

Konstruktivistische Medizinsoziologie

Der Konstruktivismus ist aus der Kritik am Realismus positivistischer Ausrichtung entstanden. Ganz allgemein »kann man sagen: eine konstruktivistische Sozialtheorie erarbeitet

- Konstrukte [...], die unsere (Als-)Wahrnehmungen sozialer Phänomene dadurch erklären, daß die Komponenten der Modelle/Systeme durch ihre Interaktionen die als Problem gewählten Phänomene erzeugen [...].
- Die Überprüfungskriterien dieser Modelle sind nicht ihre Entsprechung mit ›der‹ Realität, sondern ihre Problemlösungskapazität, ihre Konsistenz und ihre Verknüpfbarkeit mit Modellen aus anderen Disziplinen, z.B. der Psychologie und der Biologie im Falle der Sozialtheorie.
- Auf Grund der erkenntnistheoretischen Annahmen müssen soziale Prozesse als Prozesse der Erzeugung von Realitäten und auf sie abgestimmter Handlungen verstanden werden. Dies zwingt jede konstruktivistische Sozialtheorie aus systematischen Gründen, sich mit dem Problemkreis zu beschäftigen, der durch die Vorsilben ›selbst-‹ bzw. ›auto-‹ gekennzeichnet wird« (Hejl 1988: 305).

Zentrales Betätigungsfeld des Sozialkonstruktivismus ist die Wissenssoziologie. Berger und Luckmann (1969/1966) haben ihren Ansatz, die Grundlagen allen Wissens in der Alltagswelt zu suchen, in Anlehnung an Alfred Schütz (1899–1959) entwickelt. Als Mikrosoziologie (natur-)wissenschaftlichen Wissens haben Bruno Latour, Steven Woolgar und Karin Knorr-Cetina diese Perspektive fortgeführt (vgl. Maasen 1999: 47ff.). Knorr-Cetina (1989) hat drei »Spielarten des Konstruktivismus« unterschieden: den »Sozialkonstruktivismus« von Berger und Luckmann; den erkenntnistheoretischen von Glasersfeld u.a. und den empirisch orientierten Konstruktivismus, zu dem die Laborstudien gerechnet werden.⁹

Den kritischen Impetus vieler konstruktivistischer Ansätze beschreibt ein Kritiker so: »Soziale Konstruktionisten neigen dazu, folgendes in bezug auf X zu behaupten:

- 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.

Häufig gehen sie weiter und behaupten:

- 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).

Auf dem Gebiet der Medizinsoziologie hat der Konstruktivismus einen bedeutsamen Vorläufer gehabt: den polnisch-jüdischen Bakteriologen Ludwik Fleck (1896–1961). 1935 publizierte er eine wissenssoziologische Studie über die Erfindung der Wassermann-Reaktion zum Nachweis der Syphilis, die bereits in ihrem Titel die konstruktivistische Perspektive vorwegnahm: *Entstehung und Entdeckung einer wissenschaftlichen Tatsache*. Fleck prägte dabei die Begriffe des Denkkollektivs und des Denkstils. Flecks Buch wurde zunächst außerhalb Polens kaum bekannt. Erst 1962 machte der amerikanische Wissenschaftshistoriker und -theoretiker Thomas Samuel Kuhn (1922–1996) darauf aufmerksam. Unabhängig von ihm stieß der Soziologe Robert King Merton (geb. 1910) 1977 auf Flecks Studie, die 1979 ins Englische übersetzt und seither viel gelesen wurde.

Eine in den 1970er und 1980er Jahren populäre Tendenz war die Medizinkritik, insbesondere die an der Technisierung und der Expertisierung. Der amerikanische Theologe und Kulturkritiker Ivan Illich (geb. 1926) sprach 1975 von einer dreifachen *Iatrogenesis*, d.h. einer Verursachung von Krankheit durch die Ärzte: Die *klinische* Iatrogenesis bringe im Zuge der Behandlung der einen Krankheit eine neue hervor (z.B. Hospitalinfektionen). Die *soziale* Iatrogenesis drücke sich in einer Nachfrage nach ärztlicher Intervention aus, die von der vorhergegangenen Intervention stimuliert werde. Die *kulturelle* Iatrogenesis schließlich bestehe in der so entstandenen Unfähigkeit der Menschen zu leiden.¹⁰

Vor diesem Hintergrund verbreitete sich der Konstruktivismus auch in der Medizinsoziologie. Bereits 1961 hatte Thomas Szasz von psychischen Krankheiten als medizinischen Mythen gesprochen oder, als lediglich sozialen Attributen ohne identifizierbare organische Grundlage. Die *labeling theory*, auf die auch Freidson rekurriert hatte, wurde in den 1980er Jahren auf dem Feld der Medizinsoziologie mit dem erkenntnistheoretischen bzw. wissenssoziologischen Konstruktivismus verbunden. Wright und Treacher formulierten vier traditionelle medizinische Wissensannahmen, die es zu kritisieren gelte: 1. die Selbstevidenz medizinischen

Wissens, wie es an Universitäten gelehrt und von Ärzten praktiziert werde; 2. die Charakterisierung dieses Wissens als spezifisches, da es mit der modernen Wissenschaft im Einklang stehe und effektiv sei; 3. seine Charakterisierung von Krankheit als ein eigenes Wesen, als Entität, die unabhängig von ihrer Erkenntnis durch Ärzte existiere; 4. die Annahme, dass soziale Kräfte auf die Medizin keinen Einfluss hätten (vgl. Wright/Treacher 1982: 3ff.).

Gänzlich neu war die Kritik an diesen vier Grundannahmen nicht. Bereits Parsons hatte Krankheit als ein biologisches *und* soziales Phänomen beschrieben und auf die Krankheitsmotivation von Patienten hingewiesen. Der Einfluss nicht-medizinischer sozialer Faktoren auf das Krankheitsgeschehen und die Medizin war allgemein zentraler Gegenstand der Medizinsoziologie der 1960er und 1970er Jahre gewesen (vgl. z.B. McKeown 1982/1979). Mit dem Konstruktivismus wurden aber diese Kritikpunkte ins Zentrum der Betrachtung gerückt. Man schloss an Beiträge der Medizinischen Anthropologie, aber auch der Sozialgeschichte der Medizin an (vgl. Lachmund/Stollberg 1992: 10ff.). Im Blickpunkt standen die biologische »Realität« von Krankheiten, der Einfluss sozialer (d.h. nicht-medizinischer) Faktoren auf medizinisches Wissen, die soziale Vermitteltheit der Medizintechnik (vgl. White 1991: 71ff.) sowie psychische und chronische Krankheiten (vgl. Wright/Treacher 1982; Lachmund/Stollberg 1992). Man beklagte auch die ökonomisch und professionspolitisch motivierte Medikalisierung der *rites de passage*, von Geburt, Pubertät und Tod als Lebensphasen (vgl. Lenzen 1991).

Die amerikanischen Soziologen Peter Conrad und Joseph W. Schneider (1980) analysieren Medikalisierung als eine Form sozialer Kontrolle abweichenden Verhaltens und knüpfen damit an Parsons an (vgl. ebd.: 36). Conrad und Schneider entwickeln einen historisch- und sozialkonstruktivistischen Ansatz zur Erklärung von Devianz: Religion und Staat seien Agenten sozialer Kontrolle, die ihre Kontrollrechte in modernen Gesellschaften verloren bzw. auf andere transferiert hätten. Die medizinische Wissenschaft habe diese Kontrollfunktion zu Teilen übernommen. Die Autoren vertreten einen wissenssoziologischen Ansatz, der in der Tradition der interaktionistischen Devianzforschung, speziell des *labeling approach* stehe (vgl. ebd.: 17).

Conrad und Schneider erfüllen damit die erste Stufe der eingangs zitierten Definition des Konstruktivismus, wie sie dessen Kritiker Hacking vorgenommen hatte. Sie bezeichnen die Medikalisierung als nicht nur medizinischen, sondern als professionspolitischen Prozess. Und sie schreiten in ihrer explizit kritischen Absicht auch zu Hackings zweiter Stufe vor, zur Kritik an der Medikalisierung: Zwar habe die Medikalisierung auch gute Seiten, insbesondere eine gegenüber dem Recht eher humanitäre, optimistische und flexible Kontrollkonzeption von Devianz. Jedoch gebe es auch dunkle Seiten der Medikalisierung: »(1) the dislocation of responsibility from the individual; (2) the assumption of the moral neutrality of medicine; (3) the problems engendered by the domination of expert control; (4) powerful medical techniques used for social control; (5) the individualization of complex social problems, (6) the depoliticization of deviant behavior; and (7) leaves us skeptical of the social benefits of medicalizing deviance« (1980: 259).

Dem folgt Hackings dritte Stufe, die Notwendigkeit der Umgestaltung: Es sei mehr Forschung über Vor- und Nachteile der Medikalisierung vonnöten; es müsse Gegenmacht gegen die Medizin in ihrer sozialen Kontrollfunktion entwickelt werden; und es gehe um ein neues Devianzkonzept, das zwar die Verantwortlichkeit der Individuen für ihre Taten erhalte, aber keine Schuld auf sie schiebe (ebd.: 260).

Diese kritische Perspektive auf die Medizin verbinden Conrad und Schneider mit einer Professionalisierungsperspektive für Soziologen bzw. Sozialarbeiter: Sie sollen ein neues Modell von Devianz entwickeln und praktizieren.

Zentral für die Analyse ist der Begriff der Medikalisierung.¹¹ Beide Autoren lehnen sich an Freidson und Illich an, indem sie Medikalisierung als Ausdehnung der Jurisdiktion der medizinischen Profession auf Probleme definieren, die zuvor nicht als medizinische begriffen wurden. Diese Medikalisierung beziehe sich auch besonders auf Devianz; damit werde Medizin zu einer Form der sozialen Kontrolle sozialer Probleme: »Medical intervention as social control seeks to limit, modify, regulate, isolate, or eliminate deviant behavior with medical means and in the name of health« (ebd.: 29).

Diesen historisch-sozialen konstruktivistischen Ansatz der Autoren will ich an einem Beispiel näher darstellen, an dem die Prozesse der Medikalisierung, aber auch der Deme-

dikalisierung einsichtig werden können. Conrad und Schneider verfolgen das *labeling* der Homosexualität von der Antike bis in die Gegenwart unter dem Aspekt »from sin to sickness to life-style« (ebd.: chapter 7). Der antiken griechischen Unterscheidung von akzeptierter spiritueller und devianter sexueller Päderastie sei eine Entwicklung von der Sünde zum Verbrechen im frühen Christentum und im Mittelalter gefolgt. Im 18. Jahrhundert wurde ein neuer moralischer Konsens gefunden, wonach moralisch zu verurteilende Exzesse auch medizinisch ungesund seien. Dies wird am Beispiel des Onanie-Diskurses dargestellt (vgl. dazu neuerdings Braun 1995; Stolberg 2000). Im 19. Jahrhundert sei das medizinische Modell von Homosexualität konsolidiert worden; zugleich habe ihre Kriminalisierung eingesetzt.¹² Das 20. Jahrhundert habe mit einer Psychologisierung begonnen, die in den 1950er bis 1970er Jahren zu einer verstärkten Medikalisierung geführt habe. Dann aber sei die Demedikalisierung verstärkt auf den Plan getreten; bereits seit den 1860er Jahren habe es eine Minderheitsmeinung unter Psychiatern gegeben, die Homosexualität als eine Spielart der Natur begriffen hätten. Diese These sei allmählich in der Wissenschaft erstarkt und habe seit den späten 1960er Jahren im Zusammenspiel mit dem *gay movement* zu einer vollständigen Demedikalisierung der Homosexualität geführt. Sie sei aus den Krankheitskatalogen der *American Medical Association* gestrichen worden und statt einer Krankheit ein – wenn auch nicht allgemein akzeptierter – Lebensstil.

Während Conrad und Schneider ihre Kritik an der Medikalisierung auf die medizinische Wissenschaft und Profession bezogen, dehnte der britische Medizinsoziologe David Armstrong diese Kritik auf die *Medizinsoziologie* aus. Er schließt an den französischen Philosophen Michel Foucault (1926–1984) an: »I had thought that medical knowledge simply described the body. I argue in this book that the relationship is more complex, that medical knowledge both describes and constructs the body as an invariate biological reality. It was the work of Michel Foucault which offered me a means of grasping the relationship between medical knowledge and the body. For Foucault, the concept of the body which emerged at the end of the eighteenth century – discrete, objective, passive, analysable – was the effect as well as the object of medical inquiry« (Armstrong 1983: xi).

Foucaults philosophische Position, die Analyse von historischen wissenschaftlichen Diskursen, die die Ausprägung des modernen Subjekts zum Gegenstand hatten, ist auch in der Wissenssoziologie rezipiert worden und hat dort die konstruktivistischen Positionen beeinflusst. Bei Foucault lassen sich drei diskursanalytische Strategien identifizieren:

- »die *Archäologie des Wissens* sucht nach den Strukturen eines kognitiv-symbolischen Habitus, die innerhalb einer Epoche Erfahrungen und Erkenntnisse ermöglichen [...];
- die *Genealogie der Macht* sucht nach den Praktiken, die den Bedarf und die Relevanz eines bestimmten Wissens vom Menschen erzeugen [...];
- die *kritische Hermeneutik des Selbst* schließlich sucht nach Praktiken, von denen ausgehend und über sie hinausgehend sich Selbstverhältnisse in der Moderne artikulieren« (Maasen 1999: 31).

Dabei bezieht sich die Genealogie auch auf Phänomene, die »keine Geschichte zu haben scheinen«, auf Gefühle, Liebe, Gewissen, Instinkte (Foucault 1974: 83). Dies gelte auch vom menschlichen Körper: »Am Anfang des 19. Jahrhunderts haben die Ärzte beschrieben, was Jahrhunderte lang unter der Schwelle des Sichtbaren und des Aussagbaren geblieben war. Aber das kam nicht daher, daß sie sich wieder der Wahrnehmung zuwandten, nachdem sie allzu lange spekuliert hatten. [...] Das lag vielmehr daran, daß die Beziehung des Sichtbaren zum Unsichtbaren, die für jedes konkrete Wissen notwendig ist, ihre Struktur geändert hat und unter dem Blick und in der Sprache etwas hat erscheinen lassen, was diesseits und jenseits ihres Bereiches lag [...]« (Foucault 1988/1963: 10). »Hier soll die Analyse eines bestimmten Diskurses versucht werden, des Diskurses der medizinischen Erfahrung einer Epoche [nämlich des 18. Jahrhunderts], in der er [...] weniger seine Inhalte als seine systematische Form geändert hat. Die Klinik ist sowohl eine neue Gliederung der Dinge wie auch das Prinzip ihrer Artikulierung in einer Sprache, in der wir die Sprache der ›positiven Wissenschaft‹ zu sehen pflegen« (ebd.: 15f.). Das also meint Foucault mit der »Archäologie des ärztlichen Blicks«.

Im Hinblick auf die Mitte des 18. Jahrhunderts schreibt er: »Die Fortpflanzung, die Geburten- und Sterblichkeitsrate, das Gesundheitsniveau, die Lebensdauer, die Langlebigkeit [...] wurden zum Gegenstand eingreifender Maßnahmen und

regulierender Kontrolle: Bio-Politik der Bevölkerung [...]« (Foucault 1977/1976: 166). Hier habe die Ära der Bio-Macht begonnen.

Armstrong nun verfolgt die Geschichte des medizinischen Blicks und der Bio-Macht weiter bis in unsere Gegenwart und schließt auch die Soziologie in seine Betrachtung mit ein. Die Ausdehnung der Disziplinierung zum Ende des 18. Jahrhunderts auf immer weitere Bereiche der Gesellschaft habe eine neue Macht entstehen lassen, neues Wissen und eine neue Körperkonzeption. Seit sich der medizinische Blick auch auf individuelle Idiosynkrasien und auf die Subjektivität erstreckt habe, seien auch der Soziologie neue Möglichkeiten erschlossen worden. Neue Umfragetechniken könnten persönliche Meinungen messen, und andere Ansätze widmeten sich noch direkter der Subjektivität von Patienten: »Proponents of interaction analysis, participant observations, ethnomethodology, and other more naturalistic methods, have, within the last decade, been critical of dehumanising aspects of medicine and of sociology itself; and yet the effect of their stance is to have strengthened the power of gaze of the new medicine to the essentially subjective« (Armstrong 1983: 114). Interaktionistische Soziologen hätten z.B. Ärzte darin bestärkt, chronische Krankheit als ein Problem des Wandels von Morbidität zu sehen statt als Erfindung des medizinischen Blicks (ebd.: 114f.).¹³

Feministische Medizinsoziologie

Feministische Theorien stellen zumeist Varianten ›großer‹ allgemeinsoziologischer und/oder politischer Theorien dar. Sie teilen mit vielen Konstruktivismen die sozialkritische Grundposition. Der Feminismus als Emanzipationsbewegung der Frauen geht auf das späte 18. Jahrhundert zurück, als Olympe de Gouges (1748–1793) ihre *Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne* (1791) verfasste und Mary Wollstonecraft (1759–1797) mit *A Vindication of the Rights of Woman* (1792) hervortrat. Charles Fourier (1772–1837) stellte die These auf, dass der Grad der Befreiung der Frau Prüfstein einer jeden Gesellschaft und allgemeinsten Maßstab der menschlichen Emanzipation sei. Die Frauenbewegung setzte in Deutschland nach 1848 ein. In dieser Phase wurden