bricht sie aber ebenso unvermittelt ab, wie er sie begonnen hat. Er wechselt zwischen begeistertem Anschluss an die Gemeinschaft und unüberwindlichem Hang nach Einsamkeit; zwischem blinder Unterwerfung unter einen selbstgewählten Führer und trotziger Auflehnung gegen alle und jede Autorität. Er ist eigennützig und materiell gesinnt, dabei gleichzeitig von hohem Idealismus erfüllt. Er ist asketisch, mit plötzlichen Durchbrüchen in primitivste Triebbefriedigung. Er benimmt sich zu Zeiten grob und rücksichtslos gegen seine Nächsten und ist dabei selbst für Kränkungen äußerst empfindlich. Seine Stimmung schwankt von leichtsinnigstem Optimismus zu tiefstem Weltenschmerz, seine Einstellung zur Arbeit schwankt zwischen unermüdlichem Enthusiasmus und dumpfer Trägheit und Interesselosigkeit." Die Konsolidierung dieser Gegensätze bildet den Inhalt einer "normativen Krise" (Erikson), die zur Identitätsfindung führen soll. Auf die Besonderheiten und

die Verzögerung dieser Identitätsfindung haben Mitscherlich und andere hingewiesen. Wird der Prozess der psychosexuellen oder psychosozialen Identitätsfindung nicht abgeschlossen, entstehen Verhaltensstörungen. Der Betreffende vermag nicht aktiv und in seinem eigenen Interesse sowohl mit den Anforderungen der Aussenwelt als auch mit den eigenen Wünschen und Triebansprüchen umzugehen. Verstimmungen, Leistungshemmungen, Angstreaktionen, Phobien, Zwangssphänomene, können Aeusserungen dieser gestörten Adaptationsfähigkeit sein. Bei der Entstehung dieser Verhaltensstörungen ist immer zu berücksichtigen, dass Ausformung und Verlauf dieser Phänomene einer Vielzahl mitbedingender Faktoren unterliegt und verschiedenartig interpretiert werden kann, je nachdem, welcher Bezugsrahmen für das Verstehen dieser Verhaltensstörung gewählt wird.

Das Fortlaufen eines Jugendlichen lässt sich etwa als Appell interpretieren: Der Betreffende gibt damit seinem Protest Ausdruck. Das gleiche Phänomen kann aber auch Ausdruck einer kurzdauernden phasischen Verstimmung sein, der eine biologisch verankerte Rhythmik zugrunde liegt. Es kann weiter Ausdruck einer altersspezifischen Entwicklung sein und zum Normalverhalten eines Pubertierenden gehören. - Wir können das Phänomen also im Rahmen eines intrapsychischen Konfliktes, der aus der Dynamik von Triebstruktur und Identitätsfindung resultiert, verstehen; wir können es ebenso vor dem Hintergrund biologischer Vorgänge sehen: wir müssen es häufig in einem sozio-ökonomischen System interpretieren und müssen schliesslich auch epochalgeschichtliche Zusammenhänge berücksichtigen - ausgehend etwa von der Beobachtung, dass sich Verhaltensstörungen bei Studenten in den 60er Jahren zunächst als Leistungsstörungen, dann als politischer Protest und schliesslich als Konflikt im intim-erotischen Bereich manifestierten.

Die am Beispiel des Phänomens "Fortlaufen" aufgewiesene Problematik soll uns zu zwei Ueberlegungen führen:

1. Das Fehlen eindeutiger, kausaler Entstehungsfaktoren für ein bestimmtes Verhalten, wie sie bei bestimmten Erkrankungen, wie z.B. der perniziösen Anämie oder der Tuberkulose gegeben sind, beweist die Schwierigkeit, Verhaltensstörungen resp. psychische Krankheit ausschliesslich in einem kausal denkenden Krankheitsmodell zu verstehen. Die über 100 Jahre alte Diskussion der Psychiker und Somatiker, ob bestimmte Krankheiten primär somatisch oder psychisch bedingt seien, ist letztlich unerquicklich und ergebnisarm geblieben. Es steht heute ausser Frage, dass jedes körperliche Symptom auch in einem seelischen Erlebniskontext gesehen werden muss und jede psychische Störung immer auch in biologischen Systemen abläuft. Die Psychiatrie in der Adoleszenz hat diesem Umstand insofern

Rechnung getragen, als dass sie im allgemeinen sehr zurückhaltend ist, nosologische Kriterien bei Verhaltensstörungen dieser Altersgruppe zu benützen.

2. Die in dem oben erwähnten Sachverhalt angesprochene Notwendigkeit einer "mehrdimensionalen Betrachtungsweise" (Bleuler, Kielholz u.a.) ist deshalb so schwierig durchzusetzen, weil der Prozess dieser mehrdimensionalen Betrachtungsweise selbst eine erstaunliche Offenheit beim Betrachter voraussetzt.

Der Notwendigkeit einer derartigen breit gefächerten Auffassung stehen im allgemeinen eine Reihe von Faktoren beim Betrachter im Wege. Das, was wir meinen, lässt sich stichwortartig unter den Begriffen der Sprachbarriere, der Gegenübertragung und der bereits erwähnten Dimension der sozialen Kontrolle zusammenfassen. Was wir als Verhaltensstörung oder Krankheit beim Klienten resp. Patienten sehen, ist also ein Stück weit auch Produkt unseres eigenen sprachlichen, gefühlsmässigen und sozialen Mittuns. Aufgabe der Erforschung des Krankheitsgeschehens beim Heranwachsenden ist unseres Erachtens weniger die Isolierung allfälliger somatischer, psychischer oder sozialer Entstehungsfaktoren, sondern das komplexe Zusammenspiel krankheitsbedingender Faktoren in einer Gesellschaft, die für den Gestaltwandel von Krankheiten verantwortlich ist. Wir denken dabei an die Zunahme und spezifische Ausformung besonders der psychosomatischen Krankheiten in unserer Zeit. Der früher für das Kranksein charakteristische Leidensdruck, den ein Symptom verursacht, ist heute bei vielen Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen oder Charakterneurosen gar nicht vorhanden. Kranksein bedeutet bei diesen Patienten geradezu das Fehlen eines Leidensdruckes. Das einseitige Fahnden des Arztes nach körperlichen Symptomen, aber auch möglicherweise ein gesamtgesellschaftlicher Regulationsprozess, Gefühle im Sinne der Abwehr durch Somatisierung zu unterdrücken, erklärt dieses Phänomen teilweise. Hinzu kommt dass gerade jüngere Patienten nicht un wesentliche Vorbehalte haben, sich in einer klassischen Patientenrolle zu sehen. So kommt es, wie Szasz (1968) pointiert formuliert, dass nicht die Studenten leiden, wohl aber ihre College-Administratoren und die Psychiater. Die heute vermehrt beobachteten Abwehrvorgänge im Sinne der Somatisierung oder des "acting in" (Green) oder des "acting out" bedeuten eine Art Blindheit gegenüber intra- und interpsychischen Vorgängen. Gefühle der Leere, Konzentrations- und Erinnerungsschwierigkeiten, Pseudozwangdenken, Stimmungsschwankungen, Entfremdungsgefühle, Depressivität, Frustrationsintoleranz u.a. können Ausdruck einer Fragmentierung des narzisstischen Selbst sein. Bellak befürchtet, dass der narzisstische Charakter die Persönlichkeitssstörung der Zukunft sei. Diese Charakterstörung sei "durch oberflächliche, passagere Gefühlsbeziehungen mit

geringer subjektiver Gefühlsbeteiligung gekennzeichnet" und als "Ausdruck von Änderungen der Identifizierungsprozesse in einer Welt, die zunehmend durch rapide Mobilität der sozioökonomischen, technologischen und geographischen Bezugs-schemen" bestimmt ist, charakterisierbar. Es ist uns selbst in den vergangenen Jahren immer deutlicher geworden, dass der zunehmende Konsum von Alkohol, Medikamenten und Drogen als Versuch zu interpretieren ist, eine Konsolidierung des narzisstischen Selbst aufrecht zu erhalten. Das Auftreten von Symptomen als Ausdruck eines Triebkonfliktes, der sich dem Ich aufzwingt (A. Freud, 1965), lässt sich relativ selten beobachten. Häufiger werden Strukturen mit lebensgeschichtlich sehr früh eingetretenen Defiziten beobachtet, die sich als symbiotische Beziehungen, narzisstische Größenvorstellungen, Störungen der sozialen Wahrnehmung u.a. darstellen. Smarr und Escoll haben verschiedene Ausformungen dieser narzisstischen Grundstruktur beschrieben. Diese Defizite der sozialen Wahrnehmung und Kommunikation lassen sich nicht nur aus der psychoanalytischen Theoriebildung ableiten, sondern durchaus auch aus lerntheoretischen Überlegungen (Schaffer).

Hieraus soll nicht gefolgert werden, dass es neben dem Normalverhalten Adoleszenter nur narzisstische Neurosen gibt. Auf eine eigentliche Darstellung typischer in der Adoleszenz auftretender Krankheitsbilder muss hier aus Platzgründen verzichtet werden. Wichtig erscheint uns, darauf hinzuweisen, dass wir bei allfälligen "Symptombildungen" Heranwachsender immer den Stellenwert derselben innerhalb des psychosozialen Entwicklungsprozesses des Heranwachsenden sehen müssen. Wenn wir ganz allgemein wissen, dass der ärztlichen Diagnosestellung beim Hilfesuchenden eine Kette von Schritten vorangehen, die durch sozialschichtabhängige kognitive und Einstellungs-Faktoren bestimmt werden, gilt dies vermehrt noch für den Adoleszenten. Seine vielfältigen Beziehungen zu "peer groups" aber auch seine Stellung im elterlichen Projektionsfeld (Richter) oder in anderen für ihn schwer durchschaubaren Interaktionssystemen weisen auf diese Problematik hin. Diese macht es für den Heranwachsenden unter Umständen schwierig, zu seinen eigenen Symptomen zu stehen und zum Arzt zu gehen. Aus epidemiologischen Untersuchungen in Allgemein-Praxen (Shepherd et al.) wurde deutlich, dass Adoleszente ausgesprochen selten zum Arzt gehen.

Nachdem wir grundsätzlich einige Aspekte des Krankheitsprozesses beim Heranwachsenden diskutiert haben, sei abschliessend nochmals der Labelling-Ansatz (Scheff), der ursprünglich am Beispiel chronisch schizophrener Patienten entwickelt wurde, diskutiert.

Eine uns wichtig erscheinende Differenzierung dieses ge-

schilderten Ansatzes von Scheff findet sich bei Freidson, der versucht, eine Taxonomie von Abweichungsformen zu entwickeln, indem er zwischen körperlichen und seelischen Krankheiten, aber auch zwischen verschiedenen Formen abweichenden Verhaltens sowie zwischen verschiedenen Schweregraden von Krankheiten, jeweils bezogen auf die Art der sozialen Kontrollreaktion, unterscheidet. Geht Scheffs Konzeption im wesentlichen von chronischen psychischen Störungen aus, benötigen wir u.E. für die Vielzahl akut auftretender psychosozialer Dekompensationsmöglichkeiten ein differenzierteres Modell.

Keupp hat den Ansatz von Freidson, der seine Argumentation vom Konzept der "Krankenrolle" von Parsons ableitet, in vier Merkmale zusammengefasst:

1. Das Individuum wird für seinen Zustand nicht verantwortlich gemacht und auch nicht für dessen Aufhebung.
2. Es wird von seinen normalen sozialen Rollenverpflichtungen befreit.
3. Die sich in der Krankheit manifestierende Abweichung wird zwar legitimiert, gleichzeitig ist sie aber unverwünscht, deswegen ist die Abweichung konditional, d.h. der Person wird auferlegt, sie zu überwinden.
4. Da die Person sich nicht selbst helfen kann, wird von ihr erwartet, dass sie kompetente Hilfe aufsucht und bereit ist, sich bei Aenderungsversuchen kooperationswillig zu zeigen.

In diesem Konzept wird die Möglichkeit der Psychopathogenese von Störungen, die in der "society reaction theory" eindeutig zu kurz kommt, einbezogen (Goves). Das Auftreten einer akuten Psychose nur als "societal reaction" zu interpretieren, verbaut wichtige Möglichkeiten des therapeutischen Zugangs zum Patienten. Diese Aussage setzt aber voraus, dass wir ihn, wenigstens für eine bestimmte Zeitdauer, in der Krankenrolle akzeptieren. Die Problematik des Etikettierungsprozesses setzt jeweils dort ein, wo sich der Psychiater verführen lässt, Rollen zu übernehmen, Definitionen und Selektionen zu unterstützen, die nicht mit seiner eng umschriebenen Aufgabe zu tun haben. Das historische Produkt dieses Prozesses hat zum "Mythos der Psychiatrie" geführt (Szasz, 1972). Andererseits setzt das Arbeiten mit narzisstisch Gestörten geradezu eine myologische Empathie voraus, über die nur wenige Therapeuten oder "therapeutische Gemeinschaften" verfügen.

## SÜCHTIGES VERHALTEN

Auf die Mehrdimensionalität der Entstehung süchtigen Verhaltens ist immer wieder hingewiesen worden (Battegay, Kielholz und Ladewig u.a.). Sogenannte Broken-home-Faktoren liessen sich nicht nur im klinischen Krankengut, sondern auch bei gesunden Schülern (Weidmann et al.) wie auch bei gesunden 20jährigen (Rekruten) (Battegay et al.) nachweisen. Der Befund, dass Probanden aus Trennungs-, Scheidungs- und Mussehnen ein grösseres Risiko laufen, später zu Drogenkonsumenten und damit potentiell sozial deviant zu werden, ist bekannt. Dieser Faktor ist einer von vielen Risikofaktoren, die im einzelnen nicht überbewertet werden dürfen. Aus welchem spezifischen Bedingungsgefüge sich eine Drogenabhängigkeit entwickelt und welche zusätzlichen Faktoren dieses Geschehen in Richtung eines Behandlungsprozesses bahnen, ist zumeist nur im Einzelfall deutlich zu machen. Wesentlich sowohl für die Entstehung der Abhängigkeit wie auch für die Schwierigkeit der therapeutischen Zugänglichkeit ist die Tatsache, dass sowohl der Drogenkonsum wie übrigens auch der Medikamentenmissbrauch von den Betroffenen zumeist verheimlicht wird.

Das Phänomen der Illegalität des Drogenkonsums und der sekundären Kriminalisierung jugendlicher Drogenkonsumenten ist sicher nicht zu unterschätzen. Andererseits ist aber auf die Tatsache hinzuweisen, dass viele Medikamentenabhängige und Alkoholkranken in Allgemeinspitälern oder in Arztpraxen wegen symptomatischer Leiden behandelt werden, ohne dass der Suchtcharakter ihres Leidens diagnostiziert und behandelt wird. Dieses Phänomen unterstreicht den Umstand, dass gerade wir dem Süchtigen mit vielfältigen ambivalenten Einstellungen begegnen. Normativ-moralisierende und verstehende Einstellungen durchmischen sich in unserer Gesellschaft und machen die Frage des Krankheitscharakters des Süchtigen zu einem ausserordentlich komplexen Gegenstand.

Besonders der Krankheitscharakter des Alkoholikers ist immer wieder diskutiert worden. Feuerlein hat auf die Zwiterstellung des Alkoholismus innerhalb einzelner Erklärungsmodelle hingewiesen. Die von Jellinek postulierte biologische Grundlage des Kontrollverlustes liess sich nicht verifizieren. Andererseits haben Untersuchungen an Zwillingen (Partanen et al.) oder an Kindern aus Alkoholikerfamilien, die bei nicht-alkoholischen Adoptiveltern aufwuchsen (Goodwin et al.), sowie solche über mögliche Querverbindungen zu den periodischen Depressionen (Winkler et al.), für die heute allgemein eine biologische Entstehungsweise angenommen wird, auf mögliche biologische Determinanten in der Entwicklung zum Alkoholismus hingewiesen. Dass sich biologische und lerntheoretische Über-

legungen grundsätzlich nicht ausschliessen, sondern ergänzen, haben wir versucht, an der Entwicklung der Drogenabhängigkeit darzustellen (Ladewig). Zweifellos besteht mit der Uebernahme normativer Rollenverpflichtungen, die den Kranken weitgehend der Verantwortlichkeit für das Krankheitsgeschehen entheben, gerade beim Alkoholiker die Gefahr einer zusätzlichen Passivierung. Diese äussert sich u.U. in magischen Erwartungen einer "Heilung" durch den Therapeuten. Dieses Phänomen spricht u.E. jedoch nicht gegen die Therapienotwendigkeit, als vielmehr für die Wahl geeigneter Modalitäten in der Behandlung resp. Verhaltensmodifikation von Alkohol- oder Drogenabhängigen.

Stellt die Gruppe der Süchtigen eine äusserst kleine Minderheit unserer Gesellschaft dar, für deren Verhaltensstörungen letztlich aus pragmatischen Ueberlegungen ein Krankheitscharakter angenommen werden muss - ohne dass damit eine bestimmte Therapieform zu präjudizieren ist - stellt die Gruppe drogenexperimentierender Jugendlicher ein ganz anderes Phänomen dar. Während der Süchtige vorwiegend eine Belastung für die Gesellschaft darstellt, kann der drogenexperimentierende Jugendliche durch sein Verhalten in vielfacher Weise das Normensystem unserer Kultur beeinflussen. Diese Situation könnte Jugendliche mit einer an sich minimalen Chance zur vollen Partizipation an den am höchsten bewerteten Aktivitäten, in einer Gesellschaft veranlassen, neue Verhaltensformen zu inaugurieren. Dies würde vermehrt notwendige Vorgänge einer normativen Flexibilität (Coser) beinhalten. Durchaus skeptisch stehen wir der heute zunehmend verbreiteten Selbstversorgung mit Schmerz- und Schlafmitteln gegenüber. Mit einer zunehmenden Abhängigkeit gegenüber einer von aussen gesteuerten Beeinflussung von Schmerz, Krankheit und Tod schwindet beim einzelnen die Fähigkeit, Krankheit und Leiden zu bewältigen.

### DELINQUENZ

Die Notwendigkeit einer differenzierenden Betrachtung gilt nicht nur für den ganzen Bereich psychischer Krankheit und süchtigen Verhaltens. Gerade auch bezüglich des Phänomens Delinquenz ist eine solche mehrdimensionale Betrachtungsweise notwendig. Seit den 50er Jahren ist eine z.T. recht emotionale Diskussion über das Thema Krankheit und Kriminalität geführt worden. Hakeem gibt in seinem polemischen Aufsatz über den kranken Kriminellen aus der Sicht des "psychiatrischen Imperialismus" ein lesenswertes Beispiel. Wenn Melitta Schmidebert 1953 noch schrieb: "Ich bin sicher, dass die Psychoanalyse sich zum bedeutsamsten Instrument in der Erforschung und Behandlung der 'Verbrechen' genannten psychosozialen Krankheit entwickeln wird", kann das als Beispiel "psychiatrisch-psychanalytischer Allmachtsphantasien"

interpretiert werden, sind doch bis heute erst ungenügend Zielvorstellungen therapeutischen Vorgehens bei Delinquenzen formuliert und die zur Verfügung stehenden Methoden in bezug auf das Beeinflussen und Erreichen allfälliger Zielsymptome kaum je überprüft worden. Die wenigen vorliegenden kontrollierten Untersuchungen haben, gemessen an dem sicherlich ungenügenden Kriterium der Rückfälligkeit, keinen direkten Effekt einer Therapie nachgewiesen (Adamson und Dunham, Powers und Helen Witmer, zit. nach Hakeem).

Psychiatrisch-pschoanalytische Vorstellungen, nach denen Delinquenz vorwiegend durch gestörte mitmenschliche Beziehungen in der frühen Kindheit bedingt ist, wurden zumeist im Prozess therapeutischer Erfahrungen gesammelt. Eine Versagung des Wunsches nach Sicherheit, Anerkennung, Liebe, Besitz, etc. führt zu Ersatzbefriedigungen, die delinquentes Verhalten erklären. Die Steuerung solcher Ersatzbefriedigungen hängt von Bezugserlebnissen zu Elternfiguren ab, die mit ihren Einstellungen, die sie weitervermitteln, das zukünftige Verhalten der Kinder in Richtung Delinquenz kanalisieren. Dass solche Entwicklungsbedingungen für die Entstehung delinquenter Verhaltens wichtig sind, ist unseres Erachtens eine tägliche therapeutische Erfahrung. Das Problem dieses Ansatzes besteht allerdings darin, dass verschiedene Forscher den Einfluss einzelner Faktoren zu "quantifizieren" versuchten. Dabei liess sich das, was z.B. als "emotionale Störung" angenommen wurde, kaum operationalisieren. Bowlby versuchte, den Einfluss des Mutterentzuges (mother deprivation) für die Entstehung der Kriminalität nachzuweisen. Dabei waren ihm aber sowohl in der Gruppe jugendlicher Delinquenter wie in der sogenannten Kontrollgruppe Angaben über die zu untersuchenden Variablen, nämlich Delinquenz und Mutterentzug, bekannt, was den wissenschaftlichen Wert seiner Untersuchungen fragwürdig macht. Auch die Hypothese einer gestörten oder mangelhaften Ueber-Ich-Bildung bei Delinquenter hat sich erwartungsgemäss nicht systematisch erfassen und in kontrollierten Untersuchungen grösserer Kollektive bestätigen lassen.

Entsprechendes gilt allerdings auch für soziologische Hypothesen, wie die der "differentiellen Kontakte" (Sutherland und Cressey) sowie auch für andere theoretische Ansätze, etwa dem der symbolischen Interaktionstheorie (Weinberg, Sykes und Matza). Die meisten der in der Psychiatrie wie in der Soziologie und Psychologie formulierten Theorien sind kaum in der Lage, Hypothesen mit Vorhersagewert für bestimmte Formen delinquenter Verhaltens abzuleiten. Sie scheinen vielmehr alle Ordnungsprinzipien zu sein, die bekanntes Material verständlich resp. "sinnvoll" werden lassen. Cressey spricht in diesem Zusammenhang vom "Erklärungsprinzip des normativen Konflikts".

Abweichendes Verhalten im Sinne der Delinquenz macht, wie das Erlernen sozialen Verhaltens überhaupt, einen Prozess sozialer Interaktion notwendig. Hierbei sind Sprach- und Begriffserwerb, Motivationstraining, Einüben frühkindlicher Verhaltensmuster, Internalisierung von Einstellungen und Erwartungen resp. von Gruppennormen, Erlernen von Techniken zur Ausführung von abweichendem Verhalten ausschlaggebend. In diese Verhaltensmuster gehen bereits Reaktionen des sozialen Systems ein. Die aus diesem Wechselspiel entstehenden "Reizmuster" bedingen wieder neue Reaktionsfolgen.

Die Frage nach dem Krankheitscharakter psychischer Störungen, süchtigen oder delinquenten Verhaltens lässt sich nicht durchgehend bestätigen oder verneinen. Dieser Sachverhalt liegt z.T. in unserer Ambivalenz gegenüber altersspezifischen, mehr aber noch gegenüber solchen Abweichungen begründet, die unser Wertesystem in Frage stellen. Oftmals lässt sich der Krankheitscharakter aufgrund des Schweregrades einer die Verhaltensstörung bedingender Grundstörung beurteilen. Besonders schwierig wird diese Beurteilung allerdings dann, wenn der bei einer Krankheit zu erwartende Leidensdruck fehlt. Erst dann, wenn die Kooperationsbereitschaft fehlt, Verhalten, sei es über das Modell der Krankheitsrolle oder spontan, zu ändern, sprechen wir von abweichendem Verhalten. Gestörtes Verhalten darf aber nicht nur auf einen allfälligen Krankheitswert hinterfragt werden. Gerade beim Adoleszenten kann hierin eine Suche nach Selbstverwandlung oder ein Autonomiestreben zum Ausdruck kommen.

#### BIBLIOGRAPHIE

- Adamson, LaMay, Dunham H.W. (1956): Clinical Treatment of Male Delinquents. A Case Study in Effort and Result. American Sociological Review, 21, ohne Seitenangabe, Zitat nach Hakeem, siehe weiter unten.
- Bacon S. (1971): Persönliche Mitteilung, London.
- Battegay R. (1965): Selbstmordprophylaxe bei Süchtigen. Z. Präv.-Med., 10, 440.
- Battegay R., Ladewig D., Mühlemann R., Rauchfleisch U., Weidmann M. (1973): Drogenmissbrauch und -abhängigkeit aus psychiatrischer Sicht. Z. Präv.-Med., 18, 157-172.
- Becker H.S. (1963): Outsiders. Studies in the sociology of deviance. New York.
- Bellak L. (1967): The Broad Scope of Psychoanalysis. Hg. D.P. Spence, New York (Grune & Stratton).

- Bleuler M. (1951): Forschungen und Begriffswandlungen in der Schizophrenielehre 1941-1950. *Fortschr. Neurol. Psych.*, 19 (9/10), 385-430,
- Coser L.A. (1968): Einige Funktionen abweichenden Verhaltens und normativer Flexibilität. In: F. Sack & R. König (Hrsg.): *Kriminalsoziologie*. Frankfurt, 21-37.  
(Ursprüngl.: Some functions of deviant behavior and normative flexibility. In: *American Journal of Sociology*, 68, 1962, 1972-181).
- Cressey D.R. (1968): Statistische Verteilung und individuelles Verhalten: Eine Abhandlung zur Kriminologie. In: *Kriminalsoziologie*, F. Sack (Hrsg.), Akademische Reihe, Ch. Zwingmann (Hrsg.), Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a.M.
- Durkheim E. (1951): *Suicide* (Uebers. v. J.A. Spaulding u. G. Simpson). Glencoe, Ill.
- Erikson E.H. (1971): *Kindheit und Gesellschaft*. 4. Aufl., Klett, Stuttgart.
- Faris R.E.L. and Dunham W.H. (1939): *Mental disorders in urban areas*. Chicago.
- Feuerlein W. (1975): Ist Alkoholismus eine Krankheit? *Caritas* 4/5, 204-208.
- Freidson E. (1966): Disability as social deviance. In: M.B. Sussmann (Hrsg.): *Sociology and rehabilitation*. Washington, 71-99.
- Freud A. (1968): *Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung*. Huber/Klett, Bern u. Stuttgart.
- Freud A. (1936): *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Berlin, Leipzig; Wien.
- Goodwin D.W., Schulsinger E., Hermansen L., Guze S.B., Winkler G. (1973): Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents. *Arch. Gen. Psychiat.*, 28, 238-243.
- Gove W.R. (1970): Societal reaction as an explanation of mental illness: An evaluation. In: *American Sociological Review*, 35, 873-884.
- Green A. (1975): Analytiker, Symbolisierung und Abwesenheit im Rahmen der psychoanalytischen Situation. *Psyche*, 29 (6), 503-541.
- Hakeem M. (1968): Eine Kritik des psychiatrischen Ansatzes. In: F. Sack (Hrsg.), *Kriminalsoziologie*. Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a.M.
- Hartmann H. (1967): Stand und Entwicklung der amerikanischen Soziologie. Einführung zu: H. Hartmann (Hrsg.): *Moderne amerikanische Soziologie. Neuere Beiträge zur soziologischen Theorie*. Stuttgart, 1-92.

- Hollingshead A.B., Redlich F.C. (1958): Social class and mental illness. A community study, New York,
- Illich I. (1975): Die Enteignung der Gesundheit. "Medical Nemesis". Rowohlt Reinbek.
- Jellinek E.M. (1960): The disease concept of alcoholism. New Haven.
- Keupp H. (1972): Psychische Störungen als abweichendes Verhalten. Zur Soziogenese psychischer Störungen. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.
- Kielholz P., Ladewig D. (1971): Die Drogenabhängigkeit. Lehmann, München.
- Kielholz P. (1971): Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker. 3. Aufl., Lehmann, München.
- Kind C.D. (1954): The meaning of normal. Yale J. Biol. and Med., 17, 493-501.
- Ladewig D. (1974): Biologische und lerntheoretische Aspekte süchtigen Verhaltens. Schweiz. med. Wschr., 104, 545-550.
- Lemert E.M. (1964): Social structure, social control, and deviation. In: M.B. Clinard (Ed.): Anomie and deviant behavior. New York, 57-98.
- Mead G.H. (1934): Mind, self, and society. Chicago.
- Merton R.K. (1964): Anomie, Anomia, and social interaction: Contexts of deviant behavior. In: M.B. Clinard (Ed.): Anomie and deviant behavior. New York, 213-242.
- Meyer J.-E. (1971): Der Psychiater in seiner Stellung zwischen der Gesellschaft und den psychisch Kranken. In: Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Hrsg.: H. Lauter/J.E. Meyer. G. Thieme, Stuttgart, 63-67.
- Meyer zur Capellen R. (1975): Aufgaben und Grenzen des Kinder-Psychotherapeuten in unserer Gesellschaft. Psyche, 29(7), 591-608.
- Mitscherlich A. (1963): Auf dem Wege zur vaterlosen Gesellschaft. Piper, München.
- Parsons T. (1967): Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: A. Mitscherlich u.a. (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln/Berlin, 57-87.
- Parsons T. (1968): Entstehung und Richtung abweichenden Verhaltens. In: F. Sack & R. König (Hrsg.): Kriminalsoziologie. Frankfurt, 9-20 (ursprüngl.: The social system. New York, 1951, 249-260).

- Partanen J., Bruun K., Markanen T. (1966): Inheritance of drinking behavior; a study of intelligence, personality and use of alcohol in adult twins. In: The Finnish Foundation for Alcohol Studies, Helsinki.
- Piaget J. (1969): Nachahmung, Spiel und Traum. Klett, Stuttgart.
- Powers E., Witmer H. (1951): Experiment in the Prevention of Delinquency: The Cambridge-Sommerville Study. New York. Zitat nach Hakeem M., siehe oben.
- Redlich F.C. (1967): Der Gesundheitsbegriff in der Psychiatrie. In: Der Kranke in der modernen Gesellschaft. A. Mitscherlich u.a. (Hrsg.), Neue Wiss. Bibl. Soziologie, Kiepenheuer, Köln/Berlin.
- Richter H.-E. (1970): Patient Familie. Rowohlt, Reinbek.
- Schaffer H.R. (1971): Soziales Lernen und Identifikation. In: Das menschliche Lernen und seine Entwicklung. Hrsg.: E.A. Lunzer/ J.F. Morris, Klett, Stuttgart.
- Scheff T.J. (1966): Being mentally ill: A sociological theory. Chicago.
- Smarr E.R., Escoll Ph.J. (1973): The Youth Culture, Future Adulthood, and Societal Change. In: Adolescent Psychiatry, Hrsg.: Sh.C. Feinstein, G. Giovacchini, Basic Books, New York.
- Schmiedeberg M. (1953): The Psychoanalysis of Delinquents. American Journal of Orthopsychiatry, 23, 14-21.
- Schneider K. (1950): Die psychopathischen Persönlichkeiten. 9. Aufl., Wien.
- Schur E.M. (1969): Reactions to deviance: A critical assessment. In: American Journal of Sociology, 75, 309-322.
- Srole L., Langner T.S., Michael S.T., Opler M.K., Rennie T.A.C. (1962): Mental health in the metropolis: The midtown Manhattan study. Vol. 1., New York.
- Stumme W. (1975): Psychische Erkrankungen - Im Urteil der Bevölkerung. In: Fortschritte der Sozialpsychiatrie 1. Bauer M. et al. (Hrsg.), Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.
- Sutherland E.H. (1968): Die Theorie der differentiellen Kontakte. In: F. Sack (Hrsg.), Kriminalsoziologie, Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a.M.
- Sykes G.M., Matza D. (1968): Techniken der Neutralisierung. Eine Theorie der Delinquenz. In: F. Sack (Hrsg.), Kriminalsoziologie, Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a.M.

Szasz Th.S. (1968): The psychology of persistent pain. A portrait of l'Homme Dououreux. In: A. Soulairac, J. Dahn, J. Charpentier: Pain, 93-113. Academic Press, London and New York.

Szasz Th.S. (1972): Geisteskrankheit - ein moderner Mythos? Walter, Olten u. Freiburg i.Br..

Thomas W.I. (1928): The child in America. New York.

Von Baeyer: zit. n. J.-E. Meyer (1971): Der Psychiater in seiner Stellung zwischen Gesellschaft und den psychischen Kranken. In: Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Hrsg.: H. Lauter/J.E. Meyer, Thieme, Stuttgart, 63-67.

Weidmann M., Ladewig D., Faust V., Gastpar M., Heise H., Hobi V., Mayer-Boss S., Wyss P. (1973): Drogengebrauch von Basler Schülern. Ein Beitrag zur Epidemiologie. Schweiz. med. Wschr., 103, 121-128.

Weinberg K.S. (Hrsg.) (1967): The sociology of mental disorders. London.

Winokur G.W., Rimmer J., Reich T. (1971): Alcoholism IV. Is There More Than One Type of Alcoholism? Brit. J. Psychiat., 118, 525-531.

D. Ladewig  
Psychiatrische Universitätsklinik  
Wilhelm Klein-Strasse 27  
4056 Basel

