

Schweizerische Zeitschrift für Soziologie

Vol. 18 N° 2 1992

Revue
suisse
de sociologie

Soziologie und Gesundheit / Sociologie et santé

Sociologists in Russia Today

Humor and Satire:

Elisabeth Kopp and Geraldine Ferraro

Schweizerische Zeitschrift für Soziologie

Herausgegeben von der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie
mit Unterstützung der Schweizerischen Akademie der Geisteswissenschaften
und des Migros-Genossenschaftsbundes.

Revue suisse de sociologie

Publiée par la Société suisse de sociologie
avec l'aide de l'Académie suisse des sciences humaines
et de la Fédération des Coopératives Migros.

Inhalt / Sommaire

World Sociology : News from the East	251
Alexandre Etkind : The Situation of Sociologists in Russia Today	253-256
Soziologie und Gesundheit / Sociologie et santé	257
Peter C. Meyer-Fehr : Einführung zu den Gesundheits- soziologischen Beiträgen	259-263
François Steudler : Génèse et développement de la sociologie de la santé	265-284
Uta Gerhardt : Gegenwartsdiagnose als Thema soziologischer Medizinkritik	285-310
Laura Cardia-Vonèche, Françoise Osiek et Benoit Bastard : Les manières de faire face au risque du sida; quelques réflexions pour une conceptualisation sociologique des modalités des relations affectives et sexuelles	311-327
Josef Estermann : Epidemien im Institutionalierungsprozess des öffentlichen Gesundheitswesens	329-337
Monique Bolognini, Bernard Plancherel, Rafael Núñez et Walter Bettschart : Milieu de vie et personnalité : quels sont les facteurs qui protègent les pré-adolescents du stress?	339-361
Christoph Maeder : Reproduktionsmedizin in der Schweiz : Ergebnisse und Interpretationen einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung	363-391

Olgierd Kutny : Identité mythique, règles du jeu et création charismatique; les unités de dialyse rénale revisitées	393-411
Peter C. Meyer-Fehr und Christian Suter : Auswirkungen der Organisierung zwischenmenschlicher Hilfe auf informelle Hilfe	413-437
Andere Artikel / Autres articles	439
John Bendix and Regina Bendix : Politics and Gender in Humor and Satire : The Cases of Elisabeth Kopp and Geraldine Ferraro	441-460
Ralf Twenhöfel : Zum Vergleich von Theorie sozialer Systeme und Handlungstheorie; „Fruchtbarkeit als Kriterium der Beurteilung von Theorien“	461-489
Kritischer Essay	491
Thomas S. Eberle : A New Paradigm for the Sociology of Knowledge : “The Social Construction of Reality” after 25 Years	493-502
Buchbesprechungen / Recensions critiques	503-515
Maines David R., Ed., Social Organization and Social Process. Essays in Honor of Anselm Strauss (Christopher Jackman)	503-505
Javeau Claude, La société au jour le jour. Ecrits sur la vie quotidienne (Nicole Valiquier)	505-508
MacIntyre Alasdair, Der Verlust der Tugend. Zur moralischen Krise der Gegenwart (Matthias Junge)	508-510
Simon Pierre-Jean, Histoire de la sociologie (Jacques Coenen-Huther)	510-511
Beckenbach Niels, Industriesociologie (Emil Walter-Busch)	511-515
Bibliographische Notizen / Notices bibliographiques	517-518
Abstracts / Zusammenfassungen / Résumés	519-530

Im nächsten Heft / Dans le prochain numéro:

Hans-Peter Müller: German Sociology at the Beginning of the 90's

Schweizerische Zeitschrift
für Soziologie
Revue suisse de sociologie

Contents of Volume 18 (1992) Number 2

Contents

World Sociology: News from the East	251
Alexander Etkind: The Situation of Sociologists in Russia Today	253–256
Sociology and Health	257
Peter C. Meyer-Fehr: Introduction to the Contributions on Sociology and Health	259–263
François Steudler: Genesis and Development of the Sociology of Health	265–284
Uta Gerhardt: The Diagnosis of Present Time as a Theme for a Sociological Critique of Medicine	285–310
Laura Cardia-Vonèche, Françoise Osiek and Benoit Bastard: Ways of Facing the Risk of AIDS; Towards a Sociological Conceptualization	311–327
Josef Estermann: Epidemics and the Institutionalization Process of the Public Health Sector	329–337
Monique Bolognini, Bernard Plancherel, Rafael Núñez and Walter Bettschart: Life Environment and Personality: Factors that protect Pre-adolescents from Stress	339–361
Christoph Maeder: Reproductive Medicine in Switzerland: Results and Interpretations of a Survey of a Representative Sample of the Population	363–391
Olgierd Kutyl: Mythical Identity, Rules of the Game, and Production of Charism	393–411
Peter C. Meyer-Fehr and Christian Suter: The Effects of the Organisation of Interpersonal Help on Informal Help	413–437

Other Articles	439
John Bendix and Regina Bendix: Politics and Gender in Humor and Satire: The Cases of Elisabeth Kopp and Geraldine Ferraro	441-460
Ralf Twenhöfel: On the Comparison of the Theory of Social Systems and the Theory of Action	461-489
Review Essay	491
Thomas S. Eberle: A New Paradigm for the Sociology of Knowledge: "The Social Construction of Reality" after 25 Years	493-502
Book Reviews	503-515
Maines David R., Ed., Social Organization and Social Process. Essays in Honor of Anselm Strauss (Christopher Jackman)	503-505
Javeau Claude, La société au jour le jour. Ecrits sur la vie quotidienne (Nicole Valiquer)	505-508
MacIntyre Alasdair, Der Verlust der Tugend. Zur moralischen Krise der Gegenwart (Matthias Junge)	508-510
Simon Pierre-Jean, Histoire de la sociologie (Jacques Coenen-Huther)	510-511
Beckenbach Niels, Industriesoziologie (Emil Walter-Busch)	511-515
Bibliographical Notes	517-518
Abstracts / Zusammenfassungen / Résumés	519-530

In our next issue:

Hans-Peter Müller: German Sociology at the Beginning of the 90's

ISSN 0379-3664

Erscheint dreimal jährlich
Publiée trois fois par an

Verwaltung / Administration: Seismo Verlag, CH-8028 Zürich
Printed in Switzerland, Druckerei Schüler AG, CH-2501 Biel

WORLD SOCIOLOGY : NEWS FROM THE EAST

THE SITUATION OF SOCIOLOGISTS IN RUSSIA TODAY

Alexandre Etkind

Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences, Saint-Petersburg

1. Sociological training

Specialist training for sociologists in the Soviet Union has existed only since 1989. Before that time, sociologists were trained as economists, lawyers or psychologists. Usually, sociologists who completed their university course, received the degree of Doctor of Philosophy five years after beginning their post-graduate studies.

Sociological Institutes were in existence from 1964 and provided additional training. But, from the start, all posts in the Institutes were filled by conservatives and the teaching of sociology remained unchanged for over a quarter of a century. Since 1989, this trend has reversed. With the help of specialist organisations, sociological teaching has changed greatly and sociologists have begun to be recognised by name as *sociologists*.

The Association of Soviet Sociologists which was set up more than twenty years ago, has also played a part in the emerging recognition of sociologists. The Association was chaired by Tatiana Zaslavskaja who was also deputy and, for a time, adviser to M. Gorbachev. It must be said that the Association, which has leanings to the right, has criticised her for her role in relation to the Soviet President.

2. The Sociological Institutes

The Sociological Institutes are attached to the Academy of Sciences. The organisation is similar to the *Centre National de la Recherche Scientifique* in France. These institutes do not provide training as such. They are research organisations which are very important on account of their number and personnel. For a long time, political leaders have believed that science could be a vehicle for social change. That is why, since 1989, specialist training in sociology has been linked directly with support for *Perestroika*. It even pre-dated this movement. In fact, most people who consider themselves to be sociologists, hold

much more radical opinions than do the majority of political leaders, something which is not the case in other disciplines. In psychology, for example, it is probably the reverse.

Before *Perestroika*, sociologists communicated amongst each other, running all the risks associated with being seen to be taking up a position. Many sociologists were expelled from the Sociological Institutes. Moreover, in the period before *Perestroika*, the views of sociologists rarely had any real influence on the political or social situation. The directors of the Institutes continued to carry out Party instructions. The virtual witch-hunt of sociologists, which reached a peak in 1983, ended in 1986 when the very same people who had been expelled were invited to become directors of the Institutes.

This liberalisation was in line with developments in gaining access to information, to books and to sociological journals from abroad. Today, we can say that sociology, at university level, is regarded as an autonomous science. It is acknowledged that sociologists are capable, by themselves, of initiating investigations, of making predictions...

3. The professional situation of sociologists

As regards the employment sphere, sociologists have not yet succeeded in distinguishing themselves sufficiently from psychologists or economists. It must be remembered that the position of intellectual labour in the work market is very different in Russia than, for instance, in France. In reality, many jobs are available but there are very few people competent to occupy them because their training is so completely inadequate. In business organisations there is no clear distinction between the roles of sociologist and psychologist, although at the scientific and university level the distinction now operates very well. In fact, to be employable, the sociologist must be a member of the Sociological Association. That is a sufficient requirement. Initial training is not important. However, for these sociologists, evening courses are available. The courses last for six months and provide certificates which, although not the equivalent of a university diploma, suit both sociologists and employers.

These courses are run particularly by the Sociological Association but they may also be organised by cooperatives. The courses are usually taken by adults in the evening after work. Training is paid for by the employer. The evening course diplomas have no official status. On the other hand, sociologists who have taken these courses become members of the Sociological Association and in that way acquire legitimacy.

Real changes are taking place very quickly. Today, the profession of sociologist seems to be more prestigious, at any rate at the research level. It is even developing its own mystique. There is a strong wave of interest in this profession which is considered as one of the most intellectual.

In the workplace, things are still rather different. The sociologist does not earn as much as an engineer. But he has other advantages; for example, he is not obliged to spend eight hours a day at his desk. As regards the tasks of sociologists in enterprises, personnel directors have never been people with sociological training but rather retired KGB members. This situation is beginning to change. Sociologists who have taken additional training at evening courses are now applying for such jobs.

4. The Centre for the Sociology of Social Movements

I work as a researcher at the Centre for the Sociology of Social Movements at the Institute of Saint-Petersburg. This Institute is of very recent origin, having been set up in 1990. It is one of the gains of *Perestroika*. It was felt that it was easier to create a new Institute than to restructure an existing organisation. The Institute is part of the Academy of Sciences and only Moscow has anything like it.

The Institute consists of eighty people divided between seven Centres: the Centre for the Sociology of the Family, the Centre for Urban Sociology, the Centre for Studies of Public Opinion, the Centre for Studies in Education... The Centre for the Sociology of Social Movements analyses all the political groups and movements of various types which have been set up over these last years and which have been extremely important for the changes taking place.

The most important movement is called the Front; it was set up on the eve of the elections of 1989 by the opposition to the Communist Party. And it is this popular Front which won the elections. Most of the representatives on the Saint-Petersburg Soviet are popular Front candidates. There are also a number of less important groups and movements with a variety of ideological approaches: ecologists, nationalists... The right wing nationalist movement is very influential in Saint-Petersburg; it displays very clear monarchist and antisemitic tendencies. Our Centre collects all the information about these movements and we try to analyse it to understand the underlying meaning of current changes.

Specifically, I am in charge of several scientific projects, one of which is especially close to my heart. It involves conducting interviews with the leaders of different political movements in Saint-Petersburg. These interviews offer

quite a detailed psychological character study. I ask these leaders about their past, their previous careers, their motivations, about how they got into politics, their level of responsibility, the reasons for their actions, the effect of political life on their family relationships, how decisions are taken within the teams they have formed around themselves...

5. Personal experience

After studying at university, I worked in a psychiatric hospital. Essentially it entailed providing psychotherapy following tests. There I wrote my thesis which was based on a study of patients' family relationships. So I have changed my speciality and field of activity to some extent, but my previous experience has proved very useful.

I presented a proposal for a study of social movements in Europe and I was chosen to spend six months in France at the Centre for Comparative East-West Studies. What I appreciate most about the West, is the possibility of reading works which remain unobtainable in Russia, like the works of Touraine or Bourdieu... French researchers are interested in my proposal for a joint study of social movements in Saint-Petersburg. We are trying to organise a large project to look at social movements in the whole of eastern Europe. My French partners have expressed a deep interest and we have been able to lay the foundations for serious, long-term cooperation.

Note:

Alexandre Etkind is a sociologist attached to the Sociological Institute of the Academy of Sciences of Saint-Petersburg where he collaborates in the work of the Centre for the Sociology of Social Movements. Recently, he made a stay at the Centre for comparative East-West studies at the *Maison des Sciences de l'Homme* in Paris. During that time, he gave an interview to *La Lettre de L'Association Professionnelle des Sociologues*, Nouvelle série, No 2, décembre 1991. That interview appeared in French thanks to the help of the translator, Vladimir Soloviev. We are reproducing the essence of it here in English with the kind permission of the publishers of «*La Lettre de l'APS*».

(English translation: Betsy Thom, sociologist, London)

Author's address:

Dr. Alexandre Etkind
Russian Academy of Sciences, Institute of Sociology
ul. Serpukhovskaya 38, 198147 Saint-Petersburg

SOZIOLOGIE UND GESUNDHEIT / SOCIOLOGIE ET SANTÉ

EINFÜHRUNG ZU DEN GESUNDHEITSSOZIOLOGISCHEN BEITRÄGEN

Peter C. Meyer-Fehr

Abteilung für Psychosoziale Medizin, Universitätsspital Zürich

Um den Anliegen der GesundheitssoziologInnen Nachdruck zu verschaffen, hatte ich ursprünglich im Sinn gehabt, dieser Einleitung den Titel „Gesundheitssoziologie – nur eine Bindestrich-Soziologie?“ zu geben und in den üblichen Klagegesang einzustimmen, dass unser Spezialgebiet zu wenig Anerkennung durch das akademische Zentrum der Soziologie erhalte. Ein Artikel von Pearlin (1992) veranlasste mich dann aber, dieses alte Lied aufzugeben. Pearlin stellt fest, dass sich die Soziologie heute in zahlreiche Paradigmen und inhaltliche Spezialgebiete ausdifferenziert hat, die alle um Anerkennung kämpfen. Während die Soziologie noch vor wenigen Jahrzehnten von zwei oder drei Theorien dominiert wurde, ist sie heute postmodern pluralistisch geworden (Pearlin 1992: 1). Wären wir im Wunderland von Alice, hiesse das „all win and must have prices“. Wenn wir die ubiquitären Klagen von SoziologInnen zum Nennwert nehmen würden, wäre es genau umgekehrt: Alle verlieren und niemand erhält Anerkennung. Die Wirklichkeit ist wie immer komplexer.

Am Schweizerischen Soziologenkongress, der im Oktober 1991 in Neuchâtel stattfand, konnten sich die GesundheitssoziologInnen jedenfalls nicht beklagen. Kein anderes Forschungskomitee organisierte an diesem Kongress drei Sitzungen und behandelte in 14 Referaten so viele und vielfältige Themen. Die institutionelle Zugehörigkeit der 14 ReferentInnen zeigt, wo eine Nachfrage nach Gesundheitssoziologie besteht. 5 ReferentInnen arbeiten in der Medizinischen Fakultät einer Universität, 4 in einer privaten Institution oder selbständig, 3 an einer ausser-universitären staatlichen Institution, 1 an der ETH Zürich und nur 1 an einem Soziologischen Institut einer Universität.

Am erwähnten Soziologenkongress entstand spontan die Idee, mit den Referaten eine Themenummer der Schweizerischen Zeitschrift für Soziologie zu gestalten. In der vorliegenden Nummer finden sich aber nur noch 5 der 14 Kongressreferate. Die Tatsache, dass die beiden theoretisch gehaltvollsten und breitesten Beiträge von zwei ProfessorInnen aus Deutschland (Gerhardt) bzw. aus Frankreich (Stuedler) stammen, ist kein Zufall. In der Schweiz gibt es keine ProfessorInnen, die sich auf Gesundheitssoziologie spezialisieren. Die Arbeitsbedingungen ausserhalb der soziologischen Institute erlauben keine ausgedehnten theoretischen Ausflüge.

Tabelle 1

Privilegien und Benachteiligung von GesundheitssoziologInnen in der Schweiz

im Vergleich zu SoziologInnen an universitären soziologischen Instituten
sind Gesundheitssoziologen
begünstigt (+) bzw. benachteiligt (-):

<i>Themenwahl:</i>	
- autonom, soziologische Kriterien	-
- thematische Kontinuität	+
<i>Forschungsprozess:</i>	
- ideell (theoretische Vertiefung; kritische, historische, verstehende Ansätze)	-
- materiell (Finanzen, Infrastruktur)	+
<i>Diffusion:</i>	
- Praxisrelevanz	+
<i>Arbeitsbedingungen:</i>	
- Unterstützung und Austausch mit soziologischen FachkollegInnen	-
- Stütze der soziologischen Identität	-
- interdisziplinäre Teamarbeit	+
- Sicherheit des Arbeitsplatzes, Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt	+

Anmerkung: Die meisten GesundheitssoziologInnen der Schweiz arbeiten an Instituten oder Kliniken der universitären medizinischen Fakultäten oder in nichtakademischen öffentlichen oder privaten Betrieben.

Anhand der acht Artikel der vorliegenden Themennummer sollen die in Tabelle 1 stichwortartig beschriebenen Merkmale von GesundheitssoziologInnen in der Schweiz illustriert werden. Wir können zwei Gruppen bilden. Die AutorInnen der *ersten Gruppe* (Cardia-Vonèche/Bastard/Osiek, Estermann, Bolognini et al. und Meyer-Fehr/Suter) repräsentieren die typische Situation der schweizer Gesundheitssoziologen. Sie haben fachfremde Vorgesetzte und arbeiten an nicht-soziologischen Institutionen (drei in medizinischen Fakultäten, einer am

Bundesamt für Gesundheitswesen). Auf sie trifft die Beschreibung der Privilegien und Benachteiligung der Tabelle 1 weitgehend zu.

Die AutorInnen der *zweiten Gruppe* arbeiten an universitären soziologischen Institutionen und sind entweder ProfessorInnen ausserhalb der Schweiz (Steudler, Gerhardt und Kutý) oder Mitarbeiter an einem schweizerischen Institut (Maeder). Sie sind untypisch für die Gesundheitssoziologie der Schweiz. In ihrer Themenwahl sind sie grundsätzlich autonom (Forschungsfreiheit) und können nach primär soziologischen Kriterien vorgehen. Die enge Zusammenarbeit mit anderen SoziologInnen und die Lehrverpflichtungen an der Universität stärken ihre professionelle Identität. Die soziologische Autonomie begünstigt kritische (auch selbstkritische), historische und qualitativ-verstehende Forschungsansätze, die von medizinischen und staatlichen Institutionen nicht gefördert werden.

Die Zeit, in der die akademische Freiheit vorzugsweise für fundamentalistische Kultur- und Gesellschaftskritik ausgenützt wurde, scheint allerdings vorbei zu sein. Drei Autoren analysieren bestimmte Entwicklungen der Reproduktionsmedizin (Maeder), einer Spital-Subkultur (Einzelfallstudie von Kutý) und der Gesundheitssoziologie (Steudler). Sie lassen dabei primär die Betroffenen und die untersuchten Akteure zu Wort kommen, sie interpretieren die Entwicklungen soziologisch, aber sie halten ihre persönlichen Werturteile zurück. Gerhardt gibt einen brillanten Überblick über die soziologische Medizinkritik und stellt fest, dass die Medizinkritik seit den 50er Jahren oft weit stärker durch eine kulturpessimistische Gesellschaftskritik inspiriert worden ist als durch eine pragmatische Analyse konkreter Phänomene des Gesundheitswesens. In Übereinstimmung mit Parsons ist Gerhardt der Meinung, dass die moderne Soziologie kein Programm für eine gesamtgesellschaftliche Veränderung hat, sondern dass sie spezifisches Wissen produziert, das in bestimmten sozialen Situationen im Hinblick auf ein erwünschtes Ziel angewendet werden kann.

Damit spielt Gerhardt den Ball den SoziologInnen der zweiten Gruppe zu, die spezifische Probleme des Gesundheits- und Sozialwesens bearbeiten: Cardia-Vonèche/Bastard/Osiek entwickeln eine soziologische Konzeptualisierung von emotionalem und sexuellem Verhalten, die für die AIDS-Prävention benützt werden kann; Bolognini/Placherel/Núñez/Bettschart untersuchen mit einem interdisziplinären soziologisch-psychologisch-psychiatrischen Modell protektive soziale und psychische Faktoren von Adoleszenten zur Stressbewältigung; und Meyer-Fehr/Suter evaluieren die Effekte der Organisierung zwischenmenschlicher Hilfe auf das informelle Hilfeverhalten der Betagten. Diese drei Beiträge sind Ausdruck interdisziplinärer Teamarbeit in der empirischen Forschung, die m. E. zur Lösung spezifischer psychosozialer Probleme unumgänglich ist (Meyer-Fehr 1988).

Estermann repräsentiert institutionell den nichtakademischen staatlichen und privaten Sektor, der nach Bloom (1986: 273) neben den soziologischen und den medizinischen Institutionen der dritte Bereich ist, in dem auch in Zukunft Medizin- bzw. GesundheitssoziologInnen beschäftigt sein werden. Estermann erklärt mit zwei einfachen theoretischen Modellen und umfangreichem Datenmaterial den Institutionalisierungsprozess des öffentlichen Gesundheitswesens.

In einer Analyse der Medizinsoziologie der Schweiz kam Siegrist 1982 zum Schluss, dass zwar die Qualität einiger Forschungsarbeiten als gut bis sehr gut bezeichnet werden konnte, dass die jungen MedizinsoziologInnen aber weder von der Stammdisziplin, der allgemeinen Soziologie, noch von den medizinischen Fakultäten gefördert wurden und eine beruflich marginale Position einnahmen (Siegrist 1982: 41–43). Siegrist begründete diese „insgesamt ungünstige Situation“ u. a. damit, dass das Bewusstsein möglicher Nutzwendungen der Medizinsoziologie für Ärzte und öffentliche Institutionen wenig entwickelt war und dass in der Medizin zum damaligen Zeitpunkt keine vermehrte medizinsoziologische Nachfrage zu erwarten war (S. 43–45).

Heute, zehn Jahre später, hat sich einiges verändert. Eine neue Generation von Medizinern und Beamten hat leitende Positionen eingenommen und ist vermehrt interessiert an Gesundheitssoziologie. Die institutionelle Absicherung und die thematische Breite, die die Medizinsoziologie in der Bundesrepublik Deutschland erreicht hat (Dieckmann 1987), scheint zwar für die Schweiz unerreichbar, aber es gibt Lichtblicke. Zum Beispiel fördert die 1991 gegründete Schweizerische Gesellschaft für Psychosoziale Medizin die interprofessionelle Zusammenarbeit und sucht die gleichberechtigte Mitarbeit von SoziologInnen und PsychologInnen in allen ihren Gremien. Die weltweit vorbildliche nationale „STOP AIDS“-Kampagne und deren Evaluation stützt sich massgeblich auf die Mitarbeit von SoziologInnen. Es gibt weitere Beispiele, die meinen Optimismus bezüglich Nachfrage nach Gesundheitssoziologie stützen. Die vorliegende Themenummer gibt einen Einblick in die Gesundheitssoziologie, ohne dieses umfangreiche Gebiet repräsentativ abdecken zu können.

LITERATURVERZEICHNIS

- BLOOM, Samuel W. (1986): Institutional Trends in Medical Sociology. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 265–276.
- DIECKMANN, Walter (Hrsg.) (1987): *Medizinsoziologie in der Bundesrepublik Deutschland: Eine Zwischenbilanz*. Express Edition, Berlin.
- MEYER-FEHR, Peter C. (1988): Interdisziplinäre Wissenschaft: Soziologen in der Medizin. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 14, 399–413.

PEARLIN, Leonard I. (1992): Structure and Meaning in Medical Sociology. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 1-9.

SIEGRIST, Johannes (1982): Soziologie in der Medizin. Erkenntnisse, Anwendungsmöglichkeiten und spezielle Situation in der Schweiz. *Hefte des Sandoz-Instituts für Gesundheits- und sozio-ökonomische Studien*, Nr. 4, Genf.

Adresse des Verfassers:

Peter C. Meyer

Abteilung für Psychosoziale Medizin, Universitätsspital Zürich,
Culmannstrasse 8, 8091 Zürich

GENÈSE ET DÉVELOPPEMENT DE LA SOCIOLOGIE DE LA SANTÉ*

François Steudler

Institut de sociologie, Université des Sciences Humaines de Strasbourg

Il y a toujours eu au cours du temps – et c'est l'hypothèse que nous voudrions développer – un dialogue, dont on peut regretter qu'il ait été trop souvent sous-estimé par un certain nombre d'auteurs, entre la sociologie et la médecine, le regard médico-social ayant peut-être été à l'origine même de la sociologie, voire plus tard de la sociologie médicale. Nous nous proposons donc d'abord, en suivant une progression historique, de rechercher dans quelle mesure la sociologie – dont on peut considérer qu'elle est, en tant que telle, largement issue de la Révolution française d'où a surgi le désir d'élaborer une science spécifique de la vie sociale dans sa totalité,¹ et qu'elle est née notamment (même si elle a eu d'illustres ancêtres si l'on remonte à Aristote et Platon) avec Saint-Simon et surtout Auguste Comte qui lui a donné en 1839, dans le tome IV de son cours de philosophie positive, le nom qu'elle porte depuis – trouve aussi sa source dans divers travaux médico-administratifs du XVIII^e siècle et dans des réflexions de théoriciens sociaux s'inspirant du modèle biologique et médical.² Puis nous verrons de quelle manière la médecine a pu influencer la sociologie au XIX^e siècle et susciter l'émergence d'une spécialisation sociologique de celle-ci consacrée au médical. Enfin, nous traiterons des rapports entre la médecine et la sociologie de la santé aujourd'hui.

Mettre l'accent sur les relations qu'a entretenues la sociologie avec les sciences médicales, ce n'est pas pour autant laisser au second plan un certain nombre d'autres disciplines (philosophie, économie, etc.) qui ont favorisé son émergence, en lui laissant notamment des vides qu'elle est venue combler,³ ni

* Version modifiée et abrégée d'une communication présentée au colloque organisé à l'initiative du Centre européen d'histoire de la médecine à Strasbourg. Les Actes de ce colloque ont pris la forme d'un document ronéoté. Nous remercions les organisateurs de la rencontre d'avoir bien voulu permettre, par l'intermédiaire d'une publication dans la *Revue suisse de sociologie*, une diffusion plus large d'un texte inspiré de cette intervention (François Steudler, «La genèse et le développement de la sociologie de la santé», dans : Anne-Catherine Bernes, éd., *Nouveau enjeux de l'histoire de la médecine*. Préface de Pierre Karli. Centre de recherches interdisciplinaires sur les sciences et les techniques, Université Louis Pasteur, Strasbourg, 1990, 121-140).

1 Cf. Jean Duvignaud, *Introduction à la sociologie*, Paris, Gallimard, 1966, pp. 7-19.

2 Une perspective analogue est développée par Jean-Claude Guyot dans : «Le rôle des médecins dans l'élaboration de la pensée sociologique», *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, XIII^e année, No 3, juil.-sept. 1973, pp. 77-81.

3 Cf. Paul Lazarfeld, *Qu'est-ce que la sociologie ?*, Paris, Gallimard, 1971, pp. 7-8.

oublier que la sociologie doit aussi sa naissance au fait qu'elle était potentiellement une réponse à une demande économique et sociale;⁴ c'est simplement, pour nous, instaurées un ensemble de relations spécifiques qui nous semblent avoir été instaurées de manière privilégiée entre la sociologie et la médecine. Notre hypothèse relative aux racines de la sociologie peut ainsi se préciser : celle-ci tire son origine, d'un côté, de sciences au nombre desquelles figurent tout particulièrement la médecine et la biologie, de l'autre, de préoccupations socio-économiques; mais, parmi ces dernières, on peut aussi compter, comme nous allons le voir, des problèmes sanitaires.

1. Rôle du regard médico-social et bio-médical dans la genèse de la sociologie moderne

A. *Le regard médico-social*

Comme l'écrit Michel Foucault, au cours du XVIIIe siècle, «à propos de la société, de la santé et de ses maladies, de sa condition de vie, de son logement et de ses habitudes, commence à se former un savoir 'médico-administratif' qui a servi de noyau originaire à 'l'économie sociale' et à la sociologie du XIXe siècle»⁵ et qui avait pour finalité d'aménager la société comme «milieu de bien-être physique, de santé optimum et de longévité»,⁶ le médecin, en tant qu'hygiéniste, jouant un rôle déterminant.

Le besoin d'étudier de façon un peu systématique les relations entre santé d'une population donnée et conditions de vie et de travail, qui va plus tard orienter tout un champ de la réflexion sociologique, se traduit au XVIIIe siècle par de nombreux ouvrages tels l'*Essai sur les maladies des gens du monde*, de Tissot (1770), ou l'*Extrait d'un mémoire sur les causes des maladies populaires, avec les moyens de soulagement public pour les pauvres des campagnes* de J. C. Gallot (1787). La création de la Société Royale de Médecine en 1776, qui mobilise le corps médical pour analyser la maladie dans son contexte spatial et

4 On peut dire de la genèse de la sociologie ce que R. K. Merton dit de l'innovation et notamment de l'apparition d'inventions simultanées (Robert K. Merton, *Éléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris, Plon, 1965, p. 411 – chapitre Science et économie dans l'Angleterre au XVIIe siècle) : elle est la résultante de deux forces : «une force scientifique intrinsèque qui procure le matériau utilisé pour résoudre le problème et une force non scientifique, largement économique, qui sert à diriger l'attention vers le problème général».

5 Michel Foucault, *La politique de santé au XVIIIe siècle*, dans Michel Foucault, Blandine Barret Kriegel, Anne Thalamy, François Béguin, Bruno Fortier, *Les machines à guérir* (aux origines de l'hôpital moderne), Dossiers et Documents d'Architecture, Paris, Institut de l'Environnement, 1976, p. 18.

6 *Ibid.*, pp. 13–14.

global⁷, est aussi un révélateur de cette conscience médicale collective qui, sous la Révolution française – en particulier dans le Comité de Mendicité présidé par le duc de La Rochefoucault-Liancourt –, culminera dans l'idée que l'Etat doit organiser l'assistance sur le plan national et prévoir les besoins de santé en s'appuyant notamment sur la science.⁸

Pendant toute cette période qui voit fleurir des travaux de type épidémiologique, on se rend compte, grâce aux statistiques dont l'usage commence à se développer, que la maladie peut être appréhendée comme un phénomène de groupe et de population, ce qui est déjà une ébauche de perspective sociologique. Dans son *Essai sur les probabilités de la vie humaine* (1746), le statisticien Deparcieux, après avoir rassemblé de nombreuses données sur la mortalité à Paris, constate que celle-ci varie selon les conditions sociales : les enfants des «classes riches ou aisées» sont moins frappés que ceux du «bas peuple».⁹ La statistique, utilisée pour analyser la situation économique et démographique par des savants qui, fait remarquer Richard-Harrisson Shryock, possédaient «à la fois une culture mathématique et des notions de sociologie»¹⁰ prépare ainsi l'avènement de la notion de lois sociologiques,¹¹ à travers l'étude numérique des faits sociaux dont certains intéressent la santé publique, comme la natalité ou la mortalité. J. Graunt avait, en 1662, déjà donné en Angleterre l'exemple d'une étude numérique de la mortalité. En 1742, Johann Süssmilch, aumônier des armées de Frédéric le Grand, souligne que les taux de mortalité et de natalité sont des indices de santé publique. En France, au travail de Deparcieux, il faut ajouter en particulier les *Recherches et considérations sur la population de la France*, de Moheau (1778). Cette approche va trouver son prolongement plus tard dans la *Statistique morale* du mathématicien belge Quételet, puis dans son ouvrage *Sur l'homme* (1835) où il analyse non seulement la natalité et la mortalité, mais aussi la nuptialité, la criminalité, le suicide, phénomènes qui

7 Cf. Jean-Paul Desaive, Jean-Pierre Goubert, Emmanuel Leroy-Ladurie, Jean Meyer, Otto Muller, Jean-Pierre Peter, *Médecins, climat et épidémies à la fin du XVIIIe siècle*, Paris – La Haye, Mouton, 1972 et Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, P. U. F., 1963.

8 Cf. Maurice Rochaix, *Essai sur l'évolution des questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours*, Paris, Fédération hospitalière de France, 1959, pp. 59 sqq.; Jean Imbert (éd.), *Histoire des Hôpitaux*, Toulouse, Privat, 1982, pp. 271 sqq.; Jean-Charles Sournia, *La médecine révolutionnaire, 1789–1799*, Paris, Payot, 1989.

9 Cf. Gérard Leclerc, *L'observation de l'homme*, Une histoire des enquêtes sociales, Paris, Seuil, 1979, pp. 259–260.

10 Richard-Harrisson Shryock, *Histoire de la médecine moderne*, Paris, Armand Colin, 1956, p. 97.

11 Armand Cuvillier, *Introduction à la sociologie*, Paris, Armand Colin, 1956, p. 14 : «C'est au XVIIIe siècle enfin que la statistique, cessant d'être purement descriptive pour devenir l'étude numérique des faits sociaux, prépare elle aussi l'avènement de cette notion des lois sociologiques».

vont tout spécialement intéresser les sociologues au XIXe siècle, comme Durkheim pour le dernier.¹²

Il faut noter avec Richard H. Shryock que la quantification a progressé plus lentement en médecine qu'en physique, où elle s'est généralisée au XVIIIe siècle, et plus rapidement en médecine que dans les sciences sociales où elle a conquis droit de cité au XXe siècle, l'économie politique mise à part.¹³ La seconde moitié du XVIIIe siècle et le début du XIXe siècle constituent précisément la période charnière où, grâce à la statistique, les préoccupations existantes de l'hygiène et de la médecine sociale vont rejoindre celles, montantes, d'observateurs et de théoriciens de la vie en société dans sa spécificité. «Des mathématiciens, des médecins et des sociologues s'étaient aperçus que les statistiques pouvaient servir d'instruments d'observation. Telle modification de la santé publique qui échappait à l'observation directe apparaissait immédiatement à l'examen des chiffres».¹⁴

B. *Le regard médico-biologique*

A côté de la santé publique, la biologie a joué un rôle moteur dans la constitution d'une science de la vie sociale. L'idée d'une science de l'homme qui se diffuse par l'intermédiaire des idéologues et des médecins (Cabanis, Bichat) jusqu'à Saint-Simon est d'inspiration biologique. Ce dernier conçoit ce qu'il appelle la science nouvelle sur le modèle de la physiologie. Dans son *Mémoire sur la science de l'Homme* (1813), il insiste sur la nécessité de fonder tous les raisonnements sur des faits constatés et critiqués et il ajoute : «On conclut de là nécessairement que la physiologie, dont la science de l'homme fait partie, sera traitée par la méthode adoptée pour toutes les autres sciences physiques.» C'est pourquoi l'histoire, qui n'a d'ailleurs que trop tendance à expliquer les grands faits par de petites causes, doit, selon lui, cesser d'être un ensemble d'«histoires nationales» pour devenir «l'histoire de l'Espèce».¹⁵

Remarquons aussi que lorsqu'Auguste Comte crée le terme de sociologie, pour éviter toute confusion avec celui de physique sociale de Quételet (1835), c'est bien par rapport à la biologie, qu'elle suit du reste dans la série des sciences, qu'il définit cette nouvelle discipline : à la différence de la physiologie ou biologie, elle est une physique sociale, s'intéressant à l'espèce.¹⁶

12 Ibid., pp. 14-15.

13 Richard Harrison Shryock, op. cit., p. 103.

14 Ibid., p. 98.

15 Armand Cuvillier, op. cit., p. 28.

16 Rappelons que l'ordre de classification des sciences d'Auguste Comte (Mathématique d'abord, puis Astronomie, Physique, Chimie, Biologie, et enfin Sociologie) correspond à leur degré de

L'utilisation du terme même d'espèce ou d'espèce sociale par les premiers sociologues témoigne de cette influence de la biologie : «Il y a ici, chez Comte comme chez Saint-Simon et Buchez, une équivoque, fait remarquer Armand Cuvillier : le concept d'espèce est un concept biologique : seul le concept de *société*, de *groupement social* est proprement sociologique. On sent donc ici l'action des sciences naturelles sur l'étude des faits sociaux.»¹⁷

S'il est vrai qu'Auguste Comte développe un organicisme positiviste qu'on retrouve dans son *Système de politique positive* où il établit un parallèle entre la famille et la cellule, les groupes sociaux et les tissus, l'Etat et l'organe directeur, il «n'en remarque pas moins fortement que la physique sociale est tout autre chose qu'un 'simple appendice de la physiologie' et il combat les illusions de Cabanis et de Gall qui prétendent ramener les lois des sociétés à celles de la vie individuelle.»¹⁸ Lorsqu'il utilise, pour parler du social, la notion de «consensus», «il est vrai qu'il l'emprunte à la biologie, mais il lui fait subir une transformation fondamentale», remarquent Raymond Boudon et François Bourricaud. Lorsqu'on passe du domaine de la biologie à celui de la société, le consensus, tout en conservant les traits qui lui avaient été reconnus par la philosophie biologique, en acquiert de radicalement nouveaux. D'abord, le consensus social repose sur des idées et des croyances communes. Durkheim le définira plus tard comme une «conscience collective». En deuxième lieu, le consensus social n'est pas un phénomène qui se réalise lui-même, comme les équilibres biologiques qui conditionnent notre survie, et dont pourtant nous n'avons pas conscience. Comte le rapproche du phénomène de *cohésion sociale* qu'il nomme «gouvernement» et que, dans le vocabulaire moderne, on qualifierait de «cybernétique».¹⁹ Quoi qu'il en soit, on peut se demander si cet organicisme, à quelque degré qu'il ait été adopté, n'a pas été un élément constitutif de la sociologie naissante du XIXe siècle, dont Robert A. Nisbet a montré les attaches avec un conservatisme qui mettait en avant les valeurs collectives contre l'individualisme et le rationalisme des Lumières.²⁰ Il a permis que l'accent soit mis sur la totalité organique, sur la spécificité d'un tout social qui n'est pas réductible à la somme de ses parties.

spécialisation et de complexité croissantes, chacune dépendant des précédentes et non l'inverse, et qu'il est aussi celui de leur rang d'apparition. Quand on va des sciences du monde aux sciences de l'homme, les phénomènes sont de moins en moins aisés à prévoir et de plus en plus aisés à modifier.

17 Armand Cuvillier, op. cit., pp. 29-30. Buchez, médecin et saint-simonien (voir sur ce sujet François-André Isambert, *Buchez ou l'âge théologique de la sociologie*, Paris, Cujas, 1967) marque plus nettement que chez son maître la différence entre la sociologie et la physiologie et défend très clairement le principe de la spécificité des phénomènes sociaux.

18 Armand Cuvillier, op. cit., p. 30.

19 Raymond Boudon et François Bourricaud, *Dictionnaire critique de la sociologie*, Paris, P. U. F., 2ème éd. revue et corrigée, 1986, p. 86.

20 Robert A. Nisbet, *La tradition sociologique*, Paris, P. U. F., 1984.

2. L'influence de la biologie et de la médecine sur le développement de la sociologie au XIXe siècle et sur l'émergence de la sociologie médicale

A. *Organicisme biologique et sociologie au XIXe siècle*

L'organicisme dont nous venons de parler ainsi que l'évolutionnisme biologique jouent un rôle notable dans le développement de la sociologie au XIXe siècle. Ainsi Herbert Spencer, dans ses *Principes de sociologie*, qui font suite à ses *Principes de biologie*, établit une comparaison entre le système social et l'organisme biologique en montrant qu'ils ont des caractéristiques communes : ils se développent d'eux-mêmes, se complexifient et se différencient à mesure que leurs tâches s'accroissent; ils peuvent subsister un certain temps après la destruction de plusieurs de leurs composantes; leurs différences tiennent à ce que l'organisme individuel est un tout concret composé de parties existant pour lui-même, alors que l'organisme social est un tout discontinu fonctionnant pour le bien de chacun de ses éléments, tout qui a aussi cette propriété que tous ses membres sont capables de pensées et de sentiments.²¹ Comme le font remarquer Raymond Boudon et François Bourricaud, s'il y a des raisons pour que des analogies «puissent être employées dans les deux cas, il faut voir aussi, Spencer souligne ce point avec une particulière insistance, qu'il s'agit bien d'*analogie* et que dans tous les cas il faut bien prendre soin de marquer les limites de l'analogie.»²²

La pensée de Durkheim est aussi influencée par les conceptions organicistes et l'auteur de la *Division du travail social* établit souvent des comparaisons avec le monde de la biologie. Le processus croissant de division du travail qu'il met au cœur de l'évolution des sociétés rappelle le phénomène progressif de différenciation au sein des systèmes biologiques.²³ Les sociétés traditionnelles caractérisées par la solidarité mécanique (ou par ressemblance) laissent, selon lui, progressivement la place à des sociétés où domine ce qu'il appelle la solidarité «organique» (ou par complémentarité) et qui, comme il les définit, «sont constituées non par une répétition de segments similaires et homogènes,

21 Cf. *Encyclopaedia Universalis*, vol. 12, 1972, article «organicisme», p. 192.

22 Raymond Boudon et François Bourricaud, op. cit., p. 563.

23 En estimant que la division croissante du travail «permet de rendre compte à elle seule de la transformation des systèmes sociaux ...», la pensée de Durkheim demeure profondément influencée par les conceptions organicistes qui prévalaient au XIXe siècle et qui voyaient dans la division du travail le principe explicatif de l'histoire des sociétés», à la différence de Marx qui «ne considère celle-ci comme une variable essentielle que dans certaines de ses oeuvres de jeunesse» (Bertrand Badie et Pierre Birnbaum, *Sociologie de l'Etat*, Paris, Grasset, 1979, pp. 27-28).

mais par un système d'organes différents dont chacun a un rôle spécial, et qui sont formés eux-mêmes de parties différenciées. En même temps que les éléments sociaux ne sont pas de même nature, ils ne sont pas disposés de la même manière. Ils ne sont ni juxtaposés linéairement comme les anneaux d'un anneau, ni emboîtés les uns dans les autres, mais coordonnés et subordonnés les uns aux autres autour d'un même organe central qui exerce sur le reste de l'organisme une action modératrice». ²⁴ «Durkheim s'est pourtant éloigné à juste titre d'un organicisme absolu qui identifie trop complètement le corps biologique au corps social en montrant, par exemple, comment dans la société les structures peuvent changer de fonction», écrivent Bertrand Badie et Pierre Birnbaum. «Il rompt par conséquent l'identité organe-fonction à partir de laquelle se sont construites la plupart des théories traditionalistes et organicistes ...». ²⁵ On peut en fait considérer que son organicisme est purement analogique, tout comme celui de Ferdinand Tönnies qui estime que «l'on peut dans une certaine mesure, comprendre la communauté comme un organisme vivant», communauté (*Gemeinschaft*) dont il montre qu'elle repose sur une volonté organique, par opposition à la société (*Gesellschaft*) fondée sur la volonté réfléchie. ²⁶

L'analogie organiciste est parfois poussée à son extrême chez des auteurs comme Guillaume de Greef, Albert Schaeffle, Alfred Espinas et René Worms, le premier ayant toutefois admis certaines particularités de la société par rapport à la matière organique, les trois autres ayant avec le temps modéré leur position. ²⁷ A l'inverse, cette analogie ne trouve guère d'écho chez Max Weber qui ne fait pas de la société une entité transcendante et distincte des individus et qui s'attache à comprendre la signification subjective que l'individu attache à son action, phénomène de conscience qu'on ne retrouve pas dans les parties d'un tout biologique.

A côté de l'organicisme proprement dit, les théoriques biologiques de l'évolution, surtout après la publication de *l'Origine des espèces* de Darwin en 1859, vont contribuer au renforcement de l'évolutionnisme social de certains travaux de sociologie et d'anthropologie, comme *La société archaïque* de Morgan (1877). Mais il ne faut pas oublier, comme le fait remarquer Claude Lévi-Strauss, que si «l'évolutionnisme sociologique devait recevoir une impulsion vigoureuse de la part de l'évolutionnisme biologique, ... il lui est antérieur dans les faits. Sans remonter jusqu'aux conceptions antiques, reprises par Pascal, assimilant l'humanité à un être vivant qui passe par les stades successifs de

24 Emile Durkheim, *De la division du travail social*, Paris, P. U. F., 8ème édition, 1967, p. 157.

25 Bertrand Badie et Pierre Birnbaum, op. cit., p. 28.

26 Ferdinand Tönnies, *Communauté et société*, Paris, Retz-C. E. P. L., 1977, p. 48.

27 Sur ce point, voir en particulier Armand Cuvillier, op. cit., pp. 33-35.

l'enfance, de l'adolescence et de la maturité, c'est au XVIII^e siècle qu'on voit fleurir les schémas fondamentaux qui seront, par la suite, l'objet de tant de manipulations : les «spirales» de Vico, ses «trois âges» annonçant les «trois états» de Comte, l'«escalier» de Condorcet. Les deux fondateurs de l'évolutionnisme social, Spencer et Taylor, élaborent et publient leur doctrine avant *L'origine des espèces* ou sans avoir lu cet ouvrage.»²⁸

Il faudrait aussi mentionner l'influence qu'ont eue sur la sociologie et l'ethnologie du XIX^e siècle les biologistes et médecins qui travaillèrent dans le domaine de l'anthropologie physique, en étudiant non seulement les aspects physiques et anatomiques de l'être humain (races, morphologie humaine, craniométrie, ostéologie, etc.), mais aussi son langage, sa civilisation, ses moeurs. Nombre de ces savants, comme nous avons pu le constater,²⁹ défendaient une vision élargie de l'anthropologie incluant l'étude du comportement social et culturel de l'homme. L'oeuvre du chirurgien Paul Broca, auteur de nombreux travaux d'anthropologie physique, mais aussi de synthèses sur l'ethnologie, créateur en France de la Société d'anthropologie de Paris en 1859, de la Revue d'anthropologie en 1872 et de l'École d'anthropologie en 1875, en est une parfaite illustration.

B. *Hygiène publique et sociologie*

Le développement des mesures sanitaires prises par les autorités et des travaux d'hygiène publique au XIX^e siècle est lié à l'apparition et à l'extension de maladies diverses, notamment épidémiques, dans les populations, mais aussi à la dégradation de l'état de santé de certaines catégories sociales, en milieu urbain, du fait de l'industrialisation. Celle-ci conduisit en effet à la concentration dans des quartiers insalubres, propagateurs d'épidémies, de travailleurs épuisés par de longues journées de travail et la sous-alimentation. «Les ouvriers affluaient dans les quartiers peuplés où rien n'avait été prévu pour leur assurer des conditions de vie décentes», écrit Richard H. Shryock. «Les habitations, exigües et mal aérées, ne comportaient aucune installation sanitaire : il n'y avait ni distribution d'eau, ni nettoyage des rues, ni enlèvement des ordures.»³⁰ Dans le

28 Claude Lévi-Strauss, *Race et histoire*, Paris, Gonthier, 1961, pp. 25-26.

29 Cf. François Steudler, *La nébuleuse anthropos*, dans *Projections, la santé au futur*, No 1, hiver 1989/1990, Médecine et anthropologie, pp. 23-33, en particulier pp. 24-25. Voir aussi Jean Poirier, *Histoire de l'ethnologie*, Paris, P. U. F., 3^e éd. revue et corrigée, 1984, pp. 27 sqq.; Angèle Kremer-Marietti, *L'anthropologie physique et morale en France et ses implications idéologiques*, dans Brigitte Rupp-Eisenreich (éd.), *Histoires de l'anthropologie, XVI^e-XIX^e siècles*, Paris, Klincksieck, 1984, pp. 319-352.

30 Richard H. Shryock, op. cit., pp. 147-148.

Rapport qu'il soumit en 1842 au Poor Law Board, et qui reposait sur ses données recueillies dans toute l'Angleterre et une partie de l'Ecosse, Chadwick témoigne des conditions de vie déplorables de la population urbaine. Il trouve qu'à Liverpool la durée de vie moyenne était de trente-cinq ans pour les «bourgeois» contre quinze seulement pour les ouvriers, cette différence traduisant selon lui exactement celle qui existe entre leurs habitats.³¹ «Ce ne fut pas un hasard», écrit encore Richard H. Shryock, «si un savant comme Virchow fut mêlé à la Révolution de 1848 ou si les diatribes de Friedrich Engels contre la société anglaise portèrent dans une large mesure sur la maladie et la mortalité qui sévissaient parmi les ouvriers.»³² Or la mise en évidence des inégalités sociales de morbidité et d'espérances de vie à la naissance selon le métier, l'habitat, la classe, etc., fut particulièrement le fait de médecins qui s'illustrèrent dans de grandes enquêtes, dans le prolongement de celles du XVIIIe siècle dont nous avons parlé. L'exemple le plus célèbre en France est celui de Louis-René Villermé, ancien chirurgien des armées napoléoniennes (1804–1814), converti à l'étude des questions sanitaires et sociales : en 1820 il réalise une première étude sur les conditions de vie des prisonniers, puis montre ensuite dans diverses publications que le taux de mortalité en France est étroitement lié aux conditions de vie des différentes classes sociales et que, dans les arrondissements de Paris qu'il a particulièrement étudiés, la mortalité croît en raison directe de la proportion des pauvres qui y habitent. «Dans des articles publiés entre 1823 et 1830 dans les Annales d'hygiène, il va faire en quelque sorte la synthèse de l'analyse topographique (variations de la santé selon les différents quartiers de Paris) et de l'analyse sociologique (répartition des classes sociales entre les différents quartiers de Paris)», écrit Gérard Leclerc. «La variable quartier, avec ses connotations médicales archaïques, qu'on trouve encore chez Lachaise (pestilence, vapeurs, etc.) va être éliminée, au profit des variables proprement sociales.»³³ En 1840, il publie son célèbre rapport, le Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie, qui sera à l'origine de la loi de 1841 limitant le travail légal des enfants.

Parmi d'autres hygiénistes, citons, outre Lachaise, déjà mentionné, qui, dans sa *Topographie médicale* (1822), relie la mortalité et la morbidité à l'espace social, à la salubrité des logements et des quartiers, Patissier et son *Traité des maladies des artisans* (1822), Parent-Duchâtelet, mieux connu aujourd'hui par son traité sur la prostitution à Paris, qui publia une étude sur *Les ulcères des*

31 Ibid., p. 153.

32 Ibid., p. 151.

33 Gérard Leclerc, op. cit., p. 261.

extrémités inférieures des artisans de Paris (1831), Benoiston de Châteauneuf et son *Influence des professions sur la phthisie pulmonaire* (1831).

Nombre de ces travaux, ainsi que beaucoup de ceux qui furent entrepris dans les hôpitaux qui offraient des données quantitatives à la recherche clinique, s'appuyèrent sur la statistique, discipline qui tendait du reste à se renouveler, devenant plus proche du calcul des probabilités et de la prévision que de l'ancienne description comparative.³⁴ Les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, créées en 1829, où publièrent notamment Benoiston de Châteauneuf, Parent-Duchâtelet, Villermé, ont joué, comme l'a montré Bernard-Pierre Lécuyer, un rôle dans la «conquête du nombre».³⁵

La profession médicale, qui par ailleurs cherchait à rehausser son prestige et son unité, a pris une place prépondérante dans ces enquêtes sanitaires et sociales. Sans doute apparaissait-elle particulièrement compétente dans le domaine et peut-être pouvait-elle mieux que d'autres s'introduire dans toutes les couches de la société. Mais cette intrusion dans le social n'a pas toujours été bien perçue par ceux qui, tel le docteur Henry Rumsey, médecin anglais spécialisé dans le domaine de la médecine d'Etat, ne voyaient dans le rapport Chadwick que des abstractions mathématiques et estimait que l'hygiène égarait le médecin de sa véritable tâche, celle, selon lui, de la recherche de la cause biologique et de l'évolution des maladies. Mais «à partir de 1875, une véritable révolution, intervenue dans l'étude des causes des maladies», écrit Richard H. Shryock, «vint confirmer la thèse de Rumsey. La bactériologie changea radicalement l'orientation de l'action en faveur de la santé publique; son aspect «mécanique et mathématique» condamné par Rumsey céda la place à la perspective biologique.»³⁶

Il est certain que le développement de la médecine pastoriennne, l'utilisation de l'asepsie et de l'antisepsie, la découverte de nombreux vaccins, l'essor de la bactériologie, de la parasitologie, de la virologie, de la biologie cellulaire, de la biochimie, de la génétique, l'apparition de médicaments divers vont en effet attirer les forces vives de la recherche en santé publique vers l'étude biomédicale des maladies, transmissibles notamment, vers la mise en place, sur de vastes échelles, de mesures de prophylaxie reposant sur la connaissance des mécanismes biologiques des infections, de programmes de dépistage et de traitement (pour la tuberculose et les maladies vénériennes par exemple).

34 Cf. Bernard-Pierre Lécuyer, *Médecins et observateurs sociaux : les Annales d'hygiène publique et de médecine légale (1820-1850)*, dans *Pour une histoire de la statistique*, tome I, Paris, INSEE, 1977, p. 447.

35 Ibid., p. 445.

36 Richard H. Shryock, op. cit., p. 159.

De son côté la sociologie, forte de sa spécificité et de ses méthodes, se lançait dans l'étude approfondie des sociétés industrielles et de leurs transformations, sans que le secteur de la santé fasse l'objet d'une spécialisation, malgré l'oeuvre pionnière du *Suicide* (1887) d'Emile Durkheim et les liens tissés entre l'hygiène publique et la sociologie. Pourtant on trouve l'expression de «sociologie médicale» dans un article de Charles McIntire paru en février 1894 dans le Bulletin de l'Académie américaine de médecine.³⁷ En 1902, aux Etats-Unis encore, Elizabeth Blackwell utilise le terme de sociologie médicale pour présenter une série d'essais.³⁸ En 1910, James P. Warbasse publie un ouvrage intitulé *Sociologie médicale : une série d'observations concernant la sociologie de la santé et la relation de la médecine à la sociologie*, où il se fait l'avocat de nombreuses réformes, y compris dans le domaine de l'éducation sanitaire.³⁹ Toutefois, comme le fait remarquer Eliot Freidson, le fait qu'un ouvrage dont le titre était *Sociologie médicale* ait été publié au début du siècle ne doit pas nous faire oublier que «l'association des deux mots témoignait plus d'une bonne intention ou correspondait plus à une figure rhétorique qu'elle n'avait de signification analytique. Jusqu'à une date récente, l'association des mots 'médecine' et 'sociologie' signifiait simplement que l'écrivain considérait que la maladie n'était pas un pur phénomène biologique, qu'il reconnaissait que la vie sociale constituait le cadre de la pratique médicale et qu'il s'intéressait au contexte social et économique de la santé et des institutions de soins.»⁴⁰ Mais des concepts spécifiques n'étaient pas utilisés. Ils ne le seront du reste que tardivement, lorsque seront élaborés, dans le domaine de la santé, des travaux de sociologues, avec un certain décalage par rapport aux autres champs d'étude de la sociologie. «Ce n'est pas avant les années cinquante qu'il y eut assez de sociologues s'intéressant à la maladie et à la médecine pour que fût atteinte la masse critique requise pour le développement d'une spécialité.»⁴¹ L'attraction de ce secteur de recherche fut alors tel aux Etats-Unis que «dans les années 1960, la section de Sociologie médicale, récemment formée, de l'Association américaine de Sociologie, constituait environ le dixième de l'association

37 Charles Mc Intire, *The Importance of the Study of Medical Sociology*, dans *Bulletin of the American Academy of Medicine*, I, February 1894, pp. 425-434.

38 Elizabeth Blackwell, *Essays in Medical Sociology*, 2 vol., London, Ernest Bell, 1902.

39 James P. Warbasse, *Medical Sociology : A series of Observations Touching upon the Sociology of Health and the Relation of Medicine to Sociology*, New York, Appleton, 1910. Signalons aussi la création en 1910 d'une section de Sociologie de l'American Public Health Association, dont les membres étaient des médecins et des travailleurs sociaux.

40 Eliot Freidson, *Professional Dominance*, Chicago, Aldine Publishing Company, 1974, p. 43.

41 *Ibid.*, p. 45.

entière.»⁴² «En 1970, c'était une des sections les plus importantes et les plus actives.»⁴³

3. Médecine, biologie et sociologie de la santé aujourd'hui

A. *Les relations entre la biologie, la médecine et la sociologie*

Bien que la sociologie de la santé ne soit apparue, comme nous l'avons vu, que tardivement, et plus encore en France,⁴⁴ comme champ disciplinaire spécifique où travaillent un nombre significatif de spécialistes, des relations n'ont cessé d'exister entre la bio-médecine et la sociologie pendant la première moitié du XXe siècle et jusqu'à aujourd'hui. On n'en pourrait prendre comme seule preuve que le fonctionnalisme de Malinowski, qui est largement d'inspiration biologique. Selon l'auteur des *Argonautes du Pacifique occidental* (1922), «dans tous les types de civilisation, chaque coutume, chaque objet matériel, chaque idée, chaque croyance remplit une fonction *vitale*, a une tâche à accomplir, représente une *partie indispensable* d'une totalité organique.»⁴⁵ Dans *Une théorie scientifique de la culture* (1944), il estime que «le déterminisme biologique impose à la conduite humaine certaines séquences infrangibles, qui doivent entrer dans toute culture, qu'elle soit primitive ou perfectionnée, simple ou complexe»,⁴⁶ chaque culture ayant toutefois sa manière spécifique de satisfaire les instincts et de les remanier.⁴⁷ Or on sait l'influence que le fonctionnalisme de Malinowski et celui, sensiblement différent de Radcliffe-Brown, ont eu dans les années quarante aux Etats-Unis, notamment à l'Université de Chicago

42 Ibid. Voir aussi Howard G. Freeman, Sol Levine and Leo G. Reeder, *Present Status of Medical Sociology*, dans Howard G. Freeman, Sol Levine and Leo G. Reeder, *Handbook of Medical Sociology*, op. cit., pp. 501-522.

43 Eliot Freidson, op. cit., p. 45.

44 Citons, parmi les sociologues ayant publié des ouvrages sur la santé et la médecine dans les années soixante et au tout début des années septante : Henri Hatzfeld, *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, les Editions ouvrières, 1963, et *Du paupérisme à la Sécurité sociale*, Paris, Armand Colin, 1971; Luc Boltanski, *La découverte de la maladie, la diffusion du savoir médical*, Paris, Centre de Sociologie européenne, 1969, ronéo.; Haroun Jamous, *Sociologie de la décision, la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, C. N. R. S., 1969.; Claudine Herzlich, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris - La Haye, Mouton, 1970; Jean-Pierre Dupuy, Janine Ferry, Serge Karsenty, Guy Worms, *La consommation de médicaments, approche psycho-socio-économique*, Paris, CEREBE, 1971, ronéo.; François Steudler, *Sociologie médicale*, Paris, Armand Colin, 1972.

45 Bronislaw Malinowski, *Anthropology*, dans *Encyclopaedia Britannica*, First Supplementary Volume, London et New York, 1926, p. 132, cité dans Robert K. Merton, op. cit., chap. III: «L'analyse fonctionnelle en sociologie», p. 81.

46 Bronislaw Malinowski, *Une théorie scientifique de la culture*, trad. Pierre Clinquart, Paris, Maspéro, 1968, p. 66.

47 Ibid., pp. 70 sqq.

où ces deux auteurs ont été amenés à enseigner. L'inspiration fonctionnaliste «contribuera à alimenter une conception de la société qui en souligne non seulement le caractère systématique, mais encore l'harmonie, où les conflits sont traités comme d'innocentes tensions, où les tensions elles-mêmes sont présentées comme une simple préparation à un ordre de plus en plus compréhensif et satisfaisant. Combiné à d'autres influences, et notamment à celle de Durkheim, dont l'autorité était revendiquée par Radcliffe-Brown, mais récusée par Malinowski, le fonctionnalisme constitue l'étiquette généralement admise sous laquelle sont désignés les premiers travaux de Talcott Parsons, puis ceux de Robert Merton.»⁴⁸ Ce dernier, très critique vis-à-vis du fonctionnalisme «absolu» de Malinowski, reposant selon lui sur des postulats très discutables,⁴⁹ l'assouplit en développant un fonctionnalisme «relativisé» où il introduit les notions d'équivalent ou substitut fonctionnel, de dysfonctions, de fonctions manifestes et latentes.⁵⁰ En ce qui concerne Talcott Parsons, éminent représentant du structuro-fonctionnalisme, il montre que le système de l'action, et en particulier le système social qui en est un sous-système, doit répondre à quatre impératifs ou prérequis fonctionnels : l'adaptation, la poursuite des buts (*goal attainment*), l'intégration, la latence ou stabilité normative (*pattern maintenance*).⁵¹ Comme le note Guy Rocher, ce fonctionnalisme qu'on peut qualifier de systématique parce que, à la différence de celui de Malinowski et, dans une certaine mesure, de celui de Merton, il ne part pas des éléments socio-culturels pour analyser leurs modalités d'insertion dans la vie de l'ensemble, mais prend comme point de départ la totalité comme système pour en rechercher les conditions d'existence, «s'alimente chez Parsons à la biologie contemporaine.»⁵²

Si Talcott Parsons a été fortement influencé par les théories biologiques, il a été aussi particulièrement intéressé par les aspects institutionnels de la santé et de la médecine. Il a consacré de nombreux articles à l'étude de la maladie, des

48 Raymond Boudon et François Bourricaud, op. cit., article Fonctionnalisme, p. 266.

49 A savoir les postulats de l'unité fonctionnelle de la société, du fonctionnalisme universel et de la nécessité (cf. Robert K. Merton), op. cit., pp. 65-139.

50 Ibid.

51 Cf. Talcott Parsons, *The Structure of Social Action*, New York, Mc Graw Hill, 1937; *Essays in Sociological Theory, Pure and Applied*, New York, The Free Press, 1949, 2ème éd. augmentée 1954; *The Social System*, New York, The Free Press, 1951; (en collaboration avec E. Shils et autres), *Toward a General Theory of Action*, Cambridge, Harvard University Press, 1957; (en collaboration avec Robert F. Bales et Edward A. Shils), *Working Papers in the Theory of Action*, New York, The Free Press, 1953; *Structure and Process in Modern Societies*, New York, The Free Press, 1960; *Social Structure and Personality*, New York, The Free Press, 1964. Sur la théorie de T. Parsons, voir en particulier Guy Rocher, *Talcott Parsons et la sociologie américaine*, Paris, P. U. F., 1972.

52 Guy Rocher, op. cit., p. 215.

médecins et de l'organisation des soins.⁵³ En particulier sa recherche sur la profession médicale, première étude empirique qu'il mena bien avant la publication de son célèbre paradigme de la relation thérapeutique dans *The Social System* qui en est le prolongement,⁵⁴ a joué un rôle dans la genèse de sa théorie des variables structurelles de l'action.⁵⁵

Parsons, en effet, avait repris dans ses premiers travaux la distinction que faisait Tönnies entre les rapports sociétaux et les rapports communautaires mais qui lui paraissait recouvrir, de manière trop dichotomique, d'autres dimensions : «Ceci est apparu à Parsons surtout dans l'analyse du rôle social du médecin, qui fut l'objet de sa première recherche empirique. Cela lui donna l'occasion de montrer qu'à certains égards, la pratique médicale faisait appel à des rapports communautaires, et à d'autres égards à des rapports sociétaux.»⁵⁶ A l'opposition établie par Tönnies, il substitua aussi quatre variables structurelles de l'action à deux réponses possibles (universalisme-particularisme; performance-qualité; neutralité affective-affectivité; spécificité-diffusion). Les rapports sociétaux, qui sont en fait ceux du médecin – auxquels Parsons ajoute une cinquième variable : l'orientation vers la collectivité par opposition à l'orientation vers soi⁵⁷ – se retrouveront dans le cas particulier où sont réunis à la fois l'universalisme, la performance, la neutralité affective et la spécificité, les rapports communautaires correspondant de leur côté à la réunion du particularisme, de la qualité, de l'affectivité et de la diffusion.

Le travail que Talcott Parsons a publié sur la relation malade-médecin dans *The Social System* est aussi intéressant d'un autre point de vue. Parsons fait une

53 Outre les textes de Parsons publiés dans ses ouvrages, citons *Illness and the Role of the Physician : A Sociological Perspective*, dans *American Journal of Orthopsychiatry*, 21 (1951), pp. 452-460; en collaboration avec Renée S. Fox, *Illness, Therapy and the Modern Urban American Family*, dans *Journal of Social Issues*, vol. 8, No 4, 1952, pp. 2-3; 31-44 traduit dans François Steudler, *Sociologie médicale*, op. cit., pp. 157-179; *The Mental Hospital as a Type of Organization*, dans Milton Greenblatt, Daniel J. Levinson et Richard H. Williams (eds), *The Patient and the Mental Hospital*, New York, The Free Press, 1957, pp. 108-129.

54 Talcott Parsons, *Social Structure and Dynamic Process : the Case of Modern Medical Practice*, dans Talcott Parsons, *The Social System*, op. cit., pp. 428-479, trad. française : *Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne*, dans Talcott Parsons, *Éléments pour une sociologie de l'action*, Introduction et traduction de François Bourricaud, Paris, Plon, 1955, pp. 193-255.

55 En fait cette recherche, comme le dit lui-même Parsons dans *The Social System*, op. cit., pp. 428-429 (note 2), n'a pu être menée à terme et ce n'est que plus tard qu'il a pu, avec des modifications et des reformulations, en tirer un chapitre de ce même ouvrage (cf. Guy Rocher, *Talcott Parsons et la sociologie américaine*, op. cit., pp. 182-183). Voir aussi ce que dit de cette recherche Parsons dans *On Building Social System Theory, A Personal History*, dans *Daedalus*, automne 1970, pp. 834-840.

56 Guy Rocher, op. cit., pp. 55-56. Voir aussi pp. 182-183.

57 Talcott Parsons, *Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne*, op. cit., pp. 234-238.

référence générale, dès le début du texte,⁵⁸ à un article sur «le médecin et le patient comme système social» de Lawrence J. Henderson,⁵⁹ auteur qu'il cite aussi en début de préface⁶⁰ en disant que le titre de son livre lui doit beaucoup parce qu'il a su insister sur l'extrême importance du concept de système dans la théorie scientifique et montrer, dans un ouvrage sur la sociologie générale de Pareto,⁶¹ que l'apport le plus important de celui-ci était sa tentative de décrire «le système social comme un système». Or ce spécialiste de Pareto n'est autre que le médecin bien connu pour ses travaux sur les équilibres acido-basiques et les systèmes tampons, acide carbonique – bicarbonate en particulier (équation de L. J. Henderson et de Hasselbach). Ce physiologiste et biochimiste, né en 1878 et mort en 1942, s'est en effet tourné au cours de sa carrière vers la sociologie générale et médicale,⁶² a influencé Parsons,⁶³ lequel s'est inspiré de ses concepts d'équilibre appliqués aux relations sociales pour analyser la pratique médicale. La boucle est pour ainsi dire bouclée qui part de la médecine et lui revient en passant par la sociologie.

On pourrait citer bien d'autres travaux sociologiques qui, dans la première moitié du XXe siècle, ont porté sur la santé et la médecine : ceux, par exemple, de Maurice Halbwachs sur les causes du suicide,⁶⁴ de Robert E. L. Faris et H. Warren Dunham sur la répartition des maladies mentales selon les aires écologiques urbaines,⁶⁵ d'Oswald Hall sur la pratique médicale.⁶⁶ Outre Bronislaw Malinowski, nombre d'ethnologues et d'anthropologues comme Marcel Mauss en France,⁶⁷ Edward E. Evans-Pritchard en Grande-Bretagne⁶⁸ se sont intéressés

58 Talcott Parsons, *The Social System*, op. cit., p. 428.

59 Lawrence J. Henderson, *Physician and Patient as a Social System*, dans *New England Journal of Medicine*, vol. 212, May 2, 1935, pp. 819–823.

60 Talcott Parsons, *The Social System*, op. cit., p. VII.

61 Lawrence J. Henderson, *Pareto's General Sociology : A Physiologist's Interpretation*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1935.

62 Citons aussi de lui : *The Practice of Medicine as Applied Sociology*, dans *Transactions of the Association of American Physicians*, vol. 51, 1936, pp. 8–22.

63 Il a aussi influencé, dans la dernière décennie de sa carrière à Harvard, bien d'autres sociologues, dont George Homans, Henry Murray et Robert K. Merton (cf. Samuel Bloom, *The Doctor and his Patient*, New York, Russel Sage Foundation, 1963 et (paperback edition), The Free Press, 1965, pp. 69–74.

64 Maurice Halbwachs, *Les causes du suicide*, Paris, Alcan, 1930.

65 Robert E. L. Faris et H. Warren Dunham, *Mental Disorders in Urban Areas*, Chicago, University of Chicago Press, 1939.

66 Oswald Hall, *The Informal Organization of Medical Practice in an American City*, Unpublished Ph. D. Thesis, University of Chicago, 1944; *The Stages of a Medical Career*, dans *American Journal of Sociology*, March 1948, pp. 327–336; *Types of Medical Careers*, dans *American Journal of Sociology*, 55, November 1949, pp. 243–253.

67 Marcel Mauss (en collaboration avec M. Hubert), *Esquisse d'une théorie générale de la magie*, dans *Année Sociologique*, 1902–1903; *Effet physique chez l'individu de l'idée de mort suggérée par la collectivité (Australie, Nouvelle Zélande)*, dans *Journal de Psychologie Normale*

à la magie, à la sorcellerie et à la médecine dans les sociétés primitives. Ce n'est toutefois que depuis les années cinquante aux Etats-Unis que l'anthropologie médicale s'est développée en tant que telle et que l'utilisation même de l'expression est devenue d'un usage courant.⁶⁹

B. *La sociologie de la santé aujourd'hui*

Depuis les années septante, l'anthropologie médicale comme la sociologie de la santé, ainsi que nous l'avons vu, connaissent un développement important, en particulier dans les pays anglo-saxons.⁷⁰ Cet essor se traduit par de nombreuses publications, des réunions et des congrès,⁷¹ des enseignements réguliers et officiels dans les Universités, y compris dans les Facultés de médecine. Les travaux de sociologie de la santé, notamment, se multiplient dans le monde entier au point que les représentants de cette branche ont de plus en plus de difficultés à appréhender tout le champ de cette matière et sont déjà amenés à y introduire des spécialisations.

L'intérêt, nouveau, porté par les sociologues aux questions de santé est assurément lié au développement même de la connaissance qui pousse à un processus de différenciation croissant à l'intérieur des diverses disciplines et à la prise de conscience qu'un vaste secteur restait peu exploré. Cependant, bien que les deux phénomènes soient liés, l'extension de la sociologie de la santé semble plus encore favorisée par l'émergence des problèmes de santé dans l'activité sociale, que l'on constate aussi bien au niveau des représentations sociales et des comportements qu'à celui des institutions, dans la mesure notamment où les structures de soins et les systèmes de prise en charge de la maladie jouent un rôle nouveau et spécifique. De la même manière qu'il existe une sociologie politique et une sociologie économique parce que le politique et

et Pathologique, 1926; *Les techniques du corps*, dans *Journal de Psychologie*, XXXII, Nos 3-4, 15 mars-15 avril 1936; tous ces textes sont repris dans : Marcel Mauss, *Sociologie et anthropologie*, Paris, P. U. F., 1950.

68 E. E. Evans-Pritchard, *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*, London, Oxford University Press, 1937, trad. française : *Sorcellerie, oracle et magie chez les Azandé*, Paris, Gallimard, 1972.

69 Cf. François Steudler, *La nébuleuse anthropos*, dans *Projections, La santé au futur*, No 1, hiver 1989/1990, Médecine et anthropologie, p. 33 et Philippe Mitrani, *L'anthropologie médicale aux Etats-Unis et la place de l'ethno-médecine*, dans Anne Retel-Laurentin (éd.), *Une anthropologie médicale en France ?*, Paris, C. N. R. S., 1983, p. 20.

70 Sur les différences entre les approches ethnologique, anthropologique et sociologique, en particulier dans le domaine de la santé, nous renvoyons le lecteur à notre article, «La nébuleuse anthropos», art. cit.

71 Cf. le Colloque international de Sociologie médicale, dont nous étions un des organisateurs, avec Jean-Claude Guyot, Claudine Herzlich et Jacques Maître.

l'économique exercent une action significative sur l'activité sociale des hommes au sein de groupements déterminés et orientent leurs comportements, de même il y a une sociologie de la santé dans la mesure où le système sanitaire, la médecine et les questions de santé exercent une influence très forte sur un secteur entier de l'activité humaine et sur les comportements sociaux.

L'émergence de la sociologie de la santé est ainsi fortement liée à l'apparition de questions concrètes que la société pose aujourd'hui à divers spécialistes, et notamment au sociologue, en matière de santé. L'extension des techniques et des sciences médicales, la spécialisation incessante de la médecine, l'essor des organisations de soins, le développement des besoins de santé, toutes ces transformations qui ont entraîné une croissance très forte des coûts et induisent des choix souvent difficiles à tous les niveaux du système social ont brisé l'espoir que les professionnels de santé résoudraient d'eux-mêmes les problèmes sanitaires. Il en résulte qu'on fait de plus en plus appel, à côté d'économistes et de gestionnaires, de juristes, de psychologues, etc. à des sociologues. Ceux-ci, parfois associés à des équipes de recherche pluridisciplinaires, sont amenés à effectuer des travaux très variés allant de l'étude de la représentation de la maladie dans un groupe donné à l'analyse d'une politique sanitaire et passant par des investigations sur la réaction des médecins à une situation nouvelle ou sur le fonctionnement d'un service hospitalier. Dans le domaine en pleine expansion de la médecine, on requiert donc du sociologue un apport spécifique, tout comme on attendait de la sociologie industrielle naissant aux Etats-Unis avec Elton Mayo, F. J. Roethlisberger et W. J. Dickson, l'interprétation, voire la résolution de problèmes nés de l'essor des entreprises dans les années trente.

Parallèlement, on constate que les médecins, dans leur pratique, portent une attention particulière aux sciences sociales et humaines. Cet intérêt n'est pas nouveau dans la mesure où la médecine n'a cessé d'osciller entre une activité purement scientifique et ce qu'on peut appeler un art, entre les sciences de la vie et celles dites de l'homme. Mais il a pris une forme nouvelle. Après une longue domination pastorienne qui a un peu isolé la médecine des sciences sociales, comme nous l'avons vu, le regard médical s'attache davantage aujourd'hui, semble-t-il, à cerner le rôle de l'environnement et des facteurs sociaux dans le genèse et le développement des processus pathologiques, à saisir la dimension psychologique et sociale de la maladie. D'où l'intérêt du corps médical, des étudiants en médecine et de tous ceux qui travaillent dans le champ de la santé pour l'étude du comportement de l'homme et des relations sociales, l'essor de la psychanalyse et les bouleversements de la psychiatrie ayant déjà rendu réceptifs un grand nombre de médecins, ne serait-ce que lors de leur formation, aux investigations des sciences humaines.

Pour mieux appréhender le travail des sociologues dans le domaine de la santé, Robert Straus a proposé, dans un article souvent cité, de distinguer *la sociologie dans la médecine (sociology in medicine)* et *la sociologie de la médecine (sociology of medicine)*.⁷² Dans le premier cas, le sociologue est impliqué dans l'activité sanitaire : il participe à des programmes de prévention, il aide au traitement de la maladie en étudiant le comportement social des patients, il prend part aux décisions concernant l'allocation de ressources, etc. : le savoir sociologique s'ajouterait à la connaissance médicale pour contribuer à une amélioration de la thérapeutique et de l'organisation des soins. Dans le second cas, l'activité médicale serait pour le sociologue un champ d'analyse comme un autre; il s'agirait pour lui avant tout de se tenir en dehors du système médical pour éliminer prénotions et présupposés. L'accent est surtout mis sur cette seconde position par ceux qui redoutent de voir la sociologie de la santé, face aux demandes d'institutions et de professionnels qui, légitimement, ont des préoccupations d'ordre pratique et face à l'attraction d'une médecine dont le poids scientifique, économique et social est considérable et qui partage des frontières communes avec les sciences humaines et sociales, rester prisonnière d'une perception sociale spontanée et d'une problématique non-sociologique. La distinction de Robert Straus, dit Eliot Freidson, a une certaine utilité parce qu'elle permet de distinguer ce qui a été médecine sociale autrefois (et qui correspond à la sociologie dans la médecine) et la nouvelle approche culturelle, qui est notamment la sienne, celle de la sociologie de la médecine, c'est-à-dire le point de vue d'un observateur extérieur dont l'attitude non-engagée directement permet en fait «de mieux évaluer la nature des institutions médicales d'une manière utile pour la formation d'une politique sociale pratique.»⁷³

Il faut toutefois reconnaître que parfois les travaux les plus productifs et les plus stimulants ont été réalisés par des personnes s'occupant de problèmes appliqués et que certains sociologues, très liés à l'activité sanitaire, ressentent le besoin d'une sociologie appliquée ou «clinique» capable d'assurer des interventions et de contribuer au changement social.⁷⁴ Cela peut aller jusqu'à la tendance à se couper de la sociologie générale et à considérer qu'il existe une certaine autonomie de la sociologie médicale, justifiée par la spécificité de son domaine de travail, ce à quoi s'oppose Eliot Freidson quand il écrit : «La

72 Robert Straus, *The Nature and Status of Medical Sociology*, dans *American Sociological Review*, 22 (1957), pp. 200-204.

73 Eliot Freidson, *Professional Dominance*, op. cit., p. 41.

74 Cf. Alwin W. Gouldner, *Explorations in Applied Social Sciences*, dans *Social Problems*, 3 (January 1956), pp. 169-181 et *Theoretical Requirement of the Applied Social Sciences*, dans *American Sociological Review*, 22 (February 1957), pp. 92-102.

médecine est un domaine où des concepts génériques peuvent être utilisés, testés et peut-être même créés, mais pas un champ *sui generis*.»⁷⁵

Le terme de sociologie de la médecine est couramment employé dans les publications, les colloques internationaux, sans aucune connotation particulière, comme celui de sociologie médicale.⁷⁶ Mais, dans la mesure où le premier peut évoquer une distanciation de l'observateur par rapport à son objet, le second – une certaine «médicalisation», il semble qu'actuellement on tende souvent – comme nous-même⁷⁷ – à préférer le terme de sociologie de la santé qui a l'avantage d'ouvrir sur un champ plus vaste, bien que le domaine étudié reste le même en fait, quelles que soient les appellations, à savoir, pour reprendre, par exemple, la classification de Rodney M. Coe : la maladie et le malade, les pratiques de soins et les praticiens, les institutions de soins, le coût et l'organisation des services de santé⁷⁸; c'est un peu dans cette perspective que nous nous étions orienté nous-même⁷⁹ en distinguant quatre thèmes (maladie, culture et société; la relation thérapeutique; les institutions de soins; les politiques de santé), thèmes qu'on pourrait regrouper autour de deux axes principaux : la santé, la maladie et le malade, d'un côté; l'organisation des soins et les professions de santé de l'autre.⁸⁰

En réfléchissant sur le champ de la sociologie de la santé, on peut se demander dans quelle mesure la médecine et la biologie ne sont pas à l'origine d'une tentative de redéfinition de l'activité sociologique elle-même et de ses rapports avec les autres disciplines. Dans un de nos travaux récents,⁸¹ nous avons été frappé du fait que l'anthropologie médicale était devenue un véritable carrefour disciplinaire et que, lorsque l'anthropologie dans son versant social et culturel, c'est-à-dire l'ethnologie, se tournait vers la santé et la médecine, elle retrouvait une autre partie d'elle-même, à savoir l'anthropologie physique ou biologique, souvent appelée anthropologie tout court, l'anthropologie, dans sa dimension globale, se situant de fait à l'intersection du biologique et du social.

75 Eliot Freidson, *The Sociology of Medicine*, dans *Current Sociology*, *La Sociologie contemporaine*, vol. X/XI, No 3, 1961/62, p. 123.

76 En adoptant le titre de sociologie médicale plutôt qu'un autre pour un ouvrage, nous n'avions aucune intention particulière.

77 C'est ainsi que nous avons appelé «Centre de Recherche en Sociologie de la Santé» (CEDRESS), le Centre que nous avons créé à l'Université de Paris I, en 1975.

78 Rodney M. Coe, *Sociology of Medicine*, New York, Mac Graw Hill, 1970.

79 François Steudler, *Sociologie médicale*, op. cit.

80 François Steudler, L'apport des méthodes et des techniques de la sociologie à l'étude des phénomènes pathologiques et à l'analyse de l'organisation des soins, dans *Bulletin de médecine légale, toxicologie*, 21, No 1, janvier-février 1978, pp. 55-68.

81 François Steudler, «La nébuleuse anthropos», art. cit.

Or, nous dit Edgar Morin, biologie et sociologie sont sans frontières : «L'homme n'est pas constitué de deux tranches superposées, l'une bio-naturelle, l'autre psycho-sociale; il est évident qu'il n'est traversé par aucune muraille de Chine séparant sa part humaine et sa part animale, il est évident que chaque homme est une totalité bio-psycho-sociologique.»⁸² «Toute unité de comportement humain (praxique)», déclare-t-il, «est à la fois génétique / cérébrale / sociale / culturelle / écosystémique.»⁸³ On retrouverait ici la notion de fait social total⁸⁴ chère à Marcel Mauss, qui intègre les aspects juridiques, économiques, psychologiques, biologiques, etc. et qui, comme le souligne Claude Lévi-Strauss, «est en relation directe avec le double souci ... de relier le social et l'individuel d'une part, le physique (ou physiologique) et le psychique de l'autre.»⁸⁵ Comme l'écrit Marcel Mauss, «d'abord, il n'y a de société qu'entre vivants. Les phénomènes sociologiques sont de la vie. Donc, la sociologie n'est qu'une partie de la biologie, tout comme la psychologie, car vous et nous n'avons affaire qu'à des hommes en chair et en os, vivant ou ayant vécu. Ensuite, la sociologie, comme la psychologie humaine, est une partie de cette partie de la biologie qu'est l'anthropologie, c'est-à-dire, le total des sciences qui considèrent l'homme comme être vivant, conscient et sociable.»⁸⁶

En traitant de la genèse et du développement de la sociologie de la santé, nous avons pu voir à quel point le regard médico-social et la biologie avaient joué un rôle dans l'émergence et le développement de la sociologie et de la sociologie médicale. Des liens étroits ont en effet existé au cours de l'histoire entre la biologie, la médecine et la sociologie; il semble qu'aujourd'hui, plus encore qu'autrefois, s'instaure un véritable débat entre la biologie et la sociologie qui n'apparaît pas seulement dans de nouveaux champs disciplinaires comme la sociologie animale ou la sociobiologie, mais qui vient aussi fondamentalement de la prise de conscience de l'interaction étroite du biologique et du social chez l'être humain, qui est fait de l'un et de l'autre.

Adresse de l'auteur :

Professeur François Steudler, Université des Sciences Humaines de Strasbourg,
Faculté des Sciences Sociales, Institut de Sociologie
22, rue Descartes, F-67084 Strasbourg Cedex

82 Edgar Morin, *Le paradigme perdu : la nature humaine*, Paris, Seuil, 1973, p. 22.

83 Ibid., p. 216.

84 «L'idée de *phénomènes humains totaux* proposée par Marcel Mauss prend désormais tout son sens, non seulement sur le plan bio-anthropologique global, mais aussi à l'intérieur de la zone psycho-socio-culturelle.» (Ibid., p. 220).

85 Claude Lévi-Strauss, *Introduction à l'oeuvre de Marcel Mauss*, dans Marcel Mauss, *Sociologie et anthropologie*, op. cit., p. XXV.

86 Marcel Mauss, op. cit., p. 285.

GEGENWARTSDIAGNOSE ALS THEMA SOZIOLOGISCHER MEDIZINKRITIK

Uta Gerhardt

Justus Liebig Universität Giessen

1. Einleitung

Die Kritik an der modernen, technisch ausgestatteten Medizin wird in der Medizinsoziologie seit ihren Anfängen vorgetragen. Talcott Parsons, dessen Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung – als dem exemplarisch repräsentativen Sozialsystem – die Medizinsoziologie zu Beginn der fünfziger Jahre begründete, wandte sich gegen die allzu eng naturwissenschaftliche Auffassung der Medizin und forderte eine eher psychosomatische Sichtweise. In Deutschland entstand aufgrund der an der Psychoanalyse orientierten Kritik an der traditionellen Medizin zu Beginn der siebziger Jahre das Fach „Psychosoziale Medizin“, dessen Vertreter die Medizinsoziologie vielfach noch ist; dabei wurde Parsons' Konzept, wenngleich ungewollt, in ein Curriculum für Medizinstudenten umgesetzt. Fünfundzwanzig Jahre nach Parsons' Plädoyer für eine psychosomatische Medizin, also Mitte der siebziger Jahre, war das medizinkritische Selbstverständnis der Medizinsoziologie ungebrochen, allerdings nun stärker gesellschaftskritisch gegen Herrschaftszusammenhänge gerichtet. Ivan Illichs These von der Nemesis der modernen Medizin, 1975 erstmals vorgetragen, wird bis heute weithin unterstützt: sie behauptet eine Verselbständigung der Macht der Medizin derart, dass der Mensch von Wissen und Kontrolle über seinen eigenen Körper entfremdet (worden) sei. Seit den frühen 80er Jahren wird dasselbe Argument durch Bezugnahme auf Michel Foucault gestützt. Seine Lehren bilden den theoretischen Hintergrund für die Erkenntnis, dass die Relativität der klinischen Sichtweise auch bedeutet, dass der Einfluss der Medizin auf die Lebensführung in Frage gestellt werden kann bzw. muss. Bis heute kann man sagen, dass medizinkritische Aussagen im Sinne Illichs oder Foucaults vielfach mit einer gesellschaftskritischen Gegenwartsdiagnose verknüpft sind, die kultursoziologisch argumentiert.

Mein Beitrag hat zwei Ziele. Erstens möchte ich zeigen, dass die Medizinsoziologie hier ein Thema der allgemeinen Soziologie aufgreift. Die Geschichte des Gedankens, dass die Soziologie mittels Gegenwartsdiagnose zur Kritik der modernen Gesellschaft und zur Lösung der Krise (bzw. der Probleme) der

modernen Welt beitrage, reicht in die Zeit vor dem Zweiten Weltkrieg zurück. Durch Bezugnahme auf die Wissenssoziologie Karl Mannheims und seine seit den 30er Jahren entwickelte Planungssoziologie möchte ich exemplarisch darlegen, dass die Themen der soziologischen Medizinkritik eine Geschichte bzw. Vorgeschichte in der allgemeinen Soziologie haben. Sie liegt in den Arbeiten zur Gegenwartsdiagnose – beispielsweise Mannheims 1943 veröffentlichter *Diagnosis of Our Time*, aufbauend auf seinem 1935 in Holland erschienenen Buch *Mensch und Gesellschaft im Zeitalter des Umbaus*, das 1940 in erweiterter Fassung unter dem Titel *Man and Society in an Age of Reconstruction* ins Englische übersetzt wurde, während die *Diagnose unserer Zeit* bereits 1951 in deutscher Übersetzung vorlag. Diese Arbeiten verdeutlichen, dass die Zeitgenossen in der Epoche, die von der Entstehung und späteren Überwindung des Nationalsozialismus geprägt war, eine Gesellschaftskrise der Gegenwart erkannten. Sie wurde z. T. als eine Krise des praktischen Denkens verstanden, ihrerseits Teil einer Krise der Kultur, die durch rationale Planung, ausgerichtet auf demokratische Werte, gelöst bzw. überwunden werden könne. Mit der Rückbesinnung auf Mannheim möchte ich die These aufstellen, dass die Gegenwartsdiagnose als Thema soziologischer Medizinkritik ihrerseits in den breiteren Zusammenhang der wissenssoziologischen Kultur- und Politikanalyse gehört, die bis in die 50er Jahre vorherrschte und auch heute noch aktuell ist.

Zweitens möchte ich darlegen, in welchen Varianten die Medizinsoziologie seit ihrem Beginn in den 50er Jahren eine gegenwartsdiagnostische Wissenskritik der Medizin entwickelt hat. Im einzelnen zeige ich anhand vier unterschiedlicher Richtungen, in welcher Form die medizinkritische Grundthese gesellschafts- bzw. handlungstheoretisch begründet wird. Strukturfunktionalismus, symbolischer Interaktionismus, Ethnomethodologie und die jüngere („strukturalistische“) Konflikttheorie bilden den Theoriehintergrund der medizinsoziologischen Aussagen über das Ungenügen der modernen Medizin. Ich möchte skizzieren, wie die Thesen jeweils aussehen, die aus den vier Theorien der Gesellschaft hervorgehen. Daran anschliessend, gewissermassen als Exkurs, behandle ich die Argumente in der Diskussion der Bundesrepublik während der letzten zehn Jahre, mit Blick auf die Ergebnisse einschlägiger Forschung.

Der Beitrag insgesamt geht davon aus, dass die Medizinsoziologie wesentlich deutlicher, als von ihr selbst reflektiert zu werden scheint, in den Zusammenhang einer gesamtgesellschaftlich argumentierenden Kulturosoziologie gehört. Die These einer Krise des praktischen Wissens, die in den 20er Jahren erstmals diskutiert wurde, ist nach meiner Ansicht zentraler Bestandteil medizinsoziologischer Vorbehalte gegen den klinisch-medizinischen Wissensbestand und insbesondere seinen als Herrschaftsverhältnis gedeuteten Verwendungs-

zusammenhang. Unausgesprochen ist in meinem Argument wiederum ein kritischer Vorbehalt gegen die soziologische Medizinkritik enthalten. Weil sie den Boden der kulturkritischen Gegenwartsdiagnose der 20er und 30er Jahre nicht verlässt, so möchte ich behaupten, unterstützt die Medizinsoziologie explizit oder implizit die These, dass in der heutigen Gesellschaft ein immer noch totaler universaler Herrschaftszusammenhang besteht, – exemplifiziert an der Medizin.

2. Mannheims Wissens- und Planungssoziologie und die medizinsoziologische Medizinkritik

Mannheims wissensoziologische Grundannahme ist, dass die Krise seiner Gegenwart am Ende der zwanziger Jahre durch die Vielfalt einander widersprechender, jeweils standortgebunden „richtiger“ Werthaltungen zustandekommt. Nur eine von partialen gesellschaftlichen Standorten mittels Bildung abgelöste, d. h. durch Erwerb umfassender Kompetenz „freischwebende“ Intelligenz gilt demgegenüber als fähig, das Wissen zu verkörpern, das notwendig ist, um für alle freiwillig annehmbare politische Ziele zu finden, die die Erhaltung der Demokratie sichern. Dabei muss, so Mannheim, die traditionelle Erkenntnistheorie an zwei Stellen überwunden werden.

Erstens sind die Naturwissenschaften als Wahrheitsideal obsolet. Er schreibt:

Nur weil dieses Erkennen ganz besonders in seinen mathematisierbaren Teilen weitgehend die Struktur der Abhebbarkeit von der historisch-sozialen Aspektstruktur des erkennenden Subjekts hat, konnte man das Richtigkeitsbild wahrer Erkenntnis so konstruieren, dass alle auf das Erfassen des Qualitativen ausgerichteten Typen des Erkennens (die als solche notwendigerweise Elemente in sich enthalten, die mehr oder minder mit der Weltanschauungsstruktur des Subjekts zusammenhängen), entweder übergangen oder als minderwertige Erkenntnis Modi behandelt werden ... Genauso wie Kant die moderne Erkenntnistheorie einst dadurch begründet hat, dass er zum vorfindlichen Bestand der exakten Naturwissenschaften das Problem hinzufügte: „wie sind sie möglich?“, so muss zum vorfindbaren Bestand der auf das Erfassen des Quantitativen ausgerichteten Erkenntnis, welches stets der Tendenz nach zumindest das ganze sozialhistorische Subjekt affiziert, das Problem des „wie ist es möglich?“ gestellt werden und noch mehr, „wie und in welchem Sinne ist bei dieser Erkenntnisstruktur Wahrheit möglich?“ (1929/1969: 249/50)

Zweitens wird die Einsicht nahegelegt, dass keine absolute Wahrheit existiert, sondern selbst Erkenntnistheorien ihrerseits Teilaspekte einer historisch relativierbaren Wahrheit sind, die jeweils allenfalls für eine Epoche der Geistes- oder Gesellschaftsgeschichte gelten. Diese gegen einen absoluten Wahrheitsbegriff und entsprechend gegen die Naturwissenschaften als Paradigma des objektiven Wissens gerichtete Auffassung folgt der Devise, dass die Wahrheit praktischen Wissens in der Bewusstheit von seiner historisch-relativen Geltung liegt. Mannheim schreibt am Ende von *Ideologie und Utopie*:

Es kann auch heute noch die Frage nicht entschieden werden, welche ... Wege der wissenschaftlichen Erkenntnistheorie von der Materie her vorgeschrieben sind. (In jedem Fall) wird man aber mit der Seinsverbundenheit als Konstituens zu rechnen haben und sich mit der Theorie des Relationismus und mit der Lehre von der gleitenden Denkbasis auseinandersetzen müssen. Mit dieser Tendenz wäre gegeben, dass man die Vorstellung, es gäbe eine „Wahrheit-an-sich-Sphäre“, als eine störende und durch nichts zu rechtfertigende Hypothese ausschalten müsste. (1929/1969: 262)

Im weiteren Verlauf seines Denkens, insbesondere als die Machtergreifung der Nationalsozialisten seine Emigration nach England erzwang, stellte Mannheim an der Gegenwartssituation der Gesellschaft weniger die Widersprüche zwischen standortgebundenen praktischen Wissenssystemen heraus. Er konzentrierte sich nun stärker auf die Gefahren, die aus der historisch beispiellosen Verbreitung und Effektivität der Massenkommunikations- und Verkehrsmittel zur Manipulation der Bevölkerung in der modernen Gesellschaft erwachsen. Er nannte diese mit einem Sammelbegriff *Sozialtechniken* und machte es zu seinem wichtigsten Anliegen, darauf hinzuweisen, dass der Faschismus allein wegen besserer und bewussterer Kontrolle der Sozialtechniken in seiner Zeit habe derart erstarken können. Der erste Gedanke des Buches *Diagnosis of Our Time* (1943) verwendet eine medizinische Metapher, um die Rolle des Soziologen bei der Beherrschung der Sozialtechniken und dadurch der Erhaltung der Demokratie zu verdeutlichen. Das dringende Gebot der Stunde ist, so Mannheim, die Sozialtechniken, die bisher nur totalitär genutzt wurden, einem liberalen Staat dienstbar zu machen. Er schreibt dort:

Nehmen wir die Haltung eines Arztes an, der versucht, eine wissenschaftliche Diagnose der Krankheit zu geben, an der wir alle leiden. Dass die menschliche Gesellschaft krank ist, steht ausser Zweifel. Worin nun besteht diese Krankheit und wie kann man sie heilen? Hätte ich die Lage in einem einzigen Satz zusammenzufassen, würde ich sagen: „Wir leben in einem Zeitalter des Überganges von der freien Gesellschaft des

„laissez-faire“ zu einer geplanten Gesellschaft.“ Die geplante Gesellschaft der Zukunft wird eine von zwei Formen annehmen. Sie wird entweder von einer Minderheit nach den Methoden der Diktatur regiert werden oder durch eine neuartige Regierungsform, die zwar über grosse Macht verfügt sich aber dennoch einer demokratischen Kontrolle unterwerfen wird. (1943/195–7: 9)

Mannheims Anliegen ist, soziale Planung anzuregen, die Freiheit und Gleichheit sichert, anstatt Unterdrückung und Ausgrenzung zu bewirken. Da die Krise seiner Gegenwart nach seiner Ansicht eine Wertkrise ist, d. h. im modernen Staat eine klare Orientierung an demokratischen Prinzipien wie fair play oder Toleranz fehlt, kann nur eine gezielte Stärkung demokratischer Werthaltungen mittels von Soziologen betreuter Massenerziehung zur Überwindung der Krise der Gegenwart führen – also des Massenelends und Totalitarismus der 30er und 40er Jahre. Die universalen hermetischen Herrschaftszusammenhänge, die den Faschismus ausmachen, könnten dadurch gebannt werden.

Drei Aspekte des Mannheimschen Arguments finden sich auch bei der Medizinsoziologie hinsichtlich ihrer Medizinkritik, nämlich:

- (1) Bis zu seiner Emigration befasst sich Mannheim mit der Ineffektivität von Wissenssystemen, die eine Anleitung zum praktischen Handeln beinhalten; ein solches als ineffektiv erkanntes Wissenssystem, das wissenschaftliche Erkenntnisse anwendet, ist auch die Medizin in den Augen der Medizinsoziologie.
- (2) Mannheim warnt vor dem trügerischen Anschein der Objektivität, den naturwissenschaftliches Denken erweckt; die Vorbehalte der Medizinsoziologie richten sich gegen das einseitig naturwissenschaftliche Selbstverständnis der Medizin, die zu Unrecht einem Objektivitätsanspruch der Biologie und Pathochemie folge.
- (3) Mannheim geißelt die Verwendung von Sozialtechniken zur Beherrschung der Menschen als Hauptmerkmal des Totalitarismus seiner Zeit; die Medizinsoziologie kritisiert an der modernen Medizin deren technologieorientiertes mechanistisches Denkmodell des Menschen sowie eine Tendenz zu unbehinderter Beherrschung des Alltags der Bevölkerung durch Medikalisation und Manipulation.

Die Implikationen solcher Gemeinsamkeiten der begrifflichen Perspektive müssen näher diskutiert werden. Der folgende Abschnitt erläutert zunächst, welche medizinkritischen Vorbehalte in der Medizinsoziologie im einzelnen seit Beginn der 50er Jahre vorgebracht werden. Ich folge dabei der Leitlinie der vier seit den 50er Jahren hegemonialen Theorieentwürfe, nämlich Struktur-

funktionalismus – symbolischer Interaktionismus – Ethnomethodologie und Phänomenologie – Konflikttheorie (inklusive Marxismus).

3. Wissen und Planung in der Medizinkritik der vier soziologischen Theorieentwürfe in den USA

Bereits in den einleitenden Bemerkungen zu Kapitel 10 des *Social System*, dem einzigen ein spezifisches Gesellschaftsfeld behandelnden Kapitel, macht Parsons klar, dass seine Analyse nicht der medizinischen Praxis gilt, wie sie ist. Vielmehr möchte er die Traditionen der Biologie des 19. und frühen 20. Jahrhunderts in der Medizin überwunden sehen. Sie soll stärker als die bisherige Medizin an psychosomatischen Konzepten ausgerichtet sein. Die Idee ist dabei allerdings nicht, dass die Soziologie in Psychologie überführt wird, sondern dass die moderne Psychoanalyse jenen sozialen Aspekt der Arzt-Patient-Beziehung besonders bewusstgemacht habe, der das Geheimnis aller ärztlichen Kunst überhaupt sei. (1951: 462) Die gesundheitsfördernde Leistung der therapeutischen Sozialbeziehung, so Parsons, sei zwar immer schon ein Grundelement medizinischer Praxis gewesen, aber erst die moderne Medizin sei in der Lage, ihre Wirkung explizit zu nutzen.

Das Therapeutische am Arzt-Patient-Geschehen wiederum, so Parsons, gehe auf die nicht nur biologischen, sondern psychologischen Wurzeln der meisten Krankheiten zurück. Er macht klar, dass es ihm um eine Theorie der unbewusst *motivierten* sozialen Devianz geht, wodurch sozialwissenschaftlich relevanter Aspekt des Krankseins das Nichtfunktionieren in Rollen ist. Gemeint ist, dass emotionale Verwirrtheit des Individuums, die jedes Kranksein begleitet, die feinen Formen der Reziprozität stört oder unmöglich macht, die ihrerseits zur prekären personalen und interpersonalen Anpassung im Familien- und Berufsleben erforderlich sind. Parsons schreibt:

Die Tatsache, dass die Relevanz der Krankheit nicht auf den nicht-motivierten rein situationalen Aspekt des sozialen Handelns beschränkt ist, erhöht ihre Bedeutsamkeit für das soziale System beträchtlich. Sie wird nicht nur eine „äussere“ Gefahr, die man „bekämpfen“ muss, sondern ein innerer Teil des sozialen Gleichgewichts selbst. Krankheit kann als eine Weise der Reaktion auf sozialen Druck behandelt werden, neben anderen, als eine Weise der Vermeidung sozialer Verantwortlichkeit. Aber sie kann ... auch einige mögliche positive Bedeutsamkeit haben. (1951: 431)

Um die Bedeutung gesellschaftlicher Stressoren bei der Krankheitsentstehung zur Geltung zu bringen, wendet er sich gegen das Paradigma der Infektionsmedizin. In der Einleitung zu einem 1952 erschienenen Schwerpunktheft des *Journal of Social Issues* zum Thema „Soziokulturelle Analyse der medizinischen Versorgung“ (Sociocultural Approaches to Medical Care) heisst es entsprechend:

Mehr als ein Jahrhundert hat in der westlichen Gesellschaft die angreifende Mikrobe symbolisch uneingeschränkt geherrscht als prototypische Krankheitsursache. Gemäss unserer kulturellen Tradition neigten wir dazu, Krankheit vor allem als „Zustand“ zu sehen: eine biochemische Störung, die dem Individuum „geschieht“ durch bakteriologische Kräfte, fast gänzlich ausserhalb der Persönlichkeit und Sozialbeziehungen der menschlichen Handelnden, die durch sie infiziert werden. Entsprechend waren wir auch geneigt, das Problem der Behandlung von Krankheit, sobald sie entstanden ist, vornehmlich im technologischen Rahmen zu sehen. (Parsons und Fox, 1952: 2)

Parsons' Kritik an der Medizin richtet sich gegen ihr auf Biologie aufgebautes naturwissenschaftliches Denken. Er folgt dabei seinem Mentor, dem Physiologen Lawrence J. Henderson, dem er auch das Interesse am Thema des *Social System* verdankt (1951: VII). Dieser hatte 1935 unter dem Titel *Arzt und Patient als soziales System* in einem Vortrag darauf hingewiesen, dass der moderne Arzt zu wenig die *Sentimente* des Patienten berücksichtige, und zwar verstanden im Sinne Paretos. Stattdessen sei er allzu stark am Modell mechanistisch aufgefasster Organfunktionen orientiert, während doch die Reaktionen des Patienten auf die Anordnungen des Arztes erst von diesem richtig eingeschätzt werden könnten, wenn er ein umfassenderes Verständnis auch der *Sentimente* seiner Patienten habe.

Der milde Anklang einer Plazebotheorie zur Erklärung der Heilerfolge der klinischen Medizin, der sich bei Parsons finden lässt, wird zum beinahe schrillen Unterton, wenn man Eliot Freidsons 1970 erschienenen Buch *Profession of Medicine* betrachtet (1979 übersetzt unter dem Titel *Der Ärztestand*). Freidson geht es darum, in Weiterentwicklung des Grundgedankens von Berger und Luckmanns *Sozialer Konstruktion der Wirklichkeit* (1966) zu einer wissenschaftlich ausgerichteten Kritik an der professionalisierten Medizin zu gelangen. Er benutzt dabei Theoreme des symbolischen Interaktionismus, um eine politische Aussage über das Ungenügen des traditionellen Arzt-Patient-Verhältnisses zu machen, das er als Produkt einer unkontrolliert gehandhabten Definitionsmacht der Medizin sieht. Er schreibt:

Anders als Parsons argumentiere ich nicht nur, dass die Medizin die Macht hat, jemandes Krankheitshandeln zu legitimieren, indem sie ihm konzidiert, dass er wirklich krank ist. Mein Argument geht darüber hinaus. Ich behaupte hier, dass wegen ihrer Autorität bezüglich dessen, was Krankheit „wirklich“ ist, die Medizin die sozialen Möglichkeiten für das Handeln als Kranker schafft. In diesem Sinne schliesst das Monopol der Medizin das Recht ein, Krankheit als offizielle soziale Rolle zu schaffen. (1970: 205/6)

Dass die moderne Medizin nicht erfolgreich zur Minderung und Linderung von Krankheiten beigetragen habe, sondern eine Anwachsen ungelöster Sozialprobleme inklusive steigender Krankheitsziffern nicht verhindern konnte, zeigt nach Freidson eine allgemeinere Kulturkrise in den USA an. Er charakterisiert sie im Vorwort seines Buches über professionelle Dominanz (dt. *Die Macht der Experten*) folgendermassen:

In den Vereinigten Staaten heute ... (gibt es) Krisen des Vertrauens der Öffentlichkeit in jedem der öffentlichen Breitenbereiche Wohlfahrt, Bildung, Recht und Gesundheit. Jeder in seiner eigenen Weise ist unfähig, seine wesentliche Aufgabe zu erfüllen, die materielle Not zu lindern, die Jugend zu unterrichten, kriminelles und ziviles Unrecht zu kontrollieren und wiedergutzumachen und die Krankheiten zu heilen. Der Arme, der Student, der Straffällige und das Opfer, der Kranke – alle haben in gewisser Weise gegen das Versagen der Institutionen protestiert, die für sie verantwortlich sind. Und dieser Protest ereignet sich zu einer Zeit, wo die menschenbezogenen Dienste eine wachsende Menge Geld und Arbeitskraft verschlingen. (1970b: IX)

Zur nicht nur oberflächlichen Lösung der Krise empfiehlt Freidson, das Machtgefälle in der professionellen Experten-Klienten-Beziehung abzubauen. D. h. um dem Patienten eine bessere Chance zu geben, der Herrschaft des zur Krankheitskontrolle ineffektiven und vielleicht sogar iatrogene Erkrankungen produzierenden Arzteinflusses zu entkommen, soll ein stärkerer Einfluss des Patienten auf das ärztliche Tun und Wissen gewährleistet werden. Freidson schlägt deshalb fünf Prinzipien als Richtschnur für eine patientenorientierte Reorganisation der medizinischen Versorgung vor, nämlich

1. Überwindung der ausschliesslichen Autonomie des Ärztstandes hinsichtlich Kontrolle über Zugangswege und Wissensstandards für ärztliche Berufsausübung;
2. Sicherung verantwortlicher medizinischer Versorgung durch ein durchschaubares System rechtlicher und administrativer Organisation medizinischen Handelns;

3. Gewährleistung von Vielfalt und Flexibilität bei der Auslegung unvermeidbarer bürokratischer Regeln;
4. Sicherung menschlich befriedigender, nicht nur technisch adäquater Versorgung, so dass der Patient genug Freiheit erhält, um sowohl Wahlmöglichkeiten bezüglich Behandlung wahrzunehmen, als auch Mitsprache bei der Organisation, Ausübung und dem Inhalt (substance) der ärztlichen Arbeit zu haben;
5. Verzicht auf standardisierte Dienste, so dass dem einzelnen Patienten genug Spielraum zur Verwirklichung seiner eigenen Wünsche offensteht (1970b: 215/6).

Freidson erkennt an, dass diese Prinzipien allenfalls vage sind. Er glaubt dennoch, damit der Machtlosigkeit des Patienten wirksam abhelfen zu können. Das Ziel ist, die Stigma-Existenz des Patienten, der eine medizinische Diagnose erhalten hat, soweit zu verbessern, dass keine Auswirkungen medizinischer Etikettierungen auf seinen Alltag mehr zu befürchten sind. Dahinter steht für Freidson ebenso wie für Erving Goffman und andere Vertreter des „symbolischen Interaktionismus“, dass als ungewollte Folge ärztlicher Behandlung – tendenziell lebenslang – Stigmatisierung zu befürchten sei. Beispielsweise schreibt Thomas Scheff in *Being Mentally Ill* (1966) – der klassischen Anwendung der Labelingthese auf Geisteskrankheit –, wobei er den Präpatienten als Regelbrecher bezeichnet:

Der Regelbrecher ist sensibel für die Zeichen, die andere (um ihn herum) geben, und er beginnt, sich selbst in den Begriffen der stereotypisierten Rolle des Geisteskranken zu sehen, die auch Teil seines eigenen Rollenvokabulars ist ... D. h. wenn ein residualer Rollenbrecher sein Verhalten im Rahmen von geistiger Störung organisiert, und wenn diese Organisation von anderen validiert wird, besonders prestigereichen Anderen wie etwa Ärzten, ist er „festgenagelt“ und wird in einer Karriere der chronischen Devianz fortfahren. (1966: 88)

In einer nach Dafürhalten der Soziologen dichotom gespaltenen Medizinwelt wird hier die Tätigkeit der Ärzte als tendenziell stigmatisierende, vom normalen Leben ausschliessende Wissensverwendung kritisiert. Die Lebenswelt der Patienten gilt demgegenüber als Ort des Leidens und wird zum Angelpunkt der politischen Parteinahme des Soziologen, sofern dieser, wie Howard Becker (1967) fordert, auf der Seite des Unterdrückten – des *underdog* – steht. Folgerichtig wendet sich die interaktionistische Literatur gegen das medizinische Denkmodell schlechthin, dem ein mechanistisches Bild von der Krankheit und vom Menschen unterstellt wird, auf naturwissenschaftlich objektivistischem

statt kulturwissenschaftlich flexiblem Wissensverständnis aufgebaut. Das pauschal negativ beurteilte „medizinische Modell“ wird abgelehnt, etwa bei Scheff, weil es Machtinteressen etablierter Gesellschaftskreise entspreche. Er schreibt 1970 in einem Aufsatz:

Die Begriffe der Geisteskrankheit ... sind nicht neutral, wertfrei, wissenschaftlich präzise Termini, sondern sind hauptsächlich Speerspitze einer in die historische und kulturelle Gegenwart der weissen Mittelschicht in den westlichen Gesellschaften eingebetteten Ideologie. Der Begriff der Krankheit und sein angegliedertes Vokabular – Symptome, Therapien, Patienten und Ärzte – reifizieren und legitimieren die vorherrschende öffentliche Ordnung auf Kosten anderer möglicher Welten. Das medizinische Krankheitsmodell bezieht sich auf kulturfreie Prozesse, die unabhängig von der öffentlichen Ordnung sind; ein Fall Lungenentzündung oder Syphilis ist ziemlich dasselbe in New York oder Neukaledonien. Aber die „Symptome“ der Geisteskrankheit sind von gänzlich anderer Natur. Weit davon entfernt, kulturfrei zu sein, sind solche „Symptome“ selbst Verstösse gegen das implizierte mehrheitliche Verständnis besonderer Kulturen. (1975: 7)

Der Ideologieverdacht gegen die praktizierte Medizin wird auch in Teilen der ethnomethodologisch ausgerichteten Literatur geäußert. Beispielsweise greifen Robert Emerson und Sheldon Messinger gegen Ende der 70er Jahre Scheffs Vorschlag auf, nicht von vornherein durch Begriffe wie „Arzt“ und „Patient“ eine medizinische Sichtweise zu übernehmen. Sie unterscheiden zwischen vier Typen von Handelnden, die an einem Akt der sozialen Kontrolle teilnehmen; dieser soll ein Ärgernis oder eine Störung im sozialen Leben beseitigen, etwa Krankheit oder Kriminalität: – beides wird als *trouble* (Störung) bezeichnet unter dem Gesichtspunkt, dass soziale Ordnung sich durch *ungestörte* Konstruktion gesellschaftlicher Wirklichkeit herstellt. Da ist der Störenfried („troublemaker“), der Störungsmelder („complainant“), der Störungshelfer oder -beseitiger („troubleshooter“) und endlich das Opfer, das bei der Störung zu Schaden kam. Diese Begrifflichkeit spiegelt Misstrauen gegen die Fähigkeit der Ärzte wider, tatsächlich zu helfen. Ihr Engagement gilt als hilfreich gemeint und wahrgenommen (denn sie sind professionelle Störungsbeseitiger), doch der Tenor der Analyse ist, dass teilweise illusionäre gesellschaftliche Konstruktion von Wissen und Wirklichkeit in der Medizin gang und gäbe ist. Es bleibt sogar offen, ob erfolgreiche Krankheitsbehandlung eher aufgrund von Einschüchterung oder Suggestion als aufgrund tatsächlicher therapeutischer Leistung zustandekommt. Im Sinne derart „notwendiger Selbsttäuschung“ als Ausdruck unbefragt hingewommener Herrschaftsverhältnisse zwischen in der Regel männlichen Ärzten und weiblichen Patienten oder weissen Ärzten und nicht-weissen Patienten

argumentieren auch die Autoren in Sue Fisher und Alexandra Todds 1983 erschienenem Sammelband ethnomethodologisch-linguistischer Studien zur sozialen Organisation der Arzt-Patient-Beziehung. Dort heisst es bei Todd hinsichtlich des Machtgefälles zwischen Arzt und Patient:

Warum wiederholt sich solches Arzt-Patient-Geschehen so systematisch? Was könnte so ein System zusammenhalten? ... Sexismus und Elitismus sind bestimmt beteiligt, und feministische Theorien regen dazu an, in der (menschlichen) Reproduktion ein praktisches und ein soziales Phänomen zu sehen. Aber durch Beschreibung der Unterdrückungs- und Ausbeutungsaspekte ist die Struktur der Arzt-Patient-Interaktion nicht vollständig erklärt ... Dass der Arzt die Lebensbereiche ausklammert, die den Patienten wichtig sind, erklärt sich aus geistigen Ursprüngen, die vor dem 16. und 17. Jahrhundert liegen, aber wahrscheinlich sind für dieses Ausklammern vor allem die Fortschritte verantwortlich, die mit der wissenschaftlichen Revolution zusammenhängen. (1983: 182/3)

Diese Formulierungen stellen sich in eine Linie mit Illichs Kulturkritik der Medizin. Sicherlich erklärt sich deren positive Resonanz auch dadurch, dass bereits andere kulturkritisch gefasste Medizinkritik in den 60er und 70er Jahren zustimmend aufgenommen wurde, beispielsweise Thomas Szasz' Polemik gegen die Psychiatrie und Irving Zolas Warnungen vor einer Medikalisierung der modernen Gesellschaft.

Szasz behauptet, dass der diagnostische Tatbestand Geisteskrankheit eine Fabrikation der Psychiatrie zur Ausgrenzung unliebsamer Non-Konformisten und Minderheiten sei. Zola stellt die These auf, dass die Kontrolle der Medizin über praktisch alle Lebensbereiche in beängstigendem Masse zugenommen habe. Er ortet „ein schleichendes und oft undramatisches Phänomen, das durch „Medikalisierung“ des meist alltäglichen Lebens zustandekommt, dadurch, dass die Medizin und die Etiketten „krank“ und „gesund“ *relevant* für einen ständig wachsenden Teil der menschlichen Existenz werden“ (1972: 487). Der kulturkritische Gehalt bei Zolas Argument wird deutlich, wenn man sein politisches Anliegen würdigt. Er fürchtet, die gesellschaftliche Verursachung von Devianz könnte unbeachtet bleiben, während Kranksein als etwas Individuelles gilt; er schreibt:

Mein Bedenken ist, dass man nicht weiss, was passiert, wenn ein Problem und seine Träger mit dem Etikett „Krankheit“ gebrandmarkt sind ... Zynisch gesagt, es könnte bedeuten, dass man sich zufriedengäbe, Millionen Arbeitslose zu haben, und dann nur erkunden würde, wie diese Leute möglichst wenig zum Problem werden. Was sich ... zeigt, ist ein „Bis-hierher-und-nicht-weiter-Effekt“, und zwar bewirkt durch jenen

Aspekt des medizinischen Modells, der den Ursprung der Störung (trouble) ebenso wie die Behandlung vor allem bei den Individuen sucht bzw. vornimmt. (1975: 86)

An solche Kritik an der gesellschaftlich problematischen Nutzbarkeit der Medizin für Zwecke der allgemeinen Unterdrückung und Ausbeutung konnte sich – so meine ich – die positive Resonanz der polemischen Thesen Illichs anschliessen. Er unterstellte der Medizin, auf drei Ebenen wachsender Verallgemeinerung, eine Schädigung der Menschen, der Gesellschaft sowie der Kultur. Auf niedrigster Ebene sieht er klinische „Iatrogenese“, d. h. Produktion von Erkrankungen durch medizinische Massnahmen; ihr wird soziale „Iatrogenese“ übergeordnet, d. h. Medikalisierung aller Phasen und Äusserungen des Lebens sowie Klinifizierung des Todes; die höchste Stufe der medizinischen Fehlentwicklung sei indessen strukturelle „Iatrogenese“, d. h. Zerstörung der laienmedizinischen Kultur und Entfremdung des Menschen von seinem Körper. Illich formuliert:

Wenn die Abhängigkeit von professionellem Management bei Schmerz, Krankheit und Tod einen bestimmten Punkt überschreitet, müssen die Heilungskräfte des Krankseins, die Geduld zum Leiden und die Tapferkeit im Angesicht des Todes schwinden. Diese drei Regressionen sind Symptome der dritten Ebene der Iatrogenese: ihr gemeinsames Ergebnis ist medizinische Nemesis. (1975: 92)

Hier schliesst das Bild medizinischer Macht eine Vision der Kulturzerstörung ein. In einer anderen Variante, die sich an Michel Foucault anlehnt, wird stärker das Relative des angeblich objektiven Wissens der Medizin betont, seine Historizität. Solches durch keinen gerechtfertigten Wahrheitsanspruch legitimierte Wissen kann allerdings erst Körperempfinden und Körperbild der modernen Menschen bestimmen, so ist die These, wenn *Macht* als strukturierende Kraft hinzutritt, also Unterdrückung jeglicher Protest-, Konflikt- und Widerspruchstendenz sowie alternativer Sichtweisen. Dieser Ansatz, der Foucault zum Zeugen gegen die Medizin macht, wird erstmals von Peter Wright und Andrew Treachers *The Problem of Medical Knowledge* (1982) vorgetragen, einer Aufsatzsammlung britischer Autoren. Im Sinne Foucaults deuten sie die klinische Sichtweise bzw. das klinische Weltbild als Verwirklichung des Prinzips der „dozilen Körper“ und das Krankenhaus als Ort der Auf- bzw. Einprägung medizinischer Macht in die Körpererfahrung der Patienten, wodurch die unbedingte Macht der klinischen Welt- und Lebensanschauung befestigt werde.

Diese Soziologie des medizinischen Wissens macht sich zur Aufgabe, den Herrschaftsanspruch des klinischen Weltbildes als Gefahr der Medikalisierung

aller Lebensumstände zu deuten. Die medizinische Prägung der allgemeinen Körpererfahrung führe letztlich dazu, die Macht der herrschenden Klasse zu festigen, wie einer der Autoren des britischen Foucault-Kreises ausführt:

In Beantwortung der Frage „Wie historisieren wir die Medizin?“ ist meine Antwort, dass wir die Begriffe als symbolische Systeme behandeln. Deren politische Funktion ist, die sozialen Beziehungen zu stärken, die für die kapitalistische Produktionsweise notwendig sind. Die symbolischen Systeme lassen diese Beziehungen als natürlich erscheinen, und diese Natürlichkeit verstärkt wiederum diese Beziehungen und macht zudem diese symbolischen Systeme scheinbar autonom gegenüber ihren Wurzeln. Schliesslich verschleiern (die symbolischen Systeme) die Ursprünge der sozialen Beziehungen in der Produktionsweise und verdecken daher die Wurzeln struktureller Herrschaft und Hierarchie in der Gesellschaft. (Figlio 1978: 170)

Wird die Frage gestellt, wie die quasi totale Durchdringung der Welt mit medizinischen Kategorien überwunden werden kann, ist die Antwort, dass eine Deprofessionalisierung der Medizin unerlässlich ist. Dies bedeute Öffnung der Medizin gegenüber dem Laienstandpunkt, und zwar so, dass das Macht- und Wissensgefälle zwischen Arzt und Patient weitgehend abgebaut werden. Die medizinische Versorgung soll nicht primär durch persönliche Arzt-Patient-Konsultation gewährleistet werden, sondern vorwiegend durch Gemeindedienste und öffentliche Gesundheitspflege, besonders Prävention am Arbeitsplatz und in der Familie. Die entscheidende Neuerung gegenüber der gegenwärtigen Organisation des Gesundheitswesens ist, dass *Planung* an die Stelle des Marktes für persönliche Dienstleistungen treten soll. Dies gilt allerdings nur als zweitbeste Lösung, denn das oberste Gebot soll sein, insgesamt den Umfang der medizinischen Leistungen zu verringern. Der leitende Gesichtspunkt dabei ist *Gesundheit*, verstanden als absoluter Wert, dem sich auch Politik und Planung unterordnen müssen. Entsprechend hat sich die Sektion „Soziologie der Medizin“ (Sociology of Medicine) der *International Sociological Association* 1986 anlässlich des Weltkongresses in Neu-Delhi in „Soziologie der Gesundheit“ (Sociology of Health) umbenannt.

In diesem Sinne unterstützt die Medizinsoziologie auch die Initiative der WHO seit Mitte der siebziger Jahre, an die Stelle der die Finanzressourcen vieler Länder überfordernden Krankenhausmedizin, die zudem nur kurativ tätig ist, staatlich koordinierte oder kontrollierte Präventivmassnahmen zu setzen, die bereits die Entstehung von Krankheit bekämpfen, sowie Primärversorgung, die auf technologische Hilfsmittel weitgehend verzichtet (Fry und Hasler 1986). Die persönliche Arzt-Patient-Beziehung soll nun verstärkt auch Anreize

zur Selbstbehandlung enthalten, wodurch gleichzeitig die Tendenz zur Medikalisierung von Lebensstil und Lebensführung in den Industriegesellschaften neutralisiert werden soll (Levin, Katz und Holst 1977). Das Thema „Planung“ wird z. B. in England in Zusammenarbeit mit den Themen „Krise“ und „Konflikt“ diskutiert. Eine Autorengruppe schlägt vor, Konflikte zwischen den verschiedenen Zweigen und Organisationsebenen des Gesundheitswesens dadurch zu lösen, dass die staatlich verwaltete Ressourcenplanung öffentlich zur Diskussion steht (Barnard et al. 1977). S. Haywood und Alan Alaszewski (1980) prüfen in ihrem Buch *Crisis in the Health Service* (1980), welche Chancen eine nicht an den Interessen der Industrie orientierte Gesundheitspolitik hat. Planung bedeutet hier, dass bedarfsgerechte Steuerung und Kontrolle medizinischer Versorgung dazu beitragen soll, die Schicht- bzw. Klassenunterschiede bei Krankheit und Lebenserwartung abzubauen, die mit einer demokratischen Gesellschaftsordnung letztlich unvereinbar sind. Für Nicki Hart (1986) steht dabei fest, dass andere Länder dem Beispiel und den Prinzipien des britischen *National Health Service* folgen sollten, der die Gleichheit aller im Gesundheitsbereich zur Leitidee der politisch motivierten Strukturreform bereits in den Jahren 1946/48 machte. Bekanntlich hat Grossbritannien ein aus Steuermitteln finanziertes Versorgungssystem und seit 1974 ein zentralisiertes Planungssystem, wobei der örtliche Bedarf über ein kompliziertes Vorschlags- und Entscheidungsverfahren – unter Einschaltung zentraler Stellen auf Regierungsebene – befriedigt wird (Levitt und Wall 1984). Allerdings bleibt das Verhältnis zwischen Staat und Ärzteschaft ein Kritikpunkt für viele Soziologen und Vertreter der Gemeindemedizin. In seinem Buch über die – nach seiner Meinung weit überschätzte – Rolle der Medizin bei der Erreichung des heutigen Gesundheitsstandes der Bevölkerung schreibt Thomas McKeown:

Wenn wir davon ausgehen, dass jemand für die Patientenversorgung und die Verwaltung der Gesundheitseinrichtungen verantwortlich sein muss, braucht man doch nicht ohne weiteres anzunehmen, dass dies unter allen Umständen ein automatisches Recht des Arztes ist. (1979: 142)

Das Dilemma, das sich bezüglich Planung für die Soziologie stellt, ist, dass auf der *einen* Seite allfällig akzeptiert und als verbindlicher Wert gesetzt wird, dass Gesundheit für möglichst viele Menschen möglichst lange erhalten bzw. wiederhergestellt werden muss, dass aber auf der *anderen* Seite nicht sicher davon ausgegangen werden kann, dass ein geplantes Gesundheitswesen dafür der beste Garant ist. Dass die Rationalität einer der Öffentlichkeit verantwortlichen Gesundheitspolitik der Irrationalität oder A-Rationalität eines traditionell-klinischen Arzthandelns vorzuziehen ist, steht für viele Soziologen fest. Dennoch glauben sie nicht, dass der Wert optimaler Gesundheit für alle durch Planung der medizinischen Versorgung gewährleistet ist. Das Dilemma macht Aaron

Wildawsky (1980) unter der Überschrift *Can Health Be Planned?* deutlich; er schreibt:

Wir, die Staatsbürger, sind nicht bereit, entweder ein rein privates oder ein gigantisches staatliches Gesundheitssystem zu haben ... Wir bestehen darauf, dass die Regierung mehr tut, aber wenn sie sich danach richtet, gefällt es uns erst recht nicht ... Planung ist die Fähigkeit, die Zukunft durch gegenwärtige Handlungen zu kontrollieren ... Planung muss keine einfache Lösung sein; sie kann und wird oft unnötig verzwickt das Problem neu stellen: Können wir die Quantität und Qualität der medizinischen Dienste erhöhen, während wir die Kosten senken? Die Antwort ist: „wir können es nicht“ (wie sich an neuerlich eingerichteten Gesundheitsbehörden wieder einmal zeigen wird) ... Wenn sich dann herausstellt, dass diese nicht funktionieren, wird wahrscheinlich nicht die Schlussfolgerung gezogen, dass kollektive Regelung schlecht ist, sondern dass die private und pluralistische Medizin versagt hat ... Die Lektion wird sein, dass der private Markt versagt hat und dass nur staatliche Politik (public administration) uns retten kann. Die Lektion sollte sein, dass Ärzte weniger und wir, die Staatsbürger, mehr für unsere Gesundheit tun. (1980: 486/9)

4. Medizinkritik in der Medizinsoziologie der Bundesrepublik bis Ende der achtziger Jahre

Die medizinsoziologische Literatur in der Bundesrepublik hat seit den frühen 70er Jahren die meisten Themen aufgenommen, die in den angelsächsischen Ländern diskutiert wurden und werden. Allerdings wurde Parsons' Medizinkritik nicht rezipiert, sondern nur sein Konzept der Krankenrolle, das seinerseits der Kritik verfällt, den status quo der technischen, naturwissenschaftlich orientierten Medizin nicht in Frage zu stellen. Den interaktionistischen Thesen über medizinisches Labeling wird seit Ende der 70er Jahre entgegengehalten, dass Krankwerden nicht allein durch diagnostische Etikettierung geschieht, jedenfalls nicht im Bereich der Psychiatrie, wo diese angeblich am stärksten verbreitet ist (Trojan 1978). Freidsons Kritik an der professionellen Dominanz klinischer Medizin sowie McKeowns These von der Überschätzung der Bedeutung der Medizin für den Gesundheitszustand der Bevölkerung werden uneingeschränkt rezipiert. Fast durchweg positive Resonanz finden auch Zolas These der umfassenden Medikalisierung der modernen Gesellschaft und Illichs Polemik gegen die Gefahren iatrogenen Wirkungen der Medizin auf Körpererfahrung, Gesellschaft und Kultur. Insgesamt kann man wohl sagen, dass den kultur-

pessimistischen Seiten der angelsächsischen Medizinkritik wenig entgegengesetzt wird. Aber fairerweise muss man hinzufügen, dass in der Bundesrepublik am deutlichsten kulturkritisch argumentiert wird in gesellschaftsanalytisch wenig anspruchsvollen Schriften, die beispielsweise gar den Slogan „Halbgötter in Weiss“ zu Charakterisierung der Klinik angemessen finden. So heisst es bei einer sich erklärtermassen am Godesberger Programm der SPD orientierenden kritischen Analyse des Gesundheitswesens:

Der bürgerliche Begriff von Freiheit ist heute entweder völlig abstrakt, er wird als wohlklingende Leerformel verwendet, oder aber er meint in einer konkreten Fassung Privilegien, die eine kleine gesellschaftliche Gruppe auf Kosten der Bevölkerung geniessen will. Genau von dieser Art ist die vielgepriesene „Freiheit“ des Arztes ... Wie auch die Floskel „Freiheit für den Patienten“ zeigt, versuchen es die Herrschenden dieser Gesellschaft, den von ihnen Abhängigen die Überzeugung zu suggerieren, auch sie besässen „Freiheit“ ... konkrete Freiheit ist demnach nur dann gegeben, wenn alle in einer gesellschaftlichen Ordnung unter selbstbestimmten Bedingungen leben und alle für die Menschen dieser Gesellschaft deren wirkliche Bedürfnisse auf effektivste Weise erfüllen. (Scholmer 1973: 166–8)

Die medizinsoziologische Forschung in der Bundesrepublik wendet sich eher Themen zu, deren gesellschaftskritischer Impetus indirekt ist. Die Diskussion der 80er Jahre kreiste vor allem um die Entstehung von Krankheiten durch Belastung am Arbeitsplatz und durch Mängel an mitmenschlichen Kontakten. Das Thema wurde unter dem Begriff *Sozialepidemiologie* diskutiert. Relevante Forschungsergebnisse zeigen, dass Rehabilitationschancen für Patienten nach Herzinfarkt einerseits den unterschiedlichen Arbeitsplatz für Arbeiter und Angestellte widerspiegeln, andererseits von den Betroffenen mit Versäumnissen der behandelnden Ärzte bzgl. Arbeitswiederaufnahme und Berentung in Verbindung gebracht werden (Badura et al. 1987, 1988). Andere Studien zeigen, dass Krankenkassendaten über Arbeitsunfähigkeit das spezifische Belastungspotential unterschiedlicher Arbeitsplatzgruppen widerspiegeln (v. Ferber 1988) und dass das Risikoprofil „aktiver Distress“, nämlich Unvereinbarkeit zwischen Kontrollambitionen und Kontrollmöglichkeiten am Arbeitsplatz, zu Herzinfarkt führen muss oder kann, wenn keine unterstützenden mitmenschlichen Beziehungen den pathogenen Teufelskreis neutralisieren (Siegrist 1980, 1988).

Solche Forschung ist stärker gesellschafts-, weniger kulturkritisch ausgerichtet. Den Projekten geht es darum, die negativen gesundheitlichen Folgen einseitiger Belastung im Arbeitsleben sowie gesellschaftlicher Isolierung im Privatleben aufzuzeigen. Dabei steht bei einigen Studien im Hintergrund (so

beispielsweise Karmaus 1984), dass etwa Gewerkschaftsmitgliedschaft eine angemessenere Reaktion auf Arbeitsprobleme wäre als Tablettenkonsum bei Frauen. Beschwerden und Krankheitsverhalten werden hier als vom Individuum gegen sich selbst gekehrtes Coping mit einer Stress-Situation verstanden, der kollektives Handeln besser begegnen könnte. Per Implikation verweist dies wieder auf kritische Ansätze der angelsächsischen Debatte, die in der Medizin ein Palliativ für ansonsten konflikträchtige soziale Probleme sehen. Würde gesellschaftliches Leiden nicht durch Krankwerden individualisiert, so argumentieren gewisse amerikanische Autoren, wäre möglicherweise politischer Massenprotest gegen ungerechte Zustände weit verbreitet; jedenfalls müsste er mit brutaler Polizeigewalt statt mit den „sanften“ Mitteln klinischer Diagnose und Therapie unterdrückt werden (Conrad und Schneider 1980, Waitzkin 1983).

5. Diagnose einer Kulturkrise der Gegenwart und die Rolle der Soziologen

Ich habe die Geschichte des Gedankens aufzuzeigen versucht, der während der letzten 40 Jahre in Verbindung mit vier Theoriemodellen als soziologische Medizinkritik vorgetragen wurde. Man kann erkennen, dass dieser Gedanke eine wissens- und eine planungssoziologische Variante hat – um eine Parallelität zu Mannheims Denken herzustellen. In beiden Varianten wird die Kritik an der Medizin erst dadurch zur soziologischen Analyse, dass sie ein Bild einer Kulturkrise der Gegenwart entwirft. Diesen Zusammenhang zwischen Kritik und Krise möchte ich für beide Modelle näher beschreiben.

Das *wissenssoziologische* Argument wird erstmals bei Freidson klar herausgearbeitet, der seine Konzeption der sozialen Konstruktion von Krankheit durch die Medizin auf Berger und Luckmanns Theorie der gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit aufbaut. Er schreibt dazu:

In diesem Buch ... habe ich mich auf Berger und Luckmann berufen, die erklären, dass „die Realität gesellschaftlich definiert ist. Aber die Definitionen werden immer verkörpert, d. h. konkrete Individuen und Gruppen dienen als Realitätsdefinierer ...“ Ihre Position organisierter Autonomie, die das Monopol über spezialisierte Arbeit einschliesst, und ihr besonderer Platz in der gesellschaftlichen Ordnung erlauben der professionalisierten Medizin einen wichtigen Teil des sozial konstruierten Universums zu schaffen. Dazu gehören relativ verlässliches Wissen, ein Sendungsbewusstsein und praktische Institutionen. Die Substanz dieser Schöpfungen entsteht aus der Erfahrung der Schöpfer. Die Erfahrung

der Schöpfer ist eine Funktion der Perspektive, die sie gewonnen haben mittels ihrer besonders beschützten autonomen Position in der sozialen Struktur, einer Position, die systematisch die Erfahrung und Bewertung der aussenstehenden Laien vernachlässigt. (1970a: 379/80)

Dem wissenssoziologischen Ansatz geht es darum, dem medizinischen Wissen seinen Anspruch auf wissenschaftliche Objektivität streitig zu machen, indem nachgewiesen wird, dass sogar die Grundkategorien der klinischen Denkweise – also beispielsweise das organzentrierte Krankheitsverständnis – ihrerseits historisch relativ sind. Dies bedeutet, dass der Anspruch auf kontextfreie Geltung des klinischen Wissens soziologisch relativiert wird, und zwar sowohl hinsichtlich epochaler Wandelbarkeit des Denkmodells insgesamt als auch hinsichtlich der „Verwandelbarkeit“ diagnostisch-therapeutischer Entscheidungen im Arzt-Patient-Geschehen. Soziale Konstruktion der medizinischen Wirklichkeit, so legt Freidson nahe ebenso wie die Autoren des Foucault-Kreises, bedeutet letztlich, dass die klinische Autorität des Arztes nur durch gesellschaftliche Machtprozesse aufrechterhalten wird, wodurch die herrschenden Ideologien sich als nichts anderes als die Ideologien der Herrschenden erweisen.

In diesem Sinne muss die naturwissenschaftliche Basis der modernen Medizin als Fehlentwicklung und der technologische Fortschritt als Gefahr für die Menschlichkeit des klinischen Handelns erkannt werden. Die *Krise*, die sich in dieser unwillkürlich in der Medizin überhandnehmenden Inhumanität anzeigt, ist eine Krise der Kultur, wenn man mit dem Begriff Kultur auch die Objektivationen des menschlichen Geistes bezeichnet, also technische und wissenschaftliche Neuerungen, die in der modernen Welt fast unkontrollierbaren sozialen Wandel auslösen.

Das Entscheidende der Kulturkrise der Moderne, die Georg Simmel als *Tragödie der Kultur* (1918) beschrieb, ist ein *Missverhältnis* zwischen objektiver und subjektiver Kultur. Damit ist gemeint: Überwiegen des technischen und naturwissenschaftlichen Denkens sowie der Produkte des industriellen Fortschritts in der Alltagswelt und Abbau oder Unterentwicklung des individuumbezogenen Denkens und der Formen der mitmenschlichen Unmittelbarkeit. In einem frühen Aufsatz formuliert Mannheim den Gedanken des krisenhaften Missverhältnisses folgendermassen:

Es ist die gegenseitige Abhängigkeit der objektiven und subjektiven Kultur, die die Existenz der einen ohne die andere unmöglich macht. Die objektive Kultur umgibt uns wie ein unabhängiger Leviathan, aber sie kann ihr Eigenleben ohne die Hingabe und Mitarbeit des einzelnen nicht weiterführen und entfalten. Andererseits entgeht dem Individuum

seine eigene Erfüllung, wenn es sich die objektive Kultur nicht wiederholt und stetig aneignet. (1918/1964: 84)

Vor dem Hintergrund einer durch das Missverhältnis zwischen objektiver und subjektiver Kultur, d. h. technischer Medizin und Humanitas, gekennzeichneten Krise des diagnostisch-therapeutischen Geschehens geht es der wissenssoziologischen Medizinkritik also darum, den Spielraum für das Individuum bzw. das Humane in der Medizin zu verbreitern. Dies kann – so wird überwiegend angenommen – nur durch Identifikation des Soziologen mit den Interessen des *Patienten* geschehen; die Arztperspektive enthalte demgegenüber eine unbefriedigende, weil herrschende gesellschaftliche Interessen der Industrie und der Oberschicht widerspiegelnde Humanitätssicht, die als ideologisch erkannt werden müsse.

In seinen Schriften zur Wissenssoziologie macht Mannheim den Vorschlag, zur Überwindung der Krise seiner Gegenwart auf die *Soziologen* zu setzen bzw. auf eine durch nicht-technische Bildung und Verbreiterung des kulturwissenschaftlich-historischen Wissenshorizonts von der Standortgebundenheit ideologischer Wissenssysteme befreite „freischwebende“ Intelligenz (Gerhardt 1965: Kap. 3). Die Medizinsoziologie, die die historisch relative und gesellschaftlich klassengebundene Konstruktion der medizinischen Wirklichkeit aufzeigt, macht den Vorschlag, dass der Soziologe sich bewusst auf die Seite des Kranken bzw. des medizinischen Laien stellt. Dessen Wirklichkeitskonstruktion dürfe nicht unterdrückt werden, sondern müsse gleichwertig zu jener des Arztes im medizinischen Geschehen zum Ausdruck kommen. In der Stärkung der Position des Patienten gegenüber der Medizin kommt dem Soziologen die Rolle zu, dass er die Bereiche erkennt und aufzeigt, in denen die wohlverstandenen Interessen des Patienten am besten verwirklicht werden. Soziologen sehen sich also nicht nur als Kritiker der Medizin, sondern als *Berater* für internationale Organisationen wie beispielsweise die WHO, wo sie an einer patientenorientierten Überwindung der ausschliesslich klinischen Medizin teilweise aktiv mitarbeiten wollen.

Mannheims *planungssoziologische* Konzept verschiebt die Grundlinien des Gedankens. Nunmehr sieht er die Krise der Gesellschaft vor allem als eine Wertkrise, und die Rolle der Soziologie ist es, an einer demokratischen Wertplanung mitzuwirken. Ausgangspunkt ist, dass der Faschismus deutlich gemacht hat, wie sogenannte Sozialtechniken in totalitären Staaten zur Herrschaft irrationaler Ideologien eingesetzt werden, die freiheitsfeindliche Werthaltungen zur Grundlage einer menschenfeindlichen Politik machen.

Derselbe Gedanke beherrscht einen Teil der medizinkritischen Argumentation der Soziologie, vor allem seit Mitte der 70er Jahre. Zunächst wird hervor-

gehoben, dass sich in der Medizin in den letzten Jahrzehnten ein grundlegender Wandel vollzogen habe, nämlich die Transformation zur grossindustriellen Produktionsweise, in den U. S. A. in Form privater Grossfirmen mit profit-orientierten eigenen Kliniksketten, die ihrerseits mit der Geräte- und Pharmaindustrie zusammenarbeiten (Starr 1982). In denselben Zusammenhang gehört wohl das Argument, dass die Medikalisierung der modernen Gesellschaft ein als hermetischer Denk- und Konsumzwang wirkendes Ausmass angenommen habe (Zola 1972, Conrad und Schneider 1980). Auch Illichs Zeitdiagnose der Selbstentfremdung des modernen Menschen durch dreifache „Iatrogenese“ und Szasz's Entlarvung der Psychiatrie als Herrschaftsinstrument eines „therapeutischen Staates“ (1984) können als Aussagen über totale Medizinherrschaft verstanden werden: Hier wird beim Individuum überhaupt kein eigener Spielraum der Selbstdefinition mehr gesehen, es erscheint als Opfer einer omnipotenten Medizinkultur.

Mannheim ist der Ansicht, dass man – als Zeitgenosse des Faschismus – das Rad der Geschichte nicht zurückdrehen und zur liberalen Laissez-faire-Haltung nicht zurückkehren könne. Stattdessen müsse der Soziologe sich bewusst in den Dienst einer Planung für Freiheit stellen. Diese gewährleiste ein allgemeines Denken in demokratischen Werten wie etwa Toleranz, fair play oder Gegenseitigkeit. Allerdings warnt er am Ende von *Mensch und Gesellschaft im Zeitalter des Umbaus* auch vor der Erstarrung der Wertplanung in einer bürokratisierten Verwaltung; er schreibt:

Das charakteristische Denkmodell des planenden Denkens ist die „Situation“. Wir haben es auf der Stufe der Planung immer mehr nötig, in Situationen denken zu können ... Die eigentliche Gefahr des planenden Denkens bleibt freilich, dass es selbst, statt auf der Suche zu bleiben, sich in ein starres System umwandelt ... Wenn planendes Denken wirklich Strategie sein soll, dann muss es zwar den Sprung in die Interdependenzforschung wagen; es kann sich aber nicht eine Apodiktizität leisten, die das im Planen gleichfalls enthaltene Element des Suchens ausschalten würde. (1935: 203, 205–6)

In seinem posthum veröffentlichten Buch *Freedom, Power and Democratic Planning* (1950) fasst Mannheim das Dilemma in die rhetorische Frage: „Wer plant die Planer?“ Die Antwort ist, dass ein neuer Menschentyp entstehen soll, der auch Eigeninitiative und Selbstdisziplin besitzt, die stets mit den Bedürfnissen und Rechten anderer in Einklang gebracht werden, was Mannheim mit dem Begriff „integratives Verhalten“ kennzeichnet (1950: 203). Das Vorbild ist die angelsächsische Zweiparteiendemokratie, wo Individualität kämpferisch verstanden wird:

Nur die angelsächsischen Länder, wo Abweichende so wesentlich zu der neuen Idee des kreativen Kompromisses beigetragen haben, konnten diese Konzeption entwickeln. (ibid.)

Für die soziologische Medizinkritik zeigt sich die Wertkrise der Gegenwart als Verlust der allgemeinen Gesundheit und als unaufhaltsames Ansteigen der Morbiditätsziffern, vor allem für chronische Erkrankungen (v. Ferber 1989). Der Wert, der verlorengeht und wiederhergestellt werden muss, ist *Gesundheit* („Gesundheit für alle“). Die Mittel dazu sollen sich der politischen Planung nur insofern bedienen, als diese tatsächlich als geeigneter Weg zum Ziel führen kann.

Mannheims Skepsis gegen die bürokratische Verfestigung der gesellschaftlichen Wertplanung findet eine Parallele in den Vorbehalten der Medizinsoziologen (und ihnen nahestehender Medizinökonomen und Sozialmediziner) gegen Gesundheitsplanung, die eventuell immer nur neue Programme an die Stelle unwirksamer Strategien setzt. Letztlich geht es um *Eigeninitiative* der Individuen hinsichtlich ihrer Gesundheit, und Planung wird in der medizinsoziologischen Literatur nur unter der Prämisse empfohlen, dass sie zugleich eine grössere Eigenständigkeit der Körpererfahrung der Gesellschaftsmitglieder ermöglicht. Die Behandlung körperlicher und seelischer Beschwerden soll vom Einflussbereich des grossindustriell strukturierten Gesundheitswesens losgelöst werden und dadurch die Abkehr vom organzentrierten, gesellschaftliche Lebensverhältnisse ausklammernden Krankheitsverständnis ermöglichen.

In dem „neuen“, d. h. von den Herrschaftszwängen der klinischen Medizin „gereinigten“ System einer sogenannten *ökologischen* Medizin werden Unterschiede zwischen Arzt und Patient weitgehend nivelliert, so dass jeder sich nach Kräften von seinen eigenen gesundheitsbezogenen Vorstellungen leiten lassen kann. Die Arzt-Patient-Beziehung, so fordern W. R. Arney und B. J. Bergen, soll nun um das „*Holon*“ des Patienten kreisen, das heisst seine soziale Umwelt („Habitat“) als Person, alle Aspekte des Lebensstils und der sozialen Umgebung umfassen, als Zentrum humaner Gesundheitspflege. Sie beschreiben dies so:

Der systembezogen-theoretisch-ökologisch-problemorientierte Ansatz in der Medizin reorganisiert die medizinische Versorgung ... Unter der neuen medizinischen Logik „wäre der Arzt ein Systemmanager“, der, wie der Fabrikmanager, sicherstellen würde, dass Daten gesammelt und betroffene Teile des Lebens einer Person überwacht werden, und sie senden Informationen aus (über die Krankenakte), dass bestimmte Anpassungen in der „Holon“-Hierarchie des Patienten gemacht werden müssen. Die neue Logik veranlasst den Arzt, ein Mensch zu werden

(eine Person). Der Arzt als Mensch ist allen jenen menschlichen Problemen unterworfen, denen der Patient als Mensch und alle anderen ausgesetzt sind. (1984: 90)

6. Schlussbemerkung

Abschliessend möchte ich der Frage nicht ausweichen, welche Kritikpunkte gegen die kultursoziologische Medizinkritik sprechen. Zwei Einwände deuten die Richtung meiner Vorbehalte an:

Erstens darf man nicht vergessen, dass der Kulturpessimismus, der im Gewand der Medizinkritik hier wieder auflebt, eine wenig rühmliche Geschichte hat (Kalberg 1987). Im Deutschland der ersten Jahrzehnte dieses Jahrhunderts war er Vorläufer der scheinrationalen Verteidigung der Kultur gegen die Zivilisation bzw. des Seelischen gegen das Technische, und im Blut- und Boden-Mythos wurde er zur ideologischen Grundlage des Dritten Reiches (Stern 1961/3). Zwar muss man festhalten, dass die medizinsoziologische Diskussion in der Bundesrepublik – mit Ausnahme der positiven Resonanz auf Illichs Thesen – nur relativ gemässigt kulturpessimistische Töne in ihrer Medizinkritik anklingen lässt. Aber es regt sich andererseits wenig Widerstand gegen die Gleichsetzung von technischem Fortschritt bzw. moderner Krankenhausmedizin und Inhumanität. Das Catch-22-Denkschema des Kulturpessimismus ist bisher kaum durchschaut oder angeprangert worden: Man stellt eine wahrscheinlich unverwirklichte Forderung auf, z. B. „Gesundheit für alle“, und identifiziert dann die moderne Medizin – in Gestalt ihrer zugeschriebener Medikalisation der Alltagswelt – als verursachende Grundlage für weiterbestehende Krankheitstatsachen.

Zweitens muss man fragen, was denn die Soziologie, will sie sich als angewandte Wissenschaft bewähren, überhaupt leisten kann. Soweit ich es über schaue, geht das Denken, das eine Krise diagnostiziert, davon aus, dass es geeignet sei, deren Lösung, also gesellschaftliche Veränderung kompetent mitzutragen. Aber ich möchte – mit Talcott Parsons – eine wesentlich bescheidenere Leistung der Soziologie für realistisch halten.

Parsons vergleicht den an praktischen Problemen arbeitenden Soziologen mit dem Arzt, dem es jeweils am Einzelfall darum geht, einen bestimmten Patienten mit einem bestimmten Leiden zu behandeln. Seine Aufgabe ist also nicht, eine Theorie aller Krankheiten zu formulieren oder den „idealen Körper“ zu (er)finden. Der Soziologe bleibt Teil der bzw. seiner/ihrer Gesellschaft – im

guten wie im problematischen Sinn –, die er/sie zu verstehen und vielleicht zu verändern sucht. Parsons meint:

Der allgemeine Geist der modernen Sozialwissenschaft ... ist speziell technisch. Sie hat kein Programm für die Rekonstruktion der sozialen Welt im allgemeinen ... Sie hat einiges spezifische Wissen, das sie auf spezifische soziale Situationen mit Blick auf ein gewünschtes Ergebnis anwenden kann. Ob das Ergebnis in irgendeinem letztverbindlichen Werte-Sinn wünschenswert ist, ist keine technische Frage der Sozialwissenschaft, sondern hängt mit den Werten der Gesellschaft zusammen. (1948: 76)

Letztlich bleibt also, folgt man dieser Bestimmung des Leistungswertes der Sozialwissenschaft, Webers Trennung von Sozialwissenschaft und Sozialpolitik auch für die Medizinsoziologie verbindlich. Sie sollte auf kulturkritische Gegenwartsdiagnose in ihren Analysen der Medizin verzichten.

LITERATURVERZEICHNIS

- ARNEY W. R. und BERGEN B. J. (1984), *Medicine and the Management of Living: Taming the Last Great Beast*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- BADURA Bernhard, KAUFHOLD Gary, LEHMANN Harald, PFAFF Holger, SCHOTT Thomas und WALTZ Millard (1987), *Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- BADURA Bernhard, KAUFHOLD Gary, LEHMANN Harald, PFAFF Holger, RICHTER Rolf, SCHOTT Thomas und WALTZ Millard (1988), *Soziale Unterstützung und Krankheitsbewältigung. Neue Ergebnisse aus der Oldenburger Longitudinalstudie 4/12 Jahre nach Erstinfarkt*. Psychotherapie und mediz. Psychologie, Bd. 38, S. 48–58.
- BARNARD Keith und LEE Kenneth, Hrsg. (1977), *Conflicts in the National Health Service*. London: Croom Helm.
- BECKER Howard (1963), *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press (dt. Aussenseiter. Frankfurt: Fischer 1973).
- BECKER Howard (1967), *Whose Side Are We On? Social Problems*, Bd. 14, 234–247.
- BERGER Peter und LUCKMANN Thomas (1966), *Social Construction of Reality*. New York: Doubleday (dt. Soziale Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt: Fischer 1967).
- CONRAD Peter und SCHNEIDER Joseph (1980), *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. St. Louis: Mosby.
- EMERSON Robert M. und MESSINGER Sheldon L. (1977), *The Micro-Politics of Trouble*, in *Social Problems*, Bd. 25, 121–134.
- v. FERBER Liselotte (1988), *Die ambulante ärztliche Versorgung*. Stuttgart: Enke.
- FIGLIO Kar (1978), *Chlorosis and Chronic Disease in Nineteenth Century Britain: The Social Constitution of Somatic Illness in a Capitalist Society*, in: *Social History*, Bd. 3, 167–197.
- FOUCAULT Michel (1977), *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt: Suhrkamp (ursprünglich Paris: Gallimard 1975).

- FOUCAULT Michel (1975), *Histoire de la sexualité: la volonté de savoir*. Paris: Editions Gallimard (dt. *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit I*. Frankfurt: Suhrkamp).
- FREIDSON Eliot, (ohne Jahr [1966]) *Disability as Social Deviance*, in: Marvin SUSSMAN, Hrsg., *Sociology and Rehabilitation*. Washington: American Sociol. Association, 1–99.
- FREIDSON Eliot (1970), *Profession of Medicine*. New York: Dodd, Mead (dt. *Der Ärztestand*. München: Urban und Schwarzenberg 1979).
- FREIDSON Eliot (1970), *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Chicago: Aldine (dt. *Die Macht der Experten*. München: Urban und Schwarzenberg 1975).
- FRY John und HASLER, Hrsg. (1986), *Primary Health Care 2000*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- GERHARDT Uta (1965), *Der Begriff der Krise als soziologische Kategorie im Werk Karl Mannheims*. Soziologische Diplomarbeit, Freie Univ. Berlin.
- GERHARDT Uta (1988), *Sociology on Medicine: Understanding Medical Sociology's Critical Standpoint*, in: Günther LÜSCHEN, William C. COCKERHAM, Gerhard KUNZ, Hrsg., *Health and Illness in America and Germany*. München: Oldenburg, 31–48.
- GERHARDT Uta (1989), *The Sociology of Medicine/Health in the Federal Republic of Germany*, in: *Research in the Sociology of Health Care*, Vol. 9 (editor: Dorothy C. Wertz), Greenwich, CT: JAI Press, 275–288.
- GERHARDT Uta (1989), *Ideas About Illness. An Intellectual and Political History of Medical Sociology*. London: Macmillan; New York: New York University Press 1990.
- GOFFMAN Erving (1961), *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor (Doubleday) (dt. *Asyle*. Frankfurt: Suhrkamp 1968).
- HART Julian T. (1971), *The Inverse Care Law*, in: *Lancet*. 27. 2. (i), 405–412.
- HART Nicky (1986), *The Sociology of Health and Medicine*. Ormskirk: Causeway.
- HART Nicky (1986), *Inequalities in Health: The Individual Versus the Environment*, in: *Journal of the Royal Statistical Society, Serie A (General)*, Bd. 149, 228–246.
- HAYWOOD S. und ALASZEWSKI Alan (1980), *Crisis in the Health Services: The Politics of Management*. London: Croom Helm.
- HENDERSON Lawrence J. (1935), *Physician and Patient as a Social System*. *New England Journal of Medicine*, Bd. 212, 819–823.
- ILLICH Ivan (1975), *Medical Nemesis*. London: Calder and Boyars.
- ILLICH Ivan (1975), *Limits to Medicine: The Expropriation of Health*. London: Calder and Boyars (dt. *Grenzen der Medizin*, Reinbek: Rowohlt 1976).
- KALBERG Stephen (1987), *The Origin and Expansion of Kulturpessimismus: The Relationship between Public and Private Spheres in Early Twentieth Century Germany*. *Sociological Theory*, Bd. 5, 150–164.
- KARMAUS Wilfried (1984), *Bewältigung von arbeitsbezogenen Belastungen und Beschwerden. Eine medizinsoziologische Studie*. Frankfurt: Campus.
- KOSELLECK Reinhard (1959), *Kritik und Krise. Ein Beitrag zur Pathogenese der bürgerlichen Welt*. Freiburg: Alber.
- LEVIN Ruth und WALL Andrew (1984), *The Reorganized National Health Service*, 3. Auflage, London: Croom Helm.
- MANNHEIM Karl (1918), *Seele und Kultur*, in: Karl Mannheim, *Wissenssoziologie. Auswahl aus dem Werk*. Eingeleitet und herausgegeben von Kurt H. Wolff, Neuwied: Luchterhand, 1964, 66–84.
- MANNHEIM Karl (1929), *Ideologie und Utopie*. 5. Aufl. Frankfurt: G. Schulte-Buhmke 1969 (ursprünglich Bonn: Cohen 1929).

- MANNHEIM Karl (1934), *Rational and Irrational Elements in Contemporary Society*. London: Oxford Univ. Press Humphrey Milford.
- MANNHEIM Karl (1935), *Mensch und Gesellschaft im Zeitalter des Umbaus*. Leiden: A. W. Sijthoff's Uitgever smaatschafppij N. V. (Man and Society in an Age of Reconstruction. London 1940).
- MANNHEIM Karl (1943), *Diagnosis of Our Time. War Perspectives of a Sociologist*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co. (4. Aufl. 1947), (deutsch: *Diagnose unserer Zeit*, Zürich: Europa Verlag 1951).
- MANNHEIM Karl (1950), *Freedom, Power and Democratic Planning*. New York: Oxford Univ. Press.
- MCKEOWN Thomas (1965), *Medicine in Modern Society*. London: Allen und Unwin.
- MCKEOWN Thomas (1979), *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* New Haven: Princeton Univ. Press.
- PARSONS Talcott (1948), *Social Science: A Basic National Resource*. Report Prepared for the Social Science Research Council, Preliminary Draft, Juli (zitiert nach Harvard University Archives-Manuskript).
- PARSONS Talcott (1951), *The Social System*. Glencoe/Ill.: Free Press.
- PARSONS Talcott und FOX Renée, (1952). *Introduction*, in *Journal of Social Issues*, Bd. 8, Heft 4, 2-3.
- PLOUGH Alonzo L. (1981), *Borrowed Time. Artificial Organs and the Politics of Extending Lives*. Philadelphia: Temple Univ. Press.
- REMMLING Günter W (1969), *Wissenssoziologie und Gesellschaftsplanung: Das Werk Karl Mannheims*. Dortmund: F. W. Ruhfus.
- SCHEFF Thomas (1966), *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine (dt. *Das Etikett der Geisteskrankheit*. Frankfurt: Fischer 1973).
- SCHEFF Thomas (1975), *Schizophrenia as Ideology*, in: Thomas J. Scheff, Hrsg., *Labelling Madness*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 3-10.
- SCHOLMER Joseph (1973), *Patient und Profitmedizin. Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik zwischen Krise und Reform*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- SIEGRIST Johannes, DITTMANN Klaus, RITTNER Karin und WEBER Ingbert (1980), *Soziale Belastungen und Herzinfarkt*. Stuttgart: Enke.
- SIEGRIST Johannes und MATSCHINGER Herbert (1988), *Restricted Status Control and Cardiovascular risk*, in: Andrew STEPTOE and Adrian APPELS, Ed., *Stress, Personal Control, and Health*. John Wiley, Chichester.
- SIMMEL Georg (1911), *Der Begriff und die Tragödie der Kultur*, in: *Philosophische Kultur. Gesammelte Essays*. 2. Auflage, Leipzig: Kröner 1919, 222-253.
- STARR Paul (1982), *The Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.
- STERN Fritz (1961), *The Politics of Cultural Despair*. New York: Anchor(dt. *Kulturpessimismus als politische Gefahr*. Bern: Scherz 1963).
- STRONG Philip (1979), *Sociological Imperialism and the Profession of Medicine*, in: *Social Science and Medicine*, Bd. 13 A, 199-215.
- SZASZ Thomas (1961), *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Hoeber-Harper.
- SZASZ Thomas (1970), *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. New York: Dell Co..
- SZASZ Thomas (1984), *The Therapeutic State: Psychiatry in the Mirror of Current Events*. Buffalo, N. Y.: Prometheus Books.

- TODD Alexandra (1983), *A Diagnosis of Doctor-Patient Discourse in the Prescription of Contraception*, in: Sue FISCHER and Alecander TODD, Ed., *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*. Washington, D. C.: Center for Applied Linguistics, 154-177.
- TROJAN Alf (1978), *Psychisch krank durch Etikettierung?* München, Urban und Schwarzenberg.
- WAITZKIN Howard (1983), *The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Health Care*. New York: Free Press.
- WRIGHT Peter und TREACHER Andrew, Ed. (1982), *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*. Edinburg: Edinburg Univ. Press.
- ZOLA Irving (1972), *Medicine as an Institution of Social Control*, in: *Sociological Review*, Bd. 20, 487-503.
- ZOLA Irving K. (1975), *In the Name of Health and Illness: On Some Socio-Political Consequences of Medical Influence*, in: *Social Science and Medicine*, Bd. 9, 83-87.

Adresse der Verfasserin:

Prof. Dr. U. Gerhardt
Alicenstrasse 6, D-6300 Giessen

LES MANIÈRES DE FAIRE FACE AU RISQUE DU SIDA

Quelques réflexions pour une conceptualisation sociologique des modalités des relations affectives et sexuelles

Laura Cardia-Vonèche, Françoise Osiek, Benoit Bastard
Institut de médecine sociale et préventive, Université de Genève, et
Centre de sociologie des organisations, CNRS, Paris

1. Introduction

Les comportements affectifs et sexuels ainsi que les représentations qui s'y rattachent ont connu une évolution rapide au cours des vingt-cinq dernières années, sous l'effet tant de la diffusion des moyens contraceptifs que de la libération des mœurs. La généralisation du recours à la contraception a contribué à dissocier la vie sexuelle de l'engagement dans le mariage. Cette dissociation se marque, dans le même temps, par une tolérance accrue pour les cohabitations juvéniles et par l'acceptation d'une plus grande diversité des manières de vivre en couple. Il est devenu légitime de vivre plusieurs unions successives, aussi bien sous forme de liaisons que de mariages. L'exclusivité au plan des rapports sexuels n'occupe plus nécessairement une place centrale dans la conception que l'on se fait de la fidélité conjugale. Ce libéralisme appliqué aux relations hétérosexuelles s'est aussi transposé à l'ensemble des relations affectives, notamment par une moindre stigmatisation de l'homosexualité.

Certaines de ces évolutions ont été analysées au niveau de leur impact socio-démographique : diminution des mariages, accroissement de la cohabitation et des naissances hors mariage, augmentation du nombre des divorces (Roussel, 1989; Kellerhals, 1990; Fleiner-Gerster, 1991; Bozon, 1990). Quant aux comportements sexuels eux-mêmes, ils ont fait l'objet, au cours de cette période de libéralisation, de grandes études visant à leur dévoilement et à leur compréhension (dont les plus connus sont les rapports Kinsey et Hite ou, en France, le rapport Simon ainsi que les travaux de Masters et Johnson). D'autres travaux ont été réalisés dans le même temps, avec des objectifs plus spécifiques, comme par exemple celui de reconnaître les déviances sexuelles et de montrer leur lien

avec d'autres comportements déviants ou encore celui de traiter les dysfonctionnements sexuels rencontrés par les individus ou les couples.¹

L'apparition de l'épidémie du sida, en donnant un intérêt nouveau aux études de sciences sociales sur la sexualité a profondément modifié leur orientation. L'étude des comportements et des attitudes en matière sexuelle revêt aujourd'hui une importance cruciale du fait que le courant de libéralisation des mœurs se heurte à la diffusion de l'épidémie. C'est précisément à une époque où chacun semble être devenu maître de ses choix et de ses pratiques dans le domaine affectif et sexuel que se diffuse une maladie mortelle qui introduit de nouvelles incertitudes imposant le réexamen des marges de liberté individuelle.

Il est vrai que la crainte des maladies transmises par voie sexuelle n'est pas nouvelle. Elle a, depuis leur apparition et en fonction de leurs régressions et de leurs recrudescences successives, entraîné des modifications des attitudes et des comportements sexuels. La principale différence, cependant, réside dans le fait que la maladie à laquelle on est confronté aujourd'hui présente un caractère létal et une diffusion qui remet en question la maîtrise des problèmes de santé à laquelle prétend la médecine.

Les travaux en cours comportent, comme naguère, de grandes études visant à décrire de façon détaillée les comportements sexuels de populations entières et des recherches plus qualitatives, empruntant leurs orientations et leurs méthodes à la sociologie ou à la psychosociologie, et tendant à identifier les déterminants des comportements sexuels. Les unes comme les autres sont gouvernées par l'urgence résultant de la diffusion de l'infection HIV. Elles trouvent leur origine dans le souci de lutter contre l'épidémie du sida et partagent un objectif de prévention. Soit elles se proposent d'identifier les réseaux de propagation de l'infection HIV et les risques encourus par les individus appartenant à tel groupe social ou ayant tel comportement sexuel.² Soit elles veulent mieux comprendre comment les individus font face au risque du sida dans les relations amoureuses qu'ils engagent (par exemple, Hubert et al., 1992). En schématisant à peine, on peut dire que toute la recherche actuelle examine la question de savoir qui se protège et qui ne se protège pas du sida, et celle de savoir pourquoi on s'en protège ou non et de quelle façon – la «protection» à l'égard de l'infection HIV étant définie dans des termes qui se réfèrent implicitement

1 Pour une revue de la littérature sur ce point, voir en particulier Garcia-Werebe, 1991.

2 Voir l'ensemble des travaux présentés lors de la dernière réunion de l'action concertée européenne portant sur ce thème (European Community on Sexual Behavior and Risk of HIV Infection, 1991, groupe de travail No 2, «Cross-National Analysis of Sexual Behavior and Risk of HIV Infection»)

ou explicitement à un modèle du « sexe sûr » conçu en fonction de l'avancée des connaissances au sujet de la maladie.

Sur un plan théorique, les recherches en sciences sociales sont donc généralement organisées selon un schéma qui met en relation des savoirs et des règles définis dans la sphère biomédicale avec des pratiques sociales qui ont trait à la mise en couple et aux rapports amoureux. Leur principal souci est de comprendre comment les messages et les normes diffusés (par toutes sortes de canaux) « passent » et se trouvent actualisés dans des pratiques concrètes. Ou encore, il est d'identifier les obstacles à la prévention, c'est-à-dire les facteurs qui font que les modes de protection clairement identifiés et largement diffusés ne sont pas mis en oeuvre par les individus dans les situations où l'on souhaiterait qu'ils le soient.

Notre propre travail de recherche n'échappe pas à cette logique de prévention. Il a vu le jour dans le cadre des différents programmes nationaux qui, en Suisse comme en France, visent à développer les connaissances sur la réaction des individus face au risque représenté par le sida.³ Il a de plus été engagé dans le prolongement de travaux qui portaient eux aussi la marque de cette approche préventive, puisqu'ils concernaient la diffusion et la mise en oeuvre des normes de santé dans le cadre familial, qu'il s'agisse de l'alimentation, ou plus généralement des pratiques quotidiennes touchant à la santé (Von Allmen et al., 1989, Cardia-Vonèche, Bastard, 1991). Il ne s'agit donc pas ici de contester que les sciences sociales aient un rôle à jouer dans la production des connaissances permettant aux spécialistes de la prévention de favoriser la mise en oeuvre de comportements appropriés en matière de santé. Néanmoins, pour qu'un tel apport puisse être fructueux, il nous semble essentiel de développer une perspective théorique au sujet de la gestion du risque du sida qui ne se limite pas à la question de savoir comment se fait la mise en pratique des normes de prévention dans les relations sexuelles.

3 « Choix et comportements affectifs et sexuels face au sida : une recherche psychosociale chez des adultes séparés ou divorcés » (recherche réalisée dans le cadre du PNR 26 du Fonds national de la recherche scientifique). On trouvera plus loin un bref aperçu des objectifs de cette étude, des méthodes d'enquête et des caractéristiques de la population étudiée. Une recherche ayant les mêmes modes d'approche est réalisée en France pour l'Agence nationale de recherche sur le sida.

2. Les dimensions pertinentes de l'analyse des relations affectives et sexuelles

L'analyse de la gestion du risque du sida doit être inscrite dans une approche de la relation sexuelle – relation qui ne peut pas être seulement caractérisée en termes de prise de risque ou de transgression de normes définies dans une optique médicale de prévention. Le fait de nouer une relation devant déboucher sur des rapports sexuels peut sans doute, dans la pratique, représenter un certain risque pour les individus du point de vue de la préservation de leur santé, mais force est de reconnaître que telle n'est pas la préoccupation qui prévaut au moment de l'engager. Bien au contraire, ce qui importe avant tout alors, c'est le désir que l'on a de nouer une relation, le succès d'une entreprise de séduction, l'attente du plaisir lié au passage à la sexualité et, le cas échéant, les satisfactions affectives attendues de la pérennisation du lien avec le partenaire. L'analyse des relations sexuelles dans une perspective de sciences sociales doit donc prioritairement tenir compte de la dimension interpersonnelle et affective qui les caractérise.

Dans cette perspective, les comportements affectifs et sexuels nous paraissent devoir être envisagés sous deux angles : d'une part, il s'agit de considérer la dimension spécifique de l'échange entre les partenaires, avec les conceptions particulières, les attentes et les modalités de communication qui s'y rattachent; et d'autre part, il s'agit d'envisager les formes du rapport au corps que développent les individus et les modalités ordinaires de gestion de la santé.

Notre conviction et la base de nos hypothèses de travail est que c'est en développant et en approfondissant ces deux dimensions – celle du rapport à autrui, essentielle lorsqu'il s'agit de relations sexuelles, et celle du rapport à soi-même, essentielle lorsqu'il s'agit de santé – que pourront être envisagées et explicitées les modalités plus particulières de la communication à propos du sida et les manières de faire face au risque dans les situations concrètes.

a. La dimension du rapport à autrui et les modalités de l'engagement dans les relations

On peut distinguer différentes dimensions du rapport à autrui pour mieux préciser l'impact que celui-ci peut avoir sur les modalités de gestion des risques pour la santé qui nous intéressent ici. On évoquera plus particulièrement les modalités selon lesquelles les individus s'engagent dans les relations et la place qu'occupe la sexualité dans ces relations. Avant d'aborder ces deux dimensions,

on indiquera comment la situation concrète des individus peut aussi avoir un impact sur la façon dont se pose à eux la question du sida.

On peut penser, en effet, que le problème du sida n'a guère de pertinence pour les personnes qui se trouvent aujourd'hui dans une relation de couple antérieure à l'apparition de l'épidémie. Ces personnes peuvent certes se sentir concernées par le problème social que constitue la diffusion de l'infection ou, plus directement, par le problème qui se pose pour leurs enfants à l'entrée de leur vie sexuelle, ou encore par le fait que des proches sont touchés par l'épidémie; mais elles ne se sentent pas concernées au plan de leur relation de couple. Il en va de même pour des sujets qui sont hors de toute relation et qui veulent ne pas changer cette situation. Au contraire, le problème se pose d'une façon plus concrète pour les personnes qui sont à la recherche de nouvelles relations amoureuses, pour celles qui, tout en se trouvant en couple, souhaitent rencontrer de nouveaux partenaires, ou encore pour celles qui vivent une succession de relations temporaires. En considérant plus particulièrement les personnes qui se trouvent à la recherche de partenaires, on peut en outre faire intervenir leurs chances très variables d'en trouver un et de constituer (ou de reconstituer) un couple comme l'un des facteurs influant sur leur comportement dans les relations. Une rencontre pourra faire figure de chance à saisir à tout prix dans un contexte d'isolement affectif. Elle pourra au contraire s'accompagner de stratégies de temporisation si elle intervient dans un réseau plus dense de relations préexistantes.

Evoquons maintenant les deux dimensions selon lesquelles nous caractérisons le rapport à autrui.

a.a Différentes manières de s'engager dans les relations

Un facteur d'une grande importance pour notre analyse consiste dans la manière dont les individus s'engagent dans les relations. On fait ici référence à tout le courant actuel de l'analyse des interactions familiales et des normes d'échange dans les couples, qui soulignent les différences radicales dans les conceptions qui président à la mise en couple et à la régulation des rapports interindividuels (Von Allmen et al., 1987; Troutot, Montandon, 1988; Kellerhals, Montandon et al., 1991).

Dans la perspective ainsi tracée, les modes de fonctionnement de couples ont été envisagés de toutes sortes de manières. Sans évoquer en détail ces analyses, on reprendra ici l'un des aspects des classifications existantes qui revêt une pertinence particulière au regard du problème de la communication entre les partenaires. Il s'agit de la dimension de la régulation interne du

couple, telle qu'elle est envisagée dans les travaux microsociologiques récents, qui distinguent les couples suivant qu'ils fonctionnent sur un mode fusionnel ou associatif.

Dans une relation de type fusionnel, qui se fonde sur la pérennité des relations, l'accent porte sur l'assimilation et l'interdépendance des individus, sur l'adhésion aux valeurs et aux croyances familiales et sur la valorisation des pratiques accomplies en commun. Les relations fusionnelles se caractérisent notamment par l'idée d'un partage complet, non sectorisé. Les choses échangées ne sont pas objet d'évaluations constantes. Le consensus porte sur la primauté de la relation. L'accent est mis sur la durée, sur le désir de stabilité, sur les projets partagés. La fidélité, l'engagement mutuel sont des valeurs essentielles. La vie à deux, le partage de la vie quotidienne, la sécurité et l'affection sont très valorisés.

Au contraire, le fonctionnement associatif se caractérise par le fait que les individus qui s'engagent dans une relation définissent les domaines dans lesquels ils veulent échanger et la manière dont cet échange doit se réaliser. Chacun négocie les termes du contrat qui le lie à l'autre partie. Les membres du couple peuvent n'être lié que par des contrats sectoriels. Tous les aspects du quotidien – par exemple la vie sociale ou les activités de loisirs – ne sont pas forcément englobés dans l'échange. L'accent est donc mis sur la différenciation et sur l'autonomie des individus à l'intérieur du couple. Les valeurs et les croyances ne sont pas nécessairement partagées.

Distinguer ces modes de fonctionnement de la relation de couple vise à mieux saisir les modalités selon lesquelles les individus s'engagent dans les relations et communiquent entre eux : qu'attendent-ils l'un de l'autre ? S'orientent-ils vers un système d'échanges transparents dans lequel il est possible de faire état des expériences passées et de discuter les risques encourus dans les relations ? Ou bien le fonctionnement de la relation – dominé par sa dimension romantique et fusionnelle – fait-il des questions que peuvent se poser les individus lors du passage à la sexualité un sujet tabou ? Qu'advient-il de la relation (et de la communication au sujet de la sexualité) lorsque les deux partenaires ne partagent pas les mêmes conceptions en ce qui concerne les modalités de l'échange ?

a.b Place de la sexualité dans les relations

Un dernier élément à considérer dans l'analyse des modalités selon lesquelles les individus s'engagent dans les relations, est la place qu'ils y assignent à la sexualité. De ce point de vue, il nous semble nécessaire de distinguer deux positions : la première se caractérise par l'autonomie de la sphère sexuelle par

rapport aux relations de couple; l'autre par l'interdépendance de la sexualité avec la relation.

Pour certains individus la sexualité a un sens en elle-même, en dehors de tout projet de couple. La sexualité est fondamentale dans la relation et celle-ci se limite d'ailleurs à l'échange sexuel. On se situe dans le registre du corps, du besoin, du désir. Ce qui compte, c'est le rapport physique, l'érotisme, la jouissance.

A l'inverse, la sexualité peut être considérée exclusivement dans la perspective de la construction d'une relation. Elle est alors une composante, un pilier, l'un des aspects d'un échange qui, pour être valable, doit comporter aussi d'autres dimensions : amour, compréhension et respect mutuel, dialogue, intérêts et activités en commun, dialogue, etc. La sexualité est indissociable de ces autres composantes de la relation.

On peut supposer que ces conceptions sur la sexualité et sur son rôle dans la relation ont un impact direct sur les manières de faire face au risque du sida. Dans le premier cas, en effet, lorsque la relation est «au service» de la sexualité, la question du risque éventuellement encouru ne met en jeu que l'échange sexuel dans le cadre limité d'une rencontre ayant pour finalité la satisfaction des partenaires. Dans le deuxième cas au contraire, lorsque la sexualité est «au service» de la relation, la manière d'envisager le risque du sida est tributaire de l'ensemble des éléments qui constituent la relation : la confiance que l'on a dans l'autre, le désir que la relation dure, les projets communs, etc.

b. La dimension du rapport au corps et les modes de gestion de la santé

Un tout autre angle sous lequel il est également utile d'aborder la manière dont les individus s'engagent dans les relations sexuelles et font face au risque du sida est celui de leur rapport au corps et des modes de gestion de la santé. Cette dimension semble à l'évidence mobilisée lorsqu'il s'agit de s'interroger sur la manière dont on fait face à une maladie.

La notion de rapport au corps employée ici se réfère au travail de Boltanski (1968), qui entend par là la manière que l'on a de nourrir son corps, de le développer, de le fortifier ou de l'embellir (notamment par le sport et diverses pratiques corporelles), d'être plus ou moins à son écoute et par là d'être plus ou moins capable d'en reconnaître les sensations morbides inhabituelles. Les éléments qui constituent le rapport au corps appartiennent aussi bien à son rôle de présentation de soi en général et de séduction dans les relations amoureuses en particulier, qu'à des aspects plus directement liés à la santé et à sa préservation

(Boltanski, 1968, Pierret, 1984, Dodier, 1986, Von Allmen et al., 1987 et 1989, Osiek-Parisod, 1990).

A la suite de Boltanski, on distinguera deux modalités principales du rapport au corps reprises et validées dans différentes études empiriques : un rapport au corps de type instrumental et un autre de type réflexif.

Le rapport au corps est dit instrumental lorsque le corps est perçu comme un outil qui permet à l'individu de faire face à ses obligations – aussi bien dans le travail professionnel que dans les tâches domestiques – et qui doit fonctionner sans qu'on s'en aperçoive ni qu'on en prenne un soin particulier. La santé, dans un tel rapport au corps, «n'est rien d'autre qu'un état coutumier, qui ne mérite ni attention, ni réflexion» (Boltanski). La gestion de la santé consiste dans la reconstitution des capacités physiques ou intellectuelles. L'individu réagit seulement dans les moments où le corps ne répond plus à ses attentes et se manifeste par la douleur ou la maladie. Celle-ci est une anomalie, une fatalité dont il faut sortir au plus vite, ce qui conduit à recourir à des interventions efficaces destinées à rétablir le cours habituel de la vie. L'ensemble du système est régi par une logique de la réparation.

Ce type de rapport au corps, envisagé sous l'angle des relations amoureuses, conduit à insister sur la capacité à plaire, en se conformant à certains standards de séduction et en recourant au besoin aux artifices correcteurs appropriés. Il se traduit aussi dans une attention particulière aux performances aussi bien qu'aux «pannes» en matière de sexualité.

A l'inverse, dans un rapport au corps de type réflexif, l'individu prend une certaine distance par rapport à son corps, qui n'est pas seulement envisagé dans sa valeur d'usage. Ceci lui permet de le considérer en quelque sorte de l'extérieur, comme on le ferait d'un objet esthétique. Dès lors, le corps est vu comme digne d'écoute et d'observation. Il devient l'objet d'attentions constantes qui visent à le préserver dans la durée : alimentation, sport, etc. Pour les personnes qui entretiennent ce type de rapport au corps, la santé est un bien qu'il est possible de maîtriser. Être malade est le signe d'un défaut dans les règles de vie, d'une carence des pratiques de prévention. Se soigner impose le respect des rythmes du corps. Quant à la séduction, elle passe moins par un travail sur les apparences que par l'entretien d'une image de soi satisfaisante, considérée comme une condition «sine qua non» de la séduction de l'autre.

Du point de vue de la gestion du risque du sida, on peut s'attendre à retrouver cette opposition des modalités du rapport au corps avec des effets contrastés quant à la prise en compte du risque et au mode de gestion choisi : c'est ainsi que l'on peut penser que les échanges sexuels seront caractérisés,

pour les personnes se rattachant au modèle réflexif, par un souci d'anticipation et de prévention, tandis qu'ils seront associés, pour celles qui présentent des attitudes instrumentales, à un certain fatalisme ou à une logique de la réparation.

3. Modes de communication et gestion du risque du sida

Après avoir mis en place la manière dont nous schématisons l'univers relationnel dans lequel s'inscrivent les relations affectives et sexuelles et la dimension du rapport au corps, il reste à caractériser ce qui constitue, pour notre étude, la variable dépendante, à savoir la manière dont la question du risque du sida est traitée par les individus dans les relations qu'ils nouent. Dans les situations où elle revêt une pertinence pratique (c'est-à-dire lorsque les personnes ont engagé des relations sexuelles après la diffusion des premiers messages au sujet de l'infection HIV ou lorsqu'elles indiquent qu'elles sont susceptibles de le faire), cette dimension du problème peut être envisagée à différents niveaux. On peut en effet distinguer la question de la communication à propos du sida entre les personnes concernées de celle des modalités pratiques qu'elles mettent en oeuvre – sur le plan sexuel proprement dit ou encore sur celui de la recherche de partenaires – de manière à se sentir protégées.

En ce qui concerne tout d'abord la communication, on peut sans doute distinguer les situations dans lesquelles les personnes abordent la question du sida au moment d'engager des relations sexuelles de celles où elles ne le font pas. Encore pourra-t-on s'interroger sur la nature des informations échangées : s'agit-il d'un discours général sur la diffusion de l'épidémie, ou de propos spécifiquement reliés à la situation présente ? Une question connexe est celle des rapports de pouvoir, inhérente à toute relation de couple, et dont on peut s'attendre à repérer les manifestations aussi bien dans les négociations qui se tiennent le cas échéant au sujet de la manière de faire face au risque que dans le fait même d'aborder ou non cette question des risques encourus du fait de l'existence de l'infection HIV.

Quant à la dimension plus pratique de la gestion du risque elle-même, elle peut être envisagée à travers une analyse des justifications qui accompagnent les comportements sexuels et qui sont révélatrices des conceptions que les individus se font du risque. On sait que certains développent des pratiques de conjuration du danger, tandis que d'autres préfèrent y faire face, notamment en se référant de différentes manières aux préceptes médicaux (Von Allmen et al., à paraître). Il s'agira donc d'analyser les modalités selon lesquelles les individus «gèrent» le risque – au sens où ils se construisent des systèmes de légitimation en rapport avec les comportements qu'ils adoptent dans les rapports sexuels.

4. La question des tensions entre principes de prévention et logique de la relation

La question envisagée dans ce travail est celle de savoir comment se prennent les décisions en matière de gestion du risque du sida. Cette question est analysée en prenant en compte les dimensions qui ont été évoquées : les modes de fonctionnement de couple, incluant la sexualité en tant qu'élément de cette relation, et le rapport au corps et à la maladie.

Les individus sont pris d'une part dans un ensemble de déterminations ayant trait à leur représentation du couple et aux attentes qui y sont attachées, ainsi qu'à la place qu'ils assignent à la sexualité; d'autre part, ils sont également soumis à l'influence de modèles de représentations de la santé et de la maladie qui expliquent leurs perceptions et leurs habitudes dans la gestion ordinaire de la santé.

En fonction de la position des individus dans la dimension de la relation et dans celle du rapport au corps, la perception et le traitement du risque représenté par l'infection HIV diffèrent.

Quand on se situe dans un rapport réflexif au corps, il peut exister une tension entre les principes de prévention auxquels les personnes adhèrent et leur désir de s'engager dans des relations. Cette tension est renforcée si les informations diffusées à propos de l'épidémie sont alarmantes et si l'énoncé des prescriptions préventives se fait particulièrement persuasif. Elle est accentuée aussi lorsque les attentes relationnelles se font plus fortes : on imagine ici une situation où soit le contexte est plus permissif et incite à avoir des rapports sexuels, soit le désir de s'engager dans une relation est plus intense en raison de la rareté des partenaires potentiels.

Dans de telles situations on a affaire à un individu «pris entre deux feux», obligé d'arbitrer entre des logiques antagonistes auxquelles il est également attaché.⁴ Il en résulte des choix qui indiquent que la personne soit s'en tient d'une façon ferme à ses principes de prévention, soit se place dans une logique de l'exception, en privilégiant la sphère de l'affectif.

De telles tensions ont peu de place pour s'exprimer et être débattues lorsque la relation est de type fusionnel. En effet, la logique de ce type de relation empêche de soulever le problème du risque du sida autrement que comme une marque de défiance et de distanciation vis-à-vis de l'autre, ce qui s'inscrit entièrement en opposition avec l'idée de confiance sur laquelle la relation est

4 Pollak et Schilz (1987, 93) évoquent ce type de tension.

fondée. «La quête d'amour est incompatible avec une logique du soupçon» (Hubert et al., 1991, 28). On peut donc s'attendre à ce que les personnes engagées dans des relations de ce type gardent pour elles leurs inquiétudes.

Au contraire, les tensions entre principe de santé et principe de plaisir peuvent se manifester ouvertement dans le cas où la relation est de type associatif. La régulation contractuelle qui caractérise celle-ci dès son origine permet qu'une négociation prenne place entre les partenaires au sujet des risques que chacun encourt dans les rapports sexuels ou représente pour l'autre et au sujet de la manière de s'en protéger. Les solutions adoptées en pratique dépendent alors de la réaction du partenaire et du rapport de force qui s'instaure à l'intérieur du couple.

En principe, les tensions qui viennent d'être dites ne sont pas présentes chez les personnes qui ne se placent pas dans la logique réflexive. En effet, les individus qui se rattachent au modèle instrumental du rapport au corps ne peuvent pas percevoir le fait d'entretenir des relations sexuelles comme un événement pouvant avoir des répercussions sur le plan de la santé. Ils vivent le moment présent et ne se situent pas dans une problématique d'anticipation des conséquences de leur comportement et de gestion des risques qui en découlent. Ils ne prennent conscience des problèmes touchant à la santé que le jour où ceux-ci se posent concrètement. S'agissant de leurs relations sexuelles, ils ne perçoivent comme dysfonctionnement ou comme risque que les problèmes affectant le bon déroulement de l'interaction. On aurait donc affaire, dans leur cas, à une ségrégation complète des comportements de la sphère relationnelle et affective et des conduites ayant trait au corps et à la santé.

Cependant, les personnes qui se rattachent à ce type instrumental du rapport au corps ressentent bien un autre genre de tensions, étant elles aussi soumises aux messages et aux injonctions de la prévention qui revêtent en matière de sexualité, comme dans d'autres domaines, la légitimité forte associée au savoir médical. On peut penser qu'elles opèrent alors des ajustements limités dans leurs comportements, permettant de résoudre les tensions normatives qu'elles ressentent sans remettre en cause fondamentalement les attentes et les choix qu'elles ont faits dans la sphère relationnelle. Plutôt qu'à un arbitrage entre des tendances de sens opposé, on devrait avoir affaire dans ce cas à des styles d'argumentation ou à des stratégies de protection qui permettent aux individus d'atteindre les satisfactions affectives et sexuelles qu'ils visent, sans aller contre leurs penchants instrumentaux et en sauvant la face par rapport aux préceptes et aux recommandations diffusés par les campagnes de prévention.

5. Un modèle hypothétique des manières de faire face au risque du sida

Nous avons présenté les principaux paramètres qui peuvent, selon nous, rendre compte des choix et des ajustements que font les individus pour gérer le problème du sida dans les relations qu'ils engagent. Cette analyse devrait permettre de mieux comprendre dans quelles conditions, en nouant leurs relations amoureuses, les individus s'orientent vers une sécurité fondée sur les tests médicaux et sur les moyens techniques de protection et dans quelles conditions ils privilégient plutôt une «sécurité relationnelle» fondée sur la confiance qui s'instaure par l'existence même d'un lien affectif.

Prenons les situations dans lesquelles les individus ont recours à une stratégie fondée sur des critères médicaux (utilisation de préservatifs, plus ou moins étendue dans le temps, recours au test, respect d'un principe de fidélité, etc.).

Il est très probable que ce mode de gestion du problème du sida s'observe chez les individus qui se situent dans une perspective préventive et qui développent leurs relations sur le mode associatif, ce qui permet la prise en considération du risque et éventuellement, selon l'issue des négociations entre les partenaires, la mise en œuvre de moyens de protection correspondant aux normes de la prévention.

Mais la protection n'est pas réservée aux seuls individus qui développent tout un discours conscient de prévention. En effet, on pourra sans doute retrouver les mêmes comportements chez les personnes dont on a qualifié le mode de rapport au corps d'instrumental – sans que ces comportements reposent cette fois sur des anticipations préventives. La protection à l'égard du risque du sida ne se réfère pas alors à des préoccupations de santé. Il faut en rechercher l'explication dans d'autres registres, par exemple dans un certain conformisme social (l'individu cédant aux messages de la prévention ou aux pressions provenant des groupes sociaux auxquels il appartient). Une autre explication pourra sans doute être trouvée dans la volonté du sujet de préserver une distance par rapport au partenaire pour ne pas se sentir impliqué dans une relation (ce qui l'amènera à afficher le souci d'éviter une grossesse ou d'éluder toute responsabilité quant aux problèmes de santé encourus par le partenaire). Ce dernier type de conduite, dérivé en apparence d'une préoccupation relative à la santé, témoigne en réalité uniquement d'une logique de préservation de l'autonomie individuelle. Il se rattache donc clairement au mode de fonctionnement associatif décrit plus haut.

Evoquons maintenant les situations dans lesquelles les individus ne se réfèrent pas aux critères médicaux dans les décisions qu'ils prennent en ce qui concerne

la gestion du risque du sida (mais à leur propre capacité à choisir un partenaire ne présentant pas de risque ou à leur propre interprétation du développement de l'infection HIV).

Elles se présentent très probablement chez les personnes qui ont un rapport au corps de type instrumental. L'absence de la mise en oeuvre, à l'égard du risque du sida, d'une stratégie de protection axée sur les critères médicaux s'inscrit en effet dans le droit fil du modèle décrit : fatalisme, absence de prévision des risques en matière de santé, logique de la réparation. Cela ne veut pas dire que ces individus soient exempts de tout souci, mais ces derniers se manifestent a posteriori (ils peuvent conduire par exemple à faire appel à des tests à répétition).

Une autre situation où l'on ne se protège pas selon les critères de la prévention concerne les personnes qui se rattachent au type réflexif et qui développent leurs relations sur le mode fusionnel. Ces personnes peuvent laisser au second plan leurs préceptes préventifs à l'issue d'un conflit entre logique de prévention et logique fusionnelle, lorsque l'emportent le désir de nouer une relation ou l'inquiétude de la voir se rompre. Cette exception ne se fait pas sans mauvaise conscience pour le sujet et peut conduire ultérieurement à une rectification du comportement et à une restauration des pratiques préventives.

On se demandera également si de telles conduites «risquées» ne s'observent pas chez d'autres personnes qui s'inscrivent aussi dans la perspective du rapport au corps réflexif, mais pour qui la sexualité ne fait pas partie des pratiques englobées par les préoccupations de santé. Ces dernières peuvent concerner l'alimentation, l'hygiène ou les pratiques sportives, mais ne sont pas forcément étendues à tous les aspects de l'existence; on peut donc supposer qu'il existe des sujets chez qui l'extension du souci préventif ne va pas jusqu'à englober le domaine des échanges sexuels.

6. Modalités de validation envisagées dans le cadre de la recherche en cours

Une recherche est actuellement en cours afin de vérifier le modèle hypothétique présenté ci-dessus. Nous allons présenter brièvement la population étudiée de même que la méthodologie utilisée.

Les questions de recherche sont abordées en s'adressant à un groupe-cible constitué par un ensemble d'adultes qui, ayant déjà fait l'expérience d'une vie de couple, se trouve (à la suite d'une rupture) dans une situation de choix en ce

qui concerne la recherche de partenaire(s) ou la reconstitution d'une nouvelle union. Ainsi, ces hommes et ces femmes, après avoir vécu un mariage, une période de concubinage ou une autre forme de liaison durable, vivent aujourd'hui seuls, sans pour autant que cela exclue une éventuelle relation amoureuse avec un ou plusieurs partenaires. Ces personnes sont donc susceptibles d'être engagées, soit dans des liaisons passagères, soit dans la reconstitution d'une cellule de type conjugal, soit encore de renoncer (provisoirement ou non) à la recherche d'un nouveau partenaire.

Considérée sous un autre angle, la population envisagée est relativement libre de ses engagements. A la différence des jeunes qui n'ont pas encore vécu une première union, ces personnes sont censées être autonomes par rapport à leur famille d'origine. A la différence des adultes vivant en couple, il s'agit de personnes qui ne sont pas socialement tenues de préserver la cohésion d'une relation conjugale existante et pour qui la recherche de partenaires et de nouveaux choix affectifs apparaît entièrement légitime. Il s'agit du même coup de personnes pour qui, dans le contexte actuel de l'épidémie du sida, la question des risques encourus se pose d'une manière concrète et intense, en raison de la diffusion de l'infection HIV dans le public. La population ainsi définie présente les caractéristiques voulues pour illustrer, d'une manière empirique, les processus décisionnels qui ont cours lorsqu'il s'agit de faire la part des risques encourus dans les engagements affectifs et sexuels.

La recherche a donc les objectifs suivants :

- étudier les critères qui président à la recherche et au choix de partenaires. Il s'agit d'explorer les relations affectives, leur apparition et les limites que les individus fixent au développement de celles-ci en fonction des enjeux ou des risques qu'elles comportent et des perspectives d'avenir qui y sont attachées;
- examiner la manière dont on communique au sujet du sida, les échanges d'informations et les pratiques de protection éventuellement mises en oeuvre;
- analyser les *transformations des comportements* face au risque du sida. Il s'agit en particulier d'évaluer la place que les individus accordent aux risques encourus au niveau de la santé par rapport aux avantages relationnels et pratiques auxquels ils s'attendent en faisant entrer un nouveau personnage dans leur existence quotidienne.

La réalisation de cette recherche repose sur une approche qualitative auprès d'hommes et de femmes se trouvant hors d'un couple cohabitant. Une pré-enquête a été effectuée, sous la forme d'entretiens approfondis auprès d'un ensemble de personnes (portant sur leur situation familiale, leur rapport à la

santé ainsi que sur leurs opinions relatives au sida); elle a permis d'élaborer la problématique de la recherche et de mettre au point le guide d'entretien.

Une première enquête a comporté des entretiens approfondis auprès de 120 personnes (80 en Suisse romande, 20 au Tessin, 20 en Suisse allemande). Ces entretiens doivent permettre de recueillir des données factuelles centrées sur les thèmes suivants : la perception du risque du sida, la description d'une relation en cours ou passée comprenant l'évocation des critères de choix du partenaire, des modalités de communication au sujet du sida et les attentes à l'égard de la relation, les stratégies éventuelles de rencontre de nouveaux partenaires, avec les attentes qui leur sont associées, la place de la sexualité dans les relations ainsi que les rapports au corps et à la santé. Les données démographiques usuelles ont également été recueillies.

Ces entretiens sont répétés auprès des mêmes personnes à un intervalle d'un an pour tenir compte des évolutions tant de la situation personnelle des interviewés que du changement de conjoncture en ce qui concerne la problématique du sida. Il s'agit de repérer les changements intervenus dans les relations avec les partenaires, en tenant compte, d'une part, des rencontres et des expériences faites par la personne dans l'intervalle et, d'autre part, des évolutions survenues au plan de la maladie, de son traitement et des campagnes de prévention. Rappelons que l'avantage d'une étude longitudinale auprès des mêmes personnes est de permettre la comparaison des changements intervenus dans les comportements relatifs à la sexualité en tenant compte, à la fois, des expériences personnellement vécues dans l'intervalle et des évolutions survenues au plan de la diffusion de la maladie. Des entretiens ont également été effectués auprès de personnes vivant dans un couple cohabitant et stable, à titre de population-témoin.

Les personnes enquêtées ont été contactées par une méthode en «boule de neige» en diversifiant le plus possible les contacts initiaux. La réalisation et l'enregistrement des entretiens n'a pas soulevé de résistances : la totalité des contacts engagés a abouti à des interviews. L'ensemble des questions prévues a pu être abordé. L'ensemble des personnes contactées a accepté le principe d'un deuxième entretien et a en effet tenu cet engagement lors de notre deuxième sollicitation. En outre, de nouveaux contacts nous ont été fournis par les personnes enquêtées elles-mêmes.

L'analyse des données se poursuit actuellement selon les lignes d'hypothèses esquissées dans cet article. En l'état actuel de cette exploitation, certaines confirmations paraissent acquises, par exemple l'importance accordée aux modalités de l'engagement dans les relations.

Malgré son caractère provisoire, le présent travail de conceptualisation veut témoigner d'un souci de construire une approche des questions relatives à la gestion du risque du sida appuyé sur les connaissances et les perspectives sociologiques actuelles touchant aussi bien au fonctionnement des couples qu'à la gestion des risques en matière de santé. Il y a certes une difficulté inhérente à la compréhension de phénomènes intimes tels que la mise en couple et le passage à la sexualité, mais on sait que de tels comportements, pour privés qu'ils apparaissent, s'inscrivent néanmoins dans les grandes tendances qui caractérisent le rapport à soi-même ou le rapport à autrui.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Von ALLMEN Malik, BASTARD Benoit, CARDIA-VONÈCHE Laura (1987), «Espaces sociaux, temps de l'échange et rapports familiaux : une perspective typologique», in BAWIN-LEGROS Bernadette, Ed., Actes du colloque «La dynamique familiale et les constructions sociales du temps», Université de Liège, 121-164.
- Von ALLMEN Malik, BASTARD Benoit, CARDIA-VONÈCHE Laura (1987), «Fonctionnement familial et rapport à la santé : essai d'analyse typologique», *Revue internationale d'action communautaire*, 18/58, 67-77.
- Von ALLMEN Malik, BASTARD Benoit, CARDIA-VONÈCHE Laura, LANGUIN Noëlle (1989), «Les représentations de la santé dans la famille : une analyse exploratoire», in D'HOUTAUD A., FIELD M., GUEGUEN R., Eds., *Les représentations de la santé : bilan actuel, nouveaux développements*, colloque INSERM, Editions INSERM, Paris, 297-312.
- Von ALLMEN Malik, BASTARD Benoit, CARDIA-VONÈCHE Laura (à paraître), «Perspectives matrimoniales et perception du risque du sida. Le cas des femmes divorcées.»
- BOLTANSKI Luc (1968), «La découverte de la maladie», Centre de sociologie de l'enseignement et de la culture, Maison des sciences de l'Homme, Paris, dact.
- BOZON Michel (1990), «La nouvelle place de la sexualité dans la constitution du couple», Congrès mondial de l'Association internationale de sociologie, Madrid, 8-13 juillet 1990.
- CARDIA-VONÈCHE Laura, BASTARD Benoit (1991), «Principes diététiques et fonctionnement familial. Une analyse de la formalisation et de la diffusion des normes en matière d'alimentation», in COMMAILLES Jacques et DE SINGLY François, Eds., *Normes juridiques et régulation sociale*, LGDJ, Paris, 343-355.
- EUROPEAN COMMUNITY CONCERTED ACTION ON SEXUAL BEHAVIOR & RISKS OF HIV INFECTION (1991), Workshop 2, Cross-National Analysis of Sexual Behavior & Risks of HIV Infection, Sesimbra (Portugal), 31 octobre-2 novembre 1991.
- DODIER Nicolas (1986), «Corps fragiles. La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes de travail», *Revue française de sociologie*, XXVII, 603-628.
- GARCIA-WEREBE Maria José (1980), «Principaux courants d'étude de la sexualité humaine», *Bulletin de psychologie*, tome XXXIV, n° 348.
- HUBERT Michel, PETO Danièle, RÉMY Jean, VAN CAMPENHOUDT Luc (1992), «Modes d'adaptation au risque du sida dans les relations hétérosexuelles», Centre d'études sociologiques, Facultés universitaires de Saint-Louis, Bruxelles.

- KELLERHALS Jean, COENEN-HUTHER Josette, LANGUIN Noëlle (1990), «Familles suisses d'aujourd'hui : évolution récente et diversité», Cahiers médico-sociaux 34/1, Genève, 7-31.
- KELLERHALS Jean, MONTANDON Cléopâtre ii (1991, a), Les stratégies éducatives des familles, milieu social, dynamique familiale et éducation des pré-adolescents, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, Paris.
- FLEINER-GERSTER Thomas, GILLIAND Pierre, LÜSCHER Kurt, Eds. (1991), Familles en Suisse, Editions Universitaires de Fribourg, Fribourg, 195-208.
- OSIEK-PARISOD Françoise (1990), C'est bon pour ta santé ! Représentations et pratiques familiales en matière d'éducation à la santé, Cahier No 31 du Service de la recherche sociologique, Genève.
- PIERRET Jeanine (1984), «Les significations sociales de la santé : Paris, l'Essone, l'Hérault», in AUGÉ M. et HERZLICH C., Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Editions des archives contemporaines, Paris, 217-256.
- POLLAK Michael, SCHILZ Marie-Ange (1987), «Identité sociale et gestion d'un risque de santé : les homosexuels face au sida», Actes de la recherche en sciences sociales, 68, 77-102.
- ROUSSEL Louis (1989), La famille incertaine, Odile Jacob, Paris.
- TROUTOT Pierre-Yves, MONTANDON Cléopâtre (1988), «Systèmes d'action familiaux, attitudes éducatives et rapport à l'école : une mise en perspective typologique, in PERRENOUD Philippe et MONTANDON Cléopâtre, Eds., Qui maîtrise l'école ?, Réalités Sociales, Lausanne, 133-153.

Adresse des auteurs :

Laura Cardia-Vonèche, Françoise Osiek
Université de Genève, Institut de médecine sociale et préventive
Centre médical universitaire
1, rue Michel-Servet, CH-1211 Genève 4
Benoit Bastard
Centre de sociologie des organisations, CNRS
19, rue Amélie, F-75007 Paris

EPIDEMIIEN IM INSTITUTIONALISIERUNGSPROZESS DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSWESENS*

Josef Estermann

Bundesamt für Gesundheitswesen, Epidemiologie, Bern

Die Wurzeln der Institutionen der Gesundheitsverwaltung (oder Krankheitsverwaltung) finden sich zwar schon im ausgehenden Mittelalter und in den Städten des Altertums in der Form von Hafen- und Quarantäneverwaltungen, doch gewannen sie erst in den letzten zweihundert Jahren wesentlich an Bedeutung. Die Mitspieler im Prozess der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens sind:

1. die Öffentlichkeit: repräsentiert durch Presse, Radio, Fernsehen, früher die Agora, der Marktplatz,
2. die „zuständige Behörde“ als Nucleus der Institutionalisierung,
3. die „politisch Verantwortlichen“.

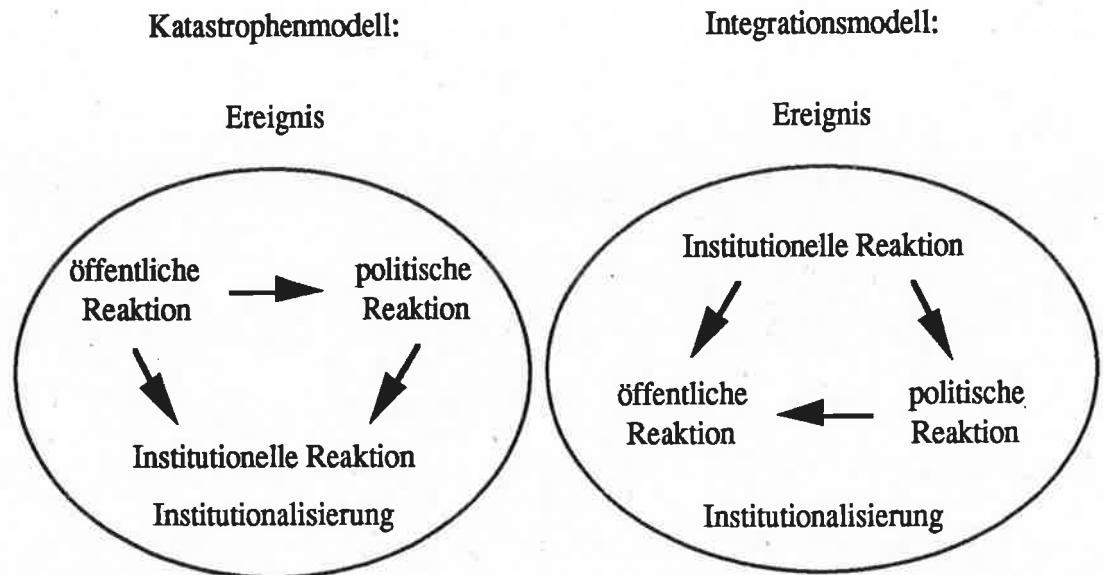
Das öffentliche Gesundheitswesen existiert als dauerhafte zentralstaatliche Institution (Bundes-, Reichs- und Landesämter für Gesundheitswesen, Hygieneämter etc.) seit dem 19. Jahrhundert und erreicht mit der Gründung der Vorläuferorganisation der WHO zu Beginn dieses Jahrhunderts Weltniveau.

Es kann gezeigt werden, dass die Entwicklung der Institutionen des Gesundheitswesens wesentlich bestimmt ist durch Krankheiten und frühzeitige Todesfälle bzw. deren epidemisches oder endemisches Auftreten und durch die sozialen Zustände, innerhalb derer sich Krankheit und Tod in ihrer spezifischen Form manifestieren. In der Entwicklung einer Institution stellt sich die Frage, ob die Politik sie als Reaktion auf Katastrophen (Epidemien) einrichtete und ausbaute, oder, wie die Alternativhypothese nahelegt, ob sie nur eine Institution unter vielen darstellt, wie sie im Zuge der Herausbildung der Kompetenz des modernen bürgerlichen (oder aufgeklärt absolutistischen bzw. konstitutionell monarchistischen) Staates entstanden sind und so im Sinne von Norbert Elias (1976) als Konsequenz der allgemeinen gesellschaftlichen Integration und Verdichtung erscheinen.

Abbildung 1 vergleicht das Katastrophenmodell mit dem Integrationsmodell anhand der unterschiedlichen Implikationen bezüglich der Aktionen und Reak-

* Druckfassung des Referats am Kongress der Gesellschaft für Soziologie, Forschungskomitee Gesundheitssoziologie in Neuchâtel, 1991.

Abbildung 1
Modelle der Institutionenentwicklung



tionen der Mitspieler. Das Katastrophenmodell zeichnet sich in erster Linie durch eine nachgeordnete institutionelle Reaktion aus und steht unter dem Primat von Öffentlichkeit und Politik. Epidemien können in diesem Zusammenhang Anlass oder Auslöser, unter Umständen auch Folge von schweren gesellschaftlichen Auseinandersetzungen bis hin zu Kriegen oder Bürgerkriegen sein.¹ Das Integrationsmodell hingegen zeichnet sich durch eine vorgeordnete institutionelle Reaktion aus. Die Institution ist Hauptakteur und bestimmt Informationsstreuung, agenda setting und veröffentlichte Meinung. Öffentlichkeit und Politik sind dabei institutionellen Strategien nachgeordnet.

Sowohl für das Katastrophenmodell als auch für das Integrationsmodell lassen sich in der Geschichte der Institutionalisierung Beispiele finden. Die Choleraepidemien in Europa zwischen 1830 und 1900 und ihr neuerliches Auftreten in Südamerika und Afrika stehen für das Katastrophenmodell, die AIDS-Pandemie der achtziger und neunziger Jahre dieses Jahrhunderts für das Integrationsmodell.

Im ersten Drittel dieses Jahrhunderts erreichte die Cholera, die schon lange im Gangesdelta heimisch (endemisch) war, Europa vom Osten her. Die Epide-

¹ Druey, Michael, 1979, S. 155–84. McNeill, William H., 1977 S. 90–93. Léca, Ange-Pierre, 1982, S. 205 ff. Evans, Richard J., 1990, S. 656–676.

mie führte in Paris 1832² innerhalb weniger Monate zum Tode von mehr als zwei Prozent der Bevölkerung, in St. Petersburg im selben Jahr sogar von vier Prozent.³ Unter vielen anderen Regionen Westeuropas blieb die Schweiz von dieser ersten europäischen Choleraepidemie verschont.

Sowohl in Grossbritannien als auch in Paris existierten rudimentäre „Sanitätskommissionen“ für die Zivilbevölkerung, die jedoch ihre Funktionen jeweils nur ad hoc wahrnahmen. Doch schon bevor die Epidemie Westeuropa erreichte, waren Medizinerdelegationen in Polen und in Russland unterwegs, um Erfahrungen mit der Krankheit zu sammeln. Eine zusätzliche Ressourcenallokation erfolgte jedoch erst, als die Epidemie am Ort ausbrach, aber diese Ressourcenallokation war nicht ausreichend. In England war es jedoch schon zu diesem Zeitpunkt möglich, eine zentrale Behörde einzurichten, die die Bildung lokaler Kommissionen in die Wege leitete und deren Arbeit unterstützte.⁴ Die Epidemie brach dort auch nicht etwa zuerst in London aus, sondern 1831 in Sunderland, einem Küstengebiet nordwestlich von London.

Am gründlichsten dokumentiert ist der letzte fulminante europäische Ausbruch in Hamburg 1892.⁵ Die Gesundheitsbehörden und die Regierung der Hansestadt, ein dazumal von der Zentralgewalt in Berlin noch im wesentlichen unabhängiger Stadtstaat, zeigten sich weitgehend unfähig, die Epidemie zu bewältigen. Sie blieb auch eigentlich auf Hamburg beschränkt und berührte das eng benachbarte, von Preussen verwaltete Altona, das über eine eigene Wasserversorgung verfügte, sozusagen nicht. Das dazumal schon seit über 10 Jahren voll institutionalisierte kaiserliche Gesundheitsamt in Berlin intervenierte etwa zwei Wochen nach dem Ausbruch unter anderem in der Person von Robert Koch, der in den frühen achtziger Jahren den Erreger der Cholera, das *Vibrio cholerae* in Ägypten isolierte.

Für das Katastrophenmodell sprechen folgende Punkte:

1. Eine institutionelle Reaktion erfolgte spät, von aussen bestimmt und ohne ausreichende Ressourcen.
2. Die lokale Institution stand unter dem Druck der Öffentlichkeit und die übergeordnete Institution im Gegensatz zur lokalen Politik. Dennoch konnte das kaiserliche Gesundheitsamt einige Massnahmen gegen die lokale Politik durchsetzen.

2 Léca, 1982, S. 247–55.

3 Evans, 1990, S. 375.

4 Druey, 1979, S. 77–79.

5 Evans, 1990, S. 367–414.

3. Die politische Reaktion war gegenüber der öffentlichen Diskussion in der Defensive.
4. Die Ressourcenallokation erfolgte spät, z. T. erst nach dem Höhepunkt der Epidemie.

Mit einigen Modifikationen gelten diese Aussagen auch für die Pariser Epidemie 1832, weniger für die Londoner Epidemie 1831/32, wo eine frühzeitige institutionell geprägte Antwort und Politik möglich war. Die Situation in Paris (1832) und in Hamburg (1892) lässt sich aber mit einem unkontrollierten Ausbruch von durch *Salmonella typhi* verursachten Typhuserkrankungen im Jahre 1963 in Zermatt (Schweiz), der einen Anlass zur Revision des Epidemiengesetzes von 1970 darstellte, sowie mit der zur Zeit grassierenden südamerikanischen Choleraepidemie vergleichen.

Die seit Ende 1990 in Südamerika lokalisierte und gegen Norden vordringende Epidemie, wird verursacht durch einen Stamm des *Vibrio cholerae* (Biotyp El Tor, Serogruppe 01, Serotyp Inaba), der weniger virulent ist als derjenige, welcher im 19. Jahrhundert in Europa vorherrschte. Die südamerikanische Epidemie zeigt die Unfähigkeit der Institutionen, eine Logistik aufzubauen, die Therapie und Prävention dahin bringt, wo sie benötigt wird. Bei korrekter, frühzeitiger Behandlung liegt dank der heutigen Kenntnisse und therapeutischen Möglichkeiten (Infusionen) die Letalität von Cholera unter dem Promillebereich. Die offiziellen Statistiken des aktuellen Ausbruchs hingegen zeigen eine Befallsrate von über 1% der Bevölkerung von Peru und die Sterberate der Erkrankten liegt dort bei mindestens 0,6%.⁶ In Anbetracht der Unzuverlässigkeit des Meldewesens dürfte jedoch die Gesamtsterblichkeit (Befallsrate multipliziert mit der Sterbewahrscheinlichkeit des Erkrankten) in einigen stark betroffenen Verdichtungsregionen, in erster Linie Slumgebiete der Grossstädte, deutlich über einem Promille liegen.

Das Katastrophenmodell scheint also eher Gültigkeit zu haben, wenn

1. die Institution schwach oder überhaupt nicht vorhanden ist,
2. die Ereignisse lokal begrenzt sind,
3. die Ereignisse historisch weiter zurückliegen, vor allem bis zur Jahrhundertwende.

An der AIDS/HIV-Epidemie zeigt sich, dass das Integrationsmodell nach der Jahrhundertwende mindestens partielle Gültigkeit besitzt, nämlich dann gilt,

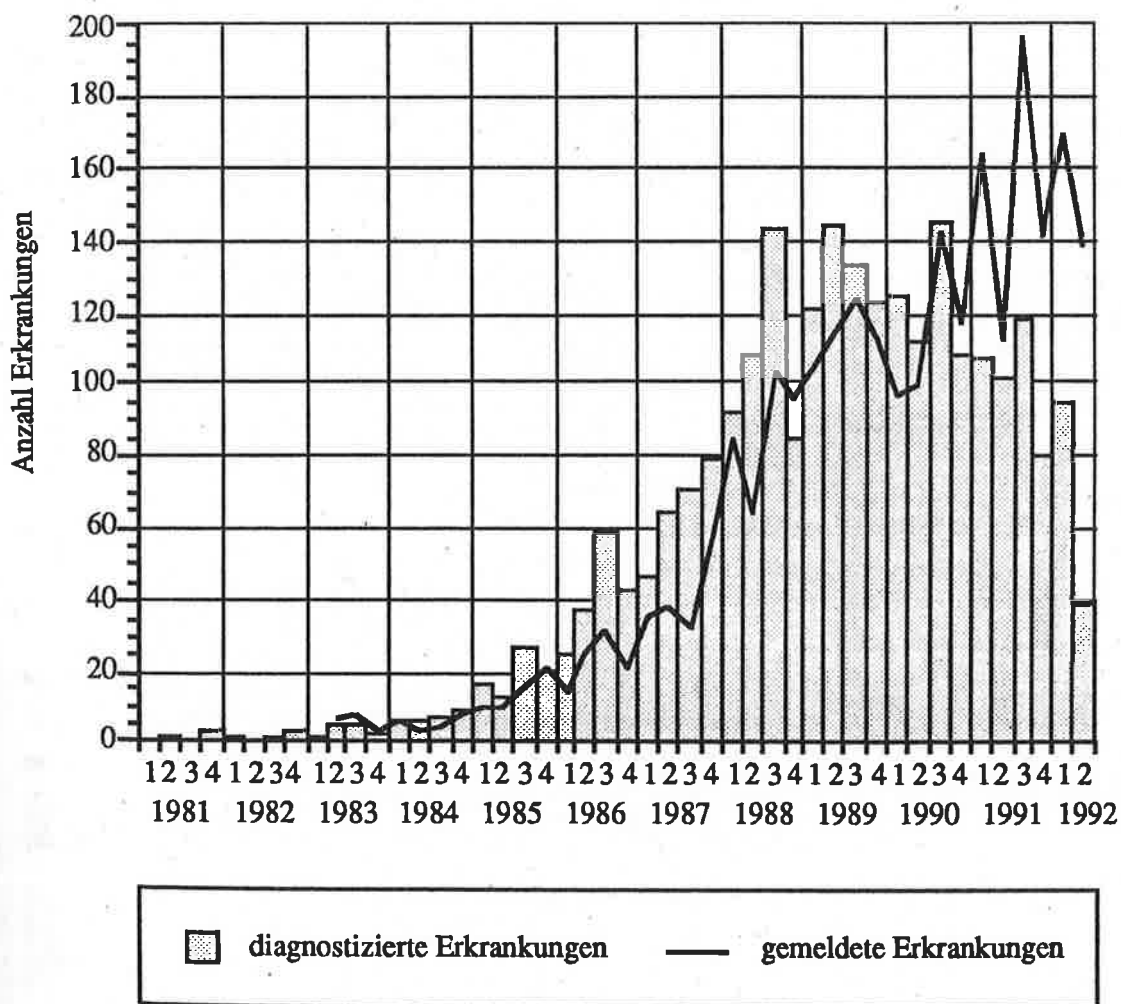
⁶ Instituto de salud Carlos III, 1991, S. 49–51. Colera in Peru, 1991, S. 141–5.

wenn die vorgängige Institutionalisierung stark und die Ereignisse lokal nicht begrenzt sind.

Die HIV/AIDS-Epidemie des späten 20. Jahrhunderts unterscheidet sich schon in der Manifestation des Erregers wesentlich von den fulminanten Infektionskrankheiten des 19. Jahrhunderts (mit Ausnahme vielleicht der Tuberkulose, deren Inkubationszeit ebenfalls Jahre dauern kann). Nach dem dritten Jahr der Infektion mit HIV liegt die Erkrankungswahrscheinlichkeit konstant zwischen 5 und 8% jährlich. Die Entwicklung der AIDS-Epidemie in der Schweiz zeigt *Abbildung 2*. Deutlich ist der Unterschied zwischen den Fallzahlen nach Zeitpunkt der Diagnose und nach Zeitpunkt der Erfassung im zentralen Regi-

Abbildung 2

AIDS-Erkrankungen in der Schweiz nach Zeitpunkt der Diagnose und Zeitpunkt der Meldung



ster, was in etwa dem Zeitpunkt der Meldung durch den Arzt entspricht. Wegen des Meldeverzugs fällt die Kurve nach Zeitpunkt der Diagnose am Ende des Analysezeitraums regelmässig ab, während die Zahl der Erkrankungen nach Zeitpunkt der Erfassung erheblichen Schwankungen unterliegt.

Was die Entwicklung der AIDS-Erkrankungszahlen angeht gehen die Phasen der institutionellen Reaktion parallel zur epidemiologischen Situation. Die erste Phase, 1981 bis 1984, war gekennzeichnet durch eine erhöhte Aufmerksamkeit des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG), durch die Installation eines AIDS-Monitoring-Systems (AIDS-Fallregister, 1983) und durch sporadische Veröffentlichungstätigkeit.⁷ Mit der Verfügbarkeit von HIV-Tests und der dadurch möglichen Abschätzung des Ausmasses der Epidemie lässt sich die zweite Phase charakterisieren (1984–1987). Sie schaffte die Grundlage für den ersten Institutionalisierungsschub, der 1987 mit der Einrichtung von zwei Sektionen (Zentralstelle für AIDS-Fragen und Sektion für Prävention) abgeschlossen wurde. In das Jahr 1987 fällt auch die Revision der Meldeverordnung auf Grundlage des Epidemiengesetzes, ergänzt durch den Ausbau eines modernen, äusserst leistungsfähigen Meldewesens auf der institutionellen Ebene. In dieser zweiten Phase legten das BAG und „Non Governmental Organisations“ (NGO) wie z. B. die AIDS-Hilfen die Grundlagen für die nationale AIDS-Kampagne, die die dritte Phase (1987–1990) einleitete. Diese dritte Phase ist in erster Linie durch eine massive Zunahme der Mittelallokationen für AIDS und HIV gekennzeichnet. Zur Zeit befindet sich der Institutionalisierungsprozess in der vierten Phase (1990 und später), der Phase der Konsolidierung.

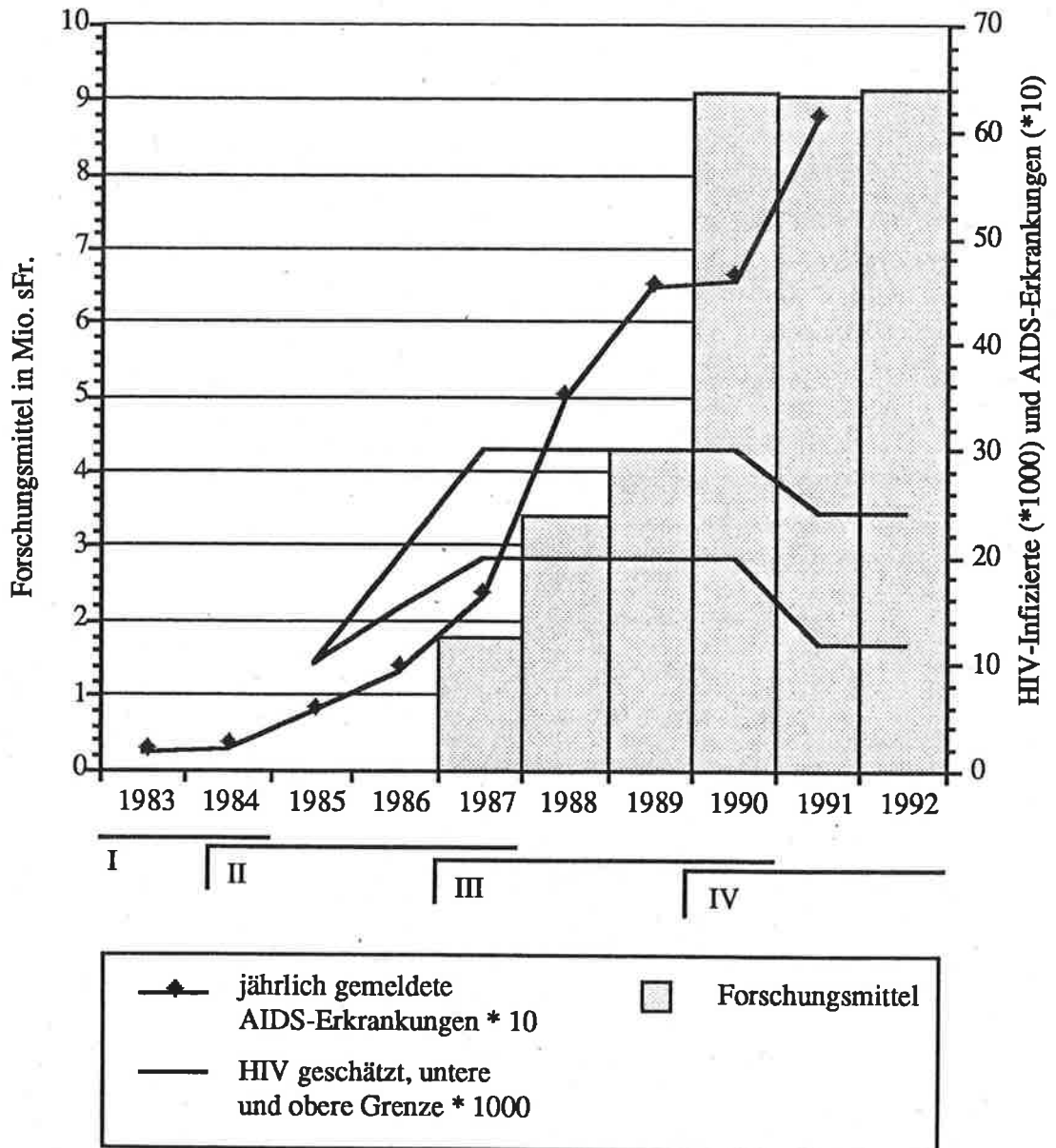
Abbildung 3 zeigt die Zahl der jährlich gemeldeten AIDS-Erkrankungen in der Schweiz und die offiziellen Schätzwerte für die Zahl der HIV-Infizierten in den jeweiligen Jahren sowie die jährlich ausgegebenen bzw. budgetierten Forschungsmittel in diesem Bereich.

Die Frage jedoch, ob Epidemien ursächlich für die Institutionalisierung seien, lässt sich nicht so eindeutig beantworten, wie McNeill (1977) – er bejaht sie – und Evans (1990) – er verneint sie – dies tun. Die Antwort auf die hier gestellte Frage setzt mindestens das rudimentäre Vorhandensein von Institutionen voraus. Zuverlässiges historisches Material aus Zeiten, die ohne jeden gesundheitspolitischen Nucleus sind, kann nicht beigezogen werden. Tatsächlich lassen sich solche Nuclei spätestens im Mittelalter und in den frühen Hochkulturen nachweisen. Sie sind in urbanen Verwaltungen bzw. Regierungen, Hafenbehörden, bei Quarantänemassnahmen und in der Militärorganisation zu lokalisieren. Sie sind Teil der Polis, der Politik, der Polizei.

⁷ Vgl. etwa BAG Bull/Bull OFSP. AIDS. 1983 (14): 164-6 vom 14. 4. 1983 Somaini, Bertino. AIDS in der Schweiz. Schweiz. med. Wochenschr., 1984, 114: 538-44.

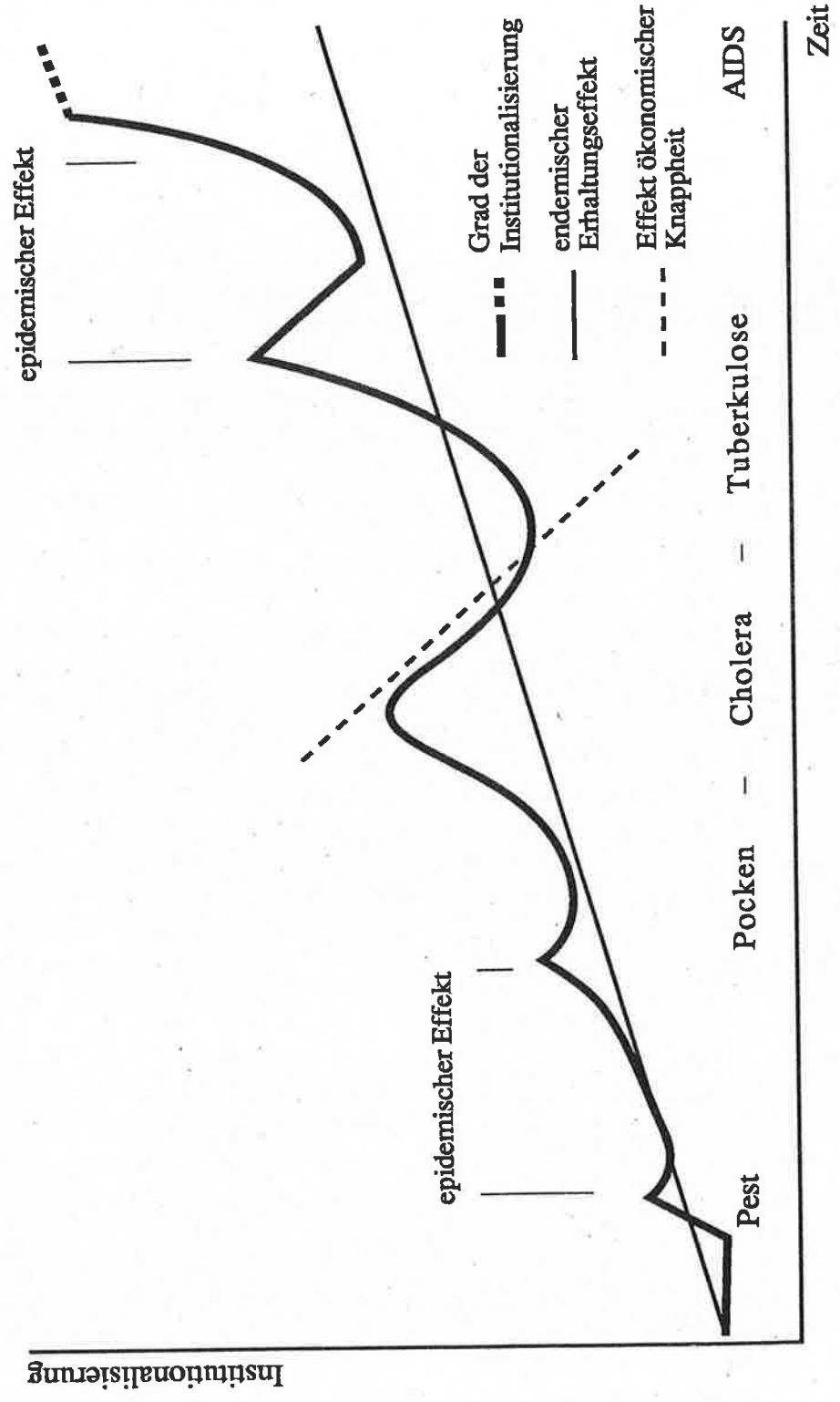
Abbildung 3

Schätzung der Zahl der HIV-Infizierten in den jeweiligen Jahren, Zahl der AIDS-Erkrankten und Höhe der Forschungsmittel



Evans bestreitet die wesentliche Rolle des mikrobiellen Parasitismus für die Entwicklung der Institutionen mit dem Argument, dass in Hamburg unmittelbar nach der Choleraepidemie die Gesundheitsbehörden keine besonderen Präventionsmassnahmen durchsetzen konnten, und dass das Reichsseuchengesetz erst 10 Jahre später verabschiedet wurde. Die Choleraepidemien im 19. Jahr-

Abbildung 4
Modell des Grades der Institutionalisierung des Gesundheitswesens im Zeitverlauf



hundert scheinen diese Sicht zu stützen. Der Salmonella typhi-Ausbruch in Zermatt, auch die Reaktion des BAG sowie fast aller anderen zuständigen Behörden in den Industriestaaten auf die AIDS/HIV-Epidemie der achtziger Jahre sprechen jedoch gegen dieses Argument. Die Qualität der Institutionalisierung des Gesundheitswesens in den siebziger Jahren dieses Jahrhunderts war allerdings eine andere als die des ausgehenden 19. Jahrhunderts.

Ein Modell für den vermuteten Zusammenhang zwischen Grad der Institutionalisierung und Einflüssen von Epidemien oder endemischen Zuständen im Zeitverlauf zeigt *Abbildung 4*. Ist auch ein Kausalzusammenhang zwischen Epidemie und Institutionalisierung nicht zu konstruieren, zeigt sich doch einerseits ein epidemischer Effekt, der die Institutionalisierung überproportional fördert und andererseits ein linearer Erhaltungseffekt endemischer Zustände. Überproportionale Deinstitutionalisierungen nach Epidemien könnten durch ökonomische Knappheit erklärt werden, während im normalen Verlauf der Grad der Institutionalisierung nach der Epidemie grösser ist als vor der Epidemie. Nach dem Erreichen eines gewissen hohen Grades kann sich Institutionalisierung auch unabhängig von besonderen Herausforderungen des öffentlichen Gesundheitswesens weiter verstärken. Die kommenden Jahre werden zeigen, ob die HIV/AIDS-Epidemie mit einem solchen qualitativen Sprung einhergeht.

LITERATURVERZEICHNIS

- BAG Bull/Bull OFSP. AIDS. 1983 (14): 164-6 vom 14.4.1983.
Colera in Peru. Weekly Epidemiological Record, 1991 (20):141-5.
DRUEY, Michael 1979. The Return of the Plague. British Society and the Cholera 1831-32. Dublin, Gill and Macmillan.
ELIAS, Norbert 1976. Der Prozess der Zivilisation. 2.A., Frankfurt/M, Suhrkamp.
EVANS, Richard J. , 1990. Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830-1910. Reinbek, Rowohlt.
INSTITUTO DE SALUD CARLOS III: Cólera en las Americas. Boletín Epidemiológico Semanal, No. 1883 (7/1991): 49-51.
LÉCA, Ange-Pierre 1982. Et le choléra s'abattit sur Paris 1832. Paris, Albin Michel..
McNEILL, William H. 1977. Plagues and People. Oxford, Basil Blackwell.
SOMAINI, Bertino 1984. AIDS in der Schweiz. Schweiz. med. Wochenschr., 114: 538-44.

Adresse des Verfassers:

Josef Estermann, Bundesamt für Gesundheitswesen,
Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten
CH - 3097 Bern - Liebefeld

MILIEU DE VIE ET PERSONNALITÉ : QUELS SONT LES FACTEURS QUI PROTÈGENT LES PRÉ-ADOLESCENTS DU STRESS ?

Monique Bolognini, Bernard Plancherel, Rafael Núñez et Walter Bettschart
Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Lausanne

1. Introduction

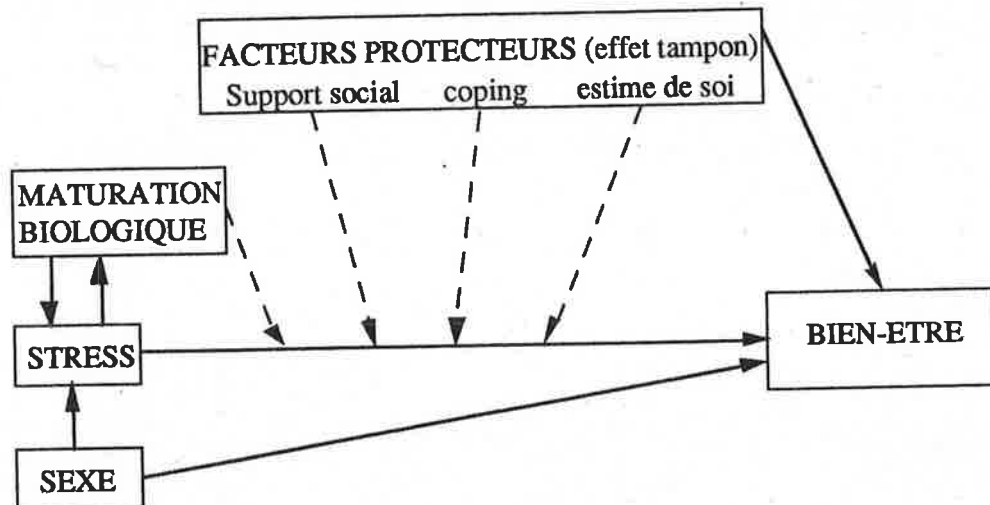
Le passage de l'enfance à l'adolescence a été décrit en général comme une période stressante : changement physique dû à la puberté, orientation scolaire, développement de nouveaux rôles, nouvelles relations avec les parents et les copains. La pré-adolescence se caractérise ainsi par des événements existentiels particuliers, mais aussi par des stressseurs et ennuis quotidiens qui lui sont propres, et qui demandent aux jeunes un réajustement. Afin de mesurer les changements qui surviennent durant cette période, nous avons choisi d'entreprendre une étude longitudinale.

De nombreuses recherches (Choquet et Menke, 1987; Roos et Cohen, 1987; Wagner et Compas, 1990; Siddique et d'Arcy, 1984; Bolognini et al., 1989) concernant l'adolescence mettent en évidence des réponses très différenciées, entre filles et garçons, dans la manière dont ils gèrent les pressions externes (rôles sociaux et sexuels) et les pressions internes (puberté). Nous postulons que les signes précurseurs de ces réponses différenciées apparaissent à la pré-adolescence. Ces réponses dépendront de facteurs de personnalité, de facteurs familiaux et psycho-sociaux (estime de soi positive ou négative, support social favorable ou défavorable).

Plusieurs modèles différents de relations entre stress, facteurs protecteurs et santé ont été proposés, qui font référence à des stressseurs divers, à plusieurs types de facteurs protecteurs et à différents symptômes ou troubles psychologiques. On peut distinguer deux principaux modèles : le modèle de l'effet principal («main effect»), qui postule que le réseau social ainsi que la perception positive de soi procure un effet bénéfique, que le sujet ait ou non vécu un événement stressant. L'autre modèle, celui de l'effet tampon («buffering effect»), postule que l'impact des événements de vie sur la santé est atténué lorsque le support social est élevé et/ou que le sujet a une bonne estime de soi. Dans notre étude ces facteurs sont considérés comme «facteurs de protection» pour le pôle

positif et comme «facteurs de vulnérabilité» pour le pôle négatif (cf. fig. 1, modèle).

Figure 1
Santé psychique et facteurs protecteurs à la pré-adolescence



L'estime de soi se réfère à six dimensions relatives aux compétences scolaires, aux compétences sportives, à la manière dont on est perçu socialement, à la relation aux pairs, au comportement et à l'estime globale (cf. Harter, 1982, 1985). Par «coping», on entend généralement l'ensemble des actions et cognitions qui permettent de tolérer, éviter ou minimiser l'effet du stress (Lazarus et Folkman, 1984). Le support social concerne le soutien qu'on reçoit des autres : on distingue le support social quantitatif ou structurel, qui se mesure par le nombre de personnes sur lesquelles on peut compter et l'aide qu'on peut en recevoir, et le support social qualitatif ou fonctionnel, qui correspond au sentiment de satisfaction qu'on a vis-à-vis des personnes de son entourage et à l'aide qu'on pense pouvoir en attendre (Heitzmann et Kaplan, 1988).

En ce qui concerne les événements existentiels, nous faisons l'hypothèse, comme d'autres auteurs (Compas, Davis, Forsythe, 1985; Cohen et Wills, 1985; Thoits, 1982), que l'influence des événements stressants sur la santé physique ou psychique peut être atténuée par l'action d'autres facteurs comme le style de «coping», le support social, l'estime de soi. Plusieurs modèles ont été élaborés pour rendre compte de l'effet de ces facteurs, les plus connus étant le modèle de l'effet «tampon» («*buffering hypothesis*») ou modèle interactionnel,

et le modèle additif. Dans le premier cas, l'effet des facteurs protecteurs se manifesterait en présence du stresser pour en atténuer l'impact, alors que dans le deuxième cas, on aurait un effet bénéfique des facteurs protecteurs qui se manifesterait de façon indépendante par rapport aux stressers.

La recherche longitudinale,¹ dont la première investigation s'est déroulée au mois de mai 1989, vise ainsi essentiellement deux objectifs : d'une part, une étude épidémiologique prospective de la pré-adolescence comme phase de changements adaptatifs, d'autre part, une analyse des facteurs de stress et des réponses somatiques et psychiques fournies par les garçons et les filles durant cette période. Le présent article se propose de décrire les caractéristiques propres à la pré-adolescence et d'étudier de manière plus approfondie les relations entre le stress et les facteurs protecteurs.

2. Population

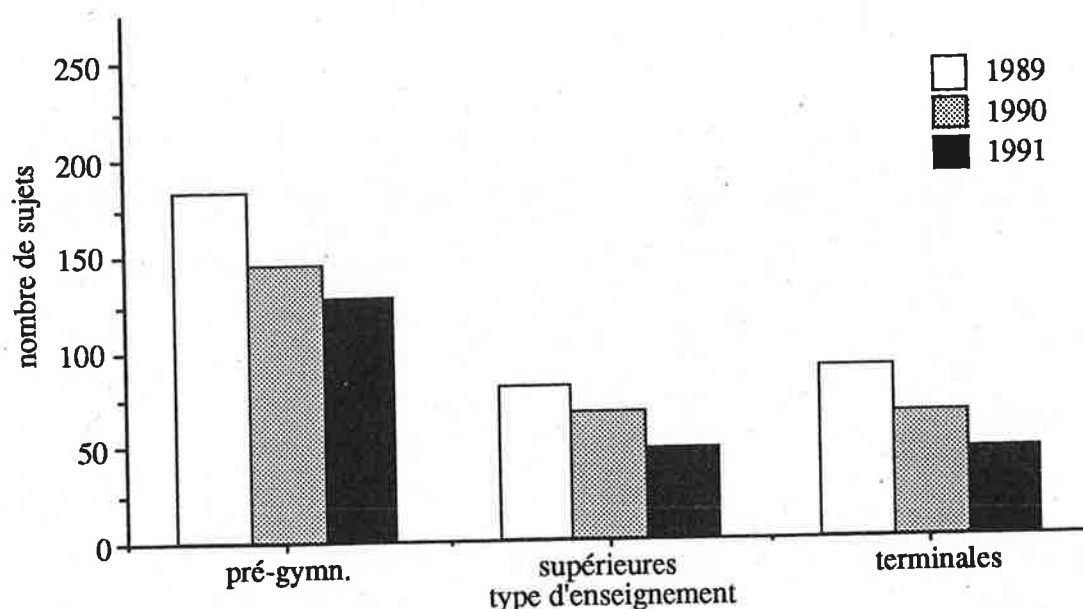
Nous avons choisi un échantillon de jeunes suivant le programme scolaire de 6ème année, dans des écoles lausannoises. La diversité des milieux socio-culturels et des orientations scolaires a été prise en compte avec le choix de deux établissements scolaires, l'un localisé à l'ouest, avec une prédominance de population appartenant à un milieu social modeste, l'autre à l'est de la ville, avec une population plus privilégiée au plan socio-culturel. Trois écoles privées ont également été associées à l'étude.

Au total, 353 élèves (185 garçons et 168 filles) provenant de 21 classes de 6ème année (âge moyen : 12 ans et demi) ont participé à la première passation, en mai 1989. Une année plus tard, 276 élèves (138 garçons et 138 filles) ont pu être revus; ils étaient 219 (108 garçons et 111 filles), en mai 1991, à participer à la troisième passation. La déperdition est relativement importante en raison de la démarche choisie, garantissant l'anonymat des sujets mais ne permettant pas de suivre des élèves qui auraient échoué ou quitté l'établissement entre 1989 et 1991.

Ainsi, la cohorte est légèrement modifiée par rapport à sa composition initiale et comporte un peu moins de garçons, d'élèves provenant des écoles privées et des classes terminales à option. La figure 2 présente la répartition des sujets par type d'enseignement.

¹ Recherche subventionnée par le Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique, réf. 3.891.0.88.

Figure 2
Répartition selon le type d'enseignement



3. Méthode

Les informations ont été recueillies auprès des pré-adolescents au moyen de questionnaires – pour la plupart traduits de l'anglais et préalablement validés – remplis en classe par les jeunes eux-mêmes.

La santé physique et psychique des sujets a été évaluée au moyen d'un questionnaire SANTE élaboré par nos soins (Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, 1989). La partie psychologique de ce questionnaire est constituée de plusieurs items se rapportant à l'humeur du sujet. Chaque item a la forme d'une échelle à plusieurs niveaux, le sujet devant mettre une croix sur le degré qu'il juge le plus adéquat. Une analyse factorielle de ces items a permis de constituer quatre dimensions de la santé psychique se rapportant à l'anxiété, aux troubles du sommeil, à la dépressivité et aux troubles fonctionnels.

Un questionnaire sur les événements de vie, le JHLES (*Junior High-School Life Experiences Survey*) de Swearingen et Cohen (1985), permet de faire la somme des événements stressants vécus durant la dernière année. Ce questionnaire est constitué de 39 items se rapportant aux événements importants que peuvent vivre des pré-adolescents ou des adolescents et qui touchent leur vie familiale ou leur vie scolaire.

Le «coping» a été mesuré au moyen du questionnaire de Patterson et McCubbin (1983), A-Cope (*Adolescent Coping Orientation for Problems Experiences*). Cet instrument a été conçu dans le but d'identifier les conduites que les adolescents trouvent utiles pour résoudre des problèmes ou des situations difficiles. Le questionnaire comporte 54 questions auxquelles le jeune doit répondre, en indiquant s'il a usé de la stratégie proposée «la plupart du temps», «souvent», «parfois», «presque jamais» ou «jamais».

L'estime de soi est évaluée par le questionnaire "What I am like" créé par S. Harter (1982, 1988). La version francophone de 1982 de cet instrument a été validée par B. Pierrehumbert et al. (1987) dans une étude portant sur une population d'enfants et de pré-adolescents.

Enfin, le support social a été mesuré au moyen du questionnaire SS-A (*Social Support Appraisals*) élaboré par A. Vaux (1981, 1988). Il s'agit d'un instrument comportant 23 items évaluant la manière dont le sujet se sent apprécié, estimé et intégré dans sa famille, parmi ses amis et dans son entourage.

4. Résultats

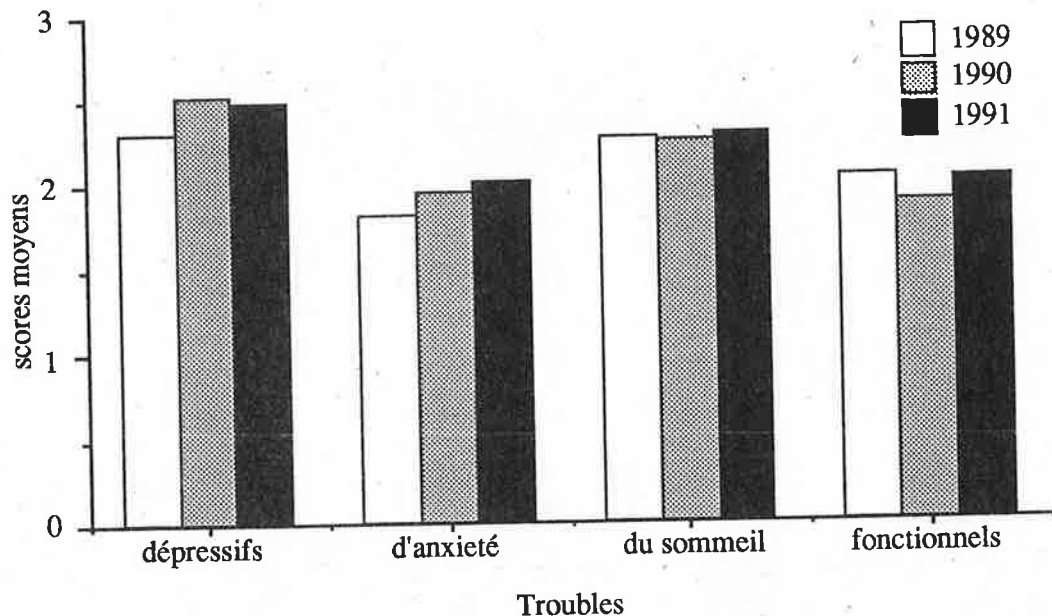
L'analyse des résultats présentée ci-après porte sur 219 sujets qui ont participé aux trois évaluations successives en 1989, 1990 et 1991.

4.1 Santé psychique

Trois catégories de troubles psychiques ont été prises en considération : les troubles dépressifs, les troubles du sommeil, et l'anxiété. Les troubles fonctionnels, incluant les maux de ventre et les maux de dos, ont également été évalués.

La comparaison des valeurs observées en 1989, 1990 et 1991 montre que, pour tous les troubles, l'évolution est peu marquée. Les filles ont des scores légèrement plus élevés que les garçons, notamment en ce qui concerne les troubles dépressifs, en augmentation par rapport à 1989. Pour l'anxiété, on observe une augmentation du score chez les filles et une diminution chez les garçons. Il n'y a pas d'évolution pour les troubles fonctionnels, pas de différence selon le sexe ni d'évolution pour les troubles du sommeil (cf. fig. 3).

Figure 3
Troubles psychiques 1989-1991



4.2 Événements existentiels

L'évaluation des événements existentiels a été effectuée à partir d'une liste de 39 événements vécus durant la dernière année, les événements étant jugés comme ayant une incidence positive, négative ou aucune incidence. Les événements cités sont à peu près comparables dans leur fréquence en 1989, 1990 et 1991 (cf. tableau 1) : sur les dix événements cités le plus fréquemment sept le sont aux temps 1, 2 et 3. Il y a donc une certaine constance des événements vécus à la pré-adolescence, qu'il s'agisse d'événements positifs comme la rencontre d'un nouveau camarade, ou d'événements négatifs, tels le décès d'un grand-parent ou la séparation d'un ami proche. Néanmoins, certains événements apparaissent plus souvent en 1991 qu'en 1989, notamment les menaces de suspension à l'école, la consommation d'alcool ou de drogues, les disputes avec les parents; d'autres sont mentionnés moins souvent, l'obtention d'une distinction à l'école, le redoublement, le déménagement, le divorce ou la séparation des parents.

Tableau 1
Evénements existentiels 1989-1991

Item No	Pourcentage d'occurrence			Contenu de l'item
	1989 (N = 338) Age: 12.5	1990 (N = 276) Age: 13.5	1991 (N = 219) Age: 14.5	
1	6.5	2.9	1.4	naissance soeur/frère
2	4.7	5.8	9.6	suspension de l'école
3	27.8	33.7	37.4	séparation ami(e)
4	79.0	68.2	69.4	nouveau camarade
5	30.5	19.9	21.0	séparation camarade proche
6	6.2	7.6	7.8	mort ami(e) proche
7	26.0	20.6	9.1	distinction à l'école
8	25.7	35.1	39.7	sortie avec petit(e) ami(e)
9	5.9	5.5	4.1	malade ou blessé(e)
10	7.1	4.7	6.4	père/mère malade ou blessé(e)
11	4.1	4.0	4.1	frère/soeur malade ou blessé(e)
12	39.6	7.2	10.5	changement d'école
13	3.0	4.7	8.2	commencé à boire ou drogue
14	15.7	16.0	16.9	nouvelle personne dans famille
15	39.6	27.9	31.1	admission dans importante activité
16	5.6	6.6	12.8	pas admis(e) dans importante activité
17	4.4	2.9	4.6	père/mère perdu travail
18	20.1	13.4	11.4	perdu animal préféré
19	2.4	0.8	2.7	fait une fugue
20	18.6	7.7	7.3	redoublé
21	5.6	4.7	6.4	frère/soeur gros problèmes
22	24.3	20.0	19.6	appareil dentaire ou lunettes
23	5.3	2.8	1.4	agressé(e) ou volé(e)
24	2.4	1.8	1.4	membre famille violenté
25	4.4	3.2	4.1	père/mère remarié(e)
26	23.1	15.6	16.0	réussite personnelle
27	0.9	0.0	0.5	mort mère/père
28	0.6	0.4	0.5	mort frère/soeur
29	24.0	18.4	21.0	mort grand-père/grand-mère
30	17.8	28.5	37.4	dispute avec parents
31	14.2	15.9	19.6	moins disputé avec parents
32	6.5	8.3	10.0	problèmes d'argent
33	3.8	4.3	3.7	frère/soeur parti(e)
34	14.2	18.9	17.4	mère/père plus souvent hors de la maison
35	11.8	7.6	4.1	déménagement
36	8.3	8.3	12.8	parents se disputent davantage
37	14.2	12.0	11.4	parents se disputent moins
38	8.6	6.1	4.1	divorce ou séparation des parents
39	12.7	5.8	5.0	membre d'un groupe religieux

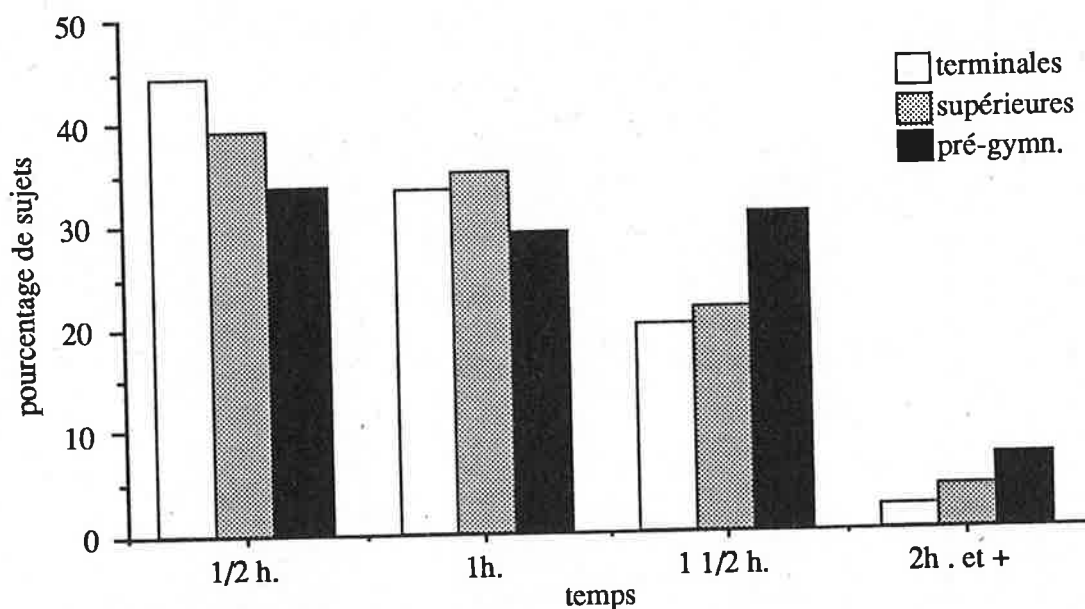
4.3 Données scolaires

Quelques informations relatives à la vie scolaire ont été recueillies : le temps consacré aux devoirs, le fait de manquer l'école volontairement, le fait d'avoir des heures d'arrêt, le plaisir d'aller à l'école.

Le temps utilisé pour les devoirs varie en fonction de l'orientation scolaire (cf. fig. 4). Pour l'année 1991, la proportion des élèves disant passer une heure et demie et plus à leurs devoirs chaque jour est de 37.5% pour les pré-gymnasiales, et demie et plus à leurs devoirs chaque jour est de 37.5% pour les pré-gymnasiales, respectivement de 26% pour les élèves des classes supérieures et de 22.2% pour ceux des classes terminales à option. On constate ainsi que les élèves consacrent proportionnellement plus de temps à leurs devoirs lorsque les exigences sont plus élevées et inversement.

Figure 4

Temps consacré aux devoirs en 1991



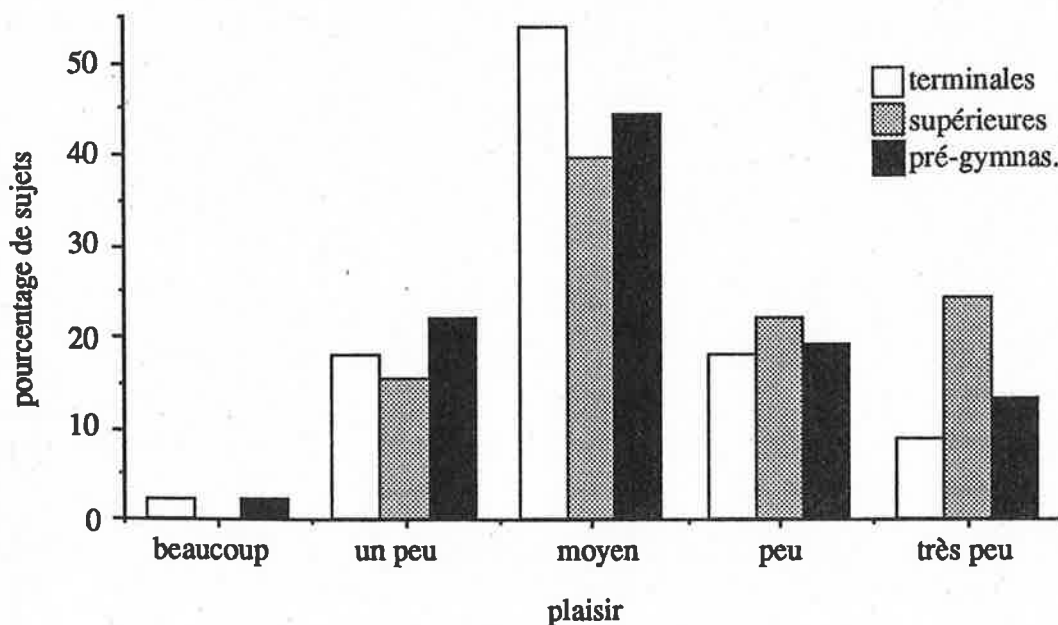
En comparant les données 1989, 1990 et 1991, on observe une évolution, les élèves ayant tendance à consacrer moins de temps à leurs devoirs en 7ème et en 8ème année qu'en 6ème année. Il est intéressant de relever que les filles, qui ont la réputation d'être plus «scolaires» consacrent en moyenne plus de temps à leurs devoirs que les garçons.

Le fait de manquer volontairement l'école tend à augmenter de 1989 à 1991 : cette évolution est plus marquée chez les filles qui sont plus nombreuses à mentionner manquer l'école volontairement de temps en temps ou souvent que les garçons. Il y a également une augmentation des heures d'arrêt, mais avec une proportion plus élevée de garçons que de filles indiquant que cela leur est arrivé de temps en temps, voire souvent.

La question a été posée aux élèves de savoir s'ils avaient du plaisir à aller à l'école. On peut s'attendre à ce que les élèves qui ont choisi une orientation plus exigeante, qui sont donc les plus « scolaires », manifestent plus de plaisir à y aller. Les réponses des élèves démentent cette hypothèse (cf. fig. 5) : ce sont les élèves des classes supérieures qui sont le moins enthousiastes. Par ailleurs, une comparaison avec les données recueillies en 6ème, 7ème et 8ème année montre que le plaisir d'aller à l'école a tendance à diminuer d'une manière relativement importante.

Figure 5

Plaisir d'aller à l'école selon l'orientation (1991)

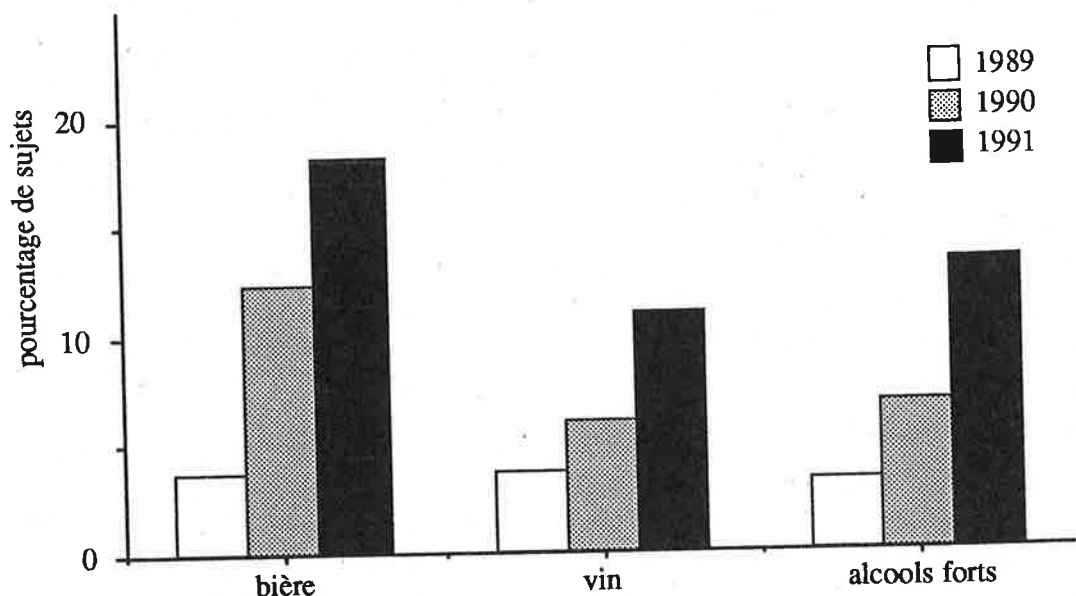


4.4 Consommation d'alcool, de tabac et de médicaments

La consommation d'alcool, de bière, de vin et d'alcools forts est nettement inférieure chez les filles. En revanche, aucune différence n'est constatée selon l'orientation scolaire. Enfin, si l'on compare les données recueillies en 1989, 1990 et 1991, on observe une augmentation importante de la consommation d'alcool, tant pour la bière, le vin que pour les alcools forts (cf. fig. 6).

Figure 6

Evolution de la consommation occasionnelle d'alcool (1989-91)



La consommation de cigarettes est équivalente entre filles et garçons; en 1991, 19.2% des jeunes disent qu'ils fument de temps en temps. Des différences apparaissent selon l'orientation scolaire : la proportion de fumeurs est d'un tiers en terminales, de 20% en classes supérieures et de 14% en pré-gymnasiales. L'augmentation de la consommation de tabac entre 1989 et 1991 est relativement importante, passant de 7.3% à 19.2%.

La consommation de médicaments, prescrits ou non par un médecin, apparaît très modeste : 4.1% pour des problèmes de fatigue, 3% pour les troubles du sommeil, 1.4% pour des problèmes de nervosité. Elle est en revanche plus importante pour des problèmes de maux de tête (30%). On n'observe pas d'augmentation de la consommation de médicaments entre 1989 et 1991 et les différences entre filles et garçons sont peu importantes.

4.5 Relations entre événements existentiels et santé

La mise en relation des événements existentiels avec les variables concernant la santé met en évidence des différences selon le type d'enseignement et le sexe : le fait d'avoir vécu des événements perçus comme négatifs est différenciellement associé à la fréquence des troubles.

Globalement, pour les trois années, on observe des corrélations significatives entre les événements négatifs et la santé psychique, troubles dépressifs, anxiété, troubles du sommeil et troubles fonctionnels. Les valeurs des corrélations sont relativement stables, avec une tendance à augmenter pour les troubles du sommeil (cf. tableau 2).

Tableau 2
Corrélations entre événements négatifs et santé psychique

	Evénements négatifs					
	Garçons (N = 108)			Filles (N = 111)		
	1989	1990	1991	1989	1990	1991
Anxiété	.16*	.11	.13	.31**	.27*	.29**
Troubles dépressifs	.09	.22*	.16*	.46**	.33**	.31**
Tr. du sommeil	.19*	.17*	.26*	.20*	.28**	.30**
Tr. fonctionnels	.23**	.22**	.27**	.27**	.32**	.25**

* $p < .05$, ** $p < .01$

On constate que les résultats varient selon le sexe et l'orientation scolaire. D'une part, les corrélations sont systématiquement plus élevées pour les filles que pour les garçons; d'autre part, des différences sont observées selon l'orientation scolaire : pour les élèves des classes terminales, les événements négatifs auraient une incidence particulièrement marquée sur les troubles dépressifs ($r = .52$) et sur l'anxiété ($r = .47$) en 1991. Pour les élèves des classes supérieures, le stress influencerait sur les troubles du sommeil (1989 $r = .41$; 1991 $r = .47$) alors que l'anxiété serait associée au stress en 1989 ($r = .62$) et en 1990 ($r = .31$). Pour les élèves de la division pré-gymnasiale, les corrélations sont marquées et plutôt stables entre 1989 et 1991, tant pour les troubles dépressifs

que pour les troubles du sommeil (respectivement $r = .22$ et $r = .24$) alors qu'elles tendent à augmenter pour l'anxiété.

Le fait que les mises en relation entre événements existentiels et santé psychique donnent des résultats si divers confirme ce qui avait déjà été décrit dans d'autres travaux utilisant les mêmes instruments. Par ailleurs, conformément à l'une des hypothèses de notre recherche, il convient de tenir compte, dans la relation entre événements existentiels et santé psychique, du rôle joué par des facteurs protecteurs ou des facteurs de vulnérabilité.

4.6 *Estime de soi, support social et «coping»*

Trois questionnaires différents ont été utilisés pour évaluer les trois facteurs pris en compte, l'estime de soi, le support social et le «coping». Le premier questionnaire a été soumis en 1989 et 1991, le deuxième en 1990 et le troisième en 1990 et 1991. Selon notre hypothèse, ces trois facteurs influent directement sur la santé psychique (effet direct) ou agissent comme «effet-tampon» dans la relation stress-santé psychique. En l'occurrence, on parle d'«effet-tampon» lorsqu'on considère l'effet des facteurs protecteurs non pas directement sur la santé mais comme effet modérateur dans la relation entre stress et santé.

L'échelle d'*estime de soi* comprend plusieurs sous-échelles : apparence physique, compétences scolaires, acceptation sociale, compétences sportives, conduite, ainsi que l'estime plus globale «valeur propre». Une analyse des corrélations entre les résultats obtenus en 1989 et 1991 montre que l'estime de soi reste relativement stable dans le temps. Les corrélations varient de $r = .40$ pour la sous-échelle «conduite» à $r = .61$ pour la sous-échelle «compétences sportives». Les différentes dimensions de l'estime de soi ont été mises en relation avec les quatre sphères de la santé psychique. Les tableaux 3a et 3b fournissent les résultats concernant les relations observées en 1989 et 1991.

D'une manière générale, on observe qu'une estime de soi positive a un effet protecteur plus marqué pour les garçons que pour les filles en 1989 et plus marqué pour les filles que pour les garçons en 1991. En 1989, certaines sous-échelles, telle celle relative aux compétences sportives, ou la sous-échelle «conduite» pour les filles, n'ont pas d'effet significatif sur la santé psychique. En 1991, on observe que l'effet protecteur est plus important, tant pour les filles que pour les garçons. Il se vérifie pour toutes les sous-échelles, systématiquement pour les troubles dépressifs, avec quelques exceptions pour l'anxiété et les troubles du sommeil, et plus rarement pour les troubles fonctionnels.

Quant à l'«effet-tampon», qui protège le sujet lorsqu'il a vécu des événements existentiels négatifs, il est peu évident et varie à la fois dans le temps et selon le

Tableau 3a
Estime de soi et santé psychique (scores moyens) : filles

		1989				1991			
		Anxiété	Troubles dépressifs	Troubles du sommeil	Troubles fonctionnels	Anxiété	Troubles dépressifs	Troubles du sommeil	Troubles fonctionnels
Apparence	«bas» ¹⁾	1.97	2.53	2.27	2.15	2.05	2.72	2.37	2.29
	«haut»	1.90	2.55	2.20	2.03	1.85	2.17**	2.18	2.09
Compétences sportives	«bas»	1.95	2.53	2.25	2.15	2.16	2.75	2.46	2.35
	«haut»	1.90	2.56	2.20	1.98	1.76**	2.20**	2.12*	2.00*
Conduite	«bas»	1.96	2.58	2.29	2.28	2.22	2.78	2.46	2.25
	«haut»	1.91	2.50	2.20	1.95	1.69**	2.16**	2.10**	2.10
Ecole	«bas»	1.96	2.64	2.36	2.06	2.13	2.67	2.40	2.28
	«haut»	1.91	2.42**	2.10**	2.15	2.74**	2.22**	2.13*	2.04
Social	«bas»	2.04	2.62	2.26	2.14	2.12	2.68	2.39	2.20
	«haut»	1.80	2.43	2.21*	2.05	1.78*	2.23**	2.16	2.14
Valeur propre	«bas»	2.07	2.64	2.40	2.25	2.23	2.80**	2.46	2.28
	«haut»	1.80	2.42*	2.07*	1.94	1.58**	2.02**	2.03**	2.02

* p < .05

** p < .01

1) La répartition des sujets des 2 sous-groupes «haut» et «bas» a été faite à partir de la médiane

Tableau 3b
Estime de soi et santé psychique (scores moyens) : garçons

		1989				1991			
		Anxiété	Troubles dépressifs	Troubles du sommeil	Troubles fonctionnels	Anxiété	Troubles dépressifs	Troubles du sommeil	Troubles fonctionnels
Apparence	«bas» ¹⁾ «haut»	2.13 1.67**	2.57 2.33*	2.46 1.93*	2.21 1.76**	1.83 1.65	2.43 2.11**	2.44 2.10*	2.10 1.70*
Compétences sportives	«bas» «haut»	1.87 1.85	2.44 2.42	2.26 2.08	2.25 1.78*	1.83 1.65	2.44 2.10**	2.37 2.13	2.08 1.70*
Conduite	«bas» «haut»	1.92 1.78	2.52 2.32*	2.21 2.08	2.01 1.77*	1.87 1.60*	2.37 2.12	2.43 2.08**	2.12 1.64**
Ecole	«bas» «haut»	1.97 1.72	2.50 2.34	2.22 2.07	2.12 1.74*	1.87 1.57*	2.34 2.12*	2.40 2.06**	2.01 1.69*
Social	«bas» «haut»	1.90 1.79	2.53 2.29**	2.29 1.97**	2.11 1.73*	1.78 1.63	2.35 2.07**	2.30 2.13	1.89 1.79
Valeur propre	«bas» «haut»	2.09 1.67**	2.57 2.31**	2.33 2.01*	2.16 1.77*	1.86 1.62	2.41 2.11**	2.36 2.14	2.02 1.73

* p < .05

** p < .01

1) La répartition des sujets des 2 sous-groupes «haut» et «bas» a été faite à partir de la médiane

sexe. En 1989, il n'apparaît que par rapport à l'anxiété, diminuée chez les filles qui ont de bonnes compétences sportives et chez les garçons qui se disent satisfaits de leur apparence et de leurs compétences scolaires. En 1991, on n'observe pas d'«effet-tampon».

Le *support social* a été mesuré au moyen d'un questionnaire d'auto-évaluation sur la manière dont le jeune perçoit le soutien que lui apportent ses parents, ses amis et les gens d'une manière plus générale. Le tableau 4 présente les scores moyens.

On constate que le support social a un effet direct sur la santé psychique, les différences observées entre les sujets qui ont un score haut et ceux qui ont un score bas sur l'échelle du support social étant toutes statistiquement significatives, à l'exception des troubles fonctionnels chez les filles en 1990. Les différences entre 1990 et 1991 sont peu marquées. Quant à l'«effet-tampon» du support social entre stress et santé, il ne se vérifie que chez les garçons : en 1990, l'effet de protection intervient tant pour l'anxiété et pour les troubles dépressifs que pour les troubles du sommeil (cf. fig. 7); en 1991, on observe que le support social les protège seulement des troubles du sommeil.

Le «*coping*» a été évalué au moyen d'un questionnaire soumis aux adolescents en 1990. A partir d'une analyse factorielle, 8 facteurs ont été mis en évidence : le développement du support social, l'extériorisation des sentiments négatifs, la résolution des problèmes familiaux, la confiance en soi, l'humour, la diversion, l'engagement dans des activités, les conduites d'évitement (alcool, tabac). On constate que les filles ne font pas face de la même manière que les garçons, qu'elles privilégient notamment les investissements relationnels, la confiance en soi ainsi que le développement des sentiments négatifs. De leur côté, les garçons usent plus fréquemment du sens de l'humour.

La mise en relation du «*coping*» avec les quatre sphères de la santé psychique montre qu'il y a un effet négatif et/ou positif des modes de «faire face» (cf. tableaux 5a et 5b). L'extériorisation des sentiments négatifs corrèle avec toutes les sphères de la santé psychique, tant pour les filles que pour les garçons. Concernant les autres modes de «*coping*», on constate que les corrélations sont plus marquées chez les filles que chez les garçons, notamment pour les modes de «faire face» positifs, en relation inverse avec l'anxiété, et les troubles dépressifs (notamment la confiance en soi, les relations sociales, l'engagement dans des activités, le sens de l'humour). Quant à l'«effet-tampon», il n'est pas vérifié.

Tableau 4
Support social et santé psychique (scores moyens)

	1990				1991			
	Anxiété	Troubles dépressifs	Troubles du sommeil	Troubles fonctionnels	Anxiété	Troubles dépressifs	Troubles du sommeil	Troubles fonctionnels
Garçons								
Support social								
- «bas» ¹⁾	2.05**	2.54**	2.28*	2.02**	1.83*	2.33*	2.38**	2.08**
- «haut»	1.63**	2.30**	2.00*	1.58**	1.58*	2.11*	2.05**	1.57**
Filles								
Support social								
- «bas» ¹⁾	2.16**	2.69**	2.47**	2.03	2.20**	2.76**	2.45**	2.46**
- «haut»	1.77**	2.43**	2.07**	1.86	1.77**	2.23**	2.15*	1.93**

* p < .05

** p < .01

1) La répartition des sujets des 2 sous-groupes «haut» et «bas» a été faite à partir de la médiane

Figure 7
Effet tampon du support social (1990)

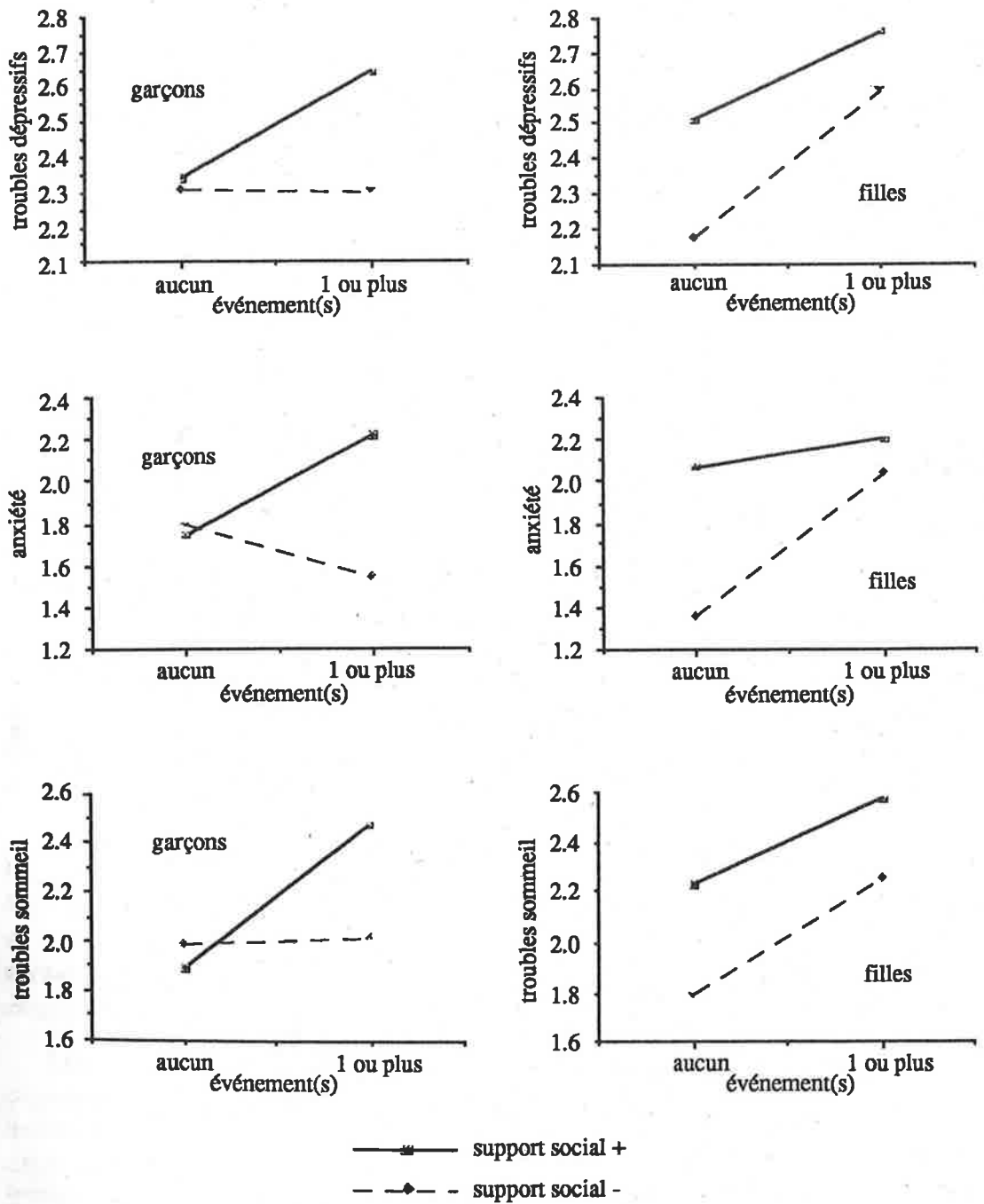


Tableau 5a
Stratégies de «coping» et santé psychique : garçons (1990)

	Anxiété	Tr. dépressifs	Tr. du sommeil	Tr. fonctionnels
Coping «négatif»				
– extériorisation de sentiments négatifs	.24**	.21**	NS	.21*
– évitement	NS	NS	.17*	.24*
– diversion	NS	NS	NS	.17*
Coping «positif»				
– investissement des relations familiales	NS	-.24**	NS	-.18*
– avoir de l'humour	NS	-.16*	NS	NS
– confiance en soi	NS	NS	NS	.17*

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tableau 5b
Stratégies de «coping» et santé psychique : filles (1990)

	Anxiété	Tr. dépressifs	Tr. du sommeil	Tr. fonctionnels
Coping «négatif»				
– extériorisation de sentiments négatifs	.19*	.26**	.27**	.17*
– diversion	NS	NS	NS	.18*
Coping «positif»				
– confiance en soi	-.16*	-.27**	NS	NS
– investissement des relations familiales	-.21*	-.17*	NS	NS
– avoir de l'humour	-.16*	-.32**	NS	NS
– s'engager dans des activités	NS	-.22*	NS	NS

* $p < .05$, ** $p < .01$

5. Discussion

Un certain nombre de résultats concernant l'école ne vont pas dans la direction attendue. Il paraît évident que les élèves des sections plus exigeantes consacrent plus de temps à leurs devoirs, de même que les filles en général, quelle que soit l'orientation, se montrent plus studieuses. En revanche, on peut s'étonner que les élèves consacrent moins de temps à travailler en dehors du temps scolaire en 8ème année qu'en 6ème année, alors qu'il est bien connu que les exigences scolaires tendent à augmenter avec l'âge. Il est également surprenant que l'augmentation – entre 1989 et 1991 – de l'absentéisme scolaire volontaire soit plus marqué chez les filles que chez les garçons. Est-ce le fait que les filles l'avouent plus volontiers ? Ou sont-elles devenues moins «sages» depuis que l'école est mixte et les conditions de scolarité plus semblables ? Ce phénomène serait à vérifier pour les années ultérieures.

Quant au plaisir d'aller à l'école, on ne s'étonnera pas qu'il diminue au fur et à mesure que les jeunes avancent dans leur scolarité, et peut-être surtout à l'entrée dans l'adolescence où d'autres plaisirs entrent en concurrence avec celui d'étudier. Cependant, comment expliquer le fait que les élèves de la division la moins «scolaire», la division terminale, ne disent pas en moyenne avoir moins de plaisir que les élèves de la division pré-gymnasiale, qui ont précisément choisi la voie des études longues ? Enfin, les élèves de la division supérieure, réputés les plus «dociles» et «cadrés» sont précisément ceux qui auraient le moins de plaisir à l'école, la différence avec les autres divisions étant marquée en 1990 et 1991. Ces résultats méritent réflexion, si l'on admet que le plaisir est une motivation essentielle à l'apprentissage et que, paradoxalement, les jeunes qui ont choisi d'étudier n'en ont pas plus que ceux qui entreront plus tôt dans la vie active.

Les données sur la consommation d'alcool et de tabac ne révèlent rien de très nouveau, l'augmentation de la dépendance étant une caractéristique propre à la pré-adolescence. La consommation de médicaments semble peu habituelle et relativement faible. Mais comme ce n'était pas le point important de notre recherche, ces résultats obtenus à partir de quelques questions ne peuvent donner lieu à une interprétation plus approfondie.

Les événements existentiels jouent certainement un rôle dans la santé psychique des pré-adolescents, comme en témoignent les corrélations que nous avons trouvées entre le nombre d'événements négatifs vécus et le niveau de dépression, d'anxiété, de troubles du sommeil et de troubles fonctionnels. Cet impact est cependant très limité si l'on considère le groupe dans son ensemble. Nous avons en fait obtenu des résultats assez semblables à ceux d'autres

chercheurs (Sarason et al. 1983; Sterling et al. 1985; Turner 1983; Wertlieb et al. 1987), qui en ont conclu que, tandis que certains enfants réagissent à des événements existentiels avec des difficultés d'adaptation, d'autres ne semblent pas être affectés négativement par ces événements.

En ce qui concerne les facteurs que nous appelons protecteurs, nous avons trouvé une relation directe importante de ces facteurs avec le bien-être psychique. Comme on pouvait s'y attendre, le fait d'avoir une bonne estime de soi, de se sentir reconnu et aidé par son entourage, et de réagir aux problèmes avec des stratégies plus actives que passives, va de pair avec peu de troubles dépressifs, d'anxiété, de troubles du sommeil et de troubles fonctionnels. Il faut souligner que ces trois facteurs ne sont pas indépendants. Ainsi, une part importante des stratégies de «coping» consiste à rechercher et à développer un support social. De même, l'estime de soi aussi est liée au support social.

L'explication de l'estime de soi se réfère à deux théories anciennes : celle de William James qui définit l'estime de soi comme le rapport que les sujets font entre leurs performances dans certains domaines et l'importance qu'ils accordent à ces derniers. Ainsi, une grande divergence entre les deux provoque une basse estime de soi. Selon la théorie de Cooley par contre, l'estime de soi est expliquée par la perception qu'a le sujet de ce que les autres, surtout ceux qu'ils considèrent comme importants, pensent de lui (théorie du «looking glass self»). Les deux théories ne sont pas contradictoires. Chez les adolescents, on constate généralement que l'estime de soi s'accroît avec l'âge, lorsque l'adolescent montre moins de désaccord entre ses idéaux et la perception de ses compétences. Il devient alors plus réaliste. Mais on constate aussi qu'avec un meilleur support social, il y a une meilleure estime de soi.

Concernant le support social, les tableaux 3 montrent clairement qu'il y a une relation avec les troubles psychiques, à savoir que lorsque le support social est bas, la probabilité de l'occurrence de troubles, qu'il s'agisse d'anxiété, de troubles dépressifs ou de troubles du sommeil, augmente. Ces résultats concordent avec ceux trouvés dans d'autres recherches par Åro (1989), Dubow et Tisak (1989). Il convient de relever à ce propos que l'effet principal du support social est surtout observé en relation avec un support social structurel de type intégration sociale, réseau social, qui influe sur la santé mais qui n'améliore pas nécessairement les possibilités d'agir en cas d'événements existentiels négatifs. L'instrument utilisé dans le cadre de cette étude est plutôt de type fonctionnel, mesurant les relations sociales du sujet et non pas son niveau d'intégration sociale. Il resterait à vérifier dans quelle mesure le fait de se sentir apprécié par ses proches et par ses amis est associé au fait d'avoir un réseau social et une intégration sociale positive. Selon Cohen et Wills (1983), il semblerait que l'intégration sociale et le support social fonctionnel représentent des processus

distincts à travers lesquels les ressources sociales peuvent influencer sur l'état de santé.

Si l'effet direct des facteurs se vérifie d'une manière assez systématique, en revanche, nous n'avons trouvé qu'à de rares occasions l'existence d'un effet «tampon». Tout se passe comme si le fait de vivre des événements existentiels négatifs avait le même retentissement sur les sujets, qu'ils aient ou non de bons facteurs de protection, la différence dans le bien-être psychique étant finalement due à la somme (ou différence) des deux effets et non à leur interaction. Ces résultats ne sont pas différents de ce que d'autres chercheurs ont trouvé soit dans le domaine du support social, soit dans celui du «coping».

Dans notre étude, on pourrait les expliquer par le caractère limitatif que nous avons imposé à la mesure du stress en ne retenant que les événements existentiels discrets, sans tenir compte des adversités chroniques (stresseurs et ennuis quotidiens). Chez les pré-adolescents, deux types d'adversités chroniques sont importants : ceux liés à la puberté, qui incluent à la fois un changement physique, un changement dans les relations avec les parents, l'ajustement à de nouveaux rôles sociaux, et ceux liés à l'école. Dans une recherche faite aux Etats-Unis (Greene, 1988), on avait demandé à des pré-adolescents de mentionner eux-mêmes les événements existentiels qu'ils vivaient le plus souvent ainsi que l'impact qu'ils avaient sur leur psychisme (sentiments, émotions) et sur le fonctionnement de leur vie quotidienne (école, famille, copains). On a pu constater que sur 18 des événements le plus souvent cités, 6 avaient trait à l'école, et que l'impact des événements stressants était aussi le plus élevé pour ce qui concernait la vie scolaire. On peut penser que dans notre échantillon les problèmes liés à la vie scolaire jouent aussi un rôle important.

En conclusion, nous pouvons dire que la pré-adolescence est une période importante dans la mesure où, en même temps que se produisent des changements dans le corps, commence à se mettre en place une nouvelle identité, où de nouveaux rôles doivent être assumés et de nouvelles tâches doivent être affrontées. Nous avons pu constater que les événements existentiels propres à cet âge sont une donnée qu'on retrouve dans la plupart des pays occidentaux mais leur influence n'est pas aussi importante qu'on aurait pu le prévoir. Notre étude met en évidence que les facteurs protecteurs comme l'estime de soi, le support social et les stratégies de «coping», qui sont souvent liés entre eux, semblent plus jouer le rôle de styles d'adaptation à long terme, voire de traits de personnalité, que de stratégies à court terme, s'intercalant entre le stress et le bien-être psychique (effet «tampon»). Ainsi, les pré-adolescents semblent se différencier dans leur bien-être psychique autant selon leurs ressources personnelles que par les événements existentiels qu'ils vivent ou ont vécus, et

qui sont souvent reliés à ce qu'ils sont (on peut parler parfois d'inversion de la causalité). Dans ce même contexte, il est important de noter que le lien entre le stress venant des événements existentiels et le bien-être psychique est différent selon les sous-groupes auxquels appartiennent les sujets. Il est plus grand pour les filles que pour les garçons, et il est plus grand pour les élèves des classes terminales à option. Cela renforce l'idée avancée plus haut de replacer l'étude des événements existentiels dans un contexte élargi qui tienne compte des différences entre individus et des relations plus ou moins bonnes qu'ils ont avec leur milieu de vie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ARO H., HAENNINGEN V., PARONEN O. (1989), «Social support, life events and psychosomatic symptoms among 14-16-year-old adolescents», *Soc. Sci. Med.*, 29(9), 1051-1056.
- BOLOGNINI M., BETTSCHART W., PLANCHEREL B., ROSSIER L. (1989), «From the child to the young adult : sex differences in the antecedents of psychological problems. A retrospective study over ten years», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 24, 179-186.
- CHOQUET M. & MENKE H. (1987), «Development of self-perceived risk behaviour and psychosomatic symptoms in adolescence : a longitudinal approach», *Journal of Adolescence*, 10, 291-308.
- COHEN S., WILLS T. A. (1985), «Stress, social support, and the buffering hypothesis», *Psychol. Bull.* 98 (2), 310-357.
- COMPAS B. E., DAVIS G. E., FORSYTHE C. J. (1985), «Characteristics of life events during adolescence», *Am. J. Community Psychol.*, 13, 677-691.
- DUBOW E. F., TISAK J. (1989), «The relation between stressful life events and adjustment in elementary school children : the role of social support and social problem-solving skills», *Child. Dev.*, 60, 1412-1423.
- GREENE A. (1988), «Early adolescents' perceptions of stress», *J. of Early Adol.*, 8, 391-403.
- HARTER S. (1982), «The perceived competence scale for children», *Child. Dev.*, 53, 87-97.
- HARTER S. (1985), «Competence as a dimension of self-evaluation. Toward a comprehensive model of self-worth», in LEAHY R., Ed., *The Development of the Self*, Academic Press, New York.
- HARTER S. (1988), *Manual for the self perception profile for adolescents*, University of Denver.
- HEITZMAN C. A., KAPLAN R. M. (1988), «Assessment of methods for measuring social support», *Health Psychol.*, 7, 75-109.
- LAZARUS R. S. & FOLKMAN S. (1984), *Stress, Appraisal and Coping*, Springer, New York.
- PATTERSON J. M. & McCUBBIN H. I. (1983), *A-Cope. Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences (research instrument)*, Madison, Wisconsin, University of Wisconsin.
- PIERREHUMBERT B., PLANCHEREL B., JANKECH-CARETTA C. (1987), «Image de soi et perception des compétences chez l'enfant», *Revue Psychol. appl.*, 37, 359-377.
- ROOS P. E., COHEN L. H. (1987), «Sex-roles and social support as moderators of life stress adjustment», *J. Pers. Soc. Psychol.*, 52(3), 576-585.

- SARASON I. G., LEVINE H. M., BASHAM R. B., SARASON. B. R. (1983), «Assessing social support : the social support questionnaire», *J. Pers. Soc. Psychol.*, 44(1) 127-139.
- SIDDIQUE C.-M., D'ARCY C. (1984), «Adolescence, stress and psychological well being», *J. Youth and Adol.* 13(6) 459-473.
- STERLING S., COWEN E. L., WEISSBERG R. P., LOTYCZEWSKI B., BOIKE M. (1985), «Recent stressful life events and young children's school adjustment», *Am. J. Community Psychol.*, 13, 87-98.
- SUPEA, Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (1989), Questionnaire de Santé, Lausanne, 12 p.
- SWEARINGEN E. M., COHEN L. H. (1985), «Measurement of adolescents' life events : the Junior High Life Experiences Survey», *Am. J. Community Psychol.*, 13, 1, 69-85.
- THOITS P. A. (1982), «Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as buffer against life stress», *J. Health Soc. Behav.*, 23, 145-159.
- TURNER R. J. (1983), «Direct, indirect, and moderating effects of social support on psychological distress and associated conditions», In KAPLAN H. B., Ed., *Psychosocial Stress : Trends in Theory and Research*, Academic Press, New York, 105-155.
- VAUX A., PHILIPPS J., HOLLY L., THOMSON B., WILLIAMS D., STEWART D. (1981), «The Social Support Appraisals (SS-A) scale : studies of reliability and validity», *Am. J. Community Psychol.*, 14(2), 195-219.
- VAUX A. (1988), *Social Support : Theory, Research and Intervention*, Praeger, New York.
- WAGNER B. M., COMPAS B. E. (1990), «Gender, instrumentality and expressivity : moderators of the relation between stress and psychological symptoms during adolescence», *Am. J. Community Psychol.*, 18(3), 383-406.
- WERTLIEB D., WEIGL C., FELDSTEIN M. (1987), «Stress, social support and behavior symptoms in middle childhood», *Journal of Clinical and Child Psychology*, 16, 204-211.

Adresse des auteurs :

Monique Bolognini, Bernard Plancherel, Rafael Núñez et Walter Bettschart
Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Unité de recherche,
Bugnon 25 A, CH-1005 Lausanne

REPRODUKTIONSMEDIZIN IN DER SCHWEIZ: ERGEBNISSE UND INTERPRETATIONEN EINER REPRÄSENTATIVEN BEVÖLKERUNGSBEFRAGUNG

Christoph Maeder

Soziologisches Seminar, Hochschule St. Gallen

1. Umstrittene Reproduktionsmedizin beim Menschen

Vor gerade erst 14 Jahren, am 25. Juli 1978, wurde in England die Geburt des ersten „Retortenbabies“ bekannt. Heute gelangen nur noch Fälle, wie der von Arlette Schweitzer, welche letztes Jahr in den USA im November als Leihmutter für ihre Tochter Zwillinge geboren hat (Associated Press, 1991), oder der von einer Jungfrau in England, welche ein Kind, aber keinen Mann haben möchte (Hutter, 1991), in die Schlagzeilen. Insbesondere die Verfahren der umstrittenen In-Vitro-Fertilisation (IVF), bei der die Verschmelzung der Keimzellen ausserhalb des Mutterleibes stattfindet, und der pränatalen Diagnostik haben sich auch in der Schweiz etabliert. Nach unserem Wissensstand wird an folgenden Orten IVF praktiziert: Baden, Bern, Genf, Lausanne, Locarno, Zürich.¹ Grobe Schätzungen gehen dahin, dass ungefähr 0,5%–1% der Geburten einer Alterskohorte in der Schweiz, d. h. ungefähr etwa 350 Kinder pro Jahr infolge reproduktionsmedizinischer Praktiken zur Welt kommen.² Die zunehmende

- 1 Die Aufzählung ist unvollständig, da nur öffentlich-rechtliche Kliniken darin enthalten sind. Sie genügt aber um zu zeigen, dass das reproduktionstechnische Angebot in der Schweiz flächendeckend vorhanden ist. Für den Zeitraum von 1971–88 weist ein Experte 53177 pränatale Untersuchungen aus (Müller, 1990, 324).
- 2 Diese Prozentangabe schliesst auch die Inseminationen mit ein. Sie entstammt einem Artikel eines Reproduktionsmediziners (Hagmann, 1987) und wird ohne Quelle angeführt. Häufig anzutreffen ist auch die immer wieder ohne Quellenangabe in einschlägigen Veröffentlichungen gemachte Aussage, ungefähr 10% aller Ehen blieben ungewollt kinderlos (z. B. Amstad, 1988, 6; Kanton St. Gallen, 1991, 8). In medizinischen Büchern zur Fortpflanzungsmedizin finden sich ähnliche Zahlen, so z. B. in einem Lehrbuch für Gynäkologische Endokrinologie, wo nach der Definition von Sterilität („Eine Ehe oder Partnerschaft wird als steril bezeichnet, falls die Frau nicht innerhalb von 2 Jahren bei ungeschütztem regelmässigem Geschlechtsverkehr empfängt“) ohne Quelle festgehalten wird: „In Westdeutschland sind etwa 10–15% aller Ehen steril.“ (Runnebaum, Rabe, 1987, 328). Eine Untersuchung eines Marktforschungsinstituts in Deutschland kommt zum Schluss, dass von 6,8 Millionen Paaren im reproduktionsfähigen Alter 1,46 Millionen kinderlos sind und davon wiederum 410000 ungewollt. Dies ergäbe eine Quote von ungefähr 6% ungewollt kinderlosen Paaren (Mafo-Institut, 1988, 1). Zur Problematik der Statistiken über die Reproduktionsmedizin sei auf den Schluss des Aufsatzes verwiesen.

Technisierung menschlicher Fortpflanzung führt in der Schweiz und im Ausland zu regen Auseinandersetzungen. Sie hat in der Abstimmung vom 17. Mai 1992 über den Gegenvorschlag der Bundesversammlung zur sogenannten „Beobachterinitiative“ ihren ersten politischen Höhepunkt gefunden.

Die psychologische Forschung hat sich des Themas der Reproduktionsmedizin und insbesondere der Folgen für Kinder und Paare schon relativ früh angenommen. Auch verschiedene juristische Arbeiten liegen vor. Die argumentativ-populäre Literatur dazu schwillt unübersichtlich schnell an. Über diese Techniken, welche einerseits auf die Veränderung und Erweiterung zentraler gesellschaftlicher Institutionen, wie Vaterschaft, Mutterschaft, Herkunft und Abstammung zielen und andererseits techniktheoretische Fragen aufwerfen, lag während langer Zeit nur eine empirische Arbeit aus soziologischer Perspektive vor.³ Zunehmend werden nun aber weitere empirische Fragestellungen an die gesellschaftlichen Veränderungen durch Fortpflanzungs-Technik herangetragen.⁴

2. Fragestellung und Methode

Im vorliegenden Beitrag wird mittels Daten aus einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung zu klären versucht, inwieweit in der schweizerischen Bevölkerung die normativen Orientierungen für die Diffusion dieser Techniken in den medizinischen Alltag gegeben sind. Die Frage nach den strukturellen Voraussetzungen zur Verbreitung sogenannter Hochtechnologien in einer modernen Gesellschaft wie der Schweiz bildet den Hintergrund für diese Untersuchung. Die Daten werden als Indikatoren dafür interpretiert, wo in der untersuchten Population die Grenze des problemlosen, normativen Umgangs mit einer bestimmten Technik allenfalls zu erwarten oder zumindest zu vermuten

3 Es handelt sich dabei um die bereits 1985 erschienene, empirische Arbeit „Artifizielle Reproduktion“ (Snowden & Snowden, 1985). Zur psychologischen Literatur siehe z. B. die verschiedenen Arbeiten von Cécile Ernst (Ernst, 1988a, 1988b, 1989, 1990, 1991) und Stauber (1988) und die dort zitierten Quellen. Unter juristischen Aspekten argumentieren z. B. Brückner (1987) und Jöslter (1991). Zur Techniktheorie sei verwiesen auf die Arbeiten von Wolfgang van den Daele (1985, 1988, 1989) und van den Daele, Müller-Salomon (1990). Zur Veränderung familialer Formen und Institutionen siehe Gross, Honer (1991) und Hoffman-Riem (1988).

4 Die Handlungspraktiken von Akteuren im medizinisch-biologischen Kontext (Reproduktionstechnik), die Wissensformen und Wissensproduktionskontexte (Reproduktionstechnologie) sind soziologisch noch wenig erschlossen. Das vom Nationalfonds unterstützte und zur Zeit laufende Forschungsprojekt des Soziologischen Seminars an der Hochschule St. Gallen „Das Wissen der Experten – Reproduktionsmedizin im Spannungsfeld von technischer Innovation, individuellem Hilfeersuchen und gesellschaftlichem Wertesystem“ (Gross, Honer, 1991) befasst sich mit diesen Fragekomplexen. Weiter sei an dieser Stelle auf die Gruppe um Soeffner verwiesen, welche sich ebenfalls mit Reproduktionsmedizin in soziologischer Sicht befasst (Soeffner et al., 1988).

ist. Dabei wird ein enger, aber handhabbarer Akzeptanzbegriff verwendet: Die verbale Zustimmung oder Ablehnung zu Fragen über ein bestimmtes technisches Verfahren in einem standardisierten Interview. Diese Definition von Akzeptanz ist erforderlich, da der Begriff selber uneinheitlich verwendet wird und da der Zusammenhang zwischen dem Antwortverhalten Befragter und dem tatsächlichen Handeln durchaus unklar ist.⁵ Weiter wurde die mengenmässige Wissensverteilung über Paare mit Fortpflanzungsproblemen zu erfassen versucht. Dahinter steht die Annahme, dass Kultur, zu der auch normatives Orientierungswissen gehört, Vorbedingung und Begleitschutz von technischer Entwicklung ist, und nicht wie in der Ogburnschen These (Ogburn, 1957) als reaktiv-adaptive Grösse verstanden werden sollte. Die Arbeit zielt darauf ab, parallel zu der rasanten Ausweitung technischer Optionen die Beurteilungsmöglichkeiten über die Fortpflanzungsmedizin zu erweitern, indem – im besten Fall – zusätzliches, diskursives Wissen in die Auseinandersetzungen eingeführt wird. Das hier dargestellte Bild wird als „normativer Horizont“ gegenüber den reproduktionsmedizinischen Verfahren verstanden. Es zeichnet ab, was die Befragten offenbar als Techniken zu akzeptieren bereit sind, auch wenn sie nicht notwendigerweise direkt betroffen sind. Dies ist in der Schweiz unter anderem auch deshalb von Bedeutung, weil in einer plebiszitären Demokratie ja immer wieder zu Fragen der gesetzlichen Technikregulation Stellung genommen wird und die Auseinandersetzungen über die Reproduktionstechniken mit der Stellungnahme des Soveräns im Frühjahr 1992 noch keinesfalls abgeschlossen sind. Insbesondere im Gesetzgebungsverfahren zum angenommenen Bundesverfassungsartikel ist zu erwarten, dass die Fronten entlang moralischer Technikbewertung wieder aufgebaut werden.

2.1 *Die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin – Konkretisierung der Fragen*

Eine vereinfachte Übersicht über soziale und biologische Konstellationen der heute technisch möglichen Fortpflanzungsvarianten gibt Tabelle 1.

Zunächst wurde eine Fragebatterie entlang der von den Experten häufig präsentierten Ordnung reproduktionsmedizinischer Verfahren ausgearbeitet.⁶

5 Zum Zusammenhang zwischen Sprechen und Handeln siehe: Holland, Quinn, 1987, 4 ff.

6 Solche „Ordnungen“ finden sich z. B. im Bericht der bundesrätlichen Expertenkommission (Amstad, 1988, 4–13), im Gesetz betreffend die Reproduktionsmedizin beim Menschen vom 18. Oktober 1990, Basel-Stadt, § 1 und § 2, im Grossratsbeschluss über Eingriffe in die Fortpflanzung beim Menschen (Kanton St. Gallen, 1991) und vor allem in den medizinischen Fachbüchern (z. B. Schill, Bollmann, 1986). Eine verständliche Übersicht über die technischen Varianten gibt Rennhard in seinem Artikel „Sperma vom Drachenflieger“ im Sonderdruck zur Gen- und Fortpflanzungstechnologie des Beobachters (Rennhard, 1990, 24–29).

Tabellé 1

Biologische und soziale Konstellationen bei verschiedenen Reproduktionsarten (Erklärungen im Text)

Reproduktionsart	Koitus	väterl. Genom	mütterl. Genom	Embryonalmilieu der sozialen Mutter	Herkunfts- definiton
1. Normale Zeugung	+	+	+	+	traditional
2. homologe Insemination	-	+	+	+	traditional
3. heterologe Insemination	-	-	+	+	neu
4. IVF mit Spender- samen	-	-	+	+	neu
5. IVF mit gespendetem Ei in sozialer Mutter	-	+	-	+	neu
6. IVF mit pränataler Amme; Ei- und Sa- men von sozialen Eltern	-	+	+	-	neu
7. IVF mit Eispende der Leihmutter	-	+	-	-	neu
8. IVF mit Spender- samen und -ei in sozialer Mutter	-	-	-	+	pränatale Adoption
9. IVF mit pränataler Amme mit Spen- dersamen und Spenderinnenei	-	-	-	-	pränatale Adoption
[10. Adoption eines Kindes	-	-	-	-	Adoption]

Diese beginnen gewöhnlich mit der homologen Insemination, in der die verwendeten Keimzellen von einem betroffenen, selber nicht fortpflanzungsfähigen Paar stammen. Es folgt die heterologe Insemination, bei welcher die verwendeten Keimzellen nur noch mütterlicherseits vom unfruchtbaren Paar kommen. Anschliessend werden die verschiedenen In-vitro-Techniken angeführt, bei denen das Keimmateriale vollständig ausserhalb des menschlichen Leibes entsteht und in den direkten Zugriff der Mediziner und Biologen gerät. Dabei sind homologe, väterlicherseits heterologe, mütterlicherseits heterologe und vollständig heterologe Befruchtungen möglich. Als soziale Mutter wird die Frau bezeichnet, in deren Obhut ein Kind aufwächst. Sie kann, aber muss nicht identisch sein mit der genetischen Mutter. Unter einer pränatalen Amme wird hier der Fall verstanden, in welchem eine Frau ein fremdes Ei, das ausserhalb ihres Körpers befruchtet worden ist, austrägt. Diese Frau ist keine Leihmutter im genetischen Sinn mehr. Der Terminus „Leihmutter“ bleibt hier, in Anlehnung an die „Multiplen Elternschaften“ (Gross, Honer, 1990), für den Fall reserviert, in dem die Eizelle von der Frau stammt, welche das Kind austrägt. Nicht alle in dieser Tabelle aufgezeigten Verfahren werden in der Schweiz auch durchgeführt. Sie zeigt aber die aktuelle, technische Machbarkeitsspannweite. Es wird ersichtlich, dass unter Berücksichtigung des Embryonalmilieus auch das „Adoptionsmodell“ von Elternschaft nicht mehr zur vollständigen Rückführung auf bekannte Reproduktionsmuster genügt.⁷ Mit zunehmendem Technikeinsatz entfernt man sich immer weiter vom traditionellen Fortpflanzungsarrangement, bei dem soziale und genetische Elternschaft zusammenfallen. Diese bereits als soziale Konstrukte der Mediziner vorliegenden Ordnungen wurden für den Untersuchungszweck auf die folgende Reihe reduziert: a) homologe Insemination, b) heterologe Insemination, c) In-vitro-Fertilisation mit Eispende, d) pränatale Ammenschaft („Leihmutter“). Dabei sind die Fragen nach der filiativen Linie der Herkunft als soziologisch bedeutsame Leitlinie betrachtet worden und nicht die meist technisch orientierten Relevanzen der Ärzte oder die Häufigkeiten der angewendeten Techniken.⁸

Den Fragen nach den reproduktionsmedizinischen Techniken im oben dargelegten Sinn ist eine Fragenserie vorangestellt worden, in welcher nach der

- 7 Die technisch denkbaren Kombinationsmöglichkeiten von Keimzellen sind vielfältig, sobald sie einmal ausserhalb der Elternkörper in den Zugriff der Mediziner geraten. Wenn dann auch noch verschiedene Implantationstechniken und Verwandtschaftsgrade ins Spiel kommen, werden die Varianten unübersichtlich. Die Hinweise auf die Grossmutter, welche die vom Ehemann der Tochter in vitro befruchteten Eizellen der Tochter austrägt, und auf die Geburt eineiiger Zwillinge im Abstand von 18 Monaten (von Böhm, 1992) mögen genügen. Die im Text angeführte Tabelle berücksichtigt intergenerativ und/oder innerfamiliäre Varianten der Reproduktionsmedizin nicht.
- 8 Die medizinisch-technische Orientierung unterscheidet neben der geschlechtlichen Herkunft der Keimzellen insbesondere noch die Art des Transfers der Keimzellen in den Mutterleib und den Ort der zellulären Verschmelzung von Eizelle und Spermium zum Embryo.

Bereitschaft zum Arztbesuch, zur Medikamenteneinnahme und zur Operation bei Fortpflanzungsproblemen gefragt wurde. Von der Einleitung des Interviews bis hin zu den heikleren Fragen der Fortpflanzung, dienten diese Items dazu, die allgemeine Bereitschaft zu sondieren, bei Fortpflanzungsproblemen den ärztlichen Kontext, d. h. den Arzt als zuständigen Experten zu identifizieren. Eine dritte Fragenserie erhob die Einstellung zu den mit den Fertilisationstechniken eng verbundenen Techniken des Schwangerschaftsabbruchs, der pränatalen Diagnostik, der Tiefkühlung von Keimzellen und von Embryonen. In der vierten Fragenserie wurde nach der Kenntnis von Fruchtbarkeitsproblemen im persönlichen Umfeld der Befragten und der Quelle solchen Wissens gefragt. Aus grundsätzlichen Überlegungen sind die Befragten systematisch nicht daraufhin interviewt worden, welche medizinischen Prozeduren sie für sich persönlich in Betracht ziehen würden, sondern nur dazu, zu welchen Prozeduren sie einem ihnen bekannten Paar raten würden. Wenn nach persönlicher Handlungsorientierung gefragt worden wäre, hätten alle Personen jenseits des reproduktiven Alters nicht mehr in die Stichprobe gehört. Zudem entspricht die so arrangierte Situation am ehesten der theoretischen Vorüberlegung des „normativen Horizonts“.

Nachdem der Pretest ergeben hatte, dass die Durchführung der Befragung face-to-face wegen der heiklen Körperlichkeit und Geschlechtlichkeit der Fragen problematisch sein könnte, wurde beschlossen, auf eine andere Kommunikationsart, das Telefon, auszuweichen. Ebenfalls aus diesem Grund wurde auch das Geschlecht der Befragerinnen und Befrager erhoben, um allenfalls geschlechtsinduzierte Verzerrungen im Antwortverhalten nachzuzeichnen.⁹ Umfragen, insbesondere Telefonumfragen sind grobe Instrumente in der Sozialforschung, lassen keine Rekonstruktion menschlicher Handlungen zu und haben eigene, methodische Probleme (Frey, Kunz, Lüschen, 1990, 26–58). Für den vorliegenden Untersuchungszweck können Telefoninterviews jedoch als angemessen betrachtet werden. Sie wurden vom Institut für Sozial- und Umfrageforschung (IPSO) in Zürich vom 6. – 17. Januar 1992 von Zürich und Genf aus durchgeführt. Als Datenkorpus liegen 1002 Interviews vor, von denen 602 in der Deutsch-Schweiz und je 200 im Tessin und in der Romandie durchgeführt wurden.

⁹ Eine Verzerrung der Antworten infolge des Geschlechts der Befragerinnen und Befrager wurde mittels Kontingenztafeln über alle Einschätzungsfragen getestet. Es liess sich kein systematischer, geschlechtsabhängiger Einfluss auf die Antworten nachweisen.

3. Ergebnisse

3.1 Vom Arzt als Experten hin zur „Leihmutterschaft“

Eine erste Übersicht über die Umfrageergebnisse vermittelt die Grafik 1. In dieser sind die Zustimmungsquoten aller Befragten je Stichprobe abgetragen. Der Bogen ist von der Bereitschaft, einem unfruchtbaren Paar zum Arztbesuch zu raten anstatt die Sterilität als Schicksal zu akzeptieren, über die Zustimmung zu medikamentösen und operativen Beeinflussungsversuchen hin zur homologen und zur heterologen Insemination und zur In-vitro-Fertilisation mit Eispende bis zum vorläufigen Endpunkt der technischen Möglichkeiten, der pränatalen Amme gespannt. Es fällt sofort auf, dass zwischen homologer und heterologer Insemination die Zustimmung abbricht, die heterologen Verfahren ein eigenes kleines Plateau bilden und die pränatale Amme um nochmals gut zehn Prozent tiefer liegt.

Folgende Tabelle 2 detailliert die graphische Darstellung. Sie zeigt die Zustimmung zu Möglichkeiten der fortpflanzungsmedizinischen Verfahren, geordnet nach Geschlecht und Landesteil.

Die Daten verweisen auf den „Einfallskanal der Möglichkeiten“ der Fortpflanzungsmedizin in die Bevölkerung. Durch die Verortung der Fertilisationstechniken in der Medizin und deren breiter Akzeptanz (zum Arzt gehen / Medikamente nehmen / Operationen / homologe Insemination) sind diese Verfahren, zumindest bis hin zur homologen Insemination, medizinisch legitimiert. Die Technisierung der Fortpflanzung geschieht gewissermassen im „Kokon“ der Medizin:

Die Rettung menschlichen Lebens und die Heilung oder Linderung von Krankheit scheint in unserer Kultur nahezu jede „Unnatürlichkeit“ oder Künstlichkeit der menschlichen Natur moralisch zu rechtfertigen, vielleicht sogar zu gebieten: Brutschrank, regelmässige Blutwäsche, Übertragung fremder Organe, künstliche Gelenke, Kunstherzen, vielleicht auch die Übertragung tierischer Organe. (van den Daele, 1988, 249).

Genau um diese Legitimation bemüht sich auch die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) in ihrer Präambel zu den 90-er Richtlinien, in denen die Mediziner feststellen, nachdem sie die „normalen“ Bedingungen des ärztlichen Handelns abgesteckt haben:

Die Ehrfurcht vor dem Leben und die Achtung vor der Würde des Menschen gebieten es, von diesen Möglichkeiten in der Humanmedizin nur unter strikter Indikationenstellung Gebrauch zu machen. (SAMW, 1990, 1).

Grafik 1

Akzeptanzreihe nach Sprachregionen (deutsche, französische und italienische Schweiz)

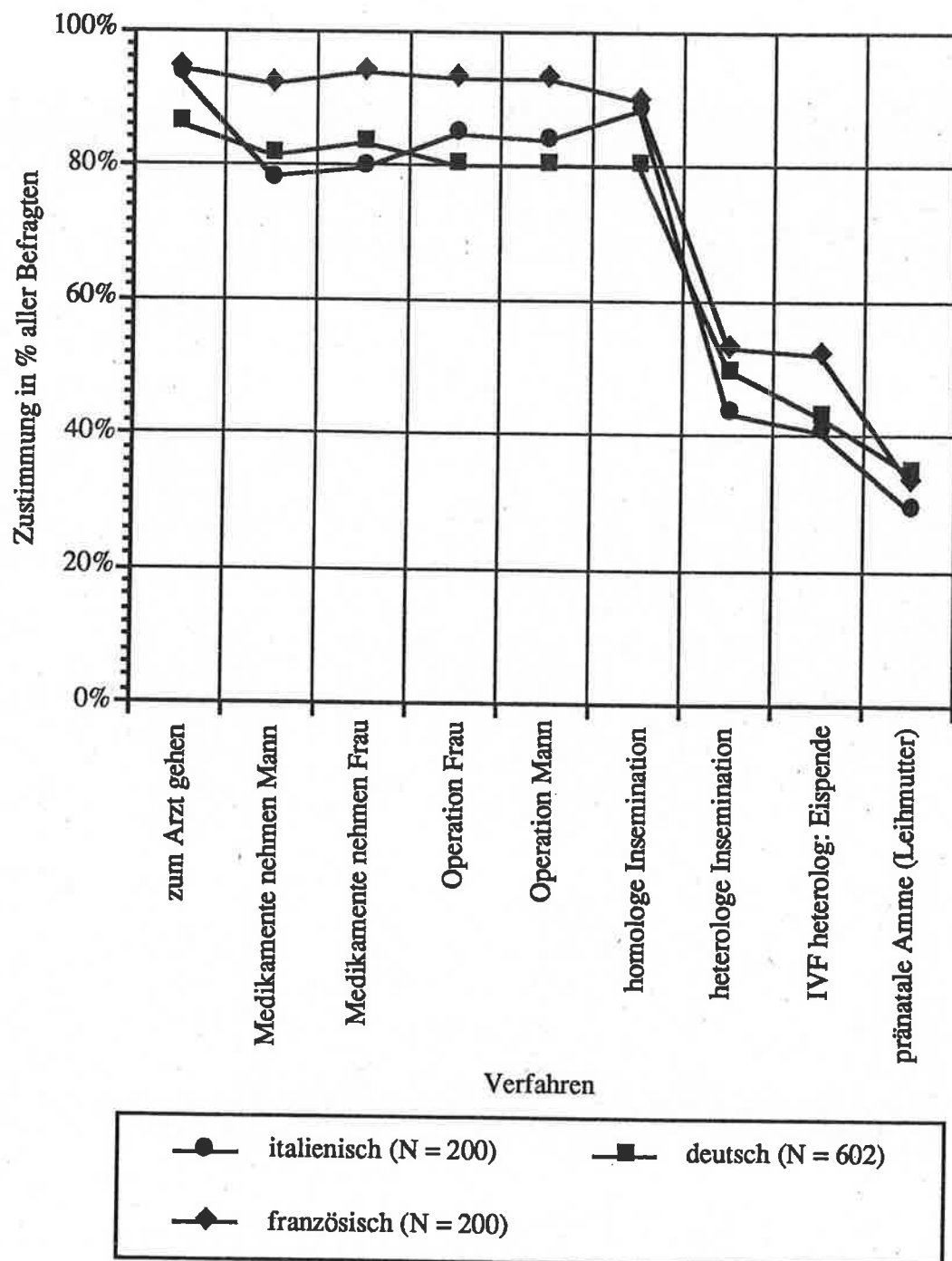


Tabelle 2

Zustimmung zu den einzelnen Verfahren nach Geschlecht und Landesteilen der Schweiz (dt = deutsch, frz = französisch, it = italienisch)¹⁰

Verfahren	Zustimmung in % der Befragten						p-Wert für Unterschied nach Geschlecht je Landesteil		
	Männer			Frauen			dt	frz	it
	dt	frz	it	dt	frz	it			
zum Arzt gehen	94	96	85	93	93	87	.	.	.
Medikamente nehmen Mann	80	92	83	77	92	80	.	.	.
Medikamente nehmen Frau	81	93	84	79	95	83	.	.	.
Operation Frau	84	91	81	85	95	79	.	.	.
Operation Mann	83	90	86	85	96	74	.	.	.
Insemination homolog	90	95	83	87	84	78	.	0.02	.
Insemination heterolog	50	58	51	37	48	48	0.00	.	.
IVF mit Eispende	48	56	50	33	48	36	0.00	.	0.12
IVF mit pränataler Amme	30	36	36	29	30	33	.	.	.

Hinter der hohen Akzeptanz der homologen Insemination lässt sich traditionale Gewöhnungslegitimität vermuten. Diese Technik ist schon lange bekannt und kann im Prinzip auch ohne Arzt praktiziert werden. Allerdings befriedigt diese Erklärung nur teilweise. Ihr steht entgegen, dass auch die heterologe Insemination nicht neu ist.¹¹ Der Umstand, dass homologe Verfahren Verwandtschafts- und

10 Aus Platzgründen werden die Tabellen nicht im Detail als vollständige Kreuztabellen mit den Teststatistiken präsentiert. Die aggregierten Tabellen zeigen nur die Zustimmung der Befragten zu einer Frage in Prozenten und den resultierenden p-Wert aus der vollständigen Tabelle, bezogen auf die Nullhypothese (H0: kein Unterschied zwischen den Kategorien, z. B. Männer und Frauen in der Einschätzung des Verfahrens). Ein Punkt in der Spalte der p-Werte bedeutet, dass p in der Teststatistik grösser als 0.12 ist. Mit wenigen Ausnahmen ist die Ablehnung bis auf wenige Prozent das Komplement der Zustimmung. Die Vollständigkeit der erhobenen Daten wird zugunsten der Darstellbarkeit reduziert. Insbesondere Meinungslosigkeit im Interview wird in diesen Darstellungen nicht mehr berücksichtigt. Zum Problem der Meinungslosigkeit siehe Reuband, 1990.

11 Die erste in der Literatur dokumentierte heterologe Insemination wurde 1884 von Professor Pancoast in Philadelphia durchgeführt. Allerdings waren die Umstände mehr als fragwürdig. Die betroffene Frau wurde eigentlich vergewaltigt, denn sie war nicht über die Spenderinsemination informiert worden (nach Corea, 1986, 13). Interessant ist ein Vergleich dieser ersten Befruchtung mit Spendersamen in den Zitaten verschiedener Autorinnen: Cécile Ernst (1988a) erwähnt sie, ohne jedoch darauf hinzuweisen, dass die Patientin nicht in eine

Herkunftsdefinitionen nicht tangieren, bietet sich eher als eine valide Interpretation der Daten an. Denn deutlich, ja geradezu drastisch ist der Abbruch der Zustimmung an der Stelle, wo der Kern des Konstrukts der bürgerlichen Familie gesprengt wird. Dort, wo gesellschaftlich definierte Gesundheit, nämlich die Möglichkeit „eigene“ Kinder zu haben, zumindest gegenüber Aussenstehenden wiederhergestellt wird, endet die Zustimmung zu den technischen Möglichkeiten. Eltern, welche donogene Kinder haben, behalten dieses Wissen verständlicherweise für sich, wenn die Akzeptanz genau an der Stelle abbricht, wo traditionelles Abstammungswissen tangiert ist. Während auf den ersten Blick über die Erlangung der Reproduktionsmöglichkeit selber nicht fortpflanzungsfähiger Paare der „Normalzustand“ wiederhergestellt wird, sind die sozialen Folgewirkungen des fortpflanzungstechnischen Eindringens der Biomediziner in die traditionale Reproduktionstriade „Vater – Mutter – Kind“ für die Betroffenen nur schwer absehbar (Gross, Honer, 1990, 97f). Traditierte Selbstverständlichkeiten bezüglich Verwandtschaft und Herkunft in der Familie geraten für Behandelte und Behandelnde in einen technisch induzierten Sog der Veränderung, welcher auch für die Gesellschaft alles andere als folgenlos ist. Die Fortpflanzungsmedizin schafft neue soziale Tatsachen und variiert nicht nur Bekanntes.

Auf der anderen Seite sind die Akzeptanzquoten auch der problematischeren Verfahren aber nicht so, dass der Eindruck einer totalen Ablehnung entstehen kann: Immerhin etwas mehr als 30% aller Befragten lehnen die Möglichkeit einer pränatalen Amme im fortpflanzungsmedizinischen Angebot nicht ab. Diese Verschränkung von Zustimmung zur ärztlichen Kompetenz einerseits und die selektive Ablehnung einzelner Verfahren andererseits deutet auf den techniktheoretischen Kontext der Produktionsbedingungen der Fortpflanzungsmedizin. Diese neuen Techniken entstehen in den Milieus einer medizinisch legitimierten Expertenrationalität, d. h. zwar nicht ausserhalb der Gesellschaft, doch für die meisten Menschen exogen, und sie tauchen erst dann auf, wenn konkrete Handlungsmöglichkeiten vorliegen, die im Einzelfall immer begründet werden können.¹² Das Vorliegen einer technischen Option erzwingt so gerade die Einführung in die soziale Praxis.

solche Behandlung eingewilligt hatte, während bei Corea (1986) genau dieser Punkt zum Anlass genommen wird, auf die männerdominierte, wissenschaftliche Neugier und die dadurch bewirkte Verdinglichung des weiblichen Körpers hinzuweisen. Dieser Hinweis fehlt auch in der Endnote bei Hoffmann-Riem (1988, 231). Dem oben zitierten Aufsatz von Cécile Ernst zufolge wurden 1950 in den USA die durch Spenderinsemination gezeugten Menschen bereits auf 50000 geschätzt.

12 So gelangte z. B. das Bundesgericht bei der Behandlung einer Staatsrechtlichen Beschwerde zum Schluss, dass durch ein Verbot der künstlichen Befruchtung mit Samenzellen eines Dritten sowie der In-Vitro-Fertilisation mit anschliessendem Embryotransfer und der Aufbewahrung von Samenzellen des Ehemannes während der laufenden Behandlung die persönliche Freiheit in unzulässiger Weise eingeschränkt werde (BGE 115 Ia 234 ff.).

Immer häufiger wird, vor dem Hintergrundwissen dieser technisch induzierten Einflusspotentiale der Reproduktionsmedizin, die Forderung nach einer Prüfung von deren „Sozialverträglichkeit“ erhoben. Dabei denkt man offenbar an ein sozialwissenschaftlich fundiertes Analogon zur bereits etablierten, gesetzlichen Umweltverträglichkeitsprüfung. Aus wissenssoziologischer Sicht ist jedoch darauf hinzuweisen, dass sich „objektive“ Sozialverträglichkeit nicht prüfen lässt. Dies insbesondere deshalb, weil „Verträglichkeit“ allenfalls das Ergebnis eines Aushandlungsprozesses sein muss. Die „Verträglichkeit“ einer Technik oder einer Anlage kann deshalb weder mit Bezug auf die Umwelt noch mit Bezug auf das Soziale „objektiv“ und im voraus, d. h. im Sinne einer ontologischen Objektivität geklärt werden. „Verträglichkeit“ ist immer „Verträglichkeit von etwas“ und ein soziales Konstrukt. Damit ist sie aber immer gesellschaftlich konstruiert und interpretiert und hat „nur“ insofern objektiven Status, als sie dem einzelnen unabhängig von seinem Willen begegnen kann (Berger, Luckmann, 1969). Bis heute ist denn auch umstritten, was die eigentliche Grundlage für eine Sozialverträglichkeitsprüfung sein soll und wie eine solche allenfalls zu operationalisieren wäre (Tschiedel, 1989). Das Beispiel der Reproduktionsmedizin macht jedenfalls einsichtig, dass es angezeigt ist, die soziale Prozesshaftigkeit technischen Handelns in den Vordergrund von Beschreibung und Analyse zu stellen und nicht primär die materiellen Artefakte technischen Handelns auf „Verträglichkeit“ hin zu prüfen. Denn wie umwelt- oder sozialverträglich ist z. B. ein gesundes IVF-Baby, mithin ein Mensch?

Weiter ist in den Daten die affirmativere Haltung der französischsprachigen Befragten gegenüber allen Möglichkeiten sichtbar. Angefangen beim Rat zum Aufsuchen eines Arztes bis hin zur heterologen Insemination liegt das Niveau konstant über demjenigen der deutsch- oder italienischsprachigen Befragten. Erwähnenswert ist, dass bei den deutschsprachigen Befragten offenbar medikamentöse Behandlungen als problematischer eingeschätzt werden als eine homologe Insemination!¹³ Erst in der Ablehnung der pränatalen Ammenschaft finden sich die Befragten aus allen Landesteilen wieder. Eine regionale Dispersion der Zustimmungquoten zu gleichen Fragen wurde so ausgeprägt nicht erwartet, obwohl zur Zeit der Erstellung des Untersuchungsdesigns durchaus die Vermutung bestanden hat, es seien regionale Unterschiede zu gewärtigen. Mit Ausnahme der Ablehnung der pränatalen Amme („Leihmutterchaft“) sind die Antwortmuster zu den hier präsentierten Fragen in den drei untersuchten Sprachregionen statistisch signifikant voneinander verschieden.¹⁴ Dieser Unterschied ist einerseits plausibel, d. h. unterschiedliche Einstellungen aus den

¹³ Der deskriptiv ersichtliche Unterschied liegt allerdings innerhalb des statistischen Streubereichs, so dass er sich nicht durch statistische Verfahren „härten“ lässt.

¹⁴ Der p-Wert ist konstant < 0.02 im Test der Kontingenztafel Regionen * Antwortmuster/Item.

drei Landesteilen werden in fast allen Untersuchungen, welche in mehr als einer Sprachregion der Schweiz durchgeführt werden festgestellt.¹⁵ Allerdings kann es sich im vorliegenden Fall auch um ein methodisch-instrumentelles Artefakt in dem Sinn handeln, dass die unterschiedliche Sprachlichkeit einen nicht kontrollierbaren Einfluss hat. Insofern scheint uns Vorsicht bei der Interpretation der verschiedenen Niveaus angebracht. Als entscheidendes Ergebnis wird hier auch nicht der Niveau-Unterschied in den drei Sprachregionen gewertet, sondern der Abbruch der Zustimmung, zwischen homologer und heterologer Insemination und der prinzipielle Gleichlauf der Zustimmungswerten.¹⁶ Zur Überprüfung der Konsistenz des Antwortverhaltens über die Bruchstelle beginnend mit der homologen Insemination bis hin zur pränatalen Ammenschaft wurde der Reproduktionskoeffizient nach Guttman gemäss der Methode von Goodenough und Edwards (Schnell, Hill, Esser, 1992, 207–212) berechnet. Es ergaben sich durchwegs Werte grösser als 0,9. Das Antwortverhalten der Befragten entlang der aufsteigenden Ordnung der reproduktionsmedizinischen Verfahren ist sehr konsistent.¹⁷

Nach welchen soziodemographischen Grössen oder anderen Merkmalen der Befragten die Daten auch immer geordnet werden, das Bild dieses „Bruchs“ zwischen homologer und heterologer Insemination bleibt erhalten. Auffällig ist aber das Auseinanderdriften der Akzeptanz bei der Berücksichtigung des Geschlechts der Befragten. In der deutschen und italienischen Schweiz unterscheiden sich Männer und Frauen nicht signifikant in der Zustimmung zur Möglichkeit der homologen Insemination. Anders sieht dies im französisch-sprechenden Landesteil aus: Dort sind die Frauen signifikant ablehnender ein-

15 Dass Wahrnehmung und Einschätzung verschiedenster Aspekte regional variabel sind, haben z. B. die Rekrutenbefragungen von Walter-Busch gezeigt (Walter-Busch, 1988)

16 Der Grund für die Durchführung in allen drei grossen Sprachregionen war, neben dem Interesse an Daten aus der ganzen Schweiz, eher technischer Natur. So war es möglich, drei voneinander unabhängige Stichproben zu erhalten statt nur einer und vergleichbare Antwortmuster über mehrere Frageitems aus verschiedenen Stichproben zu erhalten. Mit drei Stichproben wurde zwar ein grösserer statistischer Fehlerbereich eingehandelt, dafür steigt jedoch die Reliabilität der Daten i. S. der intersubjektiven Stabilität der Messwerte (Kromrey, 1986, 126). Wir sind der Ansicht, dass solche Umfragedaten ohnehin wenig „punktgenau“ sein können, da, je nach Kontext, Meinungen vermutlich stark, wenn auch nicht beliebig variieren.

17 Der Reproduktionskoeffizient berechnet sich nach der folgenden Vorschrift: $1 - [\text{Fehler} / (\text{Anzahl Befragte} * \text{Anzahl Items})]$. Er gibt hier einen Hinweis darauf, wie konsistent geantwortet wurde, wenn wir z. B. unterstellen, dass jemand, der gegen die Inseminationsverfahren eingestellt ist, auch gegen IVF und Leihmutterchaft sein sollte. Bei 4 Items (homologe Insemination, heterologe Insemination, IVF mit Eispende, pränatale Ammenschaft) sind fünf konsistente und fünf inkonsistente Antwortmuster möglich. Die genauen Werte dieser Untersuchung sind:

a) deutsche Schweiz: $R_d = 1 - [108 / (602 * 4)] = 0,95$

b) welsche Schweiz: $R_w = 1 - [49 / (200 * 4)] = 0,94$

c) italienische Schweiz: $R_i = 1 - [40 / (200 * 4)] = 0,95$

gestellt als die Männer.¹⁸ Die Antworten auf die Frage nach der heterologen Insemination in der deutschen Schweiz ausgewertet nach dem Geschlecht ergeben die in Tabelle 3 dargestellte Verteilung.

Tabelle 3

Zustimmung und Ablehnung: Heterologe Insemination in der deutschen Schweiz nach Geschlecht¹⁹

Heterologe Insemination	Männer (%)	Frauen (%)	Total (%)	(N)
ja	50.17	36.63	43.36	(261)
nein	48.83	62.05	55.48	(334)
weiss nicht	1.00	1.32	1.16	(7)
Total (N)	100.00 (299)	100.00 (303)	100.00 (602)	

Pearson Chi-Square: 11.226 p < 0.001

Die Ablehnung der heterologen Insemination durch die Frauen ist gegenüber den Männern signifikant tiefer (vgl. Tabelle 3).²⁰ In den beiden anderen Landesteilen sind die Frauen gegenüber diesen beiden Verfahren gleichfalls ablehnender eingestellt, allerdings lässt sich dieser Befund dort nur deskriptiv, jedoch nicht konfirmatorisch beschreiben. Die graphische Aufbereitung über das ganze bisher betrachtete Verfahrensbündel illustriert die vergleichsweise ablehnende Haltung der Frauen gegenüber den umstrittenen Verfahren der Reproduktionsmedizin.

18 $\chi^2 = 7.794$, DF = 2, p = 0.02

19 Dem geübten Interpretieren von Kontingenztafeln wird auffallen, dass in dieser Tafel die Zellbesetzungsregel, wonach in maximal 20% der Tabellenzellen die Besetzung < 5 sein darf, verletzt ist. Allerdings ändert sich der Befund nicht, auch wenn wir die missing values aus der Rechnung entfernen: $\chi^2 = 11.094$, DF = 1, p = 0.001

Da wir der Ansicht sind, dass die Daten nicht unnötig reduziert werden sollten, haben wir in der Auswertung immer zuerst mit allen Antworten gearbeitet. Dies aus der Überlegung heraus, dass ein „weiss nicht – Anteil“ auch informativ ist. Sobald die Tabellenregel verletzt wurde, haben wir auch mit den um die „missing values“ reduzierten Datensets getestet. Abweichungen aufgrund zu schwach besetzter Zellen wurden in dieser Untersuchung aber nicht gefunden.

20 $\chi^2 = 14.29$, DF = 2, p = 0.001

Eine Interpretation dieser Zahlen ist schwierig. Das Wissen darum, dass bei allen fortpflanzungsmedizinischen Verfahren in erster Linie die Frau in den „Behandlungsstrom“ der Mediziner gerät, kann aber höchstwahrscheinlich auch in der Bevölkerung als bekannt vorausgesetzt werden. Es sind die behandelten Frauen, welche zur Vorbereitung Hormonspritzen erhalten, regelmässig zur Ultraschalluntersuchung gehen und sich operativ die Eierstöcke punktieren lassen müssen, bevor dann die Übertragung der in-vitro befruchteten Keimzellen in den Mutterleib geschieht. Möglicherweise führte dieses Wissen, oder wenigstens die Ahnung davon, bei den befragten Frauen zu einer kleineren Zustimmungsquote. Schlüssig belegen lässt sich dies aber mit den vorliegenden Daten nicht (vgl. Grafik 2).

Als ein Unterscheidungsmerkmal der Befragten, welches neben dem Geschlecht deutliche Unterschiede in der Einschätzung der Verfahren ergeben hat, erwies sich der Status eigener Elternschaft (vgl. Tabelle 4). Befragte Personen, die selber Kinder haben, sind tendenziell restriktiver eingestellt gegenüber den Möglichkeiten der Fortpflanzungsmedizin als Befragte ohne eigene Kinder. Aussagekräftig ist in der folgenden Tabelle vor allem der Unterschied in der Beurteilung bei der heterologen Insemination und der IVF mit Eispende in der deutschen Schweiz.²¹ Wiederum auffällig ist die hohe Akzeptanz bei den welschen Personen im Vergleich zur deutschen Schweiz, insbesondere bei Personen ohne Kindern.

Tabelle 4

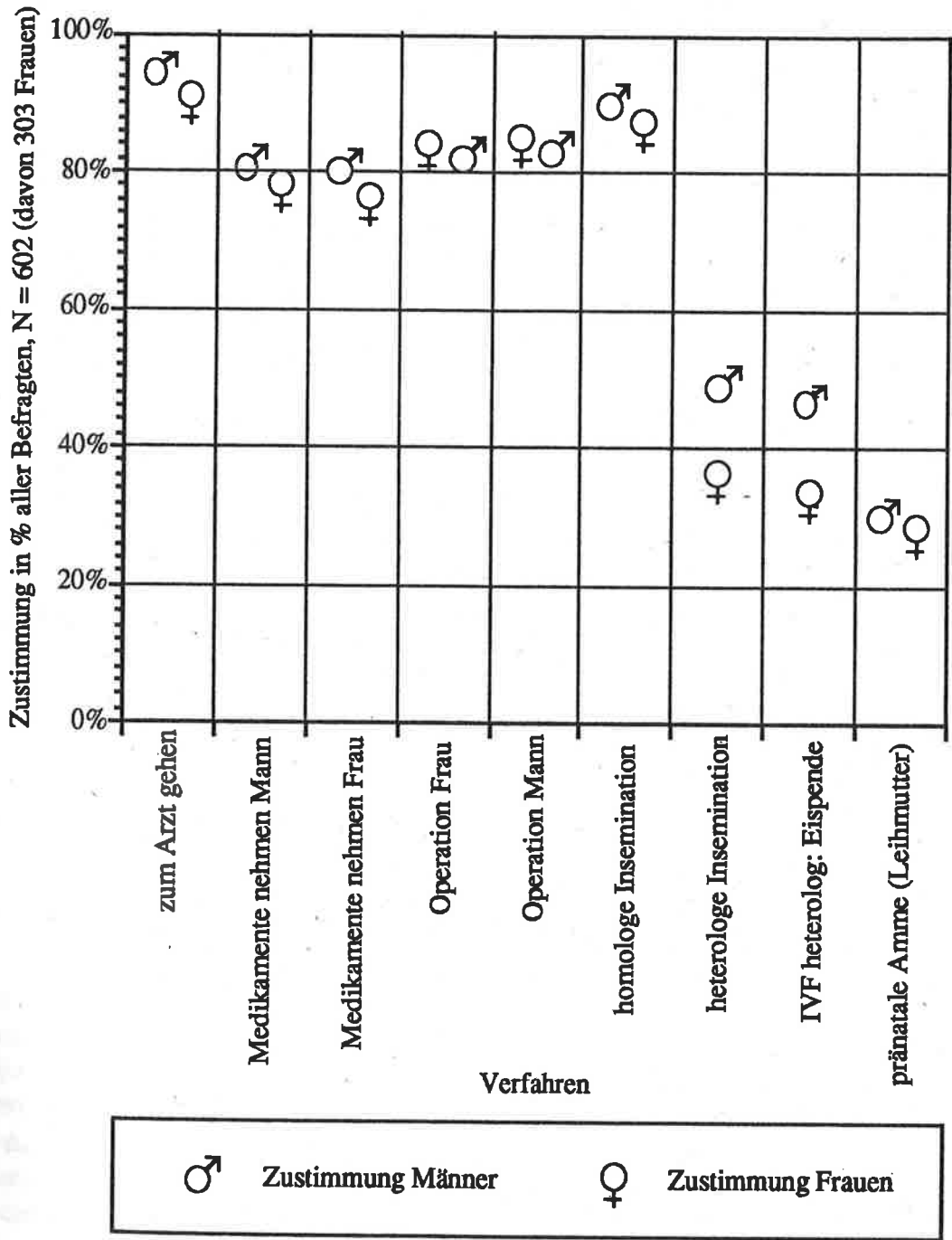
Zustimmung zu den einzelnen Verfahren nach Elternschaft (mit Kindern, ohne Kinder)

Verfahren	Zustimmung in % der Befragten						p-Wert für Unterschied nach Elternschaft je Landesteil		
	mit Kindern			ohne Kinder					
	dt	frz	it	dt	frz	it	dt	frz	it
Insemination homolog	88	89	77	88	90	86	.	.	.
Insemination heterolog	41	48	43	48	62	60	0.03	0.06	0.07
IVF mit Eispende	35	47	39	49	61	49	0.00	0.05	0.12
IVF mit pränataler Amme	27	25	33	33	48	38	0.08	0.01	.

21 Weil hier unterschiedliche Stichprobengrössen mit verschiedenen grossen Stichprobenfehlern auf einem gegebenen Signifikanzniveau verwendet werden, ist es angezeigt, sich an der grössten Stichprobe (deutsche Schweiz) als Leitlinie zu orientieren.

Grafik 2

Akzeptanzreihe, deutsche Schweiz nach Geschlecht



In Tabelle 5 sind die Ergebnisse dargestellt, die wir erhalten, wenn wir die Stichproben in eine Kategorie reproduktionsfähiger Personen (Alter = 18 bis 44 Jahre) und eine Kategorie nicht reproduktionsfähiger Personen (Alter = 45 bis 74 Jahre) teilen.

Tabelle 5
Zustimmung zu den einzelnen Verfahren nach reproduktiver und nicht-reproduktiver Alterskategorie

Verfahren	Zustimmung in % der Befragten						p-Wert für Unterschied nach Alterskategorien je Landesteil		
	18-44 Jahre			45-74 Jahre			dt	frz	it
	dt	frz	it	dt	frz	it			
Insemination homolog	89	73	73	87	73	73	.	.	.
Insemination heterolog	50	57	53	32	46	45	0.00	.	.
IVF mit Eispende	46	57	45	31	43	40	0.00	0.09	.
IVF mit pränataler Amme	29	35	35	30	29	34	.	.	.

Jüngere Befragte neigen tendenziell zu einer weniger starken Ablehnung der Verfahren. In der welschen Schweiz steigen die Zustimmungswerte bei den jüngeren Befragten bei den ersten drei Fragen auf über 50%. Konstant bleibt jedoch die klare Ablehnung der pränatalen Ammenschaft. Bemerkenswert ist, dass der IVF mit Eispende von den 18 bis 44-Jährigen in fast der Hälfte aller Fälle zugestimmt wird. Dies wird hier als ein Indiz dafür interpretiert, dass die Reduktion von technischen Handlungsmöglichkeiten nicht als eine gängige Variante zur Technikregulation verstanden wird, sobald auch nur hypothetisch eigene Interessen tangiert werden. Die Ausdifferenzierung über Insemination und Fertilisation zeigt das bereits bei anderen Kategorien Festgestellte und erlaubt die Vermutung, dass mit zunehmender Nähe zur potentiellen Betroffenheit die Akzeptanz gegenüber der Fortpflanzungsmedizin zunimmt. Dieses Ergebnis wird als ein Hinweis dafür betrachtet, dass die Akzeptanz bei denjenigen Personen, welche selber von Fruchtbarkeitsstörungen betroffen sind, noch höher liegen dürfte. Woher kämen sonst all die behandelten Personen? Dieser Aspekt, dass die „unmoralischen“ Verfahren der Fortpflanzungsmedizin nicht

nur ein Angebots-, sondern auch ein Nachfragephänomen sind, wird von Gegnern der Fortpflanzungstechnologien oft nicht beachtet.

Steigende, signifikante Akzeptanz²² findet sich auch entlang der Dimension „formale Bildung“: Je höher der formale Bildungsgrad, desto grösser ist tendenziell der Anteil der Befragten, welcher den Verfahren der Insemination und der IVF mit Eispende zustimmt. Die Ablehnung der pränatalen Ammenschaft bleibt entlang der Variable „formale Bildung“ ebenso deutlich wie in anderen Kategorien. Höhere formale Bildung hatte keinen Einfluss auf die Zustimmung oder Ablehnung zu dieser Frage. Bezüglich der Konfession konnte in dieser Untersuchung kein statistisch aussagekräftiger Unterschied zwischen Katholiken, Protestanten, anderen Bekenntnissen und den Konfessionslosen bezüglich der Einstellung zu den hier dargelegten Verfahren nachgewiesen werden.

3.2 *Pränatale Diagnostik, Schwangerschaftsunterbrechung und pränatale Diagnostik, Geschlechterselektion sowie die Aufbewahrung von Keimzellen und Embryonen*

Neben den umstrittenen Kernbereichen der Fertilisationen im allgemeinen Stimmungsbild, sind insbesondere diejenigen Verfahren von Bedeutung, welche nicht unbedingt direkt mit dem engsten Kreis reproduktionsmedizinischer Tätigkeit analog dem „Retortenbaby“ identifiziert werden, jedoch Bestandteil des medizinischen Arsenal in Bezug auf Fortpflanzung sind. Dazu gehören die Abtreibung bei Vorliegen einer ungünstigen, pränatalen Diagnose, die Aufbewahrung von Embryonen für die Forschung, das Aufbewahren von männlichen Keimzellen in Samenbanken (Kryokonservierung von Sperma) und die Möglichkeit der pränatalen Geschlechterselektion. Von kritischer Seite werden diese Techniken besonders problematisiert. So verweise z. B. der Schwangerschaftsabbruch bei Vorliegen einer pränatalen Diagnose auf die Rechte ungeborenen Lebens und auf die Bereitschaft, behinderte Kinder bei der Reproduktion zu akzeptieren. Die Embryonenaufbewahrung und deren mögliche Verwendung zu Forschungszwecken werden im öffentlichen Diskurs als schwere Missbrauchsgefahren thematisiert. Das Misstrauen gegenüber unkontrollierter Forschung wurde auch in den Eidgenössischen Räten deutlich artikuliert (Eidgenössische Räte, 1900 und 1991). Die Kryokonservierung von Sperma deutet auf männliche Allmachtsvorstellungen und einen überzogenen Machbarkeitsbegriff hin, und die Möglichkeit zur Geschlechterselektion auf den in anderen Kulturen praktizierten, pränatalen Femizid (in Indien). Es geht an dieser Stelle nun nicht darum, alle diese hier fast unzulässig vereinfachten

²² p-Wert kleiner oder gleich 0,07

Verweisungs- und Auseinandersetzungszusammenhänge nachzuzeichnen. Dies können Befragungsdaten nicht leisten.²³ Es soll vielmehr die Bereitschaft dargestellt werden, diese Verfahren, welche in das Umfeld der ärztlichen Fortpflanzungsmedizin gehören, als in der Gesellschaft verfügbare Optionen zu bewerten. Die folgende Tabelle 6 gibt einen Überblick.

Tabelle 6
Zustimmung zu einzelnen Verfahren nach Geschlecht

Verfahren	Zustimmung in % der Befragten						p-Wert für Unterschied nach Geschlecht je Landesteil		
	Männer			Frauen			dt	frz	it
	dt	frz	it	dt	frz	it			
pränatale Diagnostik allgemein	80	88	92	72	92	95	0.06	.	.
Abort bei pränataler Diagnose	81	88	87	82	92	90	.	.	.
pränatale Geschlechtswahl	18	16	30	14	16	25	0.00	.	.
Kryokonservierung von Spermia bei Krankheit	77	75	72	70	64	71	0.07	.	0.08
Embryonenforschung	53	57	70	42	50	67	0.00	.	.

Wir finden hier in der Stichprobe der deutschen Schweiz ähnlich wie oben das Bild, dass die Frauen den Verfahren weniger zustimmen als die Männer. Allerdings sind die Unterschiede nicht sehr gross. Im Fall der Einstellung gegenüber der Embryonenforschung und der pränatalen Geschlechtswahl kann der Unterschied zwischen Männern und Frauen auf einem Signifikanzniveau von 5% in der deutschen Schweiz nicht abgelehnt werden. Eindrücklich ist die hohe Zustimmung zur pränatalen Diagnostik allgemein (erste Zeile) und erst recht augenfällig ist diejenige zum Abort als letzte Möglichkeit, wenn eine pränatale Diagnose eine schwere Krankheit des Ungeborenen voraussagt (zweite Zeile). Dieses Beispiel stützt den weiter oben schon festgestellten Befund, dass sich eine grundsätzliche Ablehnung der Reproduktionstechniken in der Bevölke-

23 Wissenssoziologisch gesehen sind sozialwissenschaftliche Fragebatterien Konstrukte 2. Ordnung (Schütz) und widerspiegeln das Relevanzsystem der Befragten und nicht der Befragten. Da hier keine „natürlichen“ Daten (Bergmann, 1985) vorliegen, bleibt der konstruktiv-konstitutive Anteil des Sozialen hier datenbedingt ausgeschlossen.

rung nicht nachweisen lässt. Das Befragungsbild zeigt wiederum eher eine selektive Befürwortung der Möglichkeiten, als eine generelle Ablehnung.

Als das Item mit der konstant geringsten Zustimmungquote überhaupt hat sich die Frage nach den Möglichkeiten der Geschlechtswahl ergeben. Die Ablehnung ist deutlich, allerdings fällt die vergleichsweise hohe Zustimmung der Tessiner und Tessinerinnen auf. Spermakonservierung hingegen stösst nicht auf grosse Gegnerschaft. Einschränkend ist zu bemerken, dass diese Zustimmungquote eher zu hoch liegt, was mit der Frage im Interview zusammenhängt. Da es wenig sinnvoll ist, einfach allgemein, d. h. ohne Kontext nach der Kryokonservierung von Sperma zu fragen, wurde diese Frage vor einen konstruierten „Krankheitshintergrund“ gestellt, d. h. diese Zustimmungquote gilt nur für den Fall, dass der Mann des betroffenen Paares krank und nach der Behandlung der Krankheit steril ist. Wahrscheinlich würde die Zustimmung zur Spermakonservierung kleiner, wenn ein anderer Kontext vorgegeben würde.

Auch die letzte Reihe der Tabelle bezieht sich auf eine Frage, in welcher bewusst in Richtung Heilungschancen verwiesen worden ist. Dieses Verweismuster bei der Legitimation von moralisch problematisierten Techniken und Forschungen wird von interessierter Seite gerne als Argumentationsfolie verwendet, wie z. B. die Auseinandersetzungen um die Tierversuchsiniciativen gezeigt haben. Abstrakter formuliert könnte man sagen, dass hier ein Erwartungshintergrund gegenüber Techniken mobilisiert wird, welcher auf noch unbekannte Chancen verweisen soll und so von der moralischen Problematik wegführt oder Verzicht auf Moral zugunsten von Handlungsoptionen insinuiert. Dass hier immerhin noch fast die Hälfte der Befragten die Forschung mit Embryonen nicht vollständig ablehnt, erstaunt. In der öffentlichen Auseinandersetzung um die Reproduktionsmedizin, in Expertenberichten und in standesinternen Richtlinien der Ärzte wird die Embryonenaufbewahrung und -forschung immer wieder als eine der problematischsten Fragen überhaupt thematisiert. So halten die SAMW-Richtlinien z. B. fest, dass menschliche Embryonen nicht als Forschungsobjekte verwendet werden dürfen. Und bei den unzulässigen Verfahren wird festgehalten, dass der Arzt sich der künstlichen Erzeugung von Embryonen zu anderen Zwecken als denjenigen der Fortpflanzung zu enthalten habe (SAMW, 1990, 5). Allerdings bleibt im weiteren Umfeld eine Hintertür offen, denn was genau Forschung am Embryo ist, ist selber definitionsbedürftig. So heisst es z. B. im Amstad-Bericht:

Der Embryo in vitro kann in zweierlei Hinsicht zum Gegenstand der Forschung gemacht werden: Einerseits dient die Beobachtung seiner Entwicklung unter experimentell variierten Bedingungen (z. B. Kulturflüssigkeit) der Verbesserung der In-Vitro-Technik als solcher. Diese Art der Forschung, d. h. wissenschaftliche Kontrolle und Verbesserung

der In-Vitro-Technik und ihrer Methoden wird, wie überall, wo die In-Vitro-Technik angewandt wird, auch in der Schweiz betrieben. Der Embryo kann aber auch zu anderen Forschungszwecken wie Grundlagenforschung, Erforschung des menschlichen Immunsystems, Krebsforschung u. a. m. verwendet werden. (Amstad, 1988, 12).

Die auf den ersten Blick klare Trennlinie zwischen der Forschung „für“ den Embryo versus der Grundlagenforschung ist wohl nur vordergründig haltbar. Oder härter formuliert: Solange es der IVF dient, ist es – definatorisch – keine Grundlagenforschung. An dieser Stelle sei der Hinweis erlaubt, dass die führenden Reproduktionsmediziner viel daran setzen, das „Embryonenproblem“ technisch zu lösen. Die sogenannte „Kryokonservierung im Vorkernstadium“, d. h. das Tiefgefrieren von Keimzellen in einem Stadium, in dem die Verschmelzung des Zellkernmaterials noch nicht stattgefunden hat, bringt gleich mehrere Vorteile. In Deutschland umgehen z. B. Ärzte und Biologen damit das strenge Embryonenschutzgesetz, denn weder juristisch noch theologisch ist eine „imprägnierte“ Eizelle ein Embryo (Spiegel, 1992, 244).

Auch bei den in diesem Abschnitt behandelten Verfahren wiederholt sich das Bild einer zunehmenden Akzeptanz bei potentieller Nähe zur Fortpflanzungsmedizin. Wiederum sind die Befragten ohne Kinder offenbar eher bereit,

Tabelle 7

Zustimmung zu den einzelnen Verfahren nach Elternschaft (mit Kindern, ohne Kinder) und nach Landesteilen

Verfahren	Zustimmung in % der Befragten						p-Wert für Unterschied nach Elternschaft je Landesteil		
	mit Kindern			ohne Kinder					
	dt	frz	it	dt	frz	it	dt	frz	it
pränatale Diagnostik allgemein	75	89	92	78	91	96	0.08	.	.
Abort bei pränataler Diagnose	79	89	89	86	91	87	.	.	.
pränatale Geschlechtswahl	14	15	26	19	17	30	.	.	.
Kryokonservierung Sperma bei Krankheit	73	68	67	74	72	79	.	.	0.06
Embryonenforschung	43	48	64	54	64	75	0.01	0.07	.

Möglichkeiten in ihrem normativen Horizont zuzustimmen, welche von Eltern stärker abgelehnt werden. Insbesondere deutlich wird dies bei der heiklen Embryonenforschung. Wer selber Kinder hat, ist in dieser Frage deutlich ablehnender eingestellt, wie aus Tabelle 7 ersichtlich wird.

3.3 Wissensverteilung zur Unfruchtbarkeit

Soziologisch von Interesse sind hier nicht nur Einstellungen gegenüber Techniken und Technologien, sondern auch Wissensverteilungen. Das Wissen um Unfruchtbarkeit von einzelnen Personen und Paaren im persönlichen Umfeld lässt sich als ein Indikator dafür interpretieren, inwieweit und wo die Fortpflanzungsmedizin überhaupt ein Thema ist, wenn nicht gerade darüber abgestimmt wird. Die Befragung hat ergeben, dass erstaunlich viele Personen angeben, Paare zu kennen, welche eigene Kinder haben möchten, aber keine bekommen. In der deutschen Schweiz waren es 45% (n=273) aller Befragten, in der westlichen Schweiz 44% (n = 88) und im italienischen Landesteil 32% (n = 64). Von den Befragten, welche ein Problempaar kennen, haben 76% (n = 209) dieses Problem direkt von den Betroffenen erfahren (deutsche Schweiz; französische Schweiz 76% (n = 67), italienische Schweiz 85% (n = 55)). Diese Zahlen sind sicher keine zuverlässigen Angaben über die tatsächliche Verbreitung von Fortpflanzungsproblemen. Sie können aber als ein Hinweis darauf verstanden werden, dass Fortpflanzungsprobleme – oder genauer das, was die Leute als solche bezeichnen – offenbar recht häufig sind und auch thematisiert werden.

Immerhin 17% (n = 103) aller Befragten kennen sogar eine Person, von der sie zu wissen angeben, dass sie zur Zeit wegen Fruchtbarkeitsproblemen in ärztlicher Behandlung stünde (deutsche Schweiz; französische Schweiz 26% (n = 52), italienische Schweiz 14% (n = 28)). Mit diesen Personen über die Behandlung gesprochen haben nach den hier verwendeten Daten schon 11% (n = 66) aller Befragten (deutsche Schweiz; französische Schweiz 15% (n = 30), italienische Schweiz 9% (n = 18)). In 9% (n = 55) der Fälle betrifft die Behandlung eine Person, die dem oder der Befragten persönlich nahe steht (deutsche Schweiz; französische Schweiz 15% (n = 29), italienische Schweiz 10% (n = 19)). Bemerkenswert an dieser letzten Zahlenreihe ist, dass, wenn wir sie halbieren, d. h. grob auf Paar-Zahlen umlegen, sie erstaunlich nahe bei den oft erwähnten, aber selten belegten Aussagen über die Anzahl der angeblich unfruchtbaren Paare liegen (siehe Fussnote 2).

4. *Schlussbetrachtung*

Die Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung zeigen ein sehr selektives Einschätzungsbild der Fortpflanzungsmedizin. Dass Unfruchtbarkeit als Schicksal einfach hingenommen werden soll, findet kaum Zustimmung. Die Zuständigkeit des Arztes für Fragen der Behandlung von Fortpflanzungsproblemen in der Einschätzung der Befragten wird durch die vorliegenden Daten gestützt. Doch nicht alles, was technisch machbar ist, wird als problemlos eingestuft oder einfach abgelehnt. Ein gestörtes Verhältnis zum technischen Fortschritt in der Bevölkerung, wie er sich leicht behaupten, aber selten belegen lässt, kann in bezug auf die Reproduktionstechnologie aus den vorliegenden Daten jedenfalls nicht abgeleitet werden.²⁴ Die Verfahren, welche die tradierten Verwandtschafts- und Herkunftsdefinitionen aufbrechen, wie die heterologe Insemination oder die IVF, werden mehrheitlich abgelehnt. Entgegen der These von van den Daele, dass es Anzeichen für grundsätzlichen Widerstand gebe, der sich nicht mit kleineren Korrekturen und Kontrollen, sondern einen für die ganze Gesellschaft verbindlichen Verzicht auf neue technische Optionen fordere (van den Daele, 1988, 246), neigen wir, aufgrund unserer Daten, zur Annahme, dass eben dieser grundsätzliche Widerstand sich in der Akzeptanz der Reproduktionsmedizin bei den Befragten nicht nachweisen lässt. Sehr wohl findet sich ein derart fundamentaler Anspruch zur Technikregulation bei bestimmten, sich politisch artikulierenden Gruppierungen, doch lässt sich daraus kaum auf einen empirisch nachweisbaren, grundsätzlichen Widerstand gegen die neuen Fortpflanzungstechniken in der Bevölkerung schliessen. Auch die in der Frauenbewegung immer wieder lautstark vorgetragene „Enteignungsthese“ der Frauen durch den medizinisch-technischen Komplex,²⁵ welche zu einer klaren Ablehnung der Reproduktionsmedizin führen müsste, trägt bei den Befragten offenbar nur beschränkt. Obwohl die interviewten Frauen die heterologe Insemination und die IVF mit Eispende signifikant deutlicher ablehnen und oft auch den anderen Verfahren ablehnender gegenüberstehen als die männlichen Befragten, verläuft ihre hier konstruierte Akzeptanzkurve über alle Verfahren hinweg doch sehr ähnlich. Jedenfalls zeigen die Daten nicht, dass die Frauen sich dem „Sog“ hin zur Reproduktionsmedizin systematisch entziehen würden. Nicht zum Arzt gehen, d. h. der Verzicht auf gesellschaftlich verfügbares Wissen infolge der Ablehnung spezifischer Techniken, ist kaum eine echte Wahl. Was dort allenfalls gemacht werden soll, ist allerdings nicht so klar. Genau darin liegt aber u. E. auch die Krux mit den Reproduktionstechniken. Dass Ärzte in

24 Eine generelle Technikfeindlichkeit (Burger, 1992) oder ein gestörtes Verhältnis zum technischen Fortschritt (Kröger, 1991) in der Bevölkerung konstatieren z. B. zwei prominente Schweizer Forscher aus den Fachbereichen Biotechnologie oder Kernenergie sogar in der Presse.

25 siehe dazu z. B.: Arditti et al. 1985; Corea, 1986; Bradish et al., 1989; Nogerete, 1992.

der direkten Interaktion gegenüber unfruchtbaren Paaren definitionsmächtig sind und dass, wer sich in dieses Setting begibt, sehr wohl und sehr schnell die Kontrolle darüber verliert, was alles gemacht wird, kann als soziologisches Grundwissen betrachtet werden.²⁶

Das von unseren Daten gezeichnete, weite Einfallstor hin zur Fortpflanzungsmedizin bedeutet auf der anderen Seite aber auch keine „Carte blanche“ für die Reproduktionsmediziner. Es gibt sehr wohl deutlich nachweisbare, normative Schranken in der Gesellschaft, welche diese in ihrem Handeln berücksichtigen sollten, um nicht die Legitimation ihrer Tätigkeit in der Bevölkerung aufs Spiel zu setzen. Relativ tiefe Zustimmungsquoten in der Gesamtbevölkerung haben in dieser Untersuchung die heterologe Insemination, „Retortenbabies“ und noch weitergehende Verfahren, wie Embryotransfers zu pränatalen Ammen. Letztere werden in der Schweiz nicht praktiziert, erstere jedoch schon.

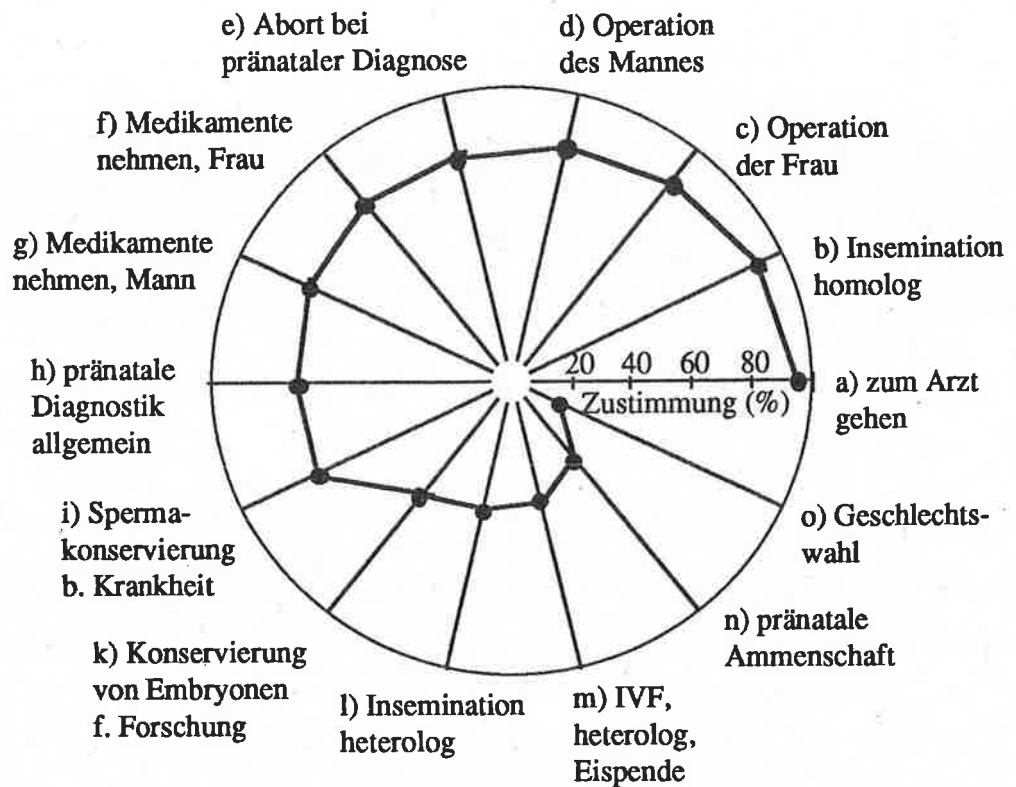
Grafik 3, welche den Sog hin zu den reproduktionsmedizinischen Verfahren versinnbildlicht, zeigt die hier vertretene Interpretation der Daten anhand der Stichprobe in der deutschen Schweiz. Die Daten sind hier entlang der festgestellten Zustimmungsquoten geordnet. Es wird das Bild eines Soges benützt, das aufzeigt, dass im normativen Horizont der Befragten erst relativ spät der Punkt erreicht ist, an dem die Möglichkeiten der Reproduktionstechniken mehrheitlich abgelehnt werden.

Diese Darstellung, in welcher die Verfahren nach Zustimmungsquoten im Gegenurzeigersinn beginnend bei 3-Uhr angeordnet sind, weist auf einen interessanten Sachverhalt hin: Genau dort, wo die für die reproduktionsmedizinische Praxis und Forschung die „spektakulären“ Verfahren beginnen, bricht die Zustimmung bei den Befragten ab. Damit zeichnet sich ein der Reproduktionsmedizin offenbar inhärentes Konfliktpotential zwischen Expertenrationalität und normativer Einstellung in der Bevölkerung ab. Die für den befassten Arzt üblicheren Verfahren der Medikamentenabgabe, der homologen Insemination und der Operation, oder die ihn unter Umständen moralisch belastenden Verfahren der pränatalen Diagnostik und der damit implizit verbundenen Schwangerschaftsunterbrechung, haben eine hohe Akzeptanz. Genau dort aber, wo die technisch innovativen Chancen und Möglichkeiten liegen, nämlich bei

26 Für eine idealtypische Beschreibung, wie ein solcher Prozess des „Hineingezogenwerdens“ in der Reproduktionsmedizin abläuft, siehe: Honer, 1991, 388–390. Ein Hinweis auf eine weiter verstandene, professionelle Definitionsmacht gibt auch die gleitende Sterilitätsdefinition der Mediziner. Während in älteren Lehrbüchern die Sterilität eines Paares noch als das Ausbleiben einer Schwangerschaft nach zwei Jahren ungeschütztem Geschlechtsverkehr definiert wird (Runnebaum, Rabe, 1987, 328), verkürzen neuere Lehrbücher diese Frist auf ein Jahr (Speroff et al., 1989, 433).

Grafik 3

Akzeptanzspirale zur Fortpflanzungsmedizin
Zustimmung in % aller Befragten je Verfahren (deutsche Schweiz, N = 602)



den in den Expertenordnungen „höheren“ Verfahren (siehe oben), bricht die Azeptanz ab.

Die Reproduktionsmediziner sind sich dieses Legitimitätsproblems durchaus bewusst. Versuche, die technische Dynamik auf die normativen Schranken in der Bevölkerung hin abzustimmen, lassen sich nachweisen: Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) erliess 1981 erstmals Richtlinien für Ärzte über die artifizielle Insemination, welche 1985 in „Medizinisch-ethische Richtlinien für die in-Vitro Fertilisation und den Embryotransfer zur Behandlung der menschlichen Infertilität“ erweitert worden sind (SAMW, 1981; 1985). Die 1990 erschienene Fassung „Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztlich assistierte Fortpflanzung“ (SAMW, 1990)

stellt eine Revision der 85-er Richtlinien dar.²⁷ Auch die Schweizerische FMH unterstützt dieses Bemühen, der Bevölkerung klarzumachen, dass die Ärzte nicht „unmoralische“ Reproduktionstechniken einführen, und schlägt unter der Rubrik „Standespolitik“ in 30 Thesen einen Verhaltenskodex als Leitlinie für die Ärzteschaft vor (FMH, 1991).

Diese Bemühungen seitens der interessierten Experten können aus soziologischer Sicht, aufgrund der vorliegenden Daten und weiterer Indizien, als vorläufig gescheitert betrachtet werden. Die grosse Unterschriftenzahl der „Beobachter-Initiative“ und der nachhaltige Widerstand einer konservativ-grünen Koalition und eines Teils der Frauenbewegung²⁸ legen kein Zeugnis eines grossen Vertrauens in die Kontrolle durch die potentiell Kontrollierten selber ab. Die Ergebnisse dieser „Peer-Kontrolle“ sind aber auch für weniger Distanzierte nicht überzeugend. Erstens fuhr die SAMW in der – wie auch die hier vorliegenden Daten zeigen – heiklen Frage der Einbringung von Keimzellen Dritter in das Fortpflanzungsarrangement einen Schlingerkurs. Sie hat in den 85er Richtlinien von heterologen Verfahren abgeraten (SAMW, 1985, S. 6) und geriet in Widerspruch zu den 81-er Richtlinien. Die letzte Fassung lässt die heterologen Verfahren wieder zu, wenn auch unter gewissen Einschränkungen (SAMW, 1990, S. 2). Die Dynamik der technischen Möglichkeiten ist offenbar stärker als moralische Vorbehalte. Und obwohl der SAMW zugute zu halten ist, dass sie in einer rasanten Entwicklungsphase der Fortpflanzungstechniken wenigstens einen national gültigen Regelungsrahmen erarbeitet hat, fällt auf, dass es ihr bisher nicht gelungen ist, ihre Daten über die Fortpflanzungsmedizin aussagekräftig zu machen. Einen Hinweis auf die mangelnde Aussagekraft der Zahlen gibt das Beispiel einer in Fragen der Fortpflanzungstechnologien sehr kompetenten Wissenschaftsjournalistin. Sie hat versucht, SAMW-Daten zu erschliessen und ist dabei zu Aussagen gelangt, die mehr Fragen aufwerfen als beantworten.²⁹ Der notwendige Aushandlungsprozess moralischer

27 Bemerkenswert ist die semantische Verschiebung im Titel dieser SAMW-Richtlinien: Was 1981 und 1985 noch in medizinischer Terminologie betitelt worden ist und zwei Reizworte der öffentlichen Debatte gerade mitgeliefert hatte, wurde in den 90-er Richtlinien im Titel sprachlich entschärft. Vom „kalten ärztlichen Blick“ (Foucault) wurde im vorliegenden Fall zum Verweis auf den Hilfekontext hinübergewechselt. Auf diesen Sachverhalt der Sprachpolitik zur Legitimation reproduktionsmedizinischer Verfahren weist auch Beck-Gernsheim hin, wenn sie festhält: „Sprache lenkt unseren Blick (und dies umso mehr, je schwerer fassbar die Welt), unsere Erwartungen, nicht zuletzt unsere Emotionen. Sprache ist Kompass, definierte Realität, Weltbild, Handlungsanweisung. Wenn man auf schwere Geburtsfehler schaut und die Embryos, die zufällig dran hängen, nicht mal mehr in der Sprache auftauchen, dann kann man mit diesen Embryos tun, was immer geboten erscheint, im Fachjargon wieder: Qualitätskontrolle mit Fehlersortierung.“ (Beck-Gernsheim, 1991, 94)

28 siehe dazu die Protokolle der Eidgenössischen Räte (Eidgenössische Räte, 1990, 1991) und z. B. die Nogerete-Plattform Fortpflanzungsmedizin (Nogerete, 1992).

29 Aussagen wie „Über einen bis mehrere Behandlungszyklen kumuliert, lag die Erfolgsquote bei einem Paar 1991 bei der In-vitro-Befruchtung bei 39 Prozent.“ (Waldner, 1992) verdeut-

Aspekte und allenfalls auch die Akzeptanz der Reproduktionsmedizin würde durch neues, zusätzliches Wissen in Form einer publizierten Statistik der SAMW mit grosser Wahrscheinlichkeit nur gewinnen. Eine solche Statistik wurde in den 85-er Richtlinien angedeutet (SAMW, 1985, S. 5), ist jedoch unseres Wissens bis heute nicht verfügbar. Gerade die von kritischer Seite thematisierten tiefen Erfolgsquoten der IVF – man rechnet, dass nur zwischen 5 und 10% der eingesetzten Embryonen zu Kindern heranwachsen³⁰ – lassen zumindest die Vermutung zu, dass den betroffenen Frauen unter Umständen leidvolle, noch wenig erfolgversprechende Behandlungen zugemutet werden. Dass diese Statistik bis heute nicht vorliegt, erstaunt aus soziologischer Sicht allerdings wenig. Die Feststellung soll denn auch nicht als Vorwurf an die Adresse der SAMW oder der Reproduktionsmediziner in der Schweiz verstanden werden. Sie verweist vielmehr auf weitere sozialwissenschaftliche Forschungsfragen. Am Schnittpunkt der Definition des Beginns menschlichen Lebens mit den Handlungsrationitäten der Mediziner, unter den jeweils unterschiedlichen, klinikbezogenen, organisatorischen Einflussfaktoren, im Verbund mit vielfältig verwobenen Interessenlagen von Ärzten, Patienten und Öffentlichkeit ein tragbares Zahlengerüst auszuarbeiten, ist nicht einfach. Solchen Statistiken liegen hochkomplexe interaktive und kommunikative Prozesse zugrunde, die selber noch weiter erforscht werden müssen.³¹

LITERATURVERZEICHNIS

- AMSTAD Eduard et al. (1988), Bericht erstattet an Eidg. Departement des Inneren und Eidg. Justiz- und Polizeidepartement, Expertenkommission Humangenetik und Reproduktionsmedizin, Bern.
- ASSOCIATED PRESS (1991) Grossmutter bringt ihre eigenen Enkel zur Welt, Agenturmeldung, Tages Anzeiger, 3. August.
- ARDITTI Rita, DUELLI KLEIN Renate, MINDEN Shelly, (Hrsg.) (1985), Retortenmütter: Frauen in den Labors der Menschenzüchter, Rowohlt, Reinbek.

lichen, dass die Produzenten solcher Ziffern ein eigenes, sehr interessespezifisches Relevanzsystem haben. Die Zahlen für 1990 und 1991 wurden Mitte April 1992 noch mit dem Argument zurückgehalten, sie seien noch nicht nach Schweizer Geburten ausgewertet (Waldner, 1992)! Was diese Auswertung nach Schweizer Geburten soll, ist ziemlich rätselhaft. In der öffentlichen Debatte würden eher Zahlen z. B. über die Anzahl „verbrauchter“ Embryonen pro geborenem Kind, oder bezogen auf die oben vermerkte Zahl, die Angaben über die Anzahl „Reduktionen“, d. h. selektiver Aborte zur Vermeidung von Mehrlingschwangerschaften und andere Komplikationsraten der Behandlungen interessieren.

- 30 Diese Zahlen sind zwischen Befürwortern und Gegnern heftig umstritten und hängen von dem Konzept der zugrundeliegenden Statistik ab. Eine Klärung seitens der SAMW, wo welche Quoten erreicht werden – anhand von Daten aus der Schweiz – wäre angezeigt.
- 31 Es wird hier insbesondere an eine qualitative Fundierung quantitativer Rekonstruktionen gedacht, wie sie Robert P. Gephart Jr. in „Ethnostatistics: Qualitative Foundations for Quantitative Research“ (Gephart, 1988) vorschlägt.

- BECK-GERNSHEIM Elisabeth (1991), Technik, Markt und Moral. Über Reproduktionsmedizin und Gentechnologie, Fischer, Frankfurt am Main.
- BERGER Peter, LUCKMANN Thomas (1969), Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit, Fischer, Frankfurt am Main.
- BERGMANN, Jörg (1985), Flüchtigkeit und methodische Fixierung sozialer Wirklichkeit. Aufzeichnungen als Daten der interpretativen Soziologie, Soziale Welt, Sonderband 3, Otto Schwartz & Co., Göttingen, 299–320.
- BGE 115 Ia 234 ff (1989), Urteil der I. öffentlichrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 15. März i. S. K. und Mitbeteiligte sowie S. und Mitbeteiligte gegen Kanton St. Gallen (staatsrechtliche Beschwerde).
- BRADISH Paula, FEYERABEND Erika, WINKLER Ute, (Hrsg.) (1989), Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien, Frauenoffensive, München.
- BRÜCKNER Christian (1987), „Künstliche Fortpflanzung und heutiges schweizerisches Recht“, in MÜLLER Hansjakob, (Hrsg.), Reproduktionsmedizin und Gentechnologie. Schweizer Experten informieren, Schwabe & Co, Basel, Stuttgart, 101–111.
- BURGER Max (1992), Die gentechnische Risikoforschung wurde vernachlässigt, Tages Anzeiger, 18. März [Interview mit Professor Max Burger und Professor Eduard Kellenberger].
- COREA Gena (1986), Muttermaschine, Rotbuch Verlag, Berlin [engl. Original: The Mother Machine, Harper & Row, New York 1985].
- EIDGENÖSSISCHE RÄTE (1990), Stenographisches Ratsprotokoll vom 11., 20. und 21. Juni, Bern.
- EIDGENÖSSISCHE RÄTE (1991), Stenographisches Ratsprotokoll vom 18., 19. und 20. März, Bern.
- ERNST Cécile (1988a), „Künstliche“ Zeugung und Psychologie, Neue Zürcher Zeitung, 7./8. Februar.
- ERNST Cécile (1988b), Hinweise auf die Adoptionsforschung. Adoption: Risiken und Vorzüge, Schweizerische Ärztezeitung, Heft 33, 1346–1351.
- ERNST Cécile (1989), Psychological Aspects of Artificial Procreation, International Journal of Law and the Family, 89–105.
- ERNST Cécile (1990), Die Anonymität des Samenspenders, Neue Zürcher Zeitung, 14. August.
- ERNST Cécile (1991), „Künstliche Zeugung“, in FLEINER-GERSTER Thomas, GILLIAND Pierre, LÜSCHER Kurt, (Hrsg.), Familien in der Schweiz, Universitätsverlag, Fribourg, 437–451.
- FREY H. James, KUNZ Gerhard, LÜSCHEN Günther (1990), Telefonumfragen in der Sozialforschung, Westdeutscher Verlag, Opladen.
- FMH (1991), „Künstliche Fortpflanzung, Gentechnologie und Pränataldiagnostik“, Schweizerische Ärztezeitung, Heft 8, 292–297.
- GEPHART P. Robert (1988), Ethnostatistics: Qualitative Foundations for Quantitative Research, Sage Publications, Beverly Hills.
- GROSS Peter, HONER Anne (1990), „Multiple Elternschaften – Neue Reproduktionstechnologien, Individualisierungsprozesse und die Veränderung von Familienkonstellationen“, Soziale Welt, Heft 1, 97–116.
- GROSS Peter, HONER Anne (1991), Das Wissen der Experten. Reproduktionsmedizin im Spannungsfeld von technischer Innovation, individuellem Hilfeersuchen und gesellschaftlichem Wertesystem, Forschungsbericht Nr. 1 des Soziologischen Seminars St. Gallen.
- HAGMANN Diego (1987), Künstliche Befruchtung mit Spendersamen – Eine seit Jahren praktizierte Therapie unter Beschuss, Neue Zürcher Zeitung, 2. Dezember

- HOFFMAN-RIEM Christa (1988), „Fragmentierte Elternschaft: technologischer Fortschritt und familiäre Verarbeitung, in LÜSCHER Kurt, SCHULTHEIS Franz, WEHRSPAUN Michael, (Hrsg.), Die „postmoderne“ Familie – Familiäre Strategien und Familienpolitik in einer Übergangszeit, Universitätsverlag, Konstanz.
- HOLLAND Dorothy, QUINN Naomi (1987), *Cultural Models in Language and Thought*, Cambridge University Press, Cambridge.
- HONER Anne (1991), „Das Paarungsritual als ‚ménage à trois‘. Zur Modernisierung des Zeugungsaktes“, in GLATZER Wolfgang, (Hrsg.), „Die Modernisierung moderner Gesellschaften. 25. Deutscher Soziologentag. Sektionen, Arbeits- und Ad hoc-Gruppen“, Westdeutscher Verlag, Opladen, 388–390.
- HUTTER M. Erhard (1991), „Streit in England um jungfräuliche Geburt“, St. Galler Tagblatt, 13. März.
- JÖSLER Maya (1991), Die Anonymität des Samenspenders, Diplomarbeit, Hochschule St. Gallen.
- KANTON ST. GALLEN (1991), Grossratsbeschluss über Eingriffe in die Fortpflanzung beim Menschen, Botschaft und Entwurf des Regierungsrates vom 25. Juni.
- KRÖGER Wolfgang (1991), Umgang mit Risiken der Technik – Schlussfolgerungen aus der Kernenergie, Neue Zürcher Zeitung, 26. Juni.
- KROMREY Helmut (1986), *Empirische Sozialforschung*, Leske und Budrich, Opladen.
- MAFO-INSTITUT (1988), Ungewollte Kinderlosigkeit im Spiegel der Betroffenen, Dr. Emil Bruckert GmbH, Schwalbach.
- MÜLLER Hansjakob (1990), Fakten und Gedanken zur pränatalen Diagnostik, SKZ, Nr. 22, 324–328.
- NOGERETE (1992), Auszug aus der Nogerete-Plattform Fortpflanzungsmedizin, Flugblatt, Bern.
- OGBURN F. William (1957), „Die Theorie der kulturellen Phasenverschiebung (lag)“, in DUNCAN D. Otis, *Kultur und sozialer Wandel*, Luchterhand, Neuwied und Berlin.
- RENNHARD Josef (1990), „Sperma vom Drachenflieger“, in *Der schweizerische Beobachter*, Sonderdruck zur Gen- und Fortpflanzungstechnologie, 24–29.
- REUBAND Karl-Heinz (1990), „Meinungslosigkeit im Interview – Erscheinungsformen und Folgen unterschiedlicher Befragungsstrategien“, in *Zeitschrift für Soziologie*, Heft 6, 428–443.
- RUNNEBAUM Benno, RABE Thomas (1987), *Gynäkologische Endokrinologie*, Springer, Berlin.
- SCHILL Wolf-Bernhard, BOLLMANN Walter (1986), *Spermakonservierung, Insemination, In-vitro-Fertilisation*, Urban & Schwarzenberg, München.
- SCHNELL Rainer, HILL Paul B., ESSER Elke (1992), *Methoden der empirischen Sozialforschung*, Oldenbourg, München & Wien.
- SAMW (1981), *Medizinisch-ethische Richtlinien für die artifizielle Insemination*, Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, Basel.
- SAMW (1985), *Medizinisch-ethische Richtlinien für die in vitro Fertilisation und den Embryotransfer zur Behandlung der menschlichen Infertilität*, Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, Basel.
- SAMW (1990), *Medizinisch-ethische Richtlinien für ärztlich assistierte Fortpflanzung*, Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, Basel.
- SNOWDEN Robert, MITCHELL G. D., SNOWDEN E. M. (1985), *Artifizielle Reproduktion*, Enke, Stuttgart.

- SOEFFNER Hans-Georg, VOSS Andrea, WEBER Werner (1988), Insemination, In-vitro-Fertilisation, intratubarer Gamententransfer. Eine international angelegte Untersuchung der kulturhistorischen Voraussetzungen, der gegenwärtigen klinischen Anwendung und der gesellschaftlichen Folgen humanmedizinischer Reproduktionstechnologie, Hagen, Fernuniversität (in Zusammenarbeit mit dem Interuniversitären Forschungsinstitut für Fernstudien Klagenfurt, Projektantrag/laufendes Projekt).
- SPEROFF Leon, GLASS H. Robert, KASE G. Nathan (1989), Gynäkologische Endokrinologie & steriles Paar, Diesbach, Berlin.
- SPIEGEL (1992), „Tun wir den Frauen Gutes?“, in DER SPIEGEL, Hamburg, 226–245.
- STAUBER Manfred (1988), Die Psychosomatik der sterilen Ehe, Grosse, Berlin.
- TSCHIEDEL Robert (1989), Sozialverträgliche Technikgestaltung: Wissenschaftskritik für eine soziologische Sozialverträglichkeitsforschung zwischen Akzeptabilität, Akzeptanz und Partizipation, Westdeutscher Verlag, Opladen.
- VAN DEN DAELE Wolfgang (1985), Menschen nach Mass, Beck, München.
- VAN DEN DAELE Wolfgang (1988), Das argumentative Dilemma des Widerstands gegen die modernen Biotechniken, in MARKL Peter, (Hrsg.), Neue Gentechnologie und Zellbiologie – Chancen, Risiken, Probleme, Verlag der österreichischen Staatsdruckerei, Wien, 245–269.
- VAN DEN DAELE Wolfgang (1989), „Kulturelle Bedingungen der Technikkontrolle durch regulative Politik“, in WEINGART Peter (Hg.), Technik als sozialer Prozess, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 197–230.
- VAN DEN DAELE Wolfgang, MÜLLER-SALOMON Heribert (1990), Die Kontrolle der Forschung am Menschen durch Ethikkommissionen, Enke, Stuttgart.
- VON BÖHM Gero (1992), KU1 – Das letzte Geheimnis, interscience film GmbH im Auftrag des Südwestfunks, Baden-Baden.
- WALDNER Rosmarie (1992), „Ich wollte wirklich alles probiert haben“ – In der Schweiz wurden bisher über 300 Retortenbabies geboren“, Tages Anzeiger, 18. April.
- WALTER-BUSCH Emil (1988), Die Entwicklung der Lebensqualität in der Schweiz, 1978–1987: Ergebnisse der Rekrutenbefragungen 1987 und 1978, Sauerländer, Aarau.

Adresse des Verfassers:

Christoph Maeder

Soziologisches Seminar, Hochschule St. Gallen

Tigerbergstr. 2, CH-9000 St. Gallen

IDENTITÉ MYTHIQUE, RÈGLES DU JEU ET CRÉATION CHARISMATIQUE*

Les unités de dialyse rénale revisitées

Olgierd Kutý

Faculté d'Economie, de Gestion et de Sciences Sociales
Département des Sciences Sociales, Université de Liège

La question soulevée dans cet article porte sur les conditions de l'action collective dans le cadre hospitalier. Une des interrogations centrales aujourd'hui est celle de la gestion du collectif : comment s'agencent les jeux des individus, comment se construisent les représentations de la situation, comment s'élaborent les valeurs ? Nous organiserons notre réflexion autour de ce thème central en recherchant les points d'articulation entre une analyse stratégique et une analyse culturelle. Cette nécessité, déjà diagnostiquée en 1977 par Crozier et Friedberg (1977, 167-191), reste toujours d'actualité. Ces dernières années, des travaux importants ont exploré certaines voies pour une approche plus affinée du concept de culture et ont proposé, en liaison avec le concept de capacité culturelle, de nouvelles hypothèses sur les identités collectives, sur les communautés pertinentes d'action ou la communauté de projet.

Nous nous proposons de confronter ces perspectives théoriques nouvelles avec une recherche empirique que nous avons menée il y a une vingtaine d'années et portant sur des unités de rein artificiel. L'intérêt de reprendre ces données apparaît dans le fait que dans nos articles de l'époque (Kutý, 1975 et 1977), nous nous étions limité à une analyse stratégique. Dans la suite, Crozier et Friedberg (1977, 234-238) en avaient proposé, dans *l'Acteur et le Système*, une interprétation qui liait l'analyse stratégique à une analyse culturelle.

Le plan que nous adopterons sera le suivant : nous rappellerons nos données empiriques à travers une présentation volontairement limitée aux principes de l'analyse stratégique stricto sensu; nous présenterons ensuite les bases de notre

* Je tiens à remercier Michel Crozier, Erhard Friedberg, François Pavé, Renaud Sainsaulieu, Denis Segrestin, Pierre Tripier et Didier Vrancken pour leur lecture critique et pour leur discussion des hypothèses présentées ici. Je veux également remercier Isabelle Baszanger, Olivier Dembinski et François Pichault pour leurs commentaires sur la version finale. Cet article a d'abord été présenté au Département de Sociologie de l'Université de Genève en juin 1991.

analyse culturelle avec les concepts de capacité culturelle, d'identité mythique et d'identité collective; et enfin nous verrons comment s'agent ces différents niveaux culturels tout au long des trois phases de l'histoire de l'unité de Vendôme. Ajoutons que notre matériel empirique reste celui qui a été rassemblé à l'époque de la thèse et que nous n'avons pas procédé à de nouvelles interviews.

Clôurons cette introduction en rappelant les temps forts de cette unité rénale. Vendôme est une unité hospitalière parisienne créée, en octobre 1966, par cinq jeunes médecins de la mi-trentaine et avec une infirmière à peine plus âgée. Ils sont porteurs d'un programme charismatique : ils veulent une médecine égalitaire faite de collégialité entre eux et avec les infirmières ainsi que de participation avec les malades. Ils conquerront une assez grande autonomie dans le service, même si des tensions apparaîtront rapidement avec les agrégés. Par contre, le professeur les soutiendra. Ils rencontreront des problèmes inattendus avec les malades : ceux-ci auront des comportements que les médecins qualifieront de régressifs (impuissance sexuelle, non-respect du régime, insomnie, ...) et sembleront s'adapter assez mal au traitement. Des rivalités se développeront entre eux dans l'unité. L'unité prendra une allure assez hiérarchisée, c'est-à-dire qu'un des médecins, le Dr. Libon, dominera ses collègues et ce, en étroite coopération avec l'infirmière, Mlle Rodier. Ils décideront alors, en décembre 1967, d'entreprendre une psychothérapie de groupe avec un psychanalyste et restructureront leurs relations. D'abord entre eux : ils se spécialiseront chacun dans des directions différentes et la structure de l'unité se redessinera sur un mode plus horizontal, davantage conforme à leurs principes de départ; ensuite avec les malades qui manifesteront des comportements qu'ils jugeront moins régressifs.

1. L'analyse stratégique de l'unité de Vendôme

La création (octobre 1966 à mars 1967)

Dans ce point consacré au démarrage de l'unité, nous distinguerons deux systèmes de relations stratégiques : les rapports des médecins de l'unité avec leurs confrères du service et les relations à l'intérieur de l'unité.

Comment se présentent tout d'abord les rapports entre les cinq jeunes assistants et le service ? L'analyse stratégique permet de comprendre qu'avec leur volonté d'une médecine collégiale, participationniste et égalitaire, ce sont de *nouvelles règles du jeu* qu'ils veulent établir dans le service. Cette innovation structurelle n'est possible que parce qu'ils contrôlent deux incertitudes majeures. La première incertitude est liée à la naissance d'une nouvelle discipline : la néphrologie.

Cette nouvelle spécialisation s'autonomise de la médecine interne et ouvre de brillantes perspectives en postes d'assistants et d'agrégés ainsi qu'en moyens de recherche. La condition d'obtention de ce nouveau pactole pour un service est d'avoir une unité de dialyse et c'est la première incertitude que maîtrisent les cinq jeunes assistants. Et plus particulièrement Libon qui revient d'un séjour de formation de deux ans aux Etats-Unis. La seconde situation d'incertitude tient au fait que les procédures de nomination des jeunes assistants à des postes d'agrégés sont suspendues à Paris et ce, en raison de certains scandales qui ont eu lieu dans le recrutement des agrégés lors des années immédiatement antérieures. L'incertitude de promotion, traditionnellement contrôlée par le chef de service, est moins pertinente et les relations professeur-assistant sont alors distendues¹ dans la mesure où règne un flou sur la procédure qui sera retenue à l'avenir.

L'analyse stratégique rend bien compte du fait que les cinq jeunes médecins vont profiter de cette double incertitude pour faire avancer leur stratégie charismatique créatrice d'un nouveau système social. Ils s'opposeront aux règles du jeu en vigueur dans le service, règles du jeu dont un aspect central est axé sur une structure mandarinale et hiérarchique qui voit les jeunes assistants placés sous la tutelle des agrégés, les fonds de recherche obtenus par les assistants partiellement redistribués vers différents secteurs du service ou encore les infirmières dépendre étroitement de l'autorité de la surveillante.

C'est ainsi que les cinq médecins obtiendront du professeur l'autonomie de fonctionnement de l'unité, qu'il s'agisse du choix des malades à dialyser, de la totalité des moyens financiers qu'ils garderont sans redistribution ou encore de l'autonomie administrative qu'ils obtiendront pour leur infirmière. Cette autonomie apparaîtra tout particulièrement – et c'est un fait assez exceptionnel – dans le fait qu'affectés à différents postes d'assistants dans le service et les services amis du même hôpital, ils aient *décidé, de leur propre initiative, de travailler ensemble* et de redéfinir eux-mêmes une partie de leurs tâches. Cette autonomie apparaîtra aussi dans le fait que le chef de service acceptera que,

¹ Touraine (1969) et Bourdieu (1984) ont insisté sur l'accroissement d'effectifs d'assistants en Faculté de médecine dans les années 60. Le premier a développé l'idée d'un conflit de classes nouveau entre jeunes professionnels face à la technocratie, le second a souligné l'existence d'une stratégie de reclassement de jeunes universitaires affrontant une dévaluation de leurs titres face à un accroissement morphologique du nombre des diplômés. Dans cette dernière perspective, Voisin (1977) a montré la création de communautés utopiques comme cas particulier de cette stratégie de reclassement et d'une certaine manière, ce projet de création d'une nouvelle unité médicale participe de ce mouvement communautaire. Face à ces analyses macrosociologiques globales donnant peu d'indications sur les stratégies plus fines déployées dans la pluralité des systèmes d'action concrets, il est intéressant de partir des hypothèses plus organisationnelles ouvertes par Gremion (1976) qui lui aussi analyse le climat d'innovation des années 60.

durant près d'un an, ils ne rendent pas compte de leurs travaux aux réunions scientifiques hebdomadaires du service ! De là viendra la remarque acide : «La forteresse des incapables» que leur adresseront certains agrégés, extrêmement agressifs à l'égard de ces jeunes (qui ont 35 ans !) qui leur prennent une dizaine de lits pour y installer l'unité.

La «régression» des malades (mars à décembre 1967)

En second lieu, en ce qui concerne les relations à l'intérieur de l'unité, l'analyse stratégique peut expliquer une surprise. Les médecins veulent une structure égalitaire et se créent, au contraire, une structure verticale et bicéphale. En effet, le pouvoir sera partagé par Libon et Rodier. Quel est le fondement de ces règles du jeu assez surprenantes ? D'abord, elles renvoient aux atouts que possèdent Libon et Rodier pour contrôler la zone d'incertitude technique de l'unité : ils maîtrisent la dialyse. Mais c'est insuffisant et c'est ici qu'il faut introduire les relations avec les malades. Ceux-ci vivent mal le traitement et sa dépendance, ils sont anxieux à propos de leur évolution future. En outre, le climat de dramatisation des premiers mois de dialyse et l'atmosphère non moins dramatique des premières binéphrectomies (ablation des deux reins) chez les premiers malades, réalité sur laquelle nous devons revenir, tout cela favorisera la prise de pouvoir par ceux qui paraissent les plus à même de contrôler psychologiquement les malades : Libon et Rodier. Enfin, Libon maîtrise une troisième incertitude de par sa relation privilégiée avec le chef de service qui l'avait envoyé deux ans aux Etats-Unis et lui avait confié personnellement l'unité.²

Ceci suggère qu'une structure plus hiérarchisée se profile clandestinement sous le couvert d'un climat d'échanges très soutenus : «Je les appelais les Siamois. Quand j'en appelais un, ils venaient tous», disait l'infirmière à cette époque. «On discutait sur toutes les décisions à prendre», ajoutent les médecins. Bref étaient en place des *règles du jeu* faites d'une très forte implication des médecins, de rivalités consécutives, d'une hiérarchie bicéphale et d'une dramatisation.³

2 Ce qui nous faisait dire qu'il existait un paradigme de négociation avec un double caractère : ce paradigme définissait les négociations internes, mais il était également imposé dans le cadre d'une contrainte reflétant les atouts de Libon (Kutry, 1977).

3 Ce décalage entre les valeurs égalitaires et la réalité des rapports ne doit pas surprendre : ce management participatif avant la lettre est mieux connu aujourd'hui dans ses dimensions autoritaires et son culte du chef, cf. Tixier (1988).

La seconde année (1968)

Après la psychothérapie de groupe de l'hiver 1967-68, les nouvelles règles du jeu seront fondées sur une *spécialisation* accrue de chacun des médecins dans son domaine : à Libon, la conduite de l'unité rénale et de la transplantation future; aux autres médecins, la direction d'une unité de médecine isotopique, d'un programme de recherche en hémodynamique, etc.

On peut interpréter cette stratégie de moindre implication collective dans l'espace de la seule unité rénale en liaison avec l'évolution des zones d'incertitude. Avec la routinisation de la dialyse (troisième trimestre de 1967), les médecins maîtrisent la technique d'épuration extrarénale et Libon n'est plus seul à la contrôler. Par ailleurs, la dialyse va très vite devenir une routine : ce qui veut dire, d'une part, un affaiblissement des intérêts intellectuels de Libon (ce qui va également expliquer son orientation vers la transplantation) mais aussi, d'autre part, la possibilité d'entreprendre des recherches scientifiques sur la condition du dialysé. Et là, les autres médecins, plus intéressés par la recherche que ne l'est Libon, maîtrisent une zone d'incertitude propre. Cette stratégie de spécialisation se nourrit encore d'un autre fait. C'est la réouverture des promotions au rang d'agrégés. Tout comme la suspension des nominations avait favorisé une stratégie de collégialité, le retour des promotions pourrait conduire à des stratégies plus individualistes de renforcement de son dossier scientifique.

2. Axes pour une analyse culturelle

Nous nous limiterons ici aux travaux de Crozier et Friedberg, de Jean-Daniel Reynaud, de Renaud Sainsaulieu, d'Emmanuèle Reynaud et de Denis Segrestin⁴ qui nous offrent des outils de compréhension des phénomènes culturels à l'oeuvre dans les organisations. Commençons par Crozier et Friedberg qui ont pour nous l'avantage de s'être directement penchés sur nos données. Ils introduisent le concept de *capacité culturelle*, concept global à l'intérieur duquel ils distinguent trois niveaux : «les capacités cognitives, les capacités relationnelles et les modèles de gouvernement» (Crozier et Friedberg, 1977, 332). Le concept de modèle de gouvernement leur est particulièrement utile lorsqu'ils réanalysent les quatre unités rénales que nous avons observées. C'est notamment au nom de ce concept que l'on peut distinguer deux types d'unités (Kuty, 1975; Crozier et Friedberg, 1977, 234 pp.). Nous avons d'un côté deux unités (dont Vendôme), caractérisées par une structure assez horizontale, c'est-à-dire avec peu de

⁴ Nous avons eu connaissance trop tard des ouvrages de Dubar (1991) et de Demailly (1991) pour pouvoir les prendre en considération ici.

différenciation entre les rôles professionnels, avec un même profil de malade et avec une implication des familles; de l'autre, nous avons deux unités à structure plus verticale, c'est-à-dire avec une hiérarchisation de multiples rôles professionnels, avec une pluralité de trajectoires pour les malades et une moindre implication pour les familles. Cette différence fait ressortir, dans le premier cas, l'importance de la sélection des malades greffables et le lien consécutif existant entre un système fermé (c'est-à-dire sélectif) et un modèle de gouvernement démocratique, reposant sur une communication assez fluide, face à un système ouvert (et non sélectif) lié à un modèle de gouvernement «autoritaire», contrôlant fortement la communication.

Mais ce concept de modèle de gouvernement est surtout utile si l'on compare les deux unités à structure horizontale car Crozier et Friedberg montrent qu'il était lié à des choix fort différents.⁵

Cette distinction ouvre alors la voie à une question : si effectivement l'objectif de performance est essentiel pour comprendre Vendôme, *comment expliquer le choix de cet objectif*? C'est à un approfondissement de la culture des acteurs que nous sommes alors invités. Ce qu'il faut intégrer à l'analyse, c'est l'analyse des valeurs telle qu'elle a été reformulée par les enseignements de la sociologie des organisations et de l'analyse stratégique. Il faut écarter une compréhension des valeurs comme objet symbolique d'origine sociétale, transversal à toutes les institutions (Kutý, 1991), car dans cette perspective, les valeurs étant «contradictoires et floues» (Crozier et Friedberg, 1977), elles n'expliquent pas les choix réels des acteurs. Elles sont à découvrir dans les situations concrètes des systèmes d'action, sans aller toutefois jusqu'à rejoindre Boudon et Bourricaud

5 «Les deux objectifs ou, plutôt, les deux raisons du *choix* sont difficiles à distinguer, mais l'analyse effectuée par Kutý montre qu'au départ des choix d'un des services, le souci de coopération démocratique et d'esprit d'équipe est prédominant alors que, dans l'autre, c'est le souci de la performance à réaliser : «On voit donc que, dans cet ensemble à plusieurs entrées : système d'action, technologie, performances, mode de gouvernement ou régulation à différents niveaux, plusieurs combinaisons sont possibles. On peut choisir le système d'action pour obtenir la performance ou choisir la performance en fonction de la contrainte du système d'action ...» (Crozier et Friedberg, 1977, p. 237).

C'est ce qui semble se vérifier. Vendôme avait choisi un modèle de gouvernement démocratique en fonction de ses objectifs de performance : c'était une unité créée en 1966 et le service en attendait des transplantations. Blèves, l'unité horizontale belge, avait choisi en 1968 un même mode de gouvernement démocratique pour des raisons différentes. Ils avaient préféré privilégier un climat d'échanges et de discussions avec les infirmières et les malades, indépendamment d'un objectif de performance analogue à celui de Vendôme. En effet, il n'y avait aucun objectif de transplantation à horizon rapproché car le chirurgien envoyé en formation aux États-Unis ne devait pas revenir dans l'immédiat. Et en outre, les trois jeunes médecins en charge de l'unité ne l'avaient pas créée : ils avaient hérité, fin 1967, d'une unité qui tournait et n'avaient aucune angoisse de création. En décidant de supprimer les anxiolytiques qui provoquaient la somnolence des malades durant la dialyse, ils les faisaient entrer dans un climat d'échanges.

(1982, 604) lorsqu'ils écrivent : «En caractérisant l'évaluation comme un processus qui consiste pour un individu pourvu de certains attributs à établir des préférences entre des états différents d'un système social, on est amené à en donner une vue à la fois pluraliste, combinatoire, et à la limite stratégique». C'est l'idée de *légitimité culturelle* que nous voulons traiter, idée qui réintroduit, au sein des microcultures organisationnelles, le poids de l'histoire et du passé (Caillé, 1981, 274), des conflits d'hier et d'aujourd'hui, de la permanence d'un acteur qui entend durer à travers les négociations (Kuty, 1990, 497-498). Nous voulons comprendre les interrelations entre ces microcultures organisationnelles et les modèles de gouvernement.

Nous pouvons maintenant préciser la trame conceptuelle qui ressortira du réexamen de nos données. Tout d'abord, nous confirmerons la pertinence d'un *modèle de gouvernement* démocratique pour rendre compte des traits structurels centraux de Vendôme. Ensuite, nous verrons que ce modèle de gouvernement démocratique doit gérer des situations successives très différentes. C'est avec les analyses de Sainsaulieu sur les *identités collectives* que nous approfondirons cette voie. Enfin, nous montrerons l'utilité d'un troisième niveau culturel que nous appellerons *identité mythique* : c'est la représentation d'eux-mêmes dont se dotent les médecins pour définir leur communauté de projet et qui vient donner un sens à leurs objectifs. Cette identité inscrit le projet dans la continuité. C'est le passé et l'avenir qui sont reliés (Rémy, 1992, 110), mais il s'agit d'une liaison qui, comme on va le voir, est constamment retravaillée en fonction de l'évolution des règles du jeu.

3. L'analyse stratégique et l'analyse culturelle complémentaires

La création (octobre 1966 à mars 1967)

L'identité mythique : une communauté de sauveurs

L'objectif de ce point est de cerner l'identité mythique que se donnent les médecins et qui va contribuer à redéfinir les zones d'incertitude de l'unité. Quel est le projet de médecine que l'équipe se donne ? D'emblée, ils se posent comme les *sauveurs* du service : «Quand on est arrivé ici, c'était la médecine de 1940 ! Il n'y avait pas d'équipement moderne, pas de diététique, pas de médecine scientifique !». Ce sont eux qui vont relever le défi de la réputation scientifique du service, qui vont surmonter la débâcle de 1940. Cette dimension salvatrice est essentielle : elle va leur donner un statut de toute-puissance après ce que les psychanalystes considèrent comme étant un «meurtre du père» (Enriquez, 1983, 33-38) qu'ils accomplissent lorsqu'ils dénoncent le caractère rétrograde du service. Mais il y a plus : ils déclarent «*rechercher la difficulté*» et

le second trait de leur identité, ce sera l'audace de leurs choix. C'est déjà difficile de créer une unité et d'y adjoindre un programme de recherche scientifique sur les malades rénaux. Mais ils veulent multiplier les défis, les risques. C'est ainsi qu'ils décident de recruter préférentiellement des malades ayant une hypertension maligne, ce qui à l'époque était presque une contre-indication. Ils décident aussi d'être le centre de la «fistule». Ce terme renvoie au type d'abord artérioveineux pour le branchage sur la machine. Dans les autres centres récemment créés à Paris, cet abord était un shunt. «La fistule, c'est difficile. Nous serons donc le centre de la fistule». Ils envisagent aussi de binéphrectomiser leurs malades, c'est-à-dire de leur enlever leurs deux reins. A l'époque, cela se pratiquait peu car on n'avait pas une bonne connaissance des conséquences négatives de cette ablation. Chaque fois, le poids de Libon dans la recherche des solutions est déterminant.⁶

Leur troisième trait identitaire, ce sera la méthode qu'ils vont se donner : ils veulent tout décider ensemble et échanger sur tout. Ce seront les «Siamois». En fait, c'est une *communauté fraternelle* (Weber, 1971) qu'ils instaurent pour apporter le salut au service. Et c'est bien une communauté fraternelle qui est nécessaire pour supporter les chocs de leurs autres décisions. En effet, sur le plan des relations avec le malade, on les voit l'informer assez rapidement de sa condition irréversible alors qu'ailleurs on laisse le temps jouer pour que le malade arrive après quelques mois à se rendre compte par lui-même qu'il ne récupérera plus sa fonction rénale. Plus encore, ils pratiquent une politique de sélection des malades. Non seulement ils choisissent ceux (ayant moins de 45 ans) dont l'état général est le plus apte à recevoir une greffe, mais qui, en outre, psychologiquement, leur paraissent les plus aptes à supporter le traitement.

Tels sont les trois traits majeurs de leur identité mythique. Il apparaît clairement qu'elle contribue à *redéfinir les incertitudes*. Les zones d'incertitude ne sont pas des données objectives : elles sont aussi des construits culturels que les acteurs élaborent (Crozier et Friedberg, 1977, 21 et 243). Mais d'où vient cette identité mythique ? Voyons comment elle s'est constituée progressivement à partir de différents fragments d'identités antérieures qu'ils vont mobiliser dans leur passé pour se donner la force d'aller de l'avant (Durkheim, 1912). «Tous les cinq, nous n'étions pas des médecins 'Algérie Française'. Nous étions plutôt ce qu'on peut dire des 'médecins de gauche', à l'encontre de la tradition dominante du monde des internes de Paris». D'ailleurs, durant son service militaire en Algérie, Libon refusera d'être affecté dans un hôpital, comme son statut d'interne des hôpitaux de Paris lui en donnait le droit et réclamera d'être médecin de douar, dans le bled algérien. Après sa démobilisation,

⁶ Ce qui renvoie à notre analyse précédente sur l'imposition d'un paradigme de négociation (Kutny, 1977).

il demandera un congé de six mois pour faire le tour de l'U. R. S. S. hors des circuits balisés par les agences officielles, et pour y découvrir la médecine socialiste. Deux des autres médecins sont juifs. Braun vient d'une vieille famille juive d'origine alsacienne et appartient au monde bancaire. Simon est d'origine séfarade et vient d'une famille plus modeste d'Afrique du Nord. Tous deux sont en psychanalyse. Durant leur internat, ces cinq médecins ont été très proches des infirmières, et particulièrement soucieux de les former. Ils ont fait des cours en salle. Ils ont une même attitude d'enseignement avec les étudiants : «Quand j'examinais un malade devant les étudiants, je m'asseyais sur le lit pour ne pas être debout et inhiber le malade. Je leur apprenais cela» (Braun). Il y a enfin Rodier dont la vocation d'infirmière est tout aussi notable : passionnée par ce métier, elle devra attendre d'avoir 35 ans pour être sûre de disposer des moyens financiers pour commencer ses études. Refus de la colonisation, positionnement politique proche, psychanalyse, origine juive, proximité avec les infirmières et les étudiants en médecine, souci de formation des catégories subordonnées : tels sont les fragments de leurs identités collectives antérieures qui vont faire l'objet d'un premier arrangement en 1966 à partir de l'opportunité que leur offrent les règles du jeu du service.⁷

Une microculture de la négociation

Nous voyons se constituer progressivement une identité mythique qui va mobiliser dans les profondeurs de leur inconscient la représentation psychique très forte d'une communauté fraternelle. Et celle-ci est en harmonie avec un modèle de gouvernement démocratique. Mais ceci n'est pas suffisant pour comprendre le style particulier que va prendre ce modèle face à la grande zone d'incertitude des six premiers mois et qui est la maîtrise des techniques de la dialyse. Pour cerner ce style relationnel, il nous paraît utile de partir de la conceptualisation de Sainsaulieu (1987, 173-177), et nous pensons qu'il faut voir dans les deux identités collectives que Sainsaulieu appelle la culture de la négociation et la culture affinitaire deux modalités du modèle de gouvernement démocratique de Crozier et Friedberg. Nous faisons l'hypothèse que la microculture de la

⁷ Il faudrait avoir davantage d'informations sur la manière dont les médecins vont organiser des attitudes très contradictoires. Le chef de service envoie Libon aux Etats-Unis pour s'y former durant deux ans mais celui-ci, à son retour, décide de travailler en équipe. Ensuite, s'ils marquent leurs réticences à l'égard du niveau scientifique du service, ils sont, en même temps, très admiratifs à l'égard de la personnalité qu'ils jugent exceptionnelle de leur chef de service. Le choix de malades hypertendus (ils auraient pu prendre d'autres malades) est tout aussi révélateur d'une rivalité : ce sont des malades qui relèvent de la spécialisation du chef de service dont par ailleurs ils relèvent les limites. Que dire enfin de la sélection ? N'est-elle pas contraire à leurs principes de «gauche» ? Et en outre, le niveau social des premiers malades est assez élevé, hormis le tout premier, qui était un ouvrier.

négociation s'apparente assez bien au style relationnel de la communauté fraternelle de Vendôme.⁸ Pour Sainsaulieu, cette identité particulière est caractérisée par une acceptation des différences, par les discussions et la valorisation des compétences professionnelles.⁹ Le comportement «siamois», le débat permanent de Vendôme, la valorisation des compétences comme la clinique et la recherche, tout cela paraît relever de ce type identitaire. En outre, Sainsaulieu (1987, 186 et 191) observe qu'une telle identité est particulièrement propice au développement des coalitions nouvelles et illégitimes et est assez susceptible, dans certains cas, de fonder «des comportements stratégiques, des capacités d'entrer facilement sur une série d'oppositions où il s'agit de jouer serré dans ses relations pour conquérir des alliés, établir des coalitions ou soutenir le choc des affrontements». Ces remarques évoquent clairement la problématique de la «forteresse des incapables».¹⁰

L'inattendu : les réactions des malades (mars à décembre 1967)

Après quelques mois de fonctionnement, les médecins doivent affronter une nouvelle incertitude : c'est l'adaptation des malades au traitement qui pose le plus gros problème. Que se passe-t-il ? Les binéphrectomies se passent très mal. Le premier malade, l'architecte Jordan, réagit très mal dès la première nuit qui suit l'intervention : il est frappé d'une hémorragie interne due à un ulcère de contrainte. Les médecins y voient la prédominance de raisons psychosomatiques. Le second malade hésite alors à se faire binéphrectomiser : il tarde et est frappé d'une hémorragie cérébrale. Le troisième, Bonnier, ne supporte pas non plus l'idée d'une telle ablation. Il hésite, repousse l'idée de cette intervention,

- 8 Par contre, il nous semble que c'est l'*identité affinitaire* qui caractérise Blèves, l'unité belge qui relève d'un même modèle de gouvernement démocratique. Nous avons vu que ses médecins n'ont connu ni l'angoisse de la création de l'unité ni celle des transplantations, qui ne sont pas encore à l'ordre du jour. Ils ont hérité d'une unité qui tourne bien ainsi que d'une équipe d'infirmières et de techniciennes parfaitement drillées, très satisfaites de leurs conditions de travail et de leur promotion dans une unité de soins intensifs. Ces jeunes femmes qui maîtrisent bien les réactions des malades sur dialyse vont conquérir une énorme marge de manoeuvre : elles vont mettre les médecins en rivalité et ce avec la complicité des malades ! Notre hypothèse est que c'est ce modèle affinitaire du personnel paramédical qui va déteindre sur les jeunes médecins pendant près d'une année.
- 9 Sainsaulieu (1987, pp. 173-174) précise : «Cette culture est marquée par la négociation et l'acceptation des différences, ... par la grande richesse affective et cognitive des relations interpersonnelles, par l'importance de la vie collective de type démocratique, c'est-à-dire acceptant le débat productif entre majorité et minorité, par un refus net de toute autorité imposée, et enfin par le choix des leaders, ou chefs élus, pour leur aptitude à faire s'exprimer et à faire vivre des groupes démocratiques. Cette culture valorise la solidarité mais aussi la différence et l'expérience du groupe. Le métier sous toutes ses formes est au sommet de l'échelle des valeurs».
- 10 Contrairement à notre interprétation, Erhard Friedberg est frappé par l'importance des traits fusionnels dès 1966.

puis finit par accepter une date d'hospitalisation. La veille de son entrée en chirurgie, il meurt chez lui, inopinément. La dialyse quotidienne pose des problèmes analogues. Pourquoi est-ce si difficile de piquer les fistules des malades pour les brancher sur les machines ? Certes, chaque branchage est douloureux pour le malade. Mais pourquoi Simon et Braun ratent-ils leurs branchages et doivent céder la place à Libon qui, lui, les réussit tous ?

La nouvelle identité mythique : la communauté charismatique totale

La zone d'incertitude s'est donc déplacée : la clé de la réussite passe par l'adaptation du malade à son traitement. Ou, plus précisément, par l'établissement de la légitimité d'un tel traitement. En effet, comment les règles traditionnelles de la légitimité du pouvoir médical pourraient-elles être d'application dans une situation où la guérison n'est plus au bout du traitement ? Comment obtenir l'adhésion du malade à sa nouvelle situation, lorsque la médecine de survie d'une unité de soins intensifs ne débouche que sur une attente indéfinie ?

Pour résoudre ce problème de légitimité, ils choisissent la solution charismatique. La communauté fraternelle va s'étendre au malade : ils vont chercher la reconnaissance de leur autorité dans une très forte proximité avec le malade, voire dans une quasi amitié qu'ils lui offrent. «Libon a tuteuré Jordan pour la première fois, la nuit de son hémorragie». Libon accompagne Bonnier aux Etats-Unis lors d'un voyage professionnel : ils se découvrent des goûts communs, une même passion pour la technique. Braun, qui envisage de construire une maison, accède à la demande de Jordan d'être son architecte. Mademoiselle Rodier va rendre visite à ses patients, à leur domicile.

Ces relations très personnalisées sont également suscitées par la stratégie de dramatisation déployée dans l'unité, qu'il s'agisse des difficultés de la piqûre des fistules ou des conséquences de la binéphrectomie qui sont vécues sur un mode tout aussi dramatique. Emerge alors la personnalité d'exception qui apporte les solutions aux problèmes. Il est clair qu'avec ces nouveaux défis, c'est leur identité mythique qu'ils sont contraints de redéfinir. L'ampleur de leur mission salvatrice s'approfondit : ils ne sauvent pas seulement le service, ils sauvent aussi leurs malades. Bref, toute l'unité est devenue une communauté charismatique qui rassemble médecins, malades et infirmières : «Nos premiers malades, c'étaient des personnes extraordinaires» avoue Libon.¹¹

11 Ce charisme se construit dans un *espace sacré*, distinct du monde «profane» des autres salles. Ceci évoque Durkheim. L'unité rénale est un monde à part, une «enclave» (Leeds, 1964) où l'on sacralise le malade dialysé. Les règles d'asepsie contre les infections y atteindront une intensité tout à fait exceptionnelle : on ne peut entrer dans l'unité que revêtu d'un tablier ad hoc, porteur d'une bavette et d'un calot. Les ultra-violets fonctionnent toute la nuit. Lors des

L'identité culturelle fusionnelle

Ce travail sur leur identité mythique est aussi le fruit d'une modification de leur modèle de gouvernement qui se déplace davantage vers un de ses pôles frontaliers qui est celui de la fusion, pour reprendre le terme de Sainsaulieu. La fusion, c'est d'abord l'indifférenciation accrue des rôles : plus que jamais, les médecins sont des «Siamois». C'est la «forteresse des incapables». Ils consacrent un temps accru à leur rôle de dialyseur. Ils retardent le programme de recherche. Mais la fusion, c'est aussi la réintroduction de nouvelles différenciations très subtiles, jamais reconnues comme telles, jamais authentifiées.¹² Et ce au bénéfice d'un leader fort. L'émergence de ces aspects fortement fusionnels suggère qu'un groupe peut *se déplacer dans l'espace des identités collectives*. Car il est clair que le climat de communication persiste toujours à Vendôme. Mais cette communication intense ne fait que renforcer des règles du jeu qui donnent toujours gagnante l'alliance entre Libon et Rodier.

La période heureuse (1968)

Durant l'hiver de 1967, les cinq médecins entreprennent une psychothérapie de groupe.¹³ Au bout de quelques mois de discussion avec un psychanalyste, le Dr. Tréville, ils optent pour une spécialisation de leurs activités : à Libon, la direction clinique de l'unité rénale; à Simon et Braun, les recherches scientifiques.

Une microculture de la négociation et du débat

La clé du changement, c'est la reconstitution d'une nouvelle capacité culturelle d'affrontement des incertitudes. Sous la médiation de Tréville, ils vont se donner les règles d'un *débat démocratique*. C'est une forme d'échange tout à fait différente des embrasements de la période siamoise.

piqûres pour le branchage du malade sur la machine, Libon recourt à une mise en scène : «Je m'habillais lentement, avec solennité. Je procédais à des attouchements sur le bras avant de piquer. Je tapotais. Je prenais du temps. J'invoquais les dieux.» Rites de pureté, attitudes de grand sorcier piqueur, malades sacralisés, définition mythique du groupe comme salvateur du service : tous les ingrédients du rituel durkheimien sont bien réunis.

- 12 Levy (1969) a montré que la décision d'abandonner les différences extérieures et les différences de statut entre malades mentaux et personnel dans un hôpital psychiatrique n'a pas empêché la reconstitution clandestine de nouvelles différences.
- 13 La décision de la psychothérapie est un moment central. C'est Libon qui la propose en septembre, dès son retour de vacances. Il s'estime dépassé par la situation des malades. Il découvre en outre que Braun, qui l'a remplacé en août, a pris des initiatives sans lui en avoir référé au préalable. Les deux médecins en cours de psychanalyse acquiescent à la proposition alors que les deux autres médecins acceptent seulement d'aller discuter des malades. Le chef de service consulté par Libon propose des noms de psychiatres. C'est encore Libon qui poussera au choix de Tréville.

Le rôle de *médiateur* du Dr. Tréville est essentiel dans ce processus et c'est sa présence qui montre toute la distance qui sépare la communication du débat.¹⁴ En effet, la communauté fraternelle avait connu une communication intense, des échanges nourris, mais aussi une lutte pour le pouvoir, souterraine et inavouée. Dans ce contexte régnait une égalité factice car c'était celui qui était doté de plus grandes capacités de manipulation qui l'emportait. Le *débat démocratique*, c'est plus que la communication des opinions, c'est l'instauration de règles de procédure permettant la confrontation des opinions au système rationnel et cohérent qu'est la psychanalyse.¹⁵ Leur recours à une identité fusionnelle tenait à leur manière de réagir devant la montée des problèmes : ils se sont investis massivement dans l'unité. Chacun se sentait responsable des moindres détails. Alors que la caractéristique principale d'une identité négociatrice était la discussion, l'ouverture aux interprétations différentes, leur sentiment d'hyperresponsabilité a limité les possibilités de critique interne et les a conduits à rechercher un leader exceptionnel et à coller à lui. Avec la médiation de Tréville, ils imposent des limites à leur sentiment de responsabilité : «Maintenant, quand le malade est anxieux ou insomniaque, ou impuissant, on le prend comme un fait. C'est comme ça ! On n'en est pas toujours responsable».

La reconstitution de leurs capacités négociatrices permet au malade «d'entrer dans le jeu des relations de pouvoir avec plus d'autonomie, de liberté et de choix possible» (Crozier et Friedberg, 1977, 377). Le style fusionnel ignorait les intérêts divergents des malades auxquels il ne restait qu'une stratégie de dépendance excessive (de la «régression», comme ils disaient alors) pour opposer les médecins entre eux. Lorsque leurs intérêts seront davantage pris en considération, c'est-à-dire lorsque le médecin reconnaîtra devant le malade que son offre thérapeutique n'est pas si extraordinaire, ni si exceptionnelle, les tactiques de dépendance des malades seront moindres (Kuty, 1975).¹⁶

14 Notre attention a été attirée par Daniel Giovanangeli sur la distinction à faire entre la communication des opinions et le débat démocratique, distinction qui renvoie notamment à la controverse opposant les positions d'Arendt et de Habermas (cf. Ferry, 1987).

15 On peut trouver des indications utiles sur cette notion de débat démocratique dans l'analyse que Chauvenet (1988) a menée sur la coordination sociale entre des professionnels de la petite enfance. Elle montre que les différentes professions sociales qui ont constitué un tel groupe de travail dans une municipalité de la région parisienne sont amenées à s'interroger sur l'emprise professionnelle qu'elles exercent sur leurs clients. Cette interrogation éthique prend la forme d'un débat judiciaire en ce sens que Chauvenet nous fait voir que de manière analogique à certaines formes de travail du monde des juristes, émergent des règles générales et des principes. L'élucidation de ces règles et principes permet de passer de la scène familiale à la scène juridique, c'est-à-dire de rapports familiaux dans lesquels les professionnels tenaient leurs clients à un *espace public*, qui est porteur de relations davantage pénétrées du droit des usagers. Voir aussi Blanc (1992) et Remy (1992, 83-111) sur le tiers.

16 Pour une analyse de cette participation du malade au travail médical, voir Baszanger (1986).

Le troisième pacte identitaire : la diffusion de charismes spécialisés

Les médecins négocient un nouveau pacte où leur identité de sauveurs reste toujours présente, mais redéfinie dans deux directions : ils lancent un programme de recherche scientifique et redessinent pour Libon une nouvelle attitude psychothérapique à l'égard des malades. En tout premier lieu, ils vont procéder à un *partage des compétences charismatiques* qui jusqu'alors étaient monopolisées par le seul Libon. Au cœur de ce processus, il y a le lancement des recherches en médecine isotopique et hémodynamique.¹⁷ C'est la création de ces nouveaux territoires et des règles du jeu afférentes qui explique pour beaucoup la redistribution de la légitimité charismatique. Un exemple éclairera cette idée. Jusqu'alors, ils considéraient que Libon était le seul excellent piqueur et les malades le réclamaient aussi préférentiellement. Mais si l'on se souvient que les médecins avaient choisi la fistule comme abord artérioveineux parce que «c'était difficile», on ne s'étonnera pas que la difficulté de piquer fût devenue telle à leurs yeux que les deux médecins juifs, Simon et Braun, potentiellement les plus rivaux de Libon, ne réussissaient pas à bien piquer.¹⁸ La médiation de Tréville fait alors apparaître que chacun dans son secteur était capable de procéder à des piqûres difficiles : soit Braun pour ce qui est des fémorales dans le cadre des examens isotopiques, soit Simon en ce qui concerne les sous-clavières pour les examens d'hémodynamique.¹⁹

En second lieu, en ce qui concerne l'approche nouvelle du malade, les médecins reconnaissent toujours à Libon une compétence exceptionnelle. Mais très subtilement, son charisme de clinicien se redéfinit avec l'authentification d'un rôle nouveau, «informellement officiel» : celui de *psychothérapeute*. Définir le médecin comme psychothérapeute signifie ici qu'il accepte d'entendre les

17 Notons que cette idée de charisme sous contrôle connaît des limites fluctuantes. C'est au même moment que Vendôme réalise la première transplantation et l'originalité de cette unité est que la surveillance postopératoire d'un rejet éventuel du transplant sera assurée par Libon et non par le chirurgien comme cela se fait ailleurs. Libon puisera de nouveaux atouts de supériorité dans cet espace sacré d'une médecine de résurrection.

18 Ils échouaient dans leurs tentatives et cédaient leur place à Libon («J'ai bien pris les deux tiers des piqûres à mon compte»), à la fois sous la pression de Rodier qui valorisait Libon («Elle m'appelait devant les autres le 'patron', ce qui me gênait») et des malades qui s'inquiétaient à l'entrée de Braun ou de Simon et qui jouaient la tactique de dépendance à l'égard du grand piqueur.

19 C'est à une refondation de l'unité qu'ils procèdent parallèlement et l'on peut retrouver les remarques durkheimiennes sur le rituel se déployant dans un espace sacré. Tous les samedis matins de l'hiver 1967-1968, les cinq médecins quittent l'hôpital et se rendent dans le service de Tréville. Dans cet ailleurs, ils réécrivent l'histoire de l'unité, consacrent l'interprétation légitime et canonique de leur aventure (Light, 1972). C'est un nouveau mythe qu'ils réécrivent. Ils se découvrent tous charismatiques. Ils procèdent au sacrifice de la victime émissaire (Girard, 1972), Rodier, qu'ils estimeront irrécupérable en raison de ses comportements trop maternants, et celle-ci en tirera les conclusions : elle entreprendra une formation d'infirmière anesthésiste et démissionnera de l'unité.

critiques du malade sur sa condition de dialysé. Libon ne cherchera plus à lui imposer un sentiment de reconnaissance infinie, mais tolèrera qu'il ne puisse être complètement satisfait de la qualité de sa vie.²⁰ Ce faisant, ils produisent une *valeur* tout à fait originale à l'unité. Nous n'avons pas observé dans les trois autres unités cette acceptation, par l'équipe médicale, du souhait du malade d'exprimer à son médecin dialyseur, à lui et à aucun autre, fût-il un psychiatre attaché à l'unité, toutes les difficultés de sa condition irréversible, toute l'illégitimité de sa situation. C'est à Vendôme que le monde des professionnels reconnaît et ses limites et *la légitimité d'une parole du malade sur sa situation*.

Cette valeur locale s'en accompagne d'une autre, tout aussi spécifique de Vendôme : l'utilité de la psychanalyse dans l'approche des malades rénaux. Ce qui nous amène à revenir sur le travail de redéfinition du charisme de Libon. Son charisme n'est plus, comme en 1966-67, une grâce qui lui est mystérieusement conférée. Il doit maintenant être validé, il doit s'inscrire, partiellement en tout cas, dans un système de connaissances caractérisé par une certaine rationalité : la psychanalyse qui place en quelque sorte *le charisme sous contrôle*.²¹ La fonction médiatrice exercée par Tréville, c'est une nouvelle

20 Au contraire, dans une des autres unités observées, le néphrologue proclamait devant nous : «N'est-ce pas exaltant de maintenir un malade en survie ?» Ou rétorquait à une malade qui se plaignait de sa condition de dialysée : «Mais ce sont vos reins qui sont malades.»

21 Si la sociologie weberienne a distingué trois types de légitimité, la sociologie contemporaine imagine bien que dans le fonctionnement organisationnel quotidien, ces trois types de légitimité ne sont pas exclusifs l'un de l'autre, mais qu'ils sont combinables et associables (Sainsaulieu, 1977, p. 251). Une des difficultés particulières liée à cette idée de combinaison porte sur les associations possibles entre la légitimité charismatique et la légitimité rationnelle. Les interprètes autorisés de Weber penchent pour l'idée que ces deux types de légitimité sont plutôt en opposition.

Mommsen (1985, 477-515) conclut sur «l'irrationalité» du charisme politique du Président du Reich. Il est suivi en cela par Prager (1981) qui oppose à Weber la sociologie de Durkheim qui insiste sur le caractère démocratique de l'autorité politique ainsi que sur ses aspects de délibération et de discussion rationnelle d'arguments. Pourtant, Mommsen (1985, p. 246) fait référence à d'autres textes de Weber qui soulignent le rôle du Parlement dans le *contrôle du chef charismatique*, contrôle reposant sur des *principes politiques rationnels*. C'est aux mêmes textes que Raynaud (1987, p. 214) fait également écho.

Une voie originale est cependant ouverte par les hypothèses de Mitzman (1969). Ce dernier montre que Weber a, non seulement évolué dans ses définitions successives du charisme, mais surtout que la distinction entre le charisme politique et le charisme religieux s'est de plus en plus imposée à la fin de sa vie. Mitzman montre l'importance croissante reconnue par Weber à l'âme slave, au mysticisme de Tolstoï et de Dostoïevski et à la distance qui sépare ce mysticisme de l'ascétisme puritain à l'origine de la bureaucratie. Toute autre serait l'approche du charisme politique que Weber analyse avec le cas de la démocratie plébiscitaire dans la République de Weimar. Ce charisme est-il seulement fondé sur la seule foi des fidèles (comme dans le cas du mysticisme) ou au contraire est-il *soumis également à des critères de rationalité* que l'on découvrirait par exemple dans les procédures de la démocratie parlementaire ? Ces distinctions de Mitzman ont deux avantages. D'une part, elles montrent la nécessité de rompre avec une approche monolithique du charisme weberien : il y

capacité relationnelle qu'ils ont apprise avec lui et qu'ils vont exercer collectivement, de retour à Vendôme, de manière à limiter l'implication de Libon et à sauvegarder une plus grande part d'autonomie du malade.

On peut conclure l'examen de cette année 1968 sur une analyse des relations réciproques entre les stratégies de spécialisation et l'identité mythique redéfinie. D'un côté, cette stratégie s'explique par une redéfinition des zones d'incertitude et appelle une recomposition de l'identité. Mais il apparaît aussi que cette redéfinition de leur identité mythique est à l'origine des nouvelles règles du jeu. Pourquoi ? Parce que la spécialisation leur permet de *continuer à rester ensemble*. C'est cela qui est central : les médecins auraient pu se séparer mais ce qu'ils veulent, c'est continuer à travailler ensemble.²² «Si j'avais freiné le développement de recherche dans l'unité, je ne les aurais pas retenus» avoue Libon qui avait des réticences de clinicien à l'égard de la recherche. Il est effectivement réservé face aux prélèvements de sang qu'il jugeait parfois trop fréquents.

La spécialisation est en continuité avec leur identité collective d'origine : c'est une nouvelle manière de réaliser leur volonté d'une médecine d'excellence. Cette spécialisation est aussi commandée par un autre trait de leur identité : leur volonté d'une médecine de participation, redéfinie à travers la psychothérapie de groupe, leur a fait découvrir qu'ils doivent se différencier s'ils veulent un malade autonome. Sinon, ils surdévelopperont les mêmes rivalités dans un espace clos et le malade reproduira ses comportements de dépendance. Ils auraient pu rester ensemble pour maîtriser l'incertitude de la greffe, mais les rivalités se seraient reconstruites sur ce terrain. Dès lors ils laissent à Libon seul la direction de l'unité de transplantation.

a lieu de procéder à une typologie de l'action charismatique en fonction de la pluralité des situations. En second lieu, cette clarification nous conduit à une manière différente de penser le recours que les hommes font aux différentes formes de légitimité. Il n'y a pas de cloisonnement, de séparation entre ces différentes formes. Au contraire, l'invocation de légitimité peut être multiple et les hommes peuvent faire appel à l'une ou l'autre forme suivant les exigences du moment. Comme le dit Reynaud (1989, 43) : «La leçon principale à retenir de Max Weber est que ces différentes sources de légitimité peuvent se combiner ou se concurrencer parce qu'elles sont liées à un pouvoir et qu'elles en permettent l'exercice, elles sont plutôt des ressources à la disposition de ceux qui veulent l'exercer... Il est donc naturel qu'une règle puisse être couramment soutenue par plusieurs légitimités. La légitimité repose donc sur une invocation... Elle est en générale relative à un objet, à un domaine; au sens très large du mot : à un projet».

22 Rappelons la formule de Segrestin (1985, p. 210) : le «Toujours là» plutôt que le «Toujours plus».

4. Conclusion

Ce nouvel éclairage sur les éléments de l'unité permet de voir avec plus de netteté les interactions réciproques entre les différents niveaux culturels ainsi qu'entre ceux-ci et les règles du jeu. Les nouvelles règles du jeu de 1966 permettent la cristallisation d'une identité mythique qui redéfinit à son tour les zones d'incertitude : la «recherche de la difficulté» en témoigne. En 1968, la volonté de rester ensemble conduit à une stratégie de spécialisation et à une renonciation, par Libon, à certains de ses intérêts.

Plus fondamentalement, on cerne plus clairement la spécificité de l'identité mythique. Ce concept renvoie à ce que Jean-Daniel Reynaud (1989, 74-92) appelle une «communauté de projet». Le groupe de médecins, c'est plus qu'une agrégation d'intérêts.²³ Le projet est une fidélité au passé. Il est fidélité à «quelque chose qui est déjà là» (Castoriadis, 1975, 175 et 214), à des institutions antérieures. Nos données nous montrent que c'est parce que l'on reste ensemble pour un projet futur que l'on peut rester fidèle à un passé que l'on réinterprète. C'est dans les ressources que leur donne leur identité que les «acteurs sociaux trouvent la force d'agir au-delà des stratégies et des règles établies» (Sainsaulieu et Segrestin, 1986, 347-348). Du coup, on comprend que la communauté de projet en continu travail sur elle-même est un drapeau «flou» (Segrestin, 1985, 71 et 73)²⁴ que portent les acteurs.

Mais par ailleurs, ce pacte identitaire ne peut trouver ses formulations successives que du choc des défis présents à rencontrer. Il est clair qu'il n'avait jamais été programmé au départ que la communauté fraternelle s'ouvre aux malades.

En d'autres termes, une *éthique de conviction* – et il s'agit bien de cela avec l'identité mythique – ne peut entraîner des changements qu'en se confrontant avec une prise en compte des jeux organisationnels. Comme le dit Michel Crozier, puisque «les fins et les moyens se trouvent inextricablement mêlés ... le raisonnement weberien (sur l'articulation entre les deux éthiques) doit être

23 C'est dans ce sens que Weber (1971, 41) écrit : «N'importe quelle relation sociale, si rationnelle en finalité soit-elle, et si froidement eût-elle été instituée et déterminée quant à son but (une clientèle par exemple) *peut* faire naître des valeurs sentimentales qui dépassent la fin établie par libre volonté». Voir aussi Segrestin (1987) qui prolonge cette analyse.

24 C'est ce caractère flou des «sentiments communs» qui permet la transaction symbolique entre les valeurs des différents protagonistes. Les sentiments communs, suivant l'expression de Durkheim, ne doivent donc pas être compris comme un bloc de valeurs, homogènes et uniformément partagées, s'imposant comme un donné culturel contraignant. Il s'agit d'un compromis valoriel instable qui renvoie aux idées weberiennes sur la contradiction axiologique. C'est la même idée que véhicule le vocable de «consensus supposé» (Voye, 1992).

dépassé» (Crozier, 1987, 306 et 301). Avec la psychothérapie de groupe, les médecins interprètent les comportements des malades comme des conséquences stratégiques du système relationnel et non plus comme des traits d'une régression psychique. Cette réinterprétation des conséquences leur ouvre la possibilité d'accéder au terrain d'une morale de la responsabilité. C'est la rencontre avec cette dernière qui peut offrir à l'éthique de conviction des chances supplémentaires de se réaliser. Il est donc clair que «les valeurs ne doivent pas être abandonnées : elles sont insérées dans les contraintes de l'ici et maintenant, et toute innovation, pour réussir, doit les respecter, les approfondir ou faire accepter qu'elles soient dépassées» (Crozier, 1987, 313). Le cas de Vendôme nous apprend que la morale de la responsabilité vient en soutien d'une réélaboration de l'éthique de conviction.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BASZANGER I. (1986), «Les maladies chroniques et leur ordre négocié», *Revue Française de Sociologie*, 27, 3-27.
- BINST M. (1990), *Du mandarin au manager hospitalier*, L'Harmattan, Paris.
- BLANC M. (Ed) (1992), *Pour une sociologie de la transaction sociale*, L'Harmattan, Paris.
- BOUDON R. et BOURRICAUD F. (1982), *Dictionnaire critique de sociologie*, PUF, Paris.
- BOURDIEU P. (1984), *Homo academicus*, Minuit, Paris.
- CAILLE A. (1981), «La sociologie de l'intérêt est-elle intéressante ?», *Sociologie du Travail*, 23, 257-274.
- CASTORIADIS C. (1975), *L'institution imaginaire de la société*, Le Seuil, Paris.
- CHAUVENET A. (1988), *Les professionnels de la santé publique, producteurs de normes et de droits*, Centre d'Etude des Mouvements Sociaux (CNRS), Paris.
- CROZIER M. et FRIEDBERG E. (1977), *L'acteur et le système*, Le Seuil, Paris.
- CROZIER M. (1987), *Etat moderne, Etat modeste*, Fayard, Paris.
- DEMAILLY L. (1991), *Le collègue*, Presses Universitaires de Lille, Lille.
- DUBAR C. (1991), *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Colin, Paris.
- DURKHEIM E. (1912), *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Alcan/PUF, Paris.
- ENRIQUEZ E. (1983), *De la horde à l'Etat*, Gallimard, Paris.
- FERRY J. M. (1987), *Habermas. L'éthique de la communication*, PUF, Paris.
- FOX R. (1959), *Experiment Perilous*, The Free Press, Glencoe.
- GIRARD R. (1972), *La violence et le sacré*, Grasset, Paris.
- GREMION P. (1977), *Le pouvoir périphérique*, Le Seuil, Paris.
- KUTY O. (1975), «Orientation culturelle et profession médicale», *Revue Française de Sociologie*, 16, 189-214.
- KUTY O. (1977), «Le paradigme de négociation», *Sociologie du Travail*, 19, 157-175.
- KUTY O. (1989), «La sociologie contemporaine des professions : un retour de Durkheim ?», *Revue Suisse de Sociologie*, 3, 489-502.

- KUTY O. (1991), «La problématique de la création des valeurs dans la sociologie contemporaine des professions. Le cas des professionnels de première ligne», *Sciences Sociales et Santé*, 9, 5-30.
- LEEDS R. (1964), «The Absorption of Protest», in COOPER et alii, *New Perspectives in Organizational Research*, Wiley, New-York, 115-135.
- LEVY A. (1969), *Les paradoxes de la liberté dans un hôpital psychiatrique*, EPI, Paris.
- LIGHT D. (1972), «Psychiatry and Suicide : the Management of a Mistake», *American Journal of Sociology*, 1977, 821-838.
- MITZMAN A. (1969), *The Iron Cage. A Historical Interpretation of Weber*, A. Knopf, New York.
- MOMMSEN W. (1985), *Max Weber et la politique allemande*, PUF, Paris.
- PRAGER J. (1981), «Moral Integration and Political Inclusion : a Comparison of Durkheim's and Weber's Theories of Democracy», *Social Forces*, 59, 918-950.
- RAYNAUD Ph. (1987), *Weber et les dilemmes de la raison moderne*, PUF, Paris.
- REMY J. (1992), «La vie quotidienne et les transactions sociales», in BLANC, op. cit., 83-111.
- REYNAUD E. (1982), «Identités collectives et changement social», *Sociologie du Travail*, 24, 159-176.
- REYNAUD J.-D. (1989), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Colin, Paris.
- SAINSAULIEU R. (1977), *L'identité au travail*, Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris (rééd. 1985).
- SAINSAULIEU R. (1987), *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise*, Fondation Nationale des Sciences Politiques-Daloz, Paris.
- SAINSAULIEU R. et SEGRESTIN D. (1986), «Vers une théorie de l'entreprise», *Sociologie du Travail*, 28, 335-352.
- SEGRESTIN D. (1985), *Le phénomène corporatiste*, Fayard, Paris.
- SEGRESTIN D. (1987), «L'entrée de l'entreprise en société», *Revue Française de Sciences Politiques*, 37, 465-479.
- TIXIER P. (1988), «Légitimité et mode de domination dans les organisations», *Sociologie du Travail*, 30, 615-629.
- TOURAINÉ A. (1968), *Le mouvement de mai ou le communisme utopique*, Le Seuil, Paris.
- TRIEPIER P. (1991), *Du travail à l'emploi*, Editions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles.
- VOISIN M. (1977), «Communautés utopiques et structures sociales : le cas de la Belgique francophone», *Revue Française de Sociologie*, 18, 271-300.
- VOYE L. (1992), «Transaction et consensus supposé», in BLANC, op. cit., 194-214.
- VRANCKEN D. (1992), *Du prophète au médecin. La légitimité charismatique dans l'organisation*, ms 24p., Université de Liège.
- WEBER M. (1964), *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Plon, Paris.

Adresse de l'auteur :

Olgierd Kutty

Faculté d'Économie, de Gestion et de Sciences Sociales, Département des Sciences Sociales, Université de Liège, Bld. du Rectorat 7B 31, B-4000 Liège

AUSWIRKUNGEN DER ORGANISIERUNG ZWISCHENMENSCHLICHER HILFE AUF INFORMELLE HILFE*

Peter C. Meyer-Fehr, Christian Suter

Abteilung für Psychosoziale Medizin, Universitätsspital Zürich

1. Problemstellung

In den hochentwickelten westlichen Ländern entstand seit den sechziger Jahren eine *Selbsthilfebewegung*, die zahlreiche, dezentrale Initiativen und Aktionen zur Bewältigung von psychosozialen und gesundheitlichen Problemen umfasst und die sich von der professionellen Versorgung abgrenzt. Zielsetzung dieser Bewegung ist die gegenseitige Hilfe (Selbsthilfe im engeren Sinne), die freiwillige Hilfe für andere (Fremdhilfe) und die Artikulation von Bedürfnissen und Interessen der Bevölkerung (sozialpolitisches Engagement). Die Selbsthilfebewegung ist ein Teil der neuen sozialen Bewegungen, die ein sehr heterogenes Gebilde von Gruppen, Initiativen und Subkulturen umfassen und ein breites Spektrum von neuen Problemen thematisieren wie z. B. Fragen der Selbstbestimmung, der Umwelt, der technologischen Risiken etc. (Brand 1985, 1988).

Das Verhältnis zwischen der Selbsthilfe-Laienbewegung und der professionellen Versorgung wird in der Literatur ausführlich diskutiert (z. B. Thiersch 1987, Keupp 1988, Huber 1987, von Ferber/Badura 1983, Keupp/Röhrle 1987) und seltener auch empirisch untersucht (Grunow 1983, Behrendt 1983, Gottlieb 1983, Forschungsverbund Laienpotential 1987). Die vorliegende Arbeit befasst sich aber nicht mit dem Verhältnis der Selbsthilfe zur professionellen Hilfe, sondern zur spontanen Alltagshilfe. Es soll untersucht werden, welche Auswirkungen die Organisation von zwischenmenschlicher Hilfe auf das informelle Helfen der Bevölkerung hat. Wir unterscheiden die organisierte von der informellen (= nicht-organisierten) Hilfe. Unter *organisierter Hilfe* wird jede Art von mehr oder weniger formalisierter Hilfe verstanden, die für einen noch nicht individuell identifizierten Hilfebenützer angeboten wird. Zur organisierten Hilfe gehören also alle helfenden Institutionen, im ganzen Spektrum zwischen

* Diese Arbeit entstand im Rahmen der Längsschnittstudie über soziale Unterstützung und Gesundheit (LÄNGSOZ), die vom Schweizerischen Nationalfonds finanziert wurde (Gesuche Nr. 3.972-0.85 und Nr. 3.912.0.88).

kleinen, wenig formalisierten Selbsthilfegruppen bis zu komplexen Spitalorganisationen. Unsere empirische Untersuchung beschränkt sich allerdings auf organisierte, freiwillige Nachbarschaftshilfe durch Laien.

Unter *informeller (= nicht-organisierter) Hilfe* wird spontane Hilfe verstanden, die im Rahmen des Alltagshandelns unter Mitgliedern eines vorbestehenden sozialen Netzwerks geleistet wird, am häufigsten innerhalb des primären Netzes (Familie, Partnerschaft, Lebens- und Wohngemeinschaft), aber auch, meist weniger zeitintensiv, im sekundären Netz (weitere Verwandtschaft, Freundeskreis, Nachbarschaft etc.). Die informelle Helferrolle wird im Rahmen der primären Sozialisation gelernt und ist ein selbstverständlicher und lebensnotwendiger Bestandteil der menschlichen Gemeinschaft, was nicht ausschliesst, dass die konkrete Gestaltung der informellen Helferrolle immer wieder neu ausgehandelt werden muss. Informelles Helfen wird durch die Reziprozitäts-Norm reguliert, die die Verpflichtung beinhaltet, für erhaltene Hilfe eine adäquate Gegenleistung zu geben. Informelle Hilfe zu erhalten kann für betagte oder behinderte Menschen belastend sein, wenn sie keine Gegenleistung bieten können.

Organisierte Hilfe hat eine subsidiäre Funktion, indem sie erst dann beansprucht wird, wenn die informelle Hilfe nicht mehr ausreicht, oder wenn die informelle Reziprozitäts-Norm nicht mehr erfüllt werden kann. Ein attraktives organisiertes Hilfeangebot kann allerdings spontane, informelle Hilfe auch ersetzen. Hier liegt die *zentrale Problemstellung* der vorliegenden Arbeit: Wird informelle Hilfe durch organisierte Hilfe substituiert, ergänzt oder aktiviert?

Diese Problemstellung wird in der Literatur oft diskutiert bezüglich der professionellen Versorgung. Grunow (1983) untersucht zwei verschiedene *Substitutionsthesen*. Die erste These besagt, dass die Aktivierung von Selbsthilfe dazu führt, dass das professionelle Medizinsystem weniger als sonst in Anspruch genommen wird. Die zweite These postuliert die umgekehrte Richtung der Substitution: Ein Teil der bisher vorhandenen Laienhilfe wird von professionell ausgebildeten Kräften übernommen. In der Diskussion dieser Thesen kommt Grunow zum Schluss, dass Selbsthilfe in sehr wenigen Bereichen in einer (potentiellen) Substitutionskonkurrenz zu professioneller Fremdhilfe steht, häufiger eine Ergänzung darstellt, meistens aber keine Konkurrenz ist, da eine völlig andere Art von Hilfe geleistet wird (Grunow 1983: 52–59). In der empirischen Untersuchung von Grunow, einer Befragung von 2037 Personen in der Bundesrepublik Deutschland, ergab sich, dass das Ausmass der Selbsthilfe positiv korreliert mit der Inanspruchnahme professioneller medizinischer Hilfe. Dieses Ergebnis widerspricht der Substitutionsthese und lässt auf ein kumulierendes Verhalten von Selbsthilfeaktivitäten und professioneller Inanspruchnahme schliessen (Grunow 1983: 67–70).

Wenn wir von der Art der geleisteten Hilfe ausgehen, erscheint eine Substitutionskonkurrenz zwischen organisierter, freiwilliger Laienhilfe und informeller Hilfe weitaus wahrscheinlicher als zwischen Selbsthilfe und professioneller Hilfe. Organisierte Nachbarschaftshilfe beinhaltet z. B. ganz ähnliche Hilfearten wie spontane Nachbarschaftshilfe oder innerfamiliäre Hilfe: am häufigsten praktische Alltagshilfe (Haushalt, Einkaufen, Begleitung), Geselligkeit und emotionalen Austausch (Spazieren, Besuche, Gespräche) und Kinderhüten (Meyer-Fehr 1990). Da die sozialpolitische Diskussion überaus stark vom Verhältnis zwischen Selbsthilfe/Laienhilfe und professioneller Hilfe geprägt ist, wurde die uns interessierende Frage der möglichen Substitutionskonkurrenz zwischen spontaner und organisierter Laienhilfe meines Wissens bisher noch nie empirisch untersucht. Grunow (1983) unterscheidet z. B. die informelle Hilfe nicht grundsätzlich von der organisierten Selbsthilfe, wie sie etwa in Selbsthilfegruppen geleistet wird, sondern subsumiert alle Arten von Laienhilfe, ob spontan oder organisiert, unter dem Begriff „Selbsthilfe“ und stellt diese der medizinischen, d. h. der professionellen Fremdhilfe gegenüber. Diese Definitionen sind durchaus kongruent mit der in der Literatur vorherrschenden Perspektive, aber sie verunmöglichen die Thematisierung der hier interessierenden Fragestellung.

Wegen des *gesamtgesellschaftlichen Individualisierungsprozesses* nimmt die Tragfähigkeit traditioneller sozialer Netze (Familie, Verwandtschaft, Dorfgemeinschaft etc.) in den letzten Jahrzehnten ständig ab (Beck 1986). Gleichzeitig werden kleine, informelle, nicht-verwandtschaftliche soziale Netze für die Lebensqualität und Gesundheitserhaltung der meisten Menschen immer wichtiger. Im gesellschaftlichen Individualisierungs- und Freisetzungsprozess sieht Keupp (1988) die objektive Basis für selbstbestimmte und selbstorganisierte Netzwerke und Initiativgruppen. Als Hoffnungsträger für die Zukunft werden Gruppen und Aktivitäten der Selbsthilfebewegung idealisiert, aber bisher kaum empirisch evaluiert.

2. Spezifische Fragestellung und Hypothesen

Die Evaluation organisierter Selbsthilfe umfasst zwei Aspekte. Zum einen wird untersucht, wer an organisierten Hilfeaktionen teilnimmt und welche Auswirkungen diese Teilnahme hat. Zum anderen stellt sich die Frage, welche Effekte bei der Mehrheit der nicht aktiv beteiligten Bevölkerung beobachtet werden können.

In der vorliegenden Arbeit wird der zweite Aspekt behandelt: die Auswirkungen organisierter Hilfeaktionen auf die Gesamtbevölkerung. Die Organisation zwischenmenschlicher Hilfe wird als eine Form sozialer Intervention verstanden und evaluiert. Vorausgesetzt, die Aktionen erhalten eine breitere öffentliche Beachtung und werden ein (lokales) Gesprächsthema, sind Einstellungs- und Verhaltensänderung bei der passiven Bevölkerung durchaus denkbar, mindestens etwa in dem Ausmass, wie auch Werbekampagnen erfolgreich sein können.

Es werden drei sich widersprechende Hypothesen formuliert: die Aktivierungs-, die Nulleffekt- und die Desaktivierungshypothese:

Aktivierungshypothese:

Ein grosser Teil der Bevölkerung ist direkt oder indirekt informiert über die Aktionen der Intervention (Organisation von freiwilliger Laienhilfe), auch wenn nur ein kleiner Teil der Bevölkerung daran teilnimmt. Die Aktivierungshypothese postuliert, dass die Norm der unterstützenden und helfenden Rolle durch die Öffentlichkeitsarbeit und durch andere, indirekte Auswirkungen der Intervention generalisiert wird, das heisst vermehrt auch für Nicht-Beteiligte gilt. Dadurch wird die Bevölkerung in ihrem informellen Unterstützungsverhalten aktiviert und mobilisiert, auch wenn sie sich nicht an den organisierten Aktionen beteiligt. Es gibt keine Substitutionskonkurrenz zwischen den beiden Formen des Helfens, sondern einen kumulativen Zusammenhang: informelles Helfen wird verstärkt.

Desaktivierungshypothese:

Auch bei dieser Hypothese wird davon ausgegangen, dass die Intervention einen Einfluss auf die Gesamtbevölkerung hat, weil ein wesentlicher Teil der Bevölkerung über die Aktionen informiert ist. Im Gegensatz zur Aktivierungshypothese wird aber postuliert, dass durch eine Intervention zur Organisation von Hilfeleistungen die Helferrolle vermehrt als eine spezialisierte und institutionalisierte Aufgabe gesehen wird und dass ihre Verbindlichkeit als generalisierte soziale Erwartung reduziert wird. Die Bevölkerung wird in ihrem informellen Hilfeverhalten demotiviert und desaktiviert, u. a. deshalb, weil das Helfen an eine organisierte Stelle delegiert werden kann. Es wird also angenommen, dass die organisierte Hilfe die informelle Hilfe bis zu einem gewissen Grad substituiert.

Nulleffekthypothese:

Die Nulleffekthypothese postuliert, dass die Intervention generell keinen Effekt auf die Gesamtbevölkerung hat. Dies kann sein, weil die Intervention von der breiten Öffentlichkeit gar nicht zur Kenntnis genommen wird, oder weil die Botschaft der Intervention zwar aufgenommen wird, aber keinen Effekt hat. Die Nulleffekthypothese postuliert insbesondere, dass die Intervention keinen Einfluss auf die Geltung der Helferrollennorm, auf das informelle Hilfeverhalten und auf das Sich-Unterstützt-Fühlen der Bevölkerung hat.

3. Forschungsdesign

Die Hypothesen werden überprüft mit Daten des Forschungsprojektes „Längsschnittstudie über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Gesundheit (LÄNGSOZ)“, in dem drei Teilprojekte zusammengefasst sind (Meyer-Fehr 1991). Im Rahmen des ersten Nationalfondsprojektes wurden 1986 in einem Quartier der Stadt Zürich („Interventionsquartier“) eine repräsentative Stichprobe und vier ausgewählte Zielgruppen, darunter 152 Senioren (über 64jährige), sowie eine Kontrollgruppe von 151 Senioren eines anderen Zürcher Stadtquartiers („Kontrollquartier“) mündlich befragt (strukturierte Erstbefragung, N = 907). Aus Kostengründen wurden im Kontrollquartier nur Senioren befragt, die die wichtigste Zielgruppe der Empfänger von Nachbarschaftshilfe darstellen. Ab Ende 1986 fanden im Interventionsquartier auf Initiative des Forschungsteams verschiedene Aktionen zur Förderung der organisierten Selbst- und Nachbarschaftshilfe statt. Im Rahmen eines von der Stadt Zürich finanzierten Aktions- und Begleitforschungsprojektes wurde der Aufbau einer Vermittlungsstelle für Nachbarschaftshilfe dokumentiert und die durch diese Stelle vermittelten HelferInnen und Hilfesuchenden wurden befragt (2. Teilprojekt).

Im Jahre 1989 wurden die Probanden der Erstbefragung ein zweites Mal befragt (3. Teilprojekt). Diese Zweitbefragung ergab 575 kontrollierte und auswertbare Interviews, was einer Ausschöpfungsquote von 63,4% entspricht; darunter sind 97 Senioren (Ausschöpfung: 63,8%). Von der Kontrollgruppe der Senioren im Kontrollquartier konnten 1989 107 Personen (Ausschöpfung: 70,1%) ein zweites Mal befragt werden. Im Kontrollquartier fanden zwischen 1986 und 1989 keinerlei Aktionen zur Förderung der Nachbarschaftshilfe statt, während unsere Initiativen im Interventionsquartier, wie unten beschrieben wird, sehr erfolgreich waren.

Empirisch untersucht wird die Frage, welche Auswirkungen die Intervention zur Förderung der organisierten Nachbarschaftshilfe auf die Bevölkerung

der Senioren (über 64jährige) im Interventionsquartier hat. Folgende Aspekte der Auswirkungen werden untersucht:

- Ist die Bevölkerung *informiert* über die Existenz der neugeschaffenen Nachbarschaftshilfe-Vermittlungsstelle?
- Nimmt die Bevölkerung *aktiv teil* an der organisierten Nachbarschaftshilfe als HelferIn, Hilfesuchende(r), oder im Rahmen anderer Aufgaben der Organisation?
- Zeigen sich bei der Bevölkerung *Änderungen* in Bezug auf *Helferrollen und informelles Hilfeverhalten*? In diesem Zusammenhang wird untersucht:
 - soziale Vernetzung und soziale Unterstützung
 - Hilfeangebote und Hilfewünsche (potentiell)
 - Hilfeleistung und erhaltene Hilfe (real)

Um ermessen zu können, welche Auswirkungen auf die Gesamtbevölkerung denkbar sind, muss hier kurz erwähnt werden, was im Interventionsquartier zwischen 1986 und 1989 bezüglich Nachbarschaftshilfeförderung geschehen ist. Das Schwergewicht der Intervention bestand zuerst im Aufbau der Vermittlungsstelle für freiwillige, unbezahlte Nachbarschaftshilfe. Die Vermittlungsstelle wurde im Herbst 1986 eröffnet und wurde ab 1987 von einem neu gegründeten Verein aktiver Quartierbewohner getragen. In den ersten zwei Betriebsjahren haben sich 56 freiwillige HelferInnen (80% davon Frauen) und 123 Hilfesuchende (74% davon Frauen) bei der Vermittlungsstelle gemeldet. Das Verhältnis von Angebot und Nachfrage nach Hilfe war ausgewogen, da die meisten Freiwilligen mehrere Einsätze leisteten. Die Vermittlung der meisten Anliegen war sehr erfolgreich: 81% der Angebote und der Nachfragen konnten vermittelt werden (Budowski 1989, Meyer-Fehr u. a. 1990).

Zur Überprüfung der Hypothesen wurden Stichproben gebildet, die zwei Bedingungen erfüllen mussten. Die untersuchten Personen mussten selbständig wohnen und als potentielle Benützer der Vermittlungsstelle für Nachbarschaftshilfe in Frage kommen. Die Altersheim-Bewohner (3% der befragten Senioren) wurden von der Stichprobe ausgeschlossen. Als zweite Bedingung wurde bei Stichproben des Interventionsquartiers verlangt, dass die Probanden noch in diesem Quartier wohnten. Nach dieser zweifachen Selektion ergaben sich folgende Stichproben, mit denen die Hypothesen untersucht werden: Senioren des Kontrollquartiers (N = 102), Senioren des Interventionsquartiers (N = 89) und als zusätzliche Vergleichsgruppe die Junioren (20–64jährige) des Interventionsquartiers (N = 207).

4. Ergebnisse

Die *Effekt-Evaluation* (empirische Untersuchung der Auswirkungen) wird ermöglicht durch den Vergleich der Veränderungen der Interventionsgruppe mit den Veränderungen der Kontrollgruppe (Rossi 1988, Wittmann 1985). Die Differenz der Veränderungen wird als Nettoeffekt der Intervention interpretiert. In der Annahme, dass keine anderen kontextuellen Einflussgrößen wirksam wurden, können wir sagen, dass der relative Effekt (Nettoeffekt) eine Folge der Aktionen im Interventionsquartier zur Förderung der organisierten Nachbarschaftshilfe war.

In der empirischen Untersuchung werden neben den Ergebnissen der Senioren auch noch die Ergebnisse der Junioren im Interventionsquartier angegeben. Da wir über keine Kontrollgruppe für Junioren verfügen, können wir allerdings nicht wissen, ob diese Veränderung auch ohne die Aktionen stattgefunden hätten. Die Vergleichsgruppe der Junioren ist u. a. deshalb interessant, weil wir bei den Senioren gewisse altersbedingte Veränderungsprozesse im Hilfeangebot und im Hilfebedarf annehmen müssen. Diese altersbedingten Veränderungen, namentlich eine tendenzielle Zunahme des Hilfebedarfs und eine tendenzielle Abnahme der Fähigkeit Hilfe zu leisten, ist bei den Junioren nicht zu erwarten.

Voraussetzung für diese Auswertung war, dass sich die Senioren im Interventionsquartier von den Senioren im Kontrollquartier im ersten Befragungszeitpunkt (1986) nicht unterschieden. Wir suchten ein Kontrollquartier, das sich in der soziodemographischen Quartierstruktur vom Interventionsquartier möglichst wenig unterscheiden sollte. Dies trifft bei den von uns ausgewählten Quartieren weitgehend zu. Im übrigen wurden in beiden Quartieren Zufallsstichproben gezogen, um die Bevölkerung möglichst repräsentativ abzubilden.

Die Stichprobenbeschreibung der Tabelle 1 zeigt, dass sich die Senioren-Stichproben nur bezüglich des Frauenanteils leicht unterscheiden: die Kontrollgruppe enthält 58% Frauen, die Interventionsgruppe 68%. Im Erstbefragungszeitpunkt besteht kein signifikanter Unterschied bezüglich Alter, Zivilstand, persönlichem Einkommen, Schulbildung und Berufsstatus und auch nicht bezüglich der sechs zentralen, untersuchten abhängigen Variablen. Die Stichproben eignen sich also gut für das beschriebene Auswertungsdesign der Effekt-Evaluation.

4.1 Informationsstand und Partizipation an den Aktionen

Ein gewisser Informationsstand der Bevölkerung kann als Voraussetzung für weitergehende Effekte gelten. Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, sind im

Tabelle 1
Stichprobenbeschreibung
Stichprobenmittelwerte bzw. Prozentwerte

Stichprobe	N	Alter	% Frauen	Schul- bildung	Einkom- men Fr.	% informiert über Nachbar- schaftshilfe
Senioren Kontroll- quartier	102	72.44	57.8%	2.42	1844	.
Senioren Interven- tionsquartier	89	72.84	69.7%	2.46	2007	67.4%
Signifikanz		0	(*)	0	0	.
Junioren Interven- tionsquartier	207	44.74	56.0%	3.01	3349	74.9%

Anmerkungen:

Senioren: 65jährig und älter (t1)

Junioren: 20–64jährig (t1)

Signifikanz: Senioren Kontrollquartier vs. Interventionsquartier, T-Test 2-seitig (Mittelwert) bzw. Chi-Quadrat (%); 0: nicht signifikant (P über 10%); (*): P max. 10%

Schulbildung: höchste Schulstufe besucht, 5 Stufen

Einkommen: relatives Haushaltseinkommen: Korrektur des Haushaltseinkommens durch Aequivalenzskala für die Haushaltsstruktur, basierend auf Index Leu (Suter/Meyer-Fehr 1989: 532)

% informiert: über Vermittlungsstelle für Nachbarschaftshilfe im Interventionsquartier.

Interventionsquartier 67% der Senioren-Stichprobe und 75% der Junioren-Stichprobe über die Existenz der Vermittlungsstelle für Nachbarschaftshilfe informiert. Es steht also fest, dass die Aktionen zur Förderung der Nachbarschaftshilfe in der Bevölkerung des Stadtquartiers gut bekannt geworden sind. Der recht gute Informationsstand der Bevölkerung bedeutet, dass die Nulleffekthypothese jedenfalls nicht vollständig gilt. Sie kann insofern zurückgewiesen werden, als die intensive Öffentlichkeitsarbeit erfolgreich war und die Bevölkerung erreicht hat.

Die *Partizipation der Bevölkerung* an der organisierten Nachbarschaftshilfe ist der zweite Aspekt der Auswirkungen. Es stellt sich die Frage, in welchem Ausmass die Bevölkerung aktiv teilnimmt als HelferIn, als BenützerIn oder im Rahmen der Organisation, z. B. als Vereinsmitglied. Die Aktivisten der organisierten Nachbarschaftshilfe können allerdings in einer relativ kleinen, zufällig ausgewählten Bevölkerungsstichprobe kaum erfasst werden. Eine einfache Schätzung zeigt, dass die Zahl der zufällig befragten Aktivisten zu klein ist, um statistisch sinnvolle Aussagen zu machen. Von 1986 bis 1989 waren ca. 250 Personen aktiv bei der Vermittlungsstelle für Nachbarschaftshilfe beteiligt, dies ist ca. 1% der Bevölkerung von ca. 25 000 erwachsenen Einwohnern. Bei der Stichprobe von knapp 100 Senioren wäre also per Zufall etwa ein Aktiver zu erwarten; bei den 200 Junioren etwa Zwei. Die tatsächlichen Zahlen aus unserer Befragung liegen etwas höher: 4 befragte Senioren und 8 befragte Junioren aus den beschriebenen Stichproben hatten Kontakt mit der Vermittlungsstelle. Dies ist etwas mehr als erwartet und könnte evtl. ein Mobilisierungseffekt der Längsschnittbefragung sein.

4.2 *Veränderungen der sozialen Vernetzung und Unterstützung*

Unsere Hypothesen beziehen sich primär auf die Frage, ob und wie das informelle Hilfeverhalten der Bevölkerung durch die Intervention beeinflusst wurde. Diese Frage wird mit mehreren Variablen untersucht, die soziale Vernetzung, Unterstützung, potentielle und reale, sowie aktive und passive Hilfe messen.

Tabelle 2 enthält die Mittelwerte der Kontakt- und Unterstützungsvariablen im Erstbefragungszeitpunkt (= t1) und im Zweitbefragungszeitpunkt (= t2), die Standardabweichungen in t1, sowie verschiedene Vergleichs- und Veränderungsmasse. Da es nur bei den Senioren eine Kontrollgruppe gibt, werden die *Querschnittsvergleiche* (T-Tests) nur zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe dieser Zielgruppe berechnet und in den Tabellen nur dann angegeben, wenn der Unterschied in t1 oder t1 mindestens auf dem 10%-Niveau signifikant ist. Bei den beiden in Tabelle 2 untersuchten Variablen gibt es in keinem der vier Querschnittsvergleiche einen signifikanten Unterschied.

Zur *Veränderung im Längsschnitt* werden ein Signifikanztest (Wilcoxon-Vorzeichenrangtest) und das Effektstärkenmass d nach Cohen (1988: 49) berechnet (vgl. die Berechnungsformel unter den Anmerkungen zur Tab. 2). Konsistent mit Cohen (1988) werden Wertebereiche definiert, nach denen die Effektstärken als Null, klein, mittel oder gross bezeichnet werden (vgl. Anmerkung zur Tab. 2). Die Spalten „Effekt“ und „relativer Effekt“ drücken die zentralen Resultate gemäss diesen Effektstärke-Definitionen aus.

Tabelle 2
Veränderungen in sozialen Kontakten und Unterstützung
Mittelwertsvergleiche t1 – t2

	Mittelwert t1	Mittelwert t2	Standardab- weichung t1	r	sig. Wil.	d	Effekt	di – dk	rel. Eff.
soziale Kontakte:									
Senioren Kon- trollquartier	7.284	7.118	2.802	0.672	0	-0.103	0		
Senioren Inter- ventionsquartier	6.933	6.764	2.965	0.666	0	-0.099	0	0.004	0
Junioren Inter- ventionsquartier	8.498	8.594	2.987	0.623	0	0.052	0		
soziale Unterstützung:									
Senioren Kon- trollquartier	17.970	17.970	6.582	0.554	0	0.000	0		
Senioren Inter- ventionsquartier	18.472	16.773	9.295	0.634	*	-0.302	--	-0.302	--
Junioren Inter- ventionsquartier	23.164	22.019	8.023	0.535	*	-0.209	-		

Anmerkungen:

r: Pearson Korrelation t1 mit t2

sig. Wil.: Signifikanzniveau nach Wilcoxon Vorzeichenrangtest, zweiseitig
0: nicht signifikant (über 10%); (*): 10%; *: 5%; **: 1%; ***: 0.1%

d: Effect-Size nach Cohen (1988: 49): $d = \frac{m_2 - m_1}{s_1 \sqrt{1 - r}}$ wobei m1, m2: Mit-

Effekt: telwerte zum Zeitpunkt t1 bzw. t2, und s1: Standardabweichung t1
Effekt-Size und -Richtung nach folgenden Konventionen:

Richtung: +: Zunahme; -: Abnahme;

Size: 0: $|d| < 0.15$

+/-: „klein“: $0.15 \leq |d| < 0.30$

++/--: „mittel“: $0.30 \leq |d| < 0.65$

+++/-- -: „gross“: $|d| \geq 0.65$

di – dk: Differenz d(Senioren Interventionsquartier) - d(Senioren Kontrollquartier)
rel. Effekt: relativer Effekt der Senioren Interventionsquartiergruppe zur Kontroll-
gruppe

sig. T-Test: Querschnittsvergleich Senioren Kontrollquartier vs. Interventionsquartier,
nur angegeben, falls Signifikanzniveau in t1 oder t2 mind. 10 %

In dieser Auswertung wird das Signifikanzniveau von 10% als Voraussetzung gewählt, um die Nulleffekthypothese zu verwerfen. Generell nehmen wir an, dass die Effekte der organisierten Nachbarschaftshilfe auf die Bevölkerung nur relativ klein sind, da eine Vielzahl anderer, vorwiegend individuell-persönlicher Merkmale das Hilfeverhalten, die Belastungen und die Gesundheit weitaus stärker beeinflussen, als dies von der sozialen Intervention auf Quartierebene erwartet werden kann.

Um eine statistische Power von 80% zu erreichen, das heisst eine 80%-Wahrscheinlichkeit, mit der gewählten Versuchsanordnung signifikante Effekte feststellen zu können, wäre bei einem zweiseitigen Signifikanzniveau von 1% und einem in der Population erwarteten kleinen Effekt von $d = .20$ ein Stichprobenumfang von $N = 590$ erforderlich, sowohl bei der Interventionsgruppe als auch bei der Kontrollgruppe (Cohen 1988:35). Die finanziellen Mittel für eine derart umfangreiche Untersuchung standen uns nicht zur Verfügung, und es ist meines Erachtens auch nicht notwendig, eine Power von 80% und ein Signifikanzniveau von 1% zu erreichen. Auf dem zweiseitigen 10%-Signifikanzniveau beträgt bei unseren Stichproben die Power, einen kleinen Effekt von $d = .20$ zu entdecken, im Querschnittsvergleich ($N = 191$) 62% und im Längsschnittsvergleich der Interventionsgruppe ($N = 89$) 37%. Ein in der Population mittelstarker Effekt von $d = .40$ wird in unseren Stichproben mit 98% ($N = 191$) bzw. mit 84% ($N = 89$) Wahrscheinlichkeit auf dem 10% Niveau signifikant (Cohen 1988:39). Die Power-Analyse zeigt, dass wir mit unseren statistischen Tests mittelstarke Effekte mit recht hoher Wahrscheinlichkeit feststellen können. Damit Vergleiche mit anderen Untersuchungen, die ein strengeres Signifikanzniveau voraussetzen, möglich sind, wird in unseren Tabellen jeweils angegeben, ob das 10%, 5%, 1% oder 0,1% Signifikanzniveau erreicht wird.

Die für die Überprüfung der Hypothesen zentrale Grösse ist der *relative Effekt*, d. h. der Unterschied der Veränderung zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe, ausgedrückt in der Differenz der Effektstärke der beiden Gruppen ($d_i - d_k$). Der Wert 0.004 bei der Variable „soziale Kontakte“ bedeutet, dass sich die beiden Gruppen zwischen t_1 und t_2 gleich wenig verändert haben; der relative Effekt ist Null. Der Wert -0.302 bei der Variable „soziale Unterstützung“ bedeutet, dass die Unterstützung bei der Interventionsgruppe um diesen d -Betrag stärker abgenommen hat als in der Kontrollgruppe; der relative Effekt ist eine mittelstarke Abnahme. Dieses Ergebniss wird bestätigt durch den Wilcoxon-Signifikanztest: Die Veränderung ist nur bei der Interventionsgruppe signifikant. Im Querschnittsvergleich gibt es hingegen keine signifikanten Unterschiede in der sozialen Unterstützung, da die Interventionsgruppe in t_1 einen etwas höheren, in t_2 jedoch einen etwas tieferen Mittelwert als die

Kontrollgruppe hat. meines Erachtens ergibt nur die beschriebene Kombination von Signifikanztests und Effektstärke-Berechnung eine hinreichende statistische Basis zur Überprüfung unserer Effekt-Evaluations-Hypothesen.

Die erste untersuchte Variable „soziale Kontakte“ misst den Umfang des sekundären sozialen Netzes. Dieser Index ist die Summe der Antworten auf 8 Fragen nach dem Umfang verschiedener Teilnetze (Freunde, Arbeitskollegen, Verwandte, Nachbarn, Quartierkontakte, Vereinstätigkeit). Die entsprechende Forschungsfrage lautet: Verändert sich der Umfang der sozialen Kontakte wegen der Aktionen zur Förderung der Nachbarschaftshilfe? Wir haben hier nur die *Nulleffekthypothese* formuliert. Es ist nicht zu erwarten, dass sich das ganze Beziehungsnetz einer Person wegen Aktionen zur Förderung der Nachbarschaftshilfe verändert. Dies hat sich auch bestätigt. In keiner Stichprobe bestehen signifikante Unterschiede zwischen t1 und t2 und die Effektstärke ist Null. Das soziale Netz scheint langfristig stabil zu sein. In beiden Senioren-Stichproben korreliert die Variable „Soziale Kontakte“ mit $r = .67$ zwischen t1 und t2.

Der Index „Soziale Unterstützung“ misst die subjektiv erwartete praktische und emotionale Unterstützung, die verschiedene Bezugsgruppen leisten können, namentlich die Verwandten, der Partner, erwachsene Kinder, Nachbarn, Freunde und Arbeitskollegen. Der Index ist die Summe der Antworten auf 12 Fragen wie z. B.: „Wieweit sind Verwandte persönlich für Sie da, im Fall dass Sie es nötig haben?“ (Die Formulierung entspricht dem Mundart-Interview).

Bei der sozialen Unterstützung zeigen sich interessante Veränderungen zwischen t1 und t2. Bei der Kontrollgruppe ergibt sich keine Veränderung. Im Gegensatz dazu stellen wir einen signifikanten, mittelstarken Rückgang ($d = -.30$) bei der Interventionsgruppe der Senioren fest. Eine ähnliche, aber weniger ausgeprägte Abnahme ($d = -.21$) besteht bei den Junioren; da diese Stichprobe mit $N = 207$ relativ gross ist, ist dieser Rückgang auch signifikant.

Eine separate Analyse bei den über die neue Nachbarschaftshilfestelle informierten Senioren der Interventionsgruppe ($N = 60$) ergibt, dass bei ihnen der Rückgang der sozialen Unterstützung stärker ist als bei der Untergruppe der Nichtinformierten ($N = 29$). Dies könnte heissen, dass durch das Wissen, dass es eine organisierte Nachbarschaftshilfe gibt, das Gefühl, im Bedarfsfall informell unterstützt zu werden, nachlässt. Dieser Befund ist konsistent mit der *Desaktivierungshypothese*. Das Ergebnis könnte bedeuten, dass die organisierte Nachbarschaftshilfe zu Zweifeln oder mindestens zur Reflexion über die eigenen informellen sozialen Ressourcen führt, etwa im Sinne des folgenden Gedankens: „Wenn Nachbarschaftshilfe organisiert werden muss, heisst das ja wohl, dass sie nicht mehr spontan funktioniert. Bei mir ist das vielleicht auch so.“ Eine negative Variante dieser Interpretation wäre, dass das Vertrauen der

Betroffenen auf ihre informellen Ressourcen abnimmt, oder auch, dass sich die betreffenden Personen weniger anstrengen, diese eigenen informellen Ressourcen zu mobilisieren. Die Desaktivierung würde dann Demotivierung und Resignation bedeuten. Als positivere Interpretationsvariante wäre auch denkbar, dass die gleichen, objektiv eher mangelhaften Ressourcen nach der Gründung der organisierten Nachbarschaftshilfe nüchterner, illusionsloser und realistischer eingeschätzt werden.

Der Index „soziale Unterstützung“ setzt sich aus je 2 Fragen zu 6 verschiedenen *sozialen Teilnetzen* zusammen. Wir haben untersucht, in welchen dieser Teilnetze der beschriebene Rückgang der subjektiven sozialen Unterstützung bei den Senioren stattfand. Das Teilnetz der Arbeitskollegen ist für die Senioren irrelevant. Der Rückgang ist mit relativen Effektstärken zwischen $-.24$ und $-.29$ etwa gleich stark bei den Freunden, Verwandten und Nachbarn, während es bei der Unterstützung durch die eigenen Kinder keine Veränderung gibt und der relative Effekt beim Lebenspartner sogar umgekehrt ist: in der Interventionsgruppe bleibt die Partnerunterstützung gleich, in der Kontrollgruppe geht sie zurück. Der Rückgang des Summenindex „soziale Unterstützung“ resultiert also aus der abnehmenden Unterstützung durch das sekundäre Netz (Freunde, Verwandte, Nachbarn), während die Unterstützung der Interventionsgruppe durch das primäre Netz (Kinder, Partner) gleich gut bleibt, beim Lebenspartner relativ zur Kontrollgruppe sogar besser wird.

Es ist plausibel, dass organisierte Nachbarschaftshilfe am ehesten in *Substitutionskonkurrenz* treten kann zur informellen Unterstützung durch das *sekundäre Netz*. Um Unterstützung durch Freunde, Verwandte und Nachbarn muss in der Regel aktiv nachgefragt werden, und es besteht wohl eine relativ starke *Reziprozitätsnorm*: Früher oder später wird eine Gegenleistung erwartet. Kinder und Partner entdecken eine Hilfebedürftigkeit eher von sich aus. Die Reziprozitätsnorm wird in der Kernfamilie (Eltern und Kinder, Partner) eher als eine lebenslange Verpflichtung gesehen, die für längere Zeit oder bei Hochbetagten für den Rest ihres Lebens ausgesetzt werden kann, wenn der Betroffene chronisch behindert oder krank und hilfebedürftig wird.

Durch die (potentielle) Beanspruchung von organisierter Nachbarschaftshilfe kann die Belastung durch reziproke Verpflichtungen, die durch Hilfe aus dem sekundären Netz entsteht, reduziert werden. Dies ist besonders willkommen für Betagte, die Mühe haben, für informelle Hilfe eine adäquate Gegenleistung zu erbringen.

4.3 Veränderungen der Hilfeangebote und der Hilfewünsche

Der Index „Hilfeangebote an Nachbarn“ misst das Ausmass an potentieller freiwilliger Hilfe für Nachbarn oder Quartierbewohner. Die Einleitungsfrage im Fragebogen lautet: „Würden Sie einem Nachbarn oder einem Quartierbewohner helfen?“ 90% der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (alle Altersgruppen) antworteten mit „ja“. Bei denjenigen, die mit „ja“ antworteten, wurde zusätzlich gefragt: „Bei was für Sachen?“. Den Befragten wurde dazu eine Liste von 10 Hilfearten vorgelegt wie Einkaufen, im Haushalt Helfen, Kinderhüten etc. Der Index „Anzahl Hilfeangebote“ misst die Anzahl dieser Hilfeangebote. Wer die Einleitungsfrage mit „nein“ beantwortet, erhält den Wert 0. Aufgrund der Aktivierungshypothese wäre zu erwarten, dass die Hilfeangebote im Interventionsquartier zunehmen, während die Desaktivierungshypothese postuliert, dass die Hilfeangebote eher zurückgehen.

Tabelle 3 enthält die Ergebnisse über die Veränderungen des Helfens von t1 zu t2, gemessen mit *ja/nein-Items*. Das Mass p (Proportion) drückt den Anteil der Befragten aus, die zur jeweiligen Hilfefrage mit ja geantwortet haben, p_1 in t1, p_2 in t2. 90,6% der Senioren-Interventionsgruppe waren in t1 grundsätzlich bereit, einem Nachbarn zu helfen (Variable Hilfeangebote). 3 Jahre später, in t2, waren es noch 83,5%. Dieser Rückgang ist gemäss McNemar-Test nicht signifikant. Der Koeffizient h drückt die Effektstärke der Veränderung der Proportionen aus. Die zentrale Grösse für die Überprüfung der Hypothesen ist auch in Tabelle 3 die Differenz der Effektstärke zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe ($h_i - h_k$). Da der Anteil der Kontrollgruppen-Probanden, die Hilfe anbieten, in t2 auch etwas kleiner ist als in t1, ist der relative Effekt so klein ($h_i - h_k = -.12$), dass wir ihn als Nulleffekt bezeichnen.

Tabelle 4 enthält die Veränderungen im *Ausmass* des informellen Helfens. Bei denjenigen Befragten, die bei der Einleitungsfrage mit ja antworteten, wurde zusätzlich das Ausmass der betreffenden Hilfeart erfragt. In allen drei Stichproben geht die Anzahl der Hilfeangebote an Nachbarn hochsignifikant und mittelstark bis sehr stark zurück. Die Abnahme der Hilfeangebote ist in der Interventionsgruppe nur einwenig stärker als in der Kontrollgruppe und kann deshalb kaum als spezifischer Interventionseffekt interpretiert werden.

Zusammenfassend stellen wir fest, dass der Anteil der Senioren, die grundsätzlich bereit sind, einem Nachbarn zu helfen, sehr hoch bleibt (80% bis 90% der Befragten), während der Umfang der potentiellen Hilfe in allen befragten Gruppen sehr stark zurückgeht. Die Befragten werden selektiver in der Art der angebotenen Hilfe. Da der Rückgang in allen Gruppen recht massiv ist, während der relative Effekt nur sehr klein ist, können wir bezüglich der Intervention von einem Nulleffekt sprechen. Dieses Ergebnis bestätigt die grosse methodische

Relevanz der Kontrollgruppe. Ohne sie wäre die Abnahme der Hilfeangebote fälschlicherweise als Desaktivierungs-Effekt der Interventionen interpretiert worden!

Inhaltlich kann dieses Ergebnis der starken Abnahme der Hilfeangebote in beiden Quartieren nur schwer interpretiert werden. Denkbar wäre bei den Senioren ein Alterungs-Effekt. Aber diese Erklärung ist falsch, da wir auch bei den Junioren einen Rückgang in gleichem Ausmass feststellen können. Die Junioren umfassen das ganze Altersspektrum von 20 bis 64, in dem das Hilfeverhalten weitaus weniger altersabhängig ist als bei den Senioren. Oder ist der Rückgang der Hilfeangebote eine Zeiterscheinung, ein Ausdruck des sozialen Wandels, eine Abnahme der altruistischen Grundorientierung? Auch wenn eine langfristige Entwicklung in diese Richtung nicht unplausibel erscheint, ist es unwahrscheinlich, dass sich ein solcher langfristiger Trend in der kurzen Zeit von 3 Jahren so deutlich ausdrücken würde.

Der nachbarschaftliche Hilfebedarf wird gemessen mit dem Index „Hilfswünsche an Nachbarn“. Die Einleitungsfrage im Interview lautet: „Wären Sie jetzt froh, wenn Ihnen ein Nachbar helfen könnte?“. Bei den Ja-Antwortenden wurde zusätzlich gefragt, bei welchen Sachen und dabei die gleiche Liste mit den 10 Arten von Hilfeleistungen vorgelegt wie bei der Frage zum Hilfeangebot. Der Index „Anzahl Hilfswünsche“ ist die Anzahl der gewünschten Hilfeleistungen. Dies ist eine schief verteilte Variable, da rund 80% der Senioren gar keine solche Hilfe wünschen und deshalb in dieser Variable den Wert 0 erhalten.

Aus Tabelle 3 geht hervor, dass der Anteil der Senioren, die von Nachbarn Hilfe wünschen, in der Kontrollgruppe von 20% auf 30% signifikant zunimmt, während dieser Anteil in der Interventionsgruppe gleich bleibt (23% bzw. 22%). Der relative Effekt ist somit eine kleine (relative) Abnahme der Hilfswünsche in der Interventionsgruppe, wenn wir die Zunahme in der Kontrollgruppe als eine „natürliche“, von Interventionen unbeeinflusste Zunahme von Hilfebedarf bei alternden Senioren verstehen. Tabelle 4 zeigt, dass sich die Anzahl der Hilfswünsche in der Kontrollgruppe nicht verändert, in der Interventionsgruppe jedoch signifikant zurückgeht. Der relative Effekt ist eine mittelstarke Abnahme der Hilfswünsche ($d_i - d_k = -.31$).

Zusammenfassend können wir feststellen, dass der Hilfebedarf im Interventionsquartier im Unterschied zu demjenigen im Kontrollquartier zurückgegangen ist. Dieses Ergebnis kann *unterschiedlich interpretiert* werden, wenn wir von der Frage ausgehen, weshalb der Bedarf zurückgegangen ist. Die erste Interpretation ist konsistent mit der *Aktivierungshypothese*: Der Bedarf könnte zurückgegangen sein, weil die Bevölkerung des Interventionsquartiers

Tabelle 3
Veränderungen im Helfen
Proportion der Ja-Antworten t1 – t2

	Proportion		r	sig.	h	Effekt	hi – hk	rel. Eff.
	t1	t2		McN.				
Hilfeangebote an Nachbarn ja/nein:								
Senioren Kontrollquartier	0.896	0.865	0.264	0	-0.112	0		
Senioren Interventionsquartier	0.906	0.835	0.183	0	-0.236	-	-0.124	0
Junioren Interventionsquartier	0.970	0.950	0.094	0	-0.108	0		
Hilfewünsche an Nachbarn ja/nein:								
Senioren Kontrollquartier	0.196	0.304	0.049	(*)	0.257	+		
Senioren Interventionsquartier	0.227	0.216	0.111	0	-0.028	0	-0.285	-
Junioren Interventionsquartier	0.301	0.248	0.188	0	-0.132	0		
Hilfe geleistet für Nachbarn ja/nein:								
Senioren Kontrollquartier	0.642	0.684	0.201	0	0.099	0		
Senioren Interventionsquartier	0.675	0.518	0.257	*	-0.373	--	-0.473	--
sig. Chi-Quadrat	0	(*)						
Junioren Interventionsquartier	0.715	0.635	0.174	*	-0.188	-		
Hilfe bekommen von ausserhalb Haushalt ja/nein:								
Senioren Kontrollquartier	0.273	0.394	0.388	*	0.329	++		
Senioren Interventionsquartier	0.261	0.386	0.272	(*)	0.315	++	-0.015	0
Junioren Interventionsquartier	0.420	0.353	0.211	0	-0.155	-		

Anmerkungen siehe folgende Seite.

Anmerkungen zu Tabelle 3:

- r: Pearson Korrelation t1 mit t2
- sig. McN.: Signifikanzniveau nach McNemar-Test, zweiseitig
0: nicht signifikant (über 10%); (*): 10%; *: 5%; **: 1%; ***: 0.1%
- h: Effect-Size nach Cohen (1988: 181), modifiziert für abhängige Stichproben, analog der Mittelwertsdifferenz:^a
- $$h = \frac{2 \cdot \arcsin \sqrt{p_2} - 2 \cdot \arcsin \sqrt{p_1}}{\sqrt{1 - r}}$$
- wobei p1, p2: Proportion t1 bzw. t2
- Effekt: Effekt-Size und -Richtung nach folgenden Konventionen:
Richtung: +: Zunahme; -: Abnahme;
Size: 0: $|d| < 0.15$
+/-: „klein“: $0.15 \leq |d| < 0.3$
+ + / - -: „mittel“: $0.30 \leq |d| < 0.65$
+ + + / - - -: „gross“: $|d| \geq 0.65$
- hi - hk: Differenz h(Senioren Interventionsquartier) - h(Senioren Kontrollquartier)
- sig. Chi-Quadrat: Querschnittsvergleich Senioren Kontrollquartier vs. Interventionsquartier, nur angegeben, falls Signifikanzniveau in t1 oder t2 mindestens 10%

viel Nachbarschaftshilfe erhalten hat, d. h. weil ihr Bedarf abgedeckt und gesättigt ist. Der Bedarf könnte auch einfach deshalb zurückgegangen sein, weil man im Interventionsquartier weiss, dass es eine funktionierende organisierte Nachbarschaftshilfe gibt.

Das Ergebnis, dass die Senioren der Interventionsgruppe in t2 weniger informelle Nachbarschaftshilfe wünschen als in t1, kann auch im Rahmen der *Desaktivierungshypothese* interpretiert werden. Ein Rückgang des Hilfebedarfs könnte interpretiert werden als eine Rücknahme von Ansprüchen an die spontane, informelle Nachbarschaftshilfe; eventuell sogar als eine Resignation der Hoffnung, dass spontan geholfen wird. Positiv formuliert könnten wir sagen, dass die Senioren im Interventionsquartier autonomer wurden. Diese Sichtweise ist allerdings insofern problematisch, als Autonomie im Sinne von „keine Hilfe wollen“ immer auch heissen kann, dass die Erwartung an Nachbarn, spontan zu helfen, als sozial unerwünscht erlebt wird. Dies würde eine Einstellung implizieren, die etwa heisst: „Ich möchte keinem anderen Menschen zur

^a Die Grundformel von h mit der Arkussinus-Transformation wurde von Cohen (1988: 181) übernommen; die Modifikation für abhängige Stichproben erfolgt analog zum Effektgrössenmass d für Mittelwertsdifferenzen abhängiger Stichproben (vgl. die Formel in der Anmerkung zur Tab. 3). Die Masszahlen von h sind mit denjenigen von d direkt vergleichbar. Dementsprechend werden die gleichen Wertebereiche definiert, nach denen die Effektstärken als Null, klein, mittel oder gross bezeichnet werden. Die Tabelle 3 kann also grundsätzlich gleich gelesen werden wie die Tabelle mit den Mittelwertvergleichen.

Tabelle 4
Veränderungen im Ausmass des informellen Helfens
Mittelwertsvergleiche t1 – t2

	Mittelwert t1	Mittelwert t2	Standardab- weichung t1	r	sig. Wil.	d	Effekt di – dk	rel. Eff.
Anzahl Hilfeangebote an Nachbarn:								
Senioren Kon- trollquartier	4.094	2.969	2.497	0.262	***	-0.524	--	
Senioren Inter- ventionsquartier	4.094	2.729	2.680	0.431	***	-0.675	---	-0.151 -
Junioren Inter- ventionsquartier	5.836	4.463	2.590	0.309	***	-0.638	--	
Anzahl Hilfewünsche an Nachbarn:								
Senioren Kon- trollquartier	0.784	0.863	2.037	0.151	0	0.042	0	
Senioren Inter- ventionsquartier	1.068	0.534	2.222	0.177	(*)	-0.265	-	-0.307 --
Junioren Inter- ventionsquartier	1.248	0.811	2.428	0.099	*	-0.190	-	
Hilfe geleistet für Nachbarn:								
Senioren Kon- trollquartier	3.768	3.126	4.345	0.228	0	-0.168	-	
Senioren Inter- ventionsquartier	3.831	2.229	4.406	0.311	**	-0.438	--	-0.270 -
sig. T-Test	0	(*)						
Junioren Inter- ventionsquartier	6.030	3.340	6.413	0.251	***	-0.485	--	
Hilfe bekommen von ausserhalb Haushalt:								
Senioren Kon- trollquartier	1.687	2.424	3.658	0.153	0	0.219	+	
Senioren Inter- ventionsquartier	1.864	3.011	4.224	0.497	**	0.383	++	0.164 +
Junioren Inter- ventionsquartier	2.401	1.913	4.244	0.291	0	-0.137	0	

Anmerkungen: vgl. Tabelle 2

Last fallen.“ Diese Einstellung ist problematisch, da die meisten Betagten im vorgerückten Alter irgend einmal auf mitmenschliche Hilfe angewiesen sein werden und es sicher besser ist, wenn sie sich dessen nicht schämen müssen.

Der Rückgang der Hilfewünsche könnte auch eine Reaktanz auf die intensive Werbekampagne zur Förderung der Nachbarschaftshilfe sein. Durch die Propagierung der informellen und organisierten Nachbarschaftshilfe wurde implizit unterstellt, dass die Autonomie der Betagten und die Tragfähigkeit der familial-verwandtschaftlichen Hilfe ungenügend oder bedroht sind. Als Reaktanz auf diese Bedrohung könnte autonome Selbsthilfe und familial-verwandtschaftliche Hilfe aufgewertet werden, während die Nachbarschaftshilfe, ob informell oder organisiert, abgewertet und seltener gewünscht wird (Irle 1975: 372 ff.). Durch diese Reaktanz wird Nachbarschaftshilfe desaktiviert, familial-verwandtschaftliche Hilfe aber aktiviert. Diese Interpretation wird bestätigt durch die in der Interventionsgruppe im Unterschied zur Kontrollgruppe starke Zunahme der erhaltenen Hilfe von ausserhalb des Haushalts (siehe unten). Gemäss dieser Interpretation hätte die Werbung zwar einige Aktivisten und Benützer mobilisieren können, sie hätte aber auf die passive Mehrheit der Bevölkerung einen kontraproduktiven Bumerang-Effekt gehabt (Irle 1975: 292 f., 334 ff.).

4.4 *Veränderungen der Hilfeleistungen und der erhaltenen Hilfe*

In der Befragung wurde die Frage gestellt: „Wie oft haben sie in den letzten 12 Monaten diese Sachen für einen Nachbarn oder für Quartierbewohner gemacht?“ und dem Befragten wurde die Liste der 10 Hilfearten vorgelegt. Der Indikator „Hilfeleistung ja/nein“ misst den Anteil der Befragten, die überhaupt Hilfe gegeben haben. Der Index „(Ausmass der) Hilfeleistung“ ist ein Summenindex der 10 Items und misst die Häufigkeit verschiedener Hilfeleistungen für Nachbarn.

Im Interventionsquartier ist der Anteil der Senioren, die für Nachbarn Hilfe geleistet haben, von 67,5% auf 51,8% signifikant zurückgegangen, während er im Kontrollquartier praktisch gleich blieb (64,2% bzw. 68,4%). Das Ausmass der geleisteten Hilfe ging im Interventionsquartier ebenfalls mittelstark zurück; im Kontrollquartier ist der Rückgang klein und nicht signifikant. Der relative Effekt ist bei beiden Variablen eine Abnahme, mittelstark beim Anteil (-.47) und eher klein (-.27) beim Ausmass.

Im Interventionsquartier wird also nach der Einrichtung einer organisierten Nachbarschaftshilfe weniger spontane, informelle Nachbarschaftshilfe geleistet! Dieses Resultat ist konsistent mit der *Desaktivierungshypothese*. Es wäre be-

denklich, wenn dieses Resultat bedeuten würde, dass die Institutionalisierung von organisierter Hilfe dazu führt, dass die Menschen weniger informell helfen.

Möglicherweise sind besonders die Senioren des Interventionsquartiers *erleichtert*, dass sie sich *nicht mehr verpflichtet* fühlen müssen, ihren Nachbarn informell zu helfen. Dies würde bedeuten, dass die Helferrollennorm generell weniger verpflichtend gilt, wenn das Helfen an institutionalisierte Stellen delegiert werden kann.

Konsistent mit dieser Interpretation ist das im vorliegenden Artikel nicht näher dargestellte Ergebnis, dass die chronischen und akuten sozialen Belastungen bei den Senioren des Interventionsquartiers (nicht aber bei den Junioren) abnehmen, bei den Senioren des Kontrollquartiers jedoch unverändert bleiben. Die Verringerung der Hilfeleistung scheint mit einer stressreduzierenden Erleichterung verbunden zu sein. Diese *Stressreduktion* scheint ein unerwarteter, günstiger und indirekt auch gesundheitsförderlicher Nebeneffekt der Desaktivierung zu sein.

Der Index „Hilfe bekommen“ misst das Ausmass an erhaltener Hilfe von ausserhalb des eigenen Haushaltes in den letzten 12 Monaten. Die Einleitungsfrage lautet: „Haben Sie in den letzten 12 Monaten von irgendwem, der nicht in ihrem Haushalt wohnt, Hilfe erhalten?“. Die Frage nach der erhaltenen Hilfe beschränkt sich also nicht auf Nachbarschaftshilfe, sondern schliesst auch die Hilfe von Freunden und Verwandten mit ein. Die Frage wurde deshalb so gestellt, weil das Empfangen von Nachbarschaftshilfe bei der (weitgehend gesunden) Durchschnittsbevölkerung ein recht seltenes Ereignis ist. Nach der Einleitungsfrage wurde zusätzlich gefragt: „Wie oft bei den folgenden Sachen?“ und es wurde wieder die Liste der 10 Hilfearten vorgelegt.

Beide Seniorengruppen erhalten in t2 mehr Hilfe als in t1. Der Anteil der Befragten, die überhaupt Hilfe erhalten, wird in beiden Seniorengruppen, aber nicht bei den Junioren signifikant und ziemlich stark grösser. Das Ausmass und die Häufigkeit der erhaltenen Hilfe nimmt in der Senioren-Interventionsgruppe relativ stark und signifikant zu, während die kleine Zunahme in der Kontrollgruppe nicht signifikant ist. Die Zunahme ist stärker bei den Senioren des Interventionsquartiers, die informiert sind über die Existenz der Vermittlungsstelle für Nachbarschaftshilfe. Dass die Senioren insgesamt mehr Hilfe erhalten, kann damit erklärt werden, dass bei ihnen mit zunehmendem Alter Behinderungen und Krankheiten stark zunehmen. Bei den Junioren im Interventionsquartier können wir einen kleinen Rückgang der erhaltenen Hilfe feststellen, der allerdings nicht signifikant ist.

Die Befunde bei den Senioren sind konsistent mit der *Aktivierungshypothese*. Die informierten Senioren des Interventionsquartiers erhalten mehr Hilfe; wir können annehmen, dass sie fähiger waren, informelle Hilfe zu mobilisieren. Zu beachten ist, dass solche Hilfe in erster Linie von Familienangehörigen und Verwandten, die ausserhalb des Haushaltes wohnen, geleistet wird und weitaus seltener von Nachbarn. Es scheint, dass die Bevölkerung des Interventionsquartiers 1989 (t1) mehr als 1986 (t2) motiviert war, den hilfebedürftigen Senioren zu helfen, und zwar primär informell im Rahmen der Verwandtschaft. Die über die Existenz der organisierten Nachbarschaftshilfe informierte Tochter einer betagten, hilfebedürftigen Frau könnte sich zum Beispiel sagen: „Meiner Mutter helfen, das kann ich doch selber, das muss doch nicht die Nachbarschaftshilfe-Stelle tun. Ich sollte mich vielleicht in der Hilfe für meine betagte Mutter wieder etwas mehr engagieren.“

Wenn wir die Resultate der Tabellen 3 und 4 vergleichen, ist folgende Interpretation möglich: Die informelle Hilfeleistung für Nachbarn geht eher zurück, da sie an die organisierte Nachbarschaftshilfe delegiert wird (Desaktivierung). Die familiäre, verwandtschaftliche und freundschaftliche informelle Hilfe an Senioren nimmt hingegen zu. Dies könnte ein Resultat der Öffentlichkeitsarbeit über Nachbarschaftshilfe sein, in der unter anderem auch auf die beträchtliche Hilfebedürftigkeit der betagten Mitbürger hingewiesen wurde. Davon haben sich dann wohl auch Verwandte und gute Freunde von hilfebedürftigen Senioren angesprochen gefühlt. Die Aktivierung der familialen, verwandtschaftlichen und freundschaftlichen Hilfe der Gesamtbevölkerung für die Betagten und Hochbetagten kann als eine sehr erfreuliche und erwünschte Auswirkung der Aktionen für die Förderung von Nachbarschaftshilfe im Interventionsquartier gewertet werden. Dieses Ergebnis ist allerdings empirisch nicht sehr stark abgesichert, da das Ausmass an erhaltener Hilfe auch in der Kontrollgruppe ein wenig zugenommen hat und deshalb der relative Effekt nur gering ist.

5. Zusammenfassung und Diskussion

Die vorgestellten Resultate sind komplex, teilweise widersprüchlich und haben eine zu schmale empirische Basis (relativ kleine Stichproben), um als gesichert gelten zu können. Die Ergebnisse werden trotzdem pointiert zusammengefasst, weil sie sozialpolitisch so wichtig sind, dass sie diskutiert und weiter untersucht werden müssen. Es bleibt aber zu bedenken, dass die Frage „Aktivierung oder Desaktivierung der informellen Hilfe durch die Organisierung von Hilfe?“ noch nicht abschliessend beantwortet werden kann.

Im Interventionsquartier sind zwei Drittel der Senioren und drei Viertel der Junioren informiert über die Existenz der neuen lokalen Vermittlungsstelle für Nachbarschaftshilfe. Nur 1–2% der Bevölkerung nehmen allerdings aktiv daran teil als HelferInnen, BenützerInnen oder im Rahmen organisatorischer Aufgaben. Die mit verschiedenen Hilfe- und Unterstützungsvariablen untersuchten Hypothesen der Aktivierung, Desaktivierung und des Nulleffektes beziehen sich auf die Mehrheit der informierten, aber bezüglich organisierter Nachbarschaftshilfe passiven Bevölkerung der Senioren. Das Kriterium, mit dem diese Hypothesen getestet werden, ist der relative Effekt, der definiert wird als der Unterschied der Veränderung zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe.

Konsistent mit der Nulleffekthypothese verändert sich der Umfang des sozialen Netzes in keiner Stichprobe. Die Struktur des sozialen Netzes scheint langfristig stabil zu sein. Bezüglich sozialer Unterstützung und informellem Hilfeverhalten ergeben sich hingegen verschiedene Veränderungen.

Die Senioren des Interventionsquartiers zeigen in der zweiten Befragung im Unterschied zur Kontrollgruppe folgendes Hilfeverhalten, das als Auswirkung der Aktionen zur Organisation von Nachbarschaftshilfe interpretiert werden kann:

- Die Senioren des Interventionsquartiers fühlen sich vom sekundären sozialen Netz (Freunde, Verwandte und Nachbarn) weniger gut unterstützt als drei Jahre zuvor, vor Beginn der Intervention. Dieses Ergebnis ist konsistent mit der Desaktivierungshypothese und könnte sich ausdrücken in Demotivierung, Resignation, Zweifeln, oder in Reflexion und realistischerer Einschätzung.
- Die Hilfeangebote an Nachbarn gehen in der Interventionsgruppe und in der Kontrollgruppe gleichermaßen stark zurück, dieses Ergebnis ist konsistent mit der Nulleffekthypothese.
- Im Vergleich zur Kontrollgruppe wünscht sich die Interventionsgruppe weniger Hilfe von Nachbarn. Dieses Ergebnis kann sowohl im Rahmen der Aktivierungshypothese (Bedarf abgedeckt, Entlastung, zunehmende Autonomie) als auch im Rahmen der Desaktivierungshypothese (Rücknahme von Ansprüchen, Resignation, Reaktanz) interpretiert werden.
- Die Senioren des Interventionsquartiers leisten weniger Hilfe für Nachbarn (Rückgang der informellen Hilfeleistungen in den letzten 12 Monaten). Das Ergebnis ist konsistent mit der Desaktivierungshypothese (Delegation des Helfens, Demotivierung).

- Die Interventionsgruppe erhält mehr Hilfe von Leuten, die nicht in ihrem Haushalt wohnen, wohl vorwiegend von Familienmitgliedern und von Verwandten (konsistent mit Aktivierungshypothese: mehr Hilfe mobilisiert).

Für welche Hypothesen sprechen die Ergebnisse? Sie sind mit sechs Dimensionen untersucht worden. Zwei Ergebnisse sind konsistent mit dem *Nulleffekt*: Die Grösse des sekundären sozialen Netzes hat sich im Verlaufe der drei Jahre in keiner untersuchten Stichprobe verändert und die Anzahl Hilfeangebote an Nachbarn sind in allen untersuchten Gruppen signifikant zurückgegangen. Zwei Resultate sind konsistent mit der *Desaktivierungshypothese*: Bei der Interventionsgruppe der Senioren sind die soziale Unterstützung und die Häufigkeit von Hilfeleistungen für Nachbarn im Unterschied zur Kontrollgruppe zurückgegangen. Ein Ergebnis ist konsistent mit der *Aktivierungshypothese*: Die Senioren des Interventionsquartiers erhalten mehr Hilfe von ausserhalb des Haushaltes. Das Ergebnis, dass die Hilfewünsche an Nachbarn im Interventionsquartier verglichen mit dem Kontrollquartier abgenommen haben, kann sowohl mit der Aktivierungs- als auch mit der Desaktivierungshypothese erklärt werden.

Das Forschungsteam hat sich bis zu einem gewissen Grad identifiziert mit dem Engagement der Träger der organisierten Nachbarschaftshilfe und hatte deshalb erwartet, oder doch mindestens gehofft, dass sich die Aktivierungshypothese bestätigen würde. Umso überraschender war es für uns, dass es insgesamt mehr Befunde gibt, die für die Desaktivierungshypothese sprechen. Auch wenn die Ergebnisse nicht gesichert sind, sollte überlegt werden, welche sozial- und gesundheitspolitischen Implikationen sie haben. Beim Aufbau und bei der Institutionalisierung von organisierter zwischenmenschlicher Hilfe kann offenbar spontane, informelle Hilfe deaktiviert werden. Dieser Effekt auf die Gesamtbevölkerung widerspricht dem engagierten Credo derjenigen Akteure, die sich einsetzen für organisierte, zwischenmenschliche Hilfe für Menschen, die dieser Hilfe ganz offensichtlich bedürfen. Umso wichtiger ist die empirische Evaluation von sozialen Programmen und Aktionen bezüglich unerwarteter Nebenwirkungen auf die Gesamtbevölkerung. Bei der Propagierung neuer organisierter Dienstleistungen sollte in Zukunft darauf geachtet werden, dass gleichzeitig immer auch die unorganisierte, informelle und spontane Hilfe gefördert und unterstützt wird. Freiwillige Hilfe sollte auf Quartierebene, d. h. im lokalen Nahraum, organisiert werden, da dort die Beteiligten eher auch informell in Kontakt bleiben, oder neue lokale Kontakte knüpfen können, als wenn die Organisierung freiwilliger Hilfe zentralisiert würde. Soweit möglich, sollte vermieden werden, dass die Abnahme informeller Hilfebeziehungen zu sozialer Isolierung führt.

Obschon uns die Substitution von informeller Hilfe durch organisierte Hilfe grundsätzlich problematisch scheint, darf nicht übersehen werden, dass sie neben *negativen* auch *positive* Effekte haben kann. Negativ zu werten ist, wenn die alten Leute weniger aktiv und sozial isolierter werden, und wenn sie sich deshalb überflüssig und wertlos fühlen, weil ihre spontane, informelle Hilfe weniger nötig wird, wenn es organisierte Hilfeangebote gibt. Positiv zu werten ist es hingegen, wenn alte Leute durch organisierte Hilfe von überfordernden Hilfeverpflichtungen entlastet werden.

Die *gesundheitlichen Auswirkungen* sind widersprüchlich. Einerseits beeinträchtigt die Abnahme der sozialen Unterstützung die Stressbewältigung (weniger Stress-Puffer-Kapazität) und ist damit gesundheitsschädlich (Meyer-Fehr 1988, Cohen/Syme 1985). Andererseits wirkt sich die Abnahme der sozialen Belastungen durch die verringerten Hilfeverpflichtungen positiv auf die Gesundheit aus. Per Saldo scheint sich die Desaktivierung bei den Betagten eher günstig auf die Gesundheit auszuwirken. Wie in einem ausführlichen Forschungsbericht im Detail dargestellt wird (Meyer-Fehr, i. V.), nehmen von t1 zu t2 die Alltagsbeschwerden in der Interventionsgruppe leicht ab, in der Kontrollgruppe hingegen leicht zu, was zu einem mittelstarken relativen Effekt der Intervention führt, durch den die Alltagsbeschwerden reduziert werden. Die durch die Organisierung von Hilfe verursachte Desaktivierung des informellen Helfens scheint für Betagte, die sich von Hilfeverpflichtungen überfordert fühlen, wohltuend und tendenziell gesundheitsfördernd zu sein.

LITERATURVERZEICHNIS

- BEHRENDT Jörn-Uwe, DENEKE Christiane, ESTORFF Astrid et al. (1983), Arbeitsweise von Gesundheitsselbsthilfegruppen und Anregungen zu ihrer sozialpolitischen Unterstützung. in: von FERBER Christian, BADURA Bernhard (Hrsg.), *Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe*. Oldenbourg, München, 9–35.
- BRAND Karl-Werner (1988), *Selbsthilfe und neue soziale Bewegungen. Historische und internationale Vergleichsaspekte*. in: Selbsthilfezentrum München (Hrsg.), *Zurück in die Zukunft. Selbsthilfe und gesellschaftliche Entwicklung*. Profil, München, 72–86.
- BRAND Karl-Werner (Hrsg.) (1985), *Neue soziale Bewegungen in Westeuropa und in den USA*. Frankfurt a. M.
- BUDOWSKI Monica, ROTHLIN Susanne, BÖSCH Jakob, MEYER-FEHR Peter C. (1989), *Nachbarschaftshilfe Zürich-Altstetten 1986–1989. Schlussbericht. Forschungsbericht der Abteilung für Psychosoziale Medizin, Nr. 4/1989, Universitätsspital Zürich, Psychiatrische Poliklinik*.
- BUDOWSKI Monica, ROTHLIN Susanne, MEYER-FEHR Peter, BÖSCH Jakob (1990), *Möglichkeiten und Grenzen der Öffentlichkeitsarbeit beim Aufbau einer organisierten Nachbarschaftshilfe. Das öffentliche Gesundheitswesen*, 52, 238–242.
- COHEN Jacob (1988), *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Erlbaum, Hillsdale, NJ, 2nd ed.

- COHEN Sheldon, SYME S. Leonhard (ed.) (1985), *Social Support and Health*. Academic Press, New York.
- FORSCHUNGSVERBUND Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselfthilfe (Hrsg.) (1987): *Gesundheitsselfthilfe und professionelle Dienstleistungen. Soziologische Grundlagen einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik*. Springer, Berlin.
- GOTTLIEB Benjamin H. (1983), *Social Support Strategies. Guidelines for Mental Health Practice*. Sage, Beverly Hills.
- GRUNOW Dieter, BREITKOPF Helmut, GRUNOW-LUTTER Vera, PAULUS Wolfgang (1983), Zum Verhältnis von Selbsthilfe und medizinischer Fremdhilfe. in: von FERBER Christian, BADURA Bernhard (Hrsg.), *Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselfthilfe*. Oldenbourg, München, 51-77.
- HUBER Ellis (1987), *Gemeinschaftliche Gesundheitssicherung als realistische Utopie*. in: BERGOLD Jarg, FALTERMAIER Toni, JAEGGI Eva u. a. (Hrsg.), *Veränderter Alltag und Klinische Psychologie*. DGVT, Tübingen, 140-145.
- IRLE Martin (1975), *Lehrbuch der Sozialpsychologie*, Hogrefe, Göttingen.
- KEUPP Heiner, RÖHRLE Bernd (Hrsg.) (1987), *Soziale Netzwerke*. Campus, Frankfurt.
- KEUPP Heiner (1988), *Riskante Chancen. Das Subjekt zwischen Psychokultur und Selbstorganisation. Sozialpsychologische Studien*. Asanger, Heidelberg.
- MEYER-FEHR Peter, BÖSCH Jakob (1988), *Gesundheitseffekte sozialer Unterstützung und sozialer Belastung bei der einheimischen Bevölkerung und bei Immigranten*. *Medizinsoziologie*, 2, 151-167.
- MEYER-FEHR Peter, BUDOWSKI Monica, ROTHLIN Susanne, BÖSCH Jakob (1990), *Sozialer Hintergrund und Bedeutung von organisierter, freiwilliger Nachbarschaftshilfe. Das öffentliche Gesundheitswesen*, 52, 69-76.
- MEYER-FEHR Peter C., SUTER Christian, WILLI Jürg (1991), *Längsschnittstudie über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Gesundheit (LÄNGSOZ). Schlussbericht an den Schweizerischen Nationalfonds. Forschungsbericht der Abteilung für Psychosoziale Medizin, Nr. 4/1991, Psychiatrischen Poliklinik, Universitätsspital Zürich*.
- MEYER-FEHR Peter C. (i. V.), *Unterstützung und Stress durch soziale Rollen. Ergebnisse der Längsschnittstudie über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Gesundheit. Buchmanuskript, Abteilung für Psychosoziale Medizin, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich, in Vorbereitung*.
- ROSSI Peter H., FREEMAN Howard E., HOFMANN Gerhard (1988), *Programm-Evaluation. Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung*. Enke, Stuttgart.
- SUTER Christian, MEYER-FEHR Peter (1989), *Operationalisierung von sozialer Schicht: Individualeinkommen, absolutes oder relatives Haushaltseinkommen?* *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 15, 525-543.
- THIERSCH Hans (1987), *Alltagsnöte, Selbsthilfe, professionelle Therapie: Was leistet das Angebot professioneller Therapie in Alltagsnöten und neben der Selbsthilfe?* in: BERGOLD Jarg, FALTERMAIER Toni, JAEGGI Eva u. a. (Hrsg.), *Veränderter Alltag und Klinische Psychologie*. DGVT, Tübingen, 39-49.
- von FERBER Christian, BADURA Bernhard (Hrsg.) (1983), *Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselfthilfe*. Oldenbourg, München.
- WITTMANN Werner W. (1985), *Evaluationsforschung. Aufgaben, Probleme und Anwendungen*. Springer, Berlin.

Adresse der Verfasser:

Peter C. Meyer, Christian Suter

Abteilung für Psychosoziale Medizin, Universitätsspital, Culmannstr. 8, 8091 Zürich

ANDERE ARTIKEL / AUTRES ARTICLES

POLITICS AND GENDER IN HUMOR AND SATIRE: THE CASES OF ELISABETH KOPP AND GERALDINE FERRARO

John Bendix & Regina Bendix
Zurich University & Basel University

1. Introduction¹

Women's successful political participation is the result of an array of intertwined institutional and personal factors: the "opportunity structure" provided by political parties, women's personal and career choices, changing work and family roles in the 20th century, voter willingness of voters in particular districts to support women candidates, and so on. The study of such factors over the last ten years has provided considerable information about the external, objective factors which hinder the election of women.²

We have opted to examine a rather different body of material in an effort to understand the less quantifiable cultural concerns that may keep women from gaining equal political representation: jokes, satire and cartoons. "Where there is anxiety, there will be jokes to express that anxiety", states folklorist Alan Dundes (1987, vii). Psychoanalytic, sociological, and anthropological interpretations all point towards the ways in which humor offers insights into serious societal concerns and areas of societal unease (Bergson, 1936; Coser, 1959; Douglas, 1968). The entrance of women into the traditionally male-defined realm of politics is without doubt such a concern.

This article is based on a sample of orally circulating jokes, newspaper cartoons and satirical materials from the United States, Switzerland and several other nations. We contend that humor about women politicians points to considerable societal unease about changing gender domains. Jokes combining

¹ A version of this paper was presented at the American Folklore Society Meetings in Philadelphia, 1989. For assistance in accumulating jokes and cartoons, we thank the Folklore Archives at the University of California, and in particular former archivist Sandra Cate, who continues to update our files. Thanks also go to Kirin Narayan and Mary Beth Stein for critical input. In Switzerland, we would like to thank the Forschungszentrum für schweizerische Politik at the Universität Bern and the Fasnachts Comité of Basel.

² Among the more interesting works on American political women, see Kirkpatrick, 1974; Diamond, 1977; Mandel, 1981; Sapiro, 1983; Klein, 1984; Carroll, 1985; and Randall, 1987. For a comprehensive survey of the European situation, see Lovenduski, 1986. For Germany, see Hoecker, 1987; for Switzerland, see Ballmer-Cao, 1987 and 1989.

politics and sexuality are not new. Yet orally circulating jokes often express concerns infrequently mentioned in serious political analysis. Humor is, however, a sanctioned realm which permits the expression of stereotypes, hostility and anxiety.

The profound ambiguity toward the intersection of politics, gender and equality can best be illustrated in the humor about Geraldine Ferraro, the 1984 American vice-presidential candidate, and Elisabeth Kopp, the former member of the Swiss Federal Council. While the cases are different, the nature of the jokes circulating about them is remarkably similar.

Men are not, by virtue of their gender, any more qualified to make decisions about the community than women are – politics is concerned with decisions which affect everyone in a society. Given the traditional roles assigned to women – education, the welfare of children, care of the home – equally valid reasons for arguing that women are better qualified to deal with the social concerns of larger communities can be found. The appearance of women today in the historically male domain of politics forces a society to reorganize gender domains. Including women in positions of power gives them status equality with men, but that has not meant society has kept pace. Because this is a struggle over who will have the most important voice in the society, the issue of women's political participation gets mixed together with the basis upon which one can continue to make distinctions between men and women. The question "can a woman do well once in power?" becomes confused with the question "what continues to distinguish men from women?" Every woman in power is thus confronted with cultural and social questions which interfere with her political role.

We therefore contend that any woman who aspires to political office is judged on two levels:

1. as a woman, with all that implies about societal expectations of traditional sex role behavior, such as childbearing and motherhood;
2. as a potential politician on the basis of training, experience, and, particularly, ethical integrity.

The same criteria are not applied to aspiring male politicians: for a man, it is sufficient to stress that one is happily married and devoted to one's family. Humor about adultery and the like have not affected assessments of political capability among those in office, and it has only been recently that questions about family and sexual behavior have been applied to aspiring American male candidates. It has now become possible to elect divorced males as Presidents or consider unmarried men suitable, yet the same attitudinal change is coming

only slowly to women politicians, as they are still strongly defined by their matrimonial and family status.³

Today there is a class of younger, educated women whose training is in no way inferior to that of men, and it is to this group that both Ferraro and Kopp belong. Public opinion polls indicate that women are perceived as more honest than men. The contemporary concern about the ethics of all politicians indicates that anyone entering the public arena must be willing to undergo prolonged scrutiny by the press, however, and many – including many women – may not be willing to pay this price. Claims of unethical conduct made about public women are that much more damaging because the good reputation of women as an alternative to men in politics becomes tarnished (Diamond, 1977).

In the evaluation process, political women tacitly serve as a measure of where society is relative to gender boundaries. The humorous materials we have collected demonstrate the societal ambiguity about these boundaries very clearly. Gender classifies and dichotomizes, but changes in social and family patterns deemphasize difference and the law formally treats all as equal. Thus as people scrutinize the woman contender, they fall back on issues of sexuality and ethics, even as they try to judge the future competence of the politician.

The literature on humor and politics has begun to grow (Banc & Dundes, 1987; Bronner, 1988; Cochran, 1989; Dundes, 1989; Speier, 1975). Women in caricature were of academic interest already early this century (Fuchs, 1906), and the negative portrayal of women in jokes even led to a United Nations Decision urging joke tellers worldwide to mend their ways (Moser-Rath, 1978, 40).⁴ But the whole question of gender and politics as addressed in jokes remains to be examined, and the following is intended as an effort in this direction.

2. Men and Women in Political Humor

In a sample of two hundred political jokes collected since 1964, examples about male politicians such as the following can be found:

³ One should not be too categorical here: some homosexual politicians have also been successful. Yet since the vast majority of elected politicians are older, married males, alternatives to this model have their difficulties. It is worth noting that sexual scandals among politicians have until now been entirely among males, though the recent revelations of Brazilian ex-Economics Minister Zelia Cardoso de Mello indicates that this may soon change.

⁴ The most comprehensive study of sexual humor is found in Legman, 1973. For a more polemical study of negative images of women in jokes, see Huffzky, 1979.

Q: What do you get when you cross James Dean and Ronald Reagan?

A: Rebel Without a Clue.

Q: Did you hear that George Wallace's entire library was destroyed in a fire?

A: He was deeply upset because he hadn't finished coloring the second book.

Q: What is the difference between LSD and LBJ?

A: LSD is a drug and LBJ is a dope.⁵

Such jokes denigrate the competence of these politicians, and there are a few jokes of this type about women as well. Consider the following gestural example, used by Marcos followers in the 1986 campaign in the Philippines:

Corazon si (putting hand on heart, nodding the head)

Aqui no (putting finger to temple, shaking the head).⁶

Yet most jokes, cartoons and satire about women politicians link issues of competence with issues of gender and sexuality.

Jokes about males also periodically focus on sexuality as connected to electoral or other political success. They often involve tarnishing the reputation of women they are linked to:

Q: Why did Lady Bird want to divorce President Johnson?

A: Because he wouldn't do to her what he was doing to the country.⁷

Another example which uses the double meaning of slang expressions for intercourse was part of the vast cycle of Gary Hart jokes in 1988:

5 All jokes are from the student collections at the University of California Folklore Archives at Berkeley (UCB). The first joke, deposited by Stuart Piteski, 1987, refers to Reagan's seeming inability to understand what he was being told (without a clue) as well as to James Dean's film *Rebel Without a Cause*. The second, collected by Dave Jouris, 1969, has variants which were applied to Nixon's Vice-President Spiro Agnew, to Ronald Reagan and to Dan Quayle. The third joke, collected by Diana Laris, 1969, refers to the hallucinogen lysergic acid (LSD) and to President Lyndon Baines Johnson (LBJ). A "dope" is a person who is not intelligent enough to grasp what is occurring, but it also is a slang term for marijuana, hence to be seen in connection with the drug LSD.

6 Collected by Sandy Cate, 1989 (UCB).

7 Collected by Jean Nishita, 1968 (UCB). Other versions involve every President's wife from Lady Bird Johnson to Nancy Reagan. The allusion here is to the double meaning of "screwing"; it was both a contemporary slang term for sexual intercourse and it was used in the sense the LBJ was doing terrible things – "screwing the country" – by continuing the war in Vietnam, a source of considerable anxiety among college students who might be called up to fight there.

Q: What do Christa McAuliffe and Donna Rice have in common?

A: They both went down on the Challenger.⁸

More importantly, male sexuality as reflected in humor does not imply male political incompetence. Rather, when in political roles males are judged primarily as politicians and only secondarily as males or in terms of the gender expectations associated with being males.

With women politicians, by contrast, their gender roles, particularly in connection to their reproductive duties, are seen as severely impairing their ability to run or be competent in office. Women, we argue, are judged first as women, with all that implies, and only secondarily as politicians. Consider the following joke told about Benazir Bhutto, the ousted Pakistani Prime Minister and leader of the PPP, the Pakistani People's Party:

Q: Do you know what PPP stands for?

A: Permanently Pregnant Prime Minister.⁹

The joke is but one indication of the larger web of procreation and family that threatens women's political success.¹⁰

3. Women and Politics in Cartoons

Eduard Fuchs's 1906 work *Die Frau in der Karikatur* opens with the remarkable statement: "The temptation to clown around with the topic [of women] is very big indeed, ... for there is hardly a theme that entices one to laugh and to make faces more; the mere thought makes ones fingers itch [with the desire to draw caricatures oneself]" (Fuchs, 1906, 1). Nonetheless Fuchs did consider "the question of women" – presumably he meant the question of equal rights for women – the most important issue of his day. The themes that emerge from his collection are women's obsession with their hair and fashions, and their sexual desires within marriage and without.

8 Cited in Dundes, 1989, 45. Christa McAuliffe was one of the astronauts killed in the explosion of the Challenger space shuttle, "went down" in this case meaning "was killed." But to "go down" on *someone* means to perform fellatio; Gary Hart was the primary challenger for the Presidency, and was accused of having had an adulterous affair with the model Donna Rice.

9 Collected by Sandy Cate, 1990 (personal communication). A Pakistani in the audience at our conference presentation in 1989 confirmed that there were many Benazir Bhutto jokes circulating in Pakistan – but would not share them for fear of incriminating himself.

10 Bhutto's fall from political office amidst accusations about her husband's financial dealings parallels the Kopp and Ferraro cases; there may be something of an international pattern here. See Bueller, 1992, for a recent Swiss case a la Kopp.

Women were barely active in politics before the French Revolution, and hence there are few cartoons in Fuchs's work about political themes. The issue is hinted at in cartoons about mistresses of a variety of kings, dukes and other noblemen, mistresses who, through their sexual favors, exerted undue influence on their powerful companions. Most common is the image of the woman wearing men's trousers. Women who were politically or socially powerful, such as Queen Victoria or Catherine the Great, were drawn to look fat, unattractive or male; women attempting to gain power through scholarship or law experienced the same fate, or else were shown to exploit their figures rather than their brains to make their case.

Women cartoonists since the early 20th century have redressed this imagery to some extent, but they remain a minority (Bruère & Beard, 1934; Walker, 1988). The increasing participation of women in the workforce – thus outside the private sphere – made certain caricatures no longer in good taste, even though sexist and motherhood imagery remained important for political purposes.¹¹ But as women have reached increasingly for public power, the mixture of sexuality, gender role and political competence clearly continues to trouble many citizens who express their unease in jokes and satires.

4. Political Failure and Gender in Humor

4.1 *Geraldine Ferraro's Vice-Presidential Campaign*

When the Democratic presidential candidate Walter Mondale chose Geraldine Ferraro as the first woman ever to be a vice-presidential running mate (a technical political term already containing sexual double meanings), versions of the following joke instantly began to circulate:

Q: What's the slogan for Mondale and Ferraro?

A: Fritz and tits.¹²

This joke pokes fun at Mondale's nickname and it ridicules the practice of political campaigns to come up with catchy slogans. The message seems clear: Mondale chose Ferraro because and only because she is a woman, which, given the American practice of choosing vice-presidential candidates for the

11 Political posters from unsuccessful Swiss women's suffrage campaigns (1912–1959) depict abandoned children, dirty baby utensils and images of women fulfilled by their roles as mothers. See Meylan et al., 1979. Visual propaganda of this kind from other nations could shed light on the static or changing gender divide in society; for a strikingly effective illustration of the continuity of visual propaganda, see Cheles, 1991.

12 Several collectors (UCB).

region or political wing of the party they represent, is a logical connection. Mostly, however, the joke denigrates Geraldine Ferraro's political capabilities. She figures neither by name nor nickname, but is reduced to a woman's most visible sexual attribute, her breasts.

In 1984, Ferraro had been married to John Zaccaro for 24 years. One year after her marriage she was admitted to the New York State Bar. For the next fourteen years she worked as a part-time lawyer, forfeiting full time employment to raise three children. Then she worked as a district attorney and in 1978 was elected to the House of Representatives.¹³ She was the first woman to represent Queens, was reelected three times and rapidly established herself in the Democratic party.

Despite such demonstrated political competence, the process of selecting Ferraro as vice-presidential candidate led the satirist Russell Baker to title an editorial "Backward Reels the Gender". In it, Mondale is portrayed as an important man, not a lovesick youngster in a second rate melodrama. He must propose to her, but will not go on his knees to do so, and he must assert his superiority because she will have to accept her low station with a smile. In Baker's view, Ferraro smiles a false smile, and says "But I love funerals, positively love them", because going to state funerals is one of the few political activities that vice-presidents engage in (Baker, 1984). The real Geraldine Ferraro parodied herself by telling a group about Mondale's juvenile telephone invitation and asking "My God, can you imagine if he had ever gotten a busy signal?" (Clines, 1984, 10). The Ferraro/Mondale ticket thus provoked the metaphor of couple rather than political team right from the outset. The metaphor stretched across the expressive spectrum from blatantly sexual jokes (Did you hear Mondale got a speeding ticket? Doing 69 on a Ferraro.) and editorial cartoons to satire such as Russell's.¹⁴

¹³ Her 1978 success in a conservative district was attributed variously to her politically active cousin and his help, to her husband's financial backing and to her ethnic heritage – anything but to herself. On the other hand, Cannon and Marusich-Smith (1987, 61) have noted that for name recognition purposes, many women politicians make use of their husband's position and status in the community.

¹⁴ Collected by Jennifer Elstad, 1984. The joke is a wordplay on driving a fast car (Ferrari) and the standard speed limit of 65 miles per hour in America, as well as on the sexual position, supposed to resemble the number 69, in which fellatio and cunnilingus are performed simultaneously. Elaine Miller delivered a paper at the American Folklore Society Meetings in Baltimore in 1986, entitled "Geraldine Ferraro and the Editorial Cartoonists", in which she presented evidence from eight major newspapers. Editorial cartoonists consistently portrayed Ferraro and Mondale as a couple in either domestic or sexualized settings, often displaying power or role reversals.

For the couple scenario, Ferraro's political competence was irrelevant. Indeed, once selected she was exchangeable with other females in the news, a notion on which the following joke builds:

Did you hear? Mondale's going to fire Gerry Ferraro as his running mate and hire Vanessa Williams, 'cause he knows Vanessa can lick bush!¹⁵

Another variant eliminates Williams:

Q: How are Reagan and Mondale alike?

A: They both want to put a Bush in the White House.¹⁶

Women candidates are thereby reduced to their genitals or their ability to provide sexual satisfaction. Another aspect of women's physiology appears in jokes as well:

Do you know why Mondale/Ferraro will never get elected? ... Because if Mondale died Ferraro would be president and we'd have a war every twenty-eight days.¹⁷

The popular imagination has always construed menstruation to be a debilitating, polluting if not evil process, prohibiting women from access to social and political power, and in some cultures to all public appearance. What was told as a joke must have appeared to some people as a latent argument against Ferraro's candidacy.

Aside from dwelling on sexuality, jokes provide evaluations of Ferraro's – women's – suitability for the second highest political office:

When Ferraro was asked, "What do you think about Red China?" she answered, "I think it would go well with the blue tablecloth".¹⁸

One could hardly get a clearer articulation of the public-private dichotomy that women politicians are subjected to. As a woman, Ferraro is first associated with matters of the private realm of the home, such as taste in furnishings.

15 Collected by Alison Linck, 1984 (UCB). Here the wordplay is "to lick someone" in the sense of winning a fight – the implication is that Ferraro would not be able to defeat Bush in the contest to become vice-president – and in the slang use of "bush" to refer to a woman's pubic area, with the "lick" sense this time meant literally. Vanessa Williams, the first black to be elected Miss America, was stripped of her title after it became known that she had posed for a Playboy centerfold.

16 Collected by Jill Surdzial, 1984 (UCB). Here the reference is both to George Bush and to Ferraro, referred to only by her pubic area.

17 Collected by Laurence Brown, 1984 (UCB).

18 Collected by Jennifer Elstad, 1984 (UCB).

Knowledge of other nations and major political powers is consequently not part of her repertoire. This joke also alludes to Nancy Reagan and the criticism of her purchase of new china (dishes, etc.) when the Reagans moved into the White House. Thus the joke equates Ferraro with a woman who stayed in the proper domain of spouse rather than political candidate.

While the issue of femininity in politics confronted Ferraro daily, it also undermined her own efforts to conduct a gender neutral campaign. In her campaign memoirs, she portrayed herself as so stage-managed that she had to fight major battles just to be able to select which clothes she wanted to wear for major public appearances. While the public in its humor emphasized sexuality, the campaign did its best to desexualize the candidate. As bouquet upon bouquet of flowers came her way during official campaign stops, thanking for them with or without a kiss implicitly turned into a question of sexualized versus genderless politics. After her defeat, on election night, Ferraro said "At least when I see Mondale now, I can give him a kiss and thank this wonderful man. We can finally forget all this stuff about how the first male-female team has to behave in public" (Barber & Kellerman, 1986, 393).

Ferraro ultimately was brought down neither by her appearance nor her lack of foreign policy experience. Once her husband's refusal to reveal his tax returns hit Republican headquarters, a seemingly "genderless issue" had been found to discredit her (Raines, 1984). An attack on Ferraro directly, *Time* magazine claimed at the time, would sound partisan and sexist so, instead, Republicans used a patronizing, "poor Gerry" tone of high-minded regret about her husband.¹⁹

Ferraro's husband was reluctant to meet the press, and the caustic statements he made in the rare interviews did not help. He quipped, for instance, "I think I would insist on being [at Cabinet meetings] just as long as they don't throw me out".²⁰ But just how genderless is it to make the ethical behavior of a political candidate's *spouse* the target of a campaign? Examining the female spouse ordinarily would mean scrutinizing her for her gender behavior in fulfilling her role as wife and mother (with the implied roles as homemaker and political helpmate). Yet examining Ferraro's spouse turned first on his professional ethics rather than raising issues about his gender behavior in

19 George Bush's press secretary Peter Teeley claimed Zaccaro was "a very selfish man. He must have something to hide". And Ferraro's quip that the reason her husband didn't disclose his tax returns was to be found in his Italian heritage was regarded with some satisfaction by the Republicans for "it implies that Italian men are unreasonable, stubborn and refuse to play by ethical rules". See Raines, 1984; *Time*, 27 August, 1984.

20 *New York Times*, October 8, 1984 (Campaign Notes).

fulfilling his role as husband and father. Ferraro's decision-making is then questioned: how could she have married a guy like this? And what does her marital choice say about her future choices?

4.2 *Elisabeth Kopp's Forced Resignation*

Our second case illustrates such problems even more plainly. Elisabeth Kopp, like Geraldine Ferraro, first became a lawyer, and then devoted herself to her family. When she took up public life in 1970, her career path involved a slow rise through the ranks of party, local and cantonal political offices. Elected in 1979 into the National Council, she was made President of a party commission on environment the following year, and became widely known for her work here. In 1984 she was selected into the Federal Council by a slim majority. Her election was greeted as a triumph for all women in the country, not only because national suffrage was only thirteen years old at that point, but also because of the parliamentary opposition to electing Lilian Uchtenhagen into the Federal Council the previous year.²¹ Kopp headed the Justice Department and was forced to abdicate from office in December 1988.

Two months before her abdication, it became known that Kopp had called her husband from her office to recommend that he resign the vice-presidency of a currency trading company which was under federal investigation for money laundering. The warning constituted using privileged information to protect a family member. An official investigation began, and it was argued that Kopp had put marital above national duties. Kopp's political decision making suddenly appeared in a new light: if she was this committed to her husband, to what extent did he, a private businessman and lawyer, influence her decisions?

Hans Kopp's reputation was tarnished long before his wife's election. In 1972, he was barred for half a year from appearing in court because of his treatment of employees in his firm – “spanking willing secretaries with a bamboo stick when they made mistakes” was how one foreign paper put it (Studer, 1984).²² As knowledge of the affair reached higher army and academic circles,

21 In a radio interview, Uchtenhagen blamed her defeat in part on the conservative parties' unwillingness to let the first woman be a Social Democrat and in part on the unease about electing a woman. She felt she challenged men by being a finance expert – a “stolid, union lady” would have suited them better – and she had to find an answer as well to her husband's question: “Lilian, do you really want power?” Interview broadcast on October 18, 1991 in DRS 2, “Kontext”.

22 In the Swiss press, this was known as the “Füdlitätsch-Affäre”. See Duttweiler, 1990, 112–117.

Kopp was forced to withdraw from command duties, and he was also discouraged from an attempt to become a university docent.

In the course of Elisabeth Kopp's candidacy, Mr. Kopp's past came to light and questions were raised as to whether "such a man could be so close to the seat of power" (Studer, 1984). Close scrutiny of Mr. Kopp's past, Kopp's family background, and the potential conflicts of interest between Mr. Kopp's activities as lawyer and financier and Kopp's federal duties were all part of what Elisabeth Kopp, early on in her campaign, considered extensive mud-slinging (Hersch, 1991, 20). Accusations that Mr. Kopp owed 2.5 million Francs in back taxes surfaced in the fall of 1988. Throughout her campaign, her office and her fall from office, Elisabeth Kopp stood steadfastly by her husband, a fidelity that more than one journalist found puzzling and ultimately troubling.²³ To this date, she has maintained her innocence: "I am guilty neither legally nor morally", she stated when she resigned (Müller, 1989, 227).

A satirical novel portrayed Kopp's rise to power as a clever game on the part of the rich who could bend all the rules (Strehle, 1985).²⁴ Even before her resignation, a mock-tragic play damning Kopp's policies and her family life as symbolic of the failure of Swiss democracy was published (Ammann, 1989). And less than a year after Kopp resigned, a psychologically suffused portrait of the affaire was produced which argued that the downfall was essentially predestined by the socialization and personality of the two individuals involved (Duttweiler, 1990). A defense of Elisabeth Kopp was produced a year later (Hersch, 1991). Even now that official judgements are in, published opinions on the case remain divided. But while journalists, legal scholars and politicians discuss everything from personal psychology to the principles of the *Rechtsstaat*, humor and satire on Elisabeth Kopp's case dwell explicitly on the issue of gender.

Like any major politician, Kopp was the subject of cartoons before her downfall. But it was only after the "Affaire Kopp" began that cartoons invoked the spectrum of issues raised by political women with prominent spouses.²⁵

23 Duttweiler, 1990, 162-163, writes about how Kopp apparently repeatedly exclaimed that the person who suffered most was "her Hans", and, even more surprising, proclaimed her own guilt at reducing her husband's volume of business.

24 A rather prophetic satirical novel about the first woman Federal Councillor was written already in 1979. See Weber, 1989.

25 The Swiss cartoons originally used for this study in 1989 were kindly provided by Stephane Hofmann, a research assistant at the Forschungszentrum für schweizerische Politik, Universität Bern. In the meantime, a comprehensive survey of Kopp cartoons and their (mostly French-Swiss) creators has been compiled by Bumbacher, Künzi and Rauch (1990). Where their and our examples coincide, we have indicated where in their study the relevant cartoon appears.

One cartoon shows Kopp as a prostitute, lounging on the floor with telephone in hand, while male members of the PUK (*Parlamentarische Untersuchungskommission*) scrutinize her through the peep holes (Bumbacher et al., 1990, 73). Other cartoons further suggest that Kopp is being investigated for her sex, not her politics. "Do you know the underside of the Affaire Kopp" reads the caption of a picture showing an investigator examining Kopp, whose skirt is billowing because she's standing on a heating vent – a visual allusion to sex symbol Marilyn Monroe in *The Seven Year Itch* (Bumbacher et al., 1990, 69). Another cartoon shows Kopp wrapped in nothing but a Swiss flag, and she is requested to bare everything. The nudity under the flag points to sexuality, the notion of "wrapping oneself in the flag" questions Kopp's ethics.

The conjugal pair is another target. One picture shows the pair peacefully sleeping in bed while investigators crawl underneath them – the implication being that here is a couple whose private domain has been unduly exposed. Another cartoon shows Kopp to be the victim of her husband: He is shown sitting in an armchair and reading his paper while saying "I will henceforth not mingle in my wife's affairs"; meanwhile she is doing the dishes and washing clothes, and has thus returned to the wifely position she held before her political career. By returning to the place where an individual of her sex traditionally "belongs", Kopp's abdication affirms traditional gender domains. The cartoon criticizes her spouse and society at large for pushing her and other women back to where they "belong".

Yet another perspective has her as a willing accomplice. One cartoon shows Mr. Kopp as a magician, pulling bars of gold out of a top hat while Kopp portrays the sexy showgirl in the swimsuit, carrying the Justice Department's dove on her arm and thus mocking the seriousness and obligations of her office. Finally, there are those who attribute the guilt to her alone: Kopp is shown locked into a telephone dial which, here, represents the modern equivalent of the stocks; her nose is as long as Pinocchio's and her guilt thus plain and evident (Bumbacher et al., 1990, 60).

Political cartoons most likely do not greatly affect political opinion, at least according to Bumbacher et al.'s small survey on this question, but they do provide visual imagery for latent conflicts. Cartoonists must draw from images that are easily graspable to a large and not necessarily highly literate readership, and in Kopp's case, gender attributes belong into this category. This includes everything from typifying Kopp as always wearing earrings or necklaces to playing with her loss of garments. Revelations of her potential wrong-doings are simultaneously revelations of her (female) nakedness, her ethical shame is, visually, often also a gendered shame.

One of the most fertile sources of Swiss satirical political commentary is found in the rhymes performed orally during spring carnival (*Fasnacht*) in Basel.²⁶ In 1989, only two months after Kopp's downfall, they illustrated how complex and unresolved the attitudes were on how a woman politician should behave.²⁷ None of the big carnival cliques chose to target Kopp directly, and among the 240 entries listed for the Monday *Cortège*, there were just four small groups and one single costumed person using the name Kopp within their carnival topic (*Sujet*), indicating just how delicate the affair was.²⁸ Among the *Sujets* were: "Märtfraue mit Kop(p)f", and "Gäll Kopp, d Styyre sin s Dyyre!"²⁹

However, 50 groups, as well as most of the independently operating *Schnitzelbängg* (masked individuals or groups who perform rhymed, satirical verses) did incorporate references to the Koppes. Of those, 23 raised the issue of money laundering, but often also brought up the question of which gender was actually laundering. Thus the *Crème Waggis* wrote:

S Kopp Lisbeth het demissioniert, das het uns schuurig imponiert.	Lisbeth Kopp has resigned we were very impressed.
Dr Hans mit syyner Sauerei kauft syyner Frau e Weschere.	Hans with his mess buys his wife a laundry.

An even more pronounced statement on gender division in household chores came from the *Gasladärne*:

D Frau Kopp het's Handtuech gworfe – dasch e dummi Däsche. So kunnts halt usse, wenn me ihn deheim lost wäsche. Well si kai Zyt gha het, haig är au miesse bette. Jetz hänn si Zyt, zem alles gmainsam wider z'glette.	Kopp has thrown in the towel – what a dumb lady. That's what comes from letting him do the wash at home. Because she didn't have the time, he had to make the beds. Now they both have time to iron it all out together.
---	---

Twenty eight rhymes reflected on the couple, Kopp's integrity as woman and spouse, and which Kopp was more to blame. *D Broleete* reflected the sentiment that the wrong Kopp left the wrong place:

²⁶ See Meier, 1986, for information on the organization of the Basel carnival.

²⁷ The Fasnachts Comité, which acts as an informal archive for Basel's rather complex carnival, kindly made its set of 1989 carnival rhymes available to us.

²⁸ The information was gleaned from the *rädäbäng*, the annual carnival publication put out by the Basel Fasnachts Comité.

²⁹ The first means "market women with head" and plays with the verbal similarity between Kopp and Kopf, the noun for 'head'. The second rhymes: "Isn't it true, Kopp, taxes are expensive".

Wääge däre beese Präss
muess d Frau Kopp halt go,
den allermaischte Schwyzere
sinn fasch d Träne ko.
Mir maine drum: Elisabeth,
bhalte sottsch dä Job,
das wo wirgglig uffgäh
muesch, isch dr Hans W. Kopp.

Because of the nasty press
Kopp has to leave;
Most Swiss women
almost started to cry.
We think therefore: Elisabeth,
you should keep this job,
and what you really need to
give up is Hans W. Kopp.

Ethics, sex, and gender roles, as in Ferraro's case, were once again the primary issues. Only a few of these rhymed verses contained blanket statements on how unsuitable Kopp and women in general are as politicians, and only two dwelled on the fall of Elisabeth Kopp as a setback for reorganizing politics and society in terms of gender domains. Significantly both of these were authored by women carnival clubs. The carnival hoax paper of the *Basler Zeitung*, finally, metaphorically summarized Kopp's rise and fall with a satire entitled "Im Bethli syni letschte Arabi".³⁰ This particular Bethli, a form of the name Elisabeth, succeeds in joining a previously all-male carnival clique, but her initiative, and her profoundly female attempts to do everything right for everybody ultimately lead to her exclusion from the club.

In their very lack of unanimity as to how a married female politician should best balance her affairs, jokes, cartoons, satire and popular political rhymes illustrate the cultural ambiguity toward women's entrance in national politics. As with Geraldine Ferraro, Kopp's political demise is the result not only of her gender, but also of her connection to a husband of questionable integrity and her apparent willingness to put marital loyalty above matters of state.³¹ To put it in terms of our initial categories, in cartoons and carnivalesque humor, her in-office performance was judged on the basis of traditional gender roles, sexuality and ethics.

30 The translation would be "Beth's last Arabis", where Arabi is both a particular tune played by the carnival piccolos during *Fasnacht* and an allusion to the Middle East connections of the currency trading firm with which Hans Kopp was connected. A copy of this hoax paper can be found in the Staatsarchiv Basel-Stadt.

31 Indeed, one of the conclusions of the official investigation was that "the political fate of every politician stands in close relation to the occupational activities of his or her marital partner. ... Kopp herself emphasized that she could separate her official duties from her husband's business affairs. At a crucial moment, however, this proved to be impossible. A considerable share of the responsibility falls thus on Hans W. Kopp, who hardly took his wife's official duties into account". See the Bericht der parlamentarischen Untersuchungskommission vom 22. November 1989. 89.006. Vorkommnisse im EJPD. Bern.

5. Conclusions

There have been successful contemporary women in politics (Margaret Thatcher, Golda Meir, Edith Cresson, Gro Brundtland) who have been forced from office for reasons which go beyond their gender and political competence.³² There have also been women in politics as well who have inherited a mantle of legitimacy from dead husbands or fathers (Indira Ghandi, Cory Aquino, Benazir Bhutto), and who have had to contend, like Kopp and Ferraro, with being the first women to occupy such high political office in their countries.

But we have confined ourselves to considering Ferraro and Kopp, because they represent one new path a woman aspiring to politics is likely to take.

Both women were highly trained professionals, entering politics on their own merits after raising a family. Investigating their "failure" and its reflection in humor is important, because women politicians like Kopp and Ferraro are much more like their male counterparts in terms of age, education and qualifications than earlier female candidates have been. In other words, the potentially debilitating factors which would cause these women to be judged as less competent than their male challengers are not present. Instead, these women fail due to financial scandals which involve their husbands.

The humor about women politicians provides a measure of where society has arrived at in reformulating gender domains. People are willing to entertain in the *abstract* the idea of the competent woman politician: by 1982, 83% of the respondents of a national American survey answered "yes" to the question "if your party nominated a woman for President, would you vote for her if she were qualified for the job?" (Mansbridge, 1986, 24). Yet there is clearly cultural unwillingness to abandon traditional gender roles, and a persistence in seeing women politicians defined by family, husband and sexuality. Even when women reach political office, the traditional view of women as private, feminine, wifely, mothering and tied to the home often shunts them into "women's policy concerns" such as health, education and welfare. Their "political activities and orientations are interpreted as functions of their private roles" (Sapiro, 1983, 31; Epstein, 1981, 5).

In part this is a function of the gulf between the support for abstract principles and a personal unwillingness of individuals to act in accordance with such

³² The Ferraro/Kopp pattern of attacking the men that female politicians are associated with seems to have set a pattern, and it may indeed, as National Councillor Cecile Bühlmann argues, represent a new form of misogyny to argue that women are incapable of action, whether fiscal or political, that is autonomous from the men they are associated with. See Bueller, 1992.

principles. Jane Mansbridge calls this the "tension between rights and substance", and cites a telling 1980 survey which found that

62% of American men said they favored "an equal marriage of shared responsibility in which the husband and wife cooperate on work, homemaking and childrearing". But in the same year, 69% of American men said they disapproved of the changes in women's traditional roles that they had observed, primarily because "the husband has to spend more time on household chores he doesn't like" (Mansbridge, 1986, 23).

Such split attitudes help explain how one can both promote and reject political women: it is always possible to fall back on earlier gender role concepts if one seeks reasons to reject women for or in office.

If the public versus private boundaries become increasingly obscure in the modern welfare state, and if, as some feminists have argued, the personal is political, it should come as no surprise that political controversy can become very personal for women. In recent years, political controversy has turned far more personal for men as well. Yet a tremendous difference remains between a male politician who violates sexual norms, and a female politician who "violates" traditional gender role norms. A woman who pursues an independent political career and speaks out about issues remains unusual, as she pursues a path still not regarded as "normal". The humor reflects this.

Violations of norms are also characteristic of political scandal. Interestingly, the scandalous aspect usually seems to be the unwillingness on the part of a politician to disclose wrong-doing immediately, and by comparison the actual offense seems less bad. Procedural violation is particularly problematic for Western nation-states which put great store by the law and the idea that no one is above it. Procedural issues were at stake in both the cases we have examined here, for Ferraro in terms of John Zaccaro's desire to attend Cabinet meetings and not reveal his tax returns – the latter now *de rigueur* for American presidential candidates – and for Kopp in her delay in revealing her phone call to her husband. Where the private ended and the political began was clearly hard to discern for all concerned, including the press.³³

33 For the literature on scandal, see Markovits and Silverstein, 1988, a portion of which is translated in Ebbinghausen und Neckel, 1989. Hersch (1991, 58) discusses some of the aspects of the violation of procedural norms in the Kopp case; even after her resignation, Kopp seemed to still have difficulties in understanding what had been so problematic about her behavior. See Rolf Wespe's "Fall Kopp, Fall Schweiz" in the 7th March, 1989 *Tages-Anzeiger* (Fernausgabe). Shortly after John Zaccaro announced that he wanted to attend Cabinet meetings, Judy Mann wrote "Who's going to be Vice-President here: John or Gerry? Of course, Zaccaro... won't be available for Cabinet consultations most of the time since he'll be in New York on weekdays. Let us all breathe a sigh of relief. He and his wife the Vice-

The connection between scandal and public/private issues has more general features as well:

Under modern conditions at least, the public mode does not tolerate any admixture of the private; probably because it is always under the suspicion of being really self-serving, the appearance of any explicit private objective in addition to the public one will serve to annihilate the credibility of the latter. (Hirschmann, 1982, 127)

The ethical scrutiny of prospective women politicians is particularly difficult, for it has a disproportionate effect. Women are perceived as more ethical, and therefore a fall from grace hurts not only the individual woman politician but also the overall image of women as suited to wield power. The issue is not only whether the particular woman can do the job, it is whether women more generally can or should be in such roles. But the issue is also whether women themselves are willing to pay the price of the high degree of scrutiny public life demands today, as Jeanne Kirkpatrick observed with some dismay during the Ferraro campaign.

People in modern industrialized societies, we contend, are slow to modernize their ideas about giving women a place as decision-makers. Publicly, men continue to be judged first as politicians, second as men, though perhaps a little less so than in the past. Women in public, however, are seen first as women, second as politicians, making it doubly hard for them to be effective politicians. The witty slogan "a woman's place is in the house – and in the Senate" neatly captures where society places women as opposed to where political women would like to place themselves.³⁴ Even the many new occupational opportunities for women in what used to be exclusively male professions have not changed the unease with which society views women as potential holders of political power.

Both Ferraro and Kopp were quite aware of their historical importance and status as role models. Their respective demise, and the humor surrounding them, reflects a cultural resistance toward new gender roles. People are comfortable maintaining the status quo and making jokes about the feminine attributes and qualities of such politicians. It allows the unease at the prospect of being ruled by a woman to remain hidden.

President can chat up the nation's business on the phone and avoid an awkward situation". See her "Blame it on the Media" in the *Washington Post* of October 10th, 1984.

³⁴ After having been a slogan on bumper stickers and T-shirts in America for years, it was finally introduced in Switzerland by Josi Meier as "Die Frau gehört ins Haus. Ins Gemeindehaus, ins Bundeshaus". See Stocker und Bachmann, 1991, 39.

"The political joke is of high cultural and historical interest, because it poignantly illustrates in a short narrative the problems of a given era" (Röhrich, 1980, 215). The problem of our and – we are afraid – of eras to come is that while we formally or legally wish to achieve equality, we have not found a way to culturally implement it. We cannot make up our minds whether we want genuine, genderless equality, or whether we want to maintain gender domains beyond the unalterable confines of sexual reproduction. The humor presented would indicate that politics, for the time being, continue to be male, and that women who enter politics are expected to act like males and to suffer criticism for every part of their lives and personalities that represents their gender.

REFERENCES

- AMMANN Jürg (1989), *Der Rücktritt: Eine nationale Tragödie*, Orte-Verlag, Zug.
- BAKER Russell (1984), "Backward Reels the Gender", *New York Times* (editorial), July 3.
- BALLMER-CAO Thanh-Huyen (1987), *Le conservatisme politique féminine en Suisse: mythe ou réalité?* Editions Georg, Genève.
- BALLMER-CAO Thanh-Huyen (1989), *L'élite politique féminin en Suisse*, Seismo, Zürich.
- BANC A. and DUNDES Alan (1987), *First Prize: Fifteen Years*, Fairleigh Dickinson University Press, London.
- BARBER James and KELLERMAN Barbara, eds. (1986), *Women Leaders in American Politics*, Prentice Hall, Englewood Cliffs (NJ).
- BERGSON Henri (1936), *Le Rire. Essai sur la signification du comique*, Alcan, Paris.
- BRUERE Martha and BEARD Mary (1934), *Laughing their Way: Women's Humor in America*, Macmillan, New York.
- BRONNER Simon (1988), "Political Suicide: The Budd Dwyer Joke Cycle and the Humor of Disaster", *Midwestern Folklore*, 14, 81–90.
- BUELLER Vera (1992), "Eine klassische Liaison dangereuse à la Kopp", *Die Weltwoche*, 9. April.
- BUMBACHER Claudine, KÜNZI Renate und RAUCH Gaby (1990), "Das Übertriebene ist das Wahre: Der Fall Kopp – Zur Kultur der politischen Karikatur in der Schweiz", Seminararbeit am Forschungszentrum für schweizerische Politik der Universität Bern.
- CANNON Joan and MARUSICH-SMITH Mary (1987), "Political Marriages: When the Wife is the Politician", *Women and Politics*, 7, 57–74.
- CARROLL Susan (1985), *Women as Candidates in American Politics*, Indiana University Press, Bloomington.
- CHELES Luciano (1991), "'Nostalgia dell'avvenire': The new propaganda of the MSI between tradition and innovation", in Cheles, L. et al., *Neo-fascism in Europe*, Longman, London.
- CLINES Francis X. (1984), "Convention Journal", *New York Times*, July 10.
- COCHRAN Robert (1989), "'What Courage!' Romanian 'Our Leader' Jokes", *Journal of American Folklore*, 102, 259–274.
- COSER Rose (1959), "Some Social Functions of Laughter", *Human Relations* 12, 171–182.
- DIAMOND Irene (1977), *Sex Roles in the State House*, Yale University Press, New Haven.

- DOUGLAS Mary (1968), "The Social Control of Cognition: Some Factors in Joke Perception", *Man (New Series)*, 3, 361-376.
- DUNDES Alan (1987), *Cracking Jokes: Studies of Sick Humor Cycles and Stereotypes*, Ten Speed Press, Berkeley.
- DUNDES Alan (1989), "Six Inches from the Presidency: The Gary Hart Jokes as Public Opinion", *Western Folklore*, 48, 43-51.
- DUTTWEILER Catherine (1990), *Kopp & Kopp: Aufstieg und Fall der ersten Bundesrätin*, Weltwoche-ABC Verlag, Zürich.
- EBBINGHAUSEN Rold und NECKEL Sieghard (1989), *Anatomie des politische Skandals*, Suhrkamp, Frankfurt.
- EPSTEIN Cynthia and COSER Rose, eds. (1981), *Access to Power*, George Allen & Unwin, London.
- FUCHS Eduard (1906), *Die Frau in der Karikatur: Sozialgeschichte der Frau*, Langen, München (facsimile edition, Verlag Neue Kritik, Frankfurt).
- HERSCH Jeanne, ed. (1991), *Rechtsstaat im Zwielficht: Elisabeth Kopp's Rücktritt*, Verlag Peter Meili, Schaffhausen.
- HIRSCHMAN Albert (1982), *Shifting Involvements: Private Interests and Public Action*, Princeton University Press, Princeton.
- HOECKER Beate (1987), *Frauen in der Politik*, Westdeutscher Verlag, Opladen.
- HUFFZKY Karin (1979), *Wer muss hier lachen? Das Frauenbild im Männerwitz. Eine Streitschrift*, Sammlung Luchterhand, Darmstadt.
- KIRKPATRICK Jeanne (1974), *Political Woman*, Basic Books, New York.
- KLEIN Ethel (1984), *Gender Politics*, Harvard University Press, Cambridge.
- LEGMAN Gershon (1973), *The Rationale of the Dirty Joke: An Analysis of Sexual Humor*, Grove Press, New York.
- LOVENDUSKI Joni (1986), *Women and European Politics*, University of Massachusetts Press, Amherst.
- MANDEL Ruth (1981), *In the Running: The New Woman Candidate*, Ticknor & Fields, New York.
- MANSBRIDGE Jane J. (1986), *Why We Lost the ERA*, University of Chicago Press, Chicago.
- MARKOVITS Andrei and SILVERSTEIN Mark (1988), *The Politics of Scandal*, Holmes & Meier, New York.
- MEIER Eugen A., ed. (1986). *Die Basler Fasnacht*. Basel: Fasnachts Comité.
- MEYLAN Jean, MAILLARD Philippe und Michèle SCHENK (1979), *Bürger zu den Urnen*, Verlag Eisele, Prilly.
- MOSER-RATH Elfriede (1978), "Frauenfeindliche Tendenzen im Witz", *Zeitschrift für Volkskunde*, 74.
- MÜLLER Christian, Hrsg. (1989), 'Mich trifft keine Schuld:' Elisabeth Kopp, Erste Bundesrätin - Eine Dokumentation, Ringier Verlag, Zofingen.
- RAINES Howell (1984), "G. O. P. seizes 'genderless issue' of tax returns to attack Ferraro", *New York Times*, August 14.
- RANDALL Vicky (1987), *Women and Politics: An International Perspective (2nd ed.)*, University of Chicago Press, Chicago.
- RÖHRICH Lutz (1980), *Der Witz*, dtv, Stuttgart.
- SAPIRO Virginia (1983), *The Political Integration of Women*, University of Illinois Press, Urbana (IL).

- SPEIER Hans (1975), *Witz und Politik. Essay über die Macht und das Lachen*, Edition Interform AG, Zürich.
- STOCKER Monika und BACHMANN Edith (1991), *Session des Femmes, Frauensession*, eFeF-Verlag, Zürich, Dortmund.
- STREHLE Res (1985), *Damengambit. Die Frau im Bundesrat*, Limmat Verlag, Zürich.
- STUDER Margaret (1984), "Woman in Line for Swiss Presidency faced Ferraro-like Flap", *Christian Science Monitor*, October 3.
- WALKER Nancy A. (1988), *A Very Serious Thing: Women's Humor and American Culture*, University of Minnesota Press, Minneapolis (MN).
- WEBER Ulrich (1989), *Die Bundesrätin*, Wado Verlag, Zürich.

Authors' address:

School of Social Sciences, Institute for Advanced Studies
USA-Princeton NJ 08540

ZUM VERGLEICH VON THEORIE SOZIALER SYSTEME UND HANDLUNGSTHEORIE

„Fruchtbarkeit“ als Kriterium der Beurteilung von Theorien

Ralf Twenhöfel

Institut für Soziologie, Regensburg

Das heterogene Feld soziologischer Theoriebildung ist durch die Systemtheorie Niklas Luhmanns nach Auffassung ihres Urhebers mit einem seit Talcott Parsons nicht mehr erhobenen Anspruch konfrontiert: Dem einer fachuniversalen Theorie. Als solche wird von ihr „Universalität der Gegenstandserfassung“ in dem Sinne geltend gemacht, „daß sie als soziologische Theorie *alles* Soziale behandelt und nicht nur Ausschnitte (...)“ (siehe Luhmann 1988, 9). Dieser Anspruch der Theorie und ihre Bestimmungsstücke haben Vergleiche mit konkurrierenden soziologischen Ansätzen nahegelegt (siehe unter anderen Schimank 1985, Ganßmann 1986, Haferkamp 1987). Nicht zuletzt durch die Beiträge Luhmanns selber am weitesten fortgeschritten in dieser Hinsicht ist – abgesehen von der notwendig gewordenen Abgrenzung gegenüber der Parsonsen Theorie – die Auseinandersetzung mit der soziologischen Handlungstheorie (s. Luhmann 1982, 1988, 227 ff.). Das Ergebnis der Erörterungen ist dabei zumeist: wechselseitige Kritik und gegenseitige Blockierung beider Forschungsprogramme. So bestreitet Haferkamp (1987) überhaupt die Notwendigkeit des Unternehmens, eine gegenüber vorliegenden handlungstheoretischen Ansätzen eigenständige Theorie sozialer Systeme zu formulieren. Zwar würden durch sie „einige fruchtbare neue Aussichten gegeben, die ohne Zweifel Übernahme (sic!) verdienen – sie rechtfertigen aber nicht die Rede von einem ‚andersartigen Theoriedesign‘, für das ‚es in der Soziologie selbst kaum Vorbilder‘ gibt“ (1987, 83 f.; Zitate Luhmann). Hingegen postuliert Luhmann umgekehrt die Aufhebung von Handlungstheorie in Systemtheorie, wenn er bemerkt, daß es „nicht möglich sei, Handlungstheorie gegenüber Systemtheorie als ein anderes Paradigma aufzuführen“ (1988a, 138).

Derart gegensätzliche Inklusionspostulate setzen, von Kommensurabilitäts- und Kompatibilitätsannahmen einmal abgesehen¹, Überlegenheit des jeweils vertretenen Referenzansatzes voraus. In welchem Sinne jedoch ist das der Fall? Haferkamp (s. o.) und Berger (1987) haben diesbezüglich „Fruchtbar-

¹ „Kommensurabilität“ und „Kompatibilität“ im Sinne von Feyerabend 1962; s. Pearce 1987, Oddie 1989.

keit“ als Vergleichskriterium geltend gemacht: Ansätze wären „nicht wahr oder falsch wie Sätze. Sie sind fruchtbar oder unfruchtbar, sie heben bestimmte Züge der Realität hervor und schwächen andere ab, (...)“ (Berger 1987, 138). Auch Luhmann zielt darauf, wenn er bemerkt, daß es „im Augenblick sicherlich zu früh ist, ein Urteil über die Annehmbarkeit des Theorievorschlags zu fällen, und der Vorschlag selbst ist (...) von Unsicherheiten, Zweifeln und sich schon abzeichnenden Lernnotwendigkeiten geplagt“ (s. 1987, 307). Freilich ist damit die Frage gestellt, was „Fruchtbarkeit“ über bloße Rhetorik hinaus als *operables* Kriterium meint. Ob allgemeine „Wertideen“ (neben „Fruchtbarkeit“ beispielsweise „Einfachheit“) überhaupt hinlänglich spezifizierbar sind, um eine Beurteilung von Theorien zu gestatten, ist in der Literatur umstritten. Das Problem wird zwischen Wissenschaftstheoretikern (s. Laudan 1977, 1981) und Wissenschaftssoziologen (s. Barnes 1977, Bloor 1980) kontrovers diskutiert. Gelangen erstere zu der Auffassung, daß solche Kriterien eine „echte“ (d. h. wissenschaftliche) Entscheidungsbasis definieren, so wird von Wissenschaftssoziologen in Anbetracht der Interpretationsbedürftigkeit solcher Kriterien die Bezugnahme darauf als „after-the-fact justification for opinions that have their real basis elsewhere“ (nämlich in „externen“ Faktoren) geltend gemacht (s. Bloor 1981, 201).

Die folgenden Ausführungen werden, ohne die Details dieser keineswegs nur theoretisch geführten Erörterung des Problems im einzelnen zu erörtern (s. Potter 1984, Gilbert, Mulkay 1985), unter dem Gesichtspunkt von „Fruchtbarkeit“ einen Vergleich von System- und Handlungstheorie vornehmen. Exemplarisch wird zu zeigen versucht, daß – und dies in Annäherung an die wissenschaftstheoretische Position – der Gesichtspunkt durchaus ein Kriterium zur Beurteilung von Theorien definiert.

Ersichtlich unterscheidet sich die hier gewählte Perspektive von Beurteilungskriterien in vorliegenden Ansätzen zum „Theorienvergleich“ (s. Hondrich, Matthes, Hg., 1978). Auf die diesbezüglichen Differenzen wird im ersten Abschnitt kurz einzugehen sein. Darin ist weiter zu zeigen, daß „Fruchtbarkeit“ eine generelle Perspektive definiert, die Unterscheidungen einzelner Vergleichshinsichten erforderlich macht. Die anschließenden Abschnitte werden diese Hinsichten inhaltlich spezifizieren.

1. Zum Konzept der „Fruchtbarkeit“

In einem allgemeinen Sinne genommen, meint der Ausdruck „Fruchtbarkeit“ soviel wie „heuristic power“ („A theory that has heuristic power is a theory that suggests new directions for research and raises interesting questions that stimulate

further research"; Sirgy 1988, 28; s. Zaltman et. al. 1973). Näherhin qualifiziert „Fruchtbarkeit“ die Anschlußfähigkeit einer Theorie dominant in der zeitlichen Dimension; dies im Unterschied beispielsweise zu Kriterien wie „Genauigkeit“, „Wahrheitsähnlichkeit“, „Informationsgehalt“ und „Intersubjektivität“, die stärker im Hinblick auf die sachlich bzw. sozial relevanten Dimensionen orientieren,² mit denen vorliegende Ansätze zum Theorienvergleich operieren (s. Hondrich, Matthes, Hg., 1978; Nauck 1988).³

Von dieser Unterscheidung von Anschlußdimensionen zu unterscheiden sind die relevanten Hinsichten, in denen eine Theorie (ein Verfahren etc.) als „fruchtbar“ bzw. „unfruchtbar“ beurteilt werden kann. Der selbstbezügliche Aspekt der „Fachuniversalität“ bietet hier sicherlich eine Möglichkeit. Eine grundsätzliche Überlegung legt freilich nahe, „Fruchtbarkeit“ in einem allgemeinen Sinne auf den Problembezug der Theoriebildung bzw. Forschung zu beziehen. Näherhin wäre dann zu unterscheiden zwischen den unterschiedlichen Kontexten, denen solche Probleme als Aufgaben der Forschung jeweils zugeschrieben werden: Probleme, denen sich die Forschung widmet, können als bedeutsam für die jeweilige Wissenschaftsdisziplin oder die Theoriebildung erachtet werden („wissenschaftlich“ bzw. „theoretisch“ relevante Probleme und Zielsetzungen); sie können darüber hinaus auch die gesellschaftliche Umwelt (u. U. die gesellschaftliche „Praxis“) dieser Disziplinen betreffen, möglicherweise sogar von bzw. in ihr selbst bereits erkannte, d. h. thematisierte sein (z. B. „social problems“). In beiden Fällen läßt sich daher weiterhin danach unterscheiden, ob durch Forschung verfolgte Probleme konkreten Vorgaben des Kontextes entspringen oder ob solche Probleme als Folgeprobleme durch die Forschung selber formulierte sind.

2 Betrachtet vom Standpunkt der Theorie sozialer Systeme, läßt sich die Bedeutung solcher Kriterien unter dem Gesichtspunkt der Reproduktion bzw. „Autopoiese“ des Wissenschaftssystems, näherhin als Problem der Selektion von Wissenansprüchen unter dem Gesichtspunkt von Anschlußfähigkeit, erörtern: Die Selektion bzw. Wahl einer Theorie muß Anschlüsse für Folgeselektionen (Forschungen und Theoriwahlen) sicherstellen, um ein Kontinuieren des Systems zu ermöglichen. Wertideen wie „Genauigkeit“, „Fruchtbarkeit“ etc. gehören damit zu den Kriterien bzw. Prämissen, an denen sich die Identität des Wissenschaftssystems bemißt. Dabei ist zweierlei zu unterscheiden: 1) Das bereits erwähnte Problem der Interpretationsbedürftigkeit von Werten, die hinreichend spezifiziert sein müssen, um als Entscheidungsbasis eines gesellschaftlich ausdifferenzierten Wissenschaftssystems fungieren zu können. 2) Ein Problem der Wahl oder Kombination solcher Werte, da – wie bemerkt – nicht davon auszugehen ist, daß alle unter dem Gesichtspunkt von Anschlußfähigkeit gleichermaßen orientieren (s. Barnes 1974, Bloor 1976).

3 „Fruchtbarkeit“ ist zu verstehen als ein im Horizont von Erwartungen gegenwärtig und zukünftig zu erfüllender Ansprüche orientierendes Kriterium, daß allein niemals Sicherheit einer Wahl garantiert (s. Feyerabend 1975). Dementsprechend besteht keine Veranlassung, nach Maßgabe von „Fruchtbarkeit“ allein zu einem Zeitpunkt sich für oder wider gegen eine Theorie zu entscheiden.

Insgesamt sind damit vier mögliche Hinsichten unterschieden, in denen eine Theorie als „fruchtbar“ bzw. „unfruchtbar“ beurteilt werden kann. Zu beachten dabei ist, daß keiner dieser Problembezüge grundsätzlich mit einem der anderen unverträglich ist: Probleme, die ursprünglich ausschließlich als „wissenschaftlich“ bedeutsam beurteilt wurden, könnten später sich als „praktisch“ relevant erweisen; und vorgegebene Probleme müssen theorieadäquat zumeist erst „übersetzt“ (reformuliert) werden, um auf der Grundlage einer Theorie behandelbar zu sein.

2. Der Anspruch auf Fachuniversalität

Ohne Zweifel gehört die Entwicklung fachuniversaler Theorien zu den Perfektionszielen wissenschaftlicher Disziplinen. Als Aufgabe verstanden ist sie der Theoriebildung innerhalb solcher Disziplinen vorgegeben. Das Postulat der „Fachuniversalität“ bezeichnet damit eine mögliche Bestimmung eines wissenschaftlich relevanten Problems, hinsichtlich dessen ein Theorie als „fruchtbar“ bzw. „unfruchtbar“ beurteilt und mit anderen Theorien verglichen werden kann.⁴

Insofern Systemtheorie den Anspruch erhebt, in einem weiteren Sinne „alles Soziale“ behandeln zu können, muß vorausgesetzt werden, daß sie unabhängig sich über den Umfang des Sozialen zu vergewissern vermag, andernfalls müßten sie diesen Umfang selber definieren: Die Realisierung des Anspruchs bliebe zirkulär. Unabhängige Vergewisserung des Sozialen als (zumindest vorläufige) Festlegung des Gegenstandsbereichs für die Theorie kann aber grundsätzlich (und muß daher) mindestens in zweierlei Hinsicht vorgenommen werden: durch Rekurs auf den Alltagsverstand („vorgefundene Sinngebungen“; Luhmann 1988, 11) und durch Rekurs auf verfügbare, „Soziales“ bereits erörternde Theorien, insofern unabhängig von diesen Theorien deren Gegenstand („Soziales“) vielfach gar nicht erfaßt werden kann (ein Beispiel hierfür: „paradoxe Handlungseffekte“; s. z. B. Boudon 1979, 1980). Thema ist für die Theorie

4 Für die Naturwissenschaften ist die Entwicklung hin zu Fachuniversalität oft als ein Prozess der Verallgemeinerung beschrieben und als Fortschritt schlechthin verstanden worden: Eine neue Theorie müßte allgemeiner in dem Sinne sein, daß sie die ältere als einen unter einschränkenden (und faktisch zumeist: idealisierten) Bedingungen gültigen Sonderfall mitumfaßt. Beispielsweise wurde die wesentliche Errungenschaft der allgemeinen Relativitätstheorie darin gesehen, daß sie die beschränkende Annahme von Inertialsystemen in der Physik überflüssig gemacht hat (s. Einstein 1965, 92 ff.). Die Theorie sozialer Systeme beansprucht Luhmann zufolge hingegen keineswegs „Ausschließlichkeit des Wahrheitsanspruchs im Verhältnis zu anderen, konkurrierenden Theorieunternehmungen“ (1988, 9), was eine auf Verallgemeinerung beharrende Fortschrittskonzeption faktisch zumeist voraussetzen wird.

sozialer Systeme bereits Thematisiertes; die Intransparenz, die in ihrem Gegenstandsverhältnis zu finden ist, ist die Intransparenz einer unter heterogenen Perspektiven immer schon erfaßten Realität.

Mit ihrem Anspruch, „alles Soziale behandeln zu können“, übernimmt Systemtheorie daher zugleich den Anspruch, auch vorliegende Theorien „behandeln“ zu können, was vor die Frage stellt, wie der Ausdruck „Behandlung“ zu verstehen ist. Einen Hinweis zur Klärung gibt eine frühere Bemerkung Luhmanns zur Zielsetzung seines Ansatzes, „Problemstellungen der vorhandenen Forschung auf einem Niveau höherer Komplexität zu rekonstruieren“ (1975, 20). In einem allgemeinen Sinne meint „Rekonstruktion“ die Aufgabe, „Klarheit über den inneren Aufbau von Theorien, über ihre Anwendungen sowie gegebenenfalls über die zwischen ihnen bestehenden Beziehungen zu gewinnen“ (Stegmüller 1986, 19, s. Lakatos 1970, 1982). Anschließend an vorliegende Bestimmungen Luhmanns läßt sich dann genauer definieren:⁵ Wiederaufnahme von Problemstellungen und „Lösungen“ der (zu rekonstruierenden) Theorie im – kritischen – Nachvollzug vom Standpunkt einer rekonstruierenden,⁶ wobei Kritikfähigkeit auf Differenzbildung verweist und höhere Komplexität (Selektivität), d. h. höheres „Auflösungsvermögen“, zur (notwendigen und hinreichenden) Voraussetzung hat. „Rekonstruktion“ in diesem Sinne setzt

- 5 Rekonstruktiv im hier zu definierenden Sinne sind auch die sog. „reduktiven“ Ansätze, etwa der methodologische Individualismus, der beansprucht, „Kollektivbegriffe durch Individualbegriffe zu rekonstruieren“, „sozialwissenschaftliche Generalisierungen unter Rückgriff auf Hypothesen über individuelles Verhalten zu erklären“ etc. (s. Raub, Voss 1981, 16 ff.; s. Watkins 1957, 1958; Coleman 1979). Meint Reduktion generell soviel wie „Erklärung“ oder „Einbettung“ einer Theorie in (bzw. durch) eine andere (s. Stegmüller 1986, 128 ff.; s. 1985, 144 ff.), wobei Überführbarkeit der Grundbegriffe von T (der zu reduzierenden Theorie) in T' (die reduzierende Theorie) sowie Ableitbarkeit der Grundgesetze von T aus solchen von T' gefordert ist (s. Stegmüller 1986, 129 ff.), dann wird allerdings schnell deutlich, daß die sog. „Reduktionen“ in den Sozialwissenschaften zumeist nicht wirklich reduktiv sind. Vielfach handelt es sich lediglich darum, bereits vorliegende empirische Feststellungen eines bestimmten Typs, bezogen nämlich auf im eigentlichen Sinne „soziale Phänomene“ – hervorgehoben und nicht immer klar unterschieden als „kollektive Effekte“ (Raub 1984, 14), „kollektive Phänomene“ (Lindenberg 1977, 46 ff.), „zentrale soziologische Explananda“ (Büschges 1985, 9) etc. – auf der Basis spezifisch theoretischer Annahmen (sc. Verhaltensannahmen) zu erklären, genauer: durch Approximation zu rekonstruieren (s. Stegmüller 1986, 227 ff.), wobei die ursprünglich solche Feststellungen thematisierenden (beschreibenden, erklärenden) Theorien vielmehr aus grundsätzlichen Erwägungen gerade abgelehnt und nicht rekonstruiert werden (Beispiel: Boudons Rekonstruktion der Thesen Durkheims bezüglich des anomischen Selbstmords; s. Boudon 1979, 1980; s. aber Lindenberg 1983, 1984). Im Text wird daher, statt „Rekonstruktion“ durch den Reduktionsbegriff zu definieren, ein „weicherer“ Verständnis zugrundegelegt, schon um der Schwierigkeit eines im Falle von Systemtheorie weithin unbestimmten Theoriebegriffs zu entgehen (in der Literatur wahlweise auch als „Ansatz“, „theoretischer Bezugsrahmen“, „Konzeption“ etc. bezeichnet), der für Reduktionen völlig inakzeptabel wäre (s. Stegmüller 1986, 128 ff.).
- 6 In Anbetracht ihrer „paradigmatischen“ Ansprüche und Komplexitätsansprüche ergibt sich dieses Verständnis von „behandeln“ auch direkt aus der systemtheoretischen Lektüre.

dabei mindestens „Beobachtungsfähigkeit“ der rekonstruierenden Theorie voraus (s. Heylighen 1989).⁷

Ein unter der eingenommenen Perspektive auf Fachuniversalität mit Systemtheorie konkurrierender Ansatz ist nun ohne Zweifel der handlungstheoretische. Deren Vertreter haben Anspruch auf Fachuniversalität von Anfang an geltend gemacht (s. Weber 1968; Haferkamp 1987). Demnach wäre Handlungstheorie nicht „weniger komplex“ als Systemtheorie (s. Haferkamp 1987, 56). Daß der Ansatz derartige Ansprüche freilich zu Recht erhebt, wird von seinen Verfechtern behauptet ebenso wie von seinen (systemtheoretischen) Kritikern nachdrücklich bestritten. Die Auseinandersetzung unter diesem Gesichtspunkt ist bislang demnach nur wenig befriedigend verlaufen.

Fragt man, ob es Luhmann gelingt, den Nachweis überlegener Komplexität seines Ansatzes zu erbringen,⁸ so ist zunächst zu beachten, daß der Ausdruck „Handlungstheorie“ gleichermaßen zur Bezeichnung „operativer“ wie „substantiver“ Theorien Verwendung findet, insofern also zweideutig ist: Als operative Theorie verstanden, liefert Handlungstheorie gleichwie Systemtheorie „teilweise interpretierte ‚Aussagenkomplexe‘, operative Modelle instrumentellen Charakters im Unterschied zu substantiven (inhaltlichen) Theorien“ (Lenk 1985, 168; s. Ropohl 1979, 88), die auf ihrer Grundlage jeweils zu entwickeln sind.⁹ Das ist deshalb zu beachten, weil Rekonstruktionsversuche im hier verstandenen Sinne sich sinnvoll nur gegenüber *operativen* Theorien vornehmen lassen,¹⁰ auf ihrer Basis konstruierte substantive Theorien hingegen trivialerweise

7 Übersetzt in den Kontext der Systemtheorie und formell betrachtet, heißt Fachuniversalität soviel wie „hinreichende (Eigen-) Komplexität“. Hinreichend komplex muß Systemtheorie deshalb sein, um ihrem Anspruch gemäß „alles Soziales“ erfassen zu können. Die Theorie selber ist ein System, das sich in seinem Gegenstandsverhältnis auf Umweltkomplexität bezieht und hierfür gemäß seines fachuniversalen Anspruchs hinlängliche Eigenkomplexität aufweisen muß. Die Übersetzung von Fachuniversalität mit „hinreichender Komplexität“ ergibt sich durch Selbstapplikation des Satzes von Asby: „Nur Komplexität kann Komplexität absorbieren“ (s. Ashby 1971; s. Luhmann 1975, 1988, 13 f.).

Im Falle konkurrierender Ansprüche auf Fachuniversalität ist darüber hinaus ein Maß zur Bestimmung von Komplexitätsdifferenzen erforderlich. Luhmann definiert dieses als „Selektivität“ (s. 1975, 207; s. 1988, 49). Diese systemtheoretische Fassung des Vergleichs Gesichtspunktes führt, Theoriebildung betrachtet als ein auf Gewinnung von Erkenntnis gerichtetes Unternehmen, direkt zu der These eines höheren Auflösungsvermögens komplexerer Theorien. Für Theoriebildung gilt hier, was für Systembildung in einem allgemeinen Sinne festgestellt werden darf: daß „zur Bestimmung der systemeigenen Komplexität (...) der Bezug auf die Umwelt und die Überbrückung der Komplexitätsdifferenz erforderlich ist“. Systemeigene Unbestimmtheiten werden „zunehmend unwahrscheinlich“ und ebenso gilt, „daß mit der systemeigenen Komplexität die Bestimmbarkeit der Umweltkomplexität zunehmen kann“ (Luhmann 1975, 211).

8 Ich lege im folgenden den Anspruch (Luhmanns) zugrunde, konfrontiere also Systemtheorie mit Handlungstheorie, nicht umgekehrt. Für die Umkehrung, die Konfrontation von Handlungstheorie mit Systemtheorie, wäre vergleichstechnisch eine andere Vorgehensweise erforderlich.

ausschließlich „immanent“ zu kritisieren sind. (Im übrigen können letztere natürlich nicht über höhere Komplexität bzw. Selektivität als die zugrundeliegenden operativen Theorien selber verfügen.)

Rekonstruktionen verfügbarer („operativer“) Theorien und ihrer Bestimmungstücke sind bei Luhmann vom Standpunkt seines Ansatzes in unterschiedlichen Hinsichten zu finden.¹¹ Im vorliegenden Zusammenhang bedeutsam ist seine Verallgemeinerung des Handlungsbegriffs (1); die Kritik handlungstheoretischer Sozialitätsvorstellungen bzw. -modelle (2) und des auf beide Gesichtspunkte bezogenen Erklärensprogramms, gleichsam der Nerv des handlungstheoretischen Ansatzes (3). Im Anschluß daran sind die Konsequenzen zu erörtern, die sich aus den Rekonstruktionen für das Verhältnis von System- und Handlungstheorie ergeben (4).

- (1) Luhmann rekonstruiert zunächst den „Reduktionismus“ des Programms, Handeln *ausschließlich* nach Maßgabe alltäglicher Vorstellungen Individu-

9 Handlungstheorie in beiderlei Sinne postuliert, adressiert an den Forscher: Alle sozialen Phänomene im Ausgang vom Handeln von Subjekten zu erklären. Als operative Theorie liefert sie dann u. a. Modelle der Entstehung emergenter sozialer Phänomene (Normen, Symbole, soziale Ordnung), die bei der Erklärung konkreter sozialer Phänomene, der Bildung „substantiver“ Theorien im Kontext der empirischen Forschung zugrundegelegt werden können. Beispiele hierfür wären das Me-I-Konzept G. H. Meads (s. 1973), die soziologische Rollentheorie (s. Linton 1967, Merton 1967) oder das Modell der Institutionalisierung bei Berger und Luckmann (s. 1969).

10 Daß auf dieser (operativen) Ebene der Auseinandersetzung von Luhmann nicht bereits „empirisch gehaltvoll“ (s. Haferkamp 1987, 61) argumentiert werden kann, liegt auf der Hand und wurde von Haferkamp zu Recht festgestellt (s. 1987, 60 f.). Daraus indessen gleich auf ein „Empiriedefizit“ oder gar auf ein mangelndes „Empirieverständnis“ (s. Haferkamp 1987, 60) Luhmanns schließen zu wollen, ist ebenso verfehlt wie der vom selben Autor erhobene Einwand, die Resultate der systemtheoretischen Rekonstruktionen würden gegenüber den ursprünglich handlungstheoretischen keinen „Neuigkeitswert“ enthalten (s. Haferkamp 1987, 58). Nicht der „Neuigkeitswert“ von Rekonstruktionen ist entscheidend und im Kontext betrachtet ein geeignetes Beurteilungskriterium beider Theorien, sondern der durch Rekonstruktion zu erbringende Nachweis höherer Komplexität, höheren Auflösungsvermögens der einen Theorie gegenüber der anderen.

11 Dementsprechend vielfältig sind die Bewertungen von Ansätzen und Theorien, die sich aus solchen Rekonstruktionen ergeben. Diese reichen von der Zurückweisung von Wahrheitsansprüchen, also der Feststellung der Inadäquatheit einer Theorie (so bewertet Luhmann z. B. die „älteren Theorien sozialer Kontrolle, die Selektion unter Begriffen wie Herrschaft, Repression, Konformität oder Internalisierung lediglich als Zurechtstutzen freier Triebe begriffen“ und dementsprechend zu wenig dem „Komplementärinteresse [sozialer Systeme] an Steigerung der Möglichkeiten, aus denen ausgewählt werden kann“, Rechnung trugen; s. 1975, 30), über die ausdrückliche Anerkennung vorliegender Modelle, Konzepte und Problemsichten (z. B. Goffmans, der sog. „Bindungsforschung“, der Theorie der Differenzierung; s. 1964, 105 ff.; 1987, 142 f.; 1988, 300 ff.; s. auch 1975, 29 f.) mit Anschlußwert innerhalb der eigenen Perspektive bis hin zur Feststellung von Kommensurabilität bei gleichzeitiger Inkompatibilität eines Konzepts (z. B. bezüglich des Normkonzepts; s. 1988, 301 ff.).

en zuzuschreiben, als „eine (extrem verkürzte) Relationierung auf psychische statt auf soziale Systeme“ (1988, 347).

Derartige Aussagen über psychische Systeme sind innerhalb einer Theorie sozialer Systeme deshalb erforderlich, weil ihr Gegenstandsbereich unabdingbar („notwendig“) die Umwelt sozialer Systeme mitumfaßt: Sie thematisiert psychische Systeme „bezogen auf die Systemreferenz sozialer Systeme“ (Luhmann 1988, 10, 286 ff.). Möglich aber sind ihr derartige Aussagen insofern, als sie ihr eigenes Instrumentarium in einer Theorie allgemeiner Systeme rückversichert hat. In dieser weiteren, soziale und psychische Systeme umfassenden Optik aber kommen Handlungen generell „dadurch zustande, daß Selektionen, aus welchen Gründen, in welchen Kontexten und mit Hilfe welcher Semantiken (,Absicht‘, ,Motiv‘, ,Interesse‘) immer, auf Systeme (und nicht auf deren Umwelt; R. T.) zugerechnet werden“ (Luhmann 1988, 228). Entscheidend ist hier also die „Richtung“ des Zurechnungsprozesses, nicht aber, wie Handlungstheoretiker – ich halte mich an Autoren wie Max Weber (s. 1968), Alfred Schütz (s. 1974) und dem „methodologischen Individualismus“ verpflichtete Forscher; s. Coleman 1964, 1979; Lindenberg 1977; Raub, Voss 1981) – fordern, eine bestimmte Semantik (so die von „Zweck“ und „Mittel“, „Nutzen“, „Interesse“) und eine bestimmte Systemreferenz (nämlich auf Personen bzw. „psychische Systeme“).

Das deutet keineswegs auf „Inkommensurabilität“ der Begriffe hin, wohl aber auf ein höheres Abstraktionsniveau des Luhmannschen Ansatzes. Psychische Systemreferenz vorausgesetzt, werden alle von derartigen Theorien beschriebene Handlungsvorgänge vom Standpunkt des Ansatzes in der Umwelt sozialer Systeme lokalisiert. Obwohl *auf der Basis* handlungstheoretischer Modelle und Grundsätze entwickelte (substantive) Theorien durch Systemtheorie nicht rekonstruierbar sind (versuchte sie es, sie müßte selber im diskriminierten Sinne handlungstheoretisch argumentieren), verfügt sie in Anbetracht ihres abstrakteren Handlungsbegriffs solchen Theorien gegenüber doch über Beobachtungskompetenz. Damit aber ist eine Mindestvoraussetzung erfüllt, ihr den Status einer Handlungstheorie umfassenden, *allgemeinen Theorie*“ zuzuerkennen (s. Luhmann 1988, 18 f.). Nicht zuletzt Handlungstheoretiker hätten allen Grund, diesen Sachverhalt anzuerkennen, wie im folgenden näher demonstriert werden soll: Weil nämlich Luhmanns Ansatz allgemeiner *und* komplexer als der handlungstheoretische ist, ist es ihm möglich, auch einer auf der Basis psychischer Systemreferenz operierenden Forschung noch „fruchtbare“ Anregungen zu geben (unter vielen anderen siehe Büssing 1990). Das gilt auch und insbesondere dann, wenn die Untersuchung solcher Vorgänge sich auf „kollektive Effekte“ bezieht, d. h. auf „Sachverhalte, die nicht Personen, sondern Kollektive

betreffen“ (Raub 1984, 14). Die systemtheoretische Betrachtung solcher Sachverhalte vermag in diesem Fall (je nach Art solcher Effekte) u. U. eigene Problembeschreibungen und Hypothesen liefern, deren Überprüfung im allgemeinen wiederum spezielle Handlungserklärungen erforderlich machen wird (s. dazu unter IV.).

Handlungstheoretiker (namentlich „methodologische Individualisten“) verfehlen diesen Gesichtspunkt in aller Regel, wenn sie umgekehrt den Nachweis zu erbringen versuchen, daß „Kollektivbegriffe (...) durch Individualbegriffe rekonstruierbar (sind)“ (Raub, Voss 1981, 18; s. Lindenberg 1977). Denn selbst wenn eine derartige Rekonstruktion möglich wäre (kritisch dazu: Lenk 1977) und weiterhin gezeigt werden könnte, „daß sozialwissenschaftliche Generalisierungen (...) unter Rückgriff auf Hypothesen über individuelles Verhalten erklärbar oder modifizierbar sind“ (s. Raub, Voss 1981, 16), wäre damit doch in keinerlei Weise gezeigt, unter welchen Voraussetzungen die *Bildung* entsprechender Begriffe, Problemstellungen und Generalisierungen sinnvoll möglich ist, die Handlungstheoretiker dann – nachträglich – rekonstruieren könnten. Statt diesbezüglich auf die „dichterische Freiheit der Alltagssprache“ (Lindenberg 1977, 58), die „konstruktive Schöpfungskraft des menschlichen Geistes“ (s. Lenk 1977, 42), allein sich zu verlassen, wird im folgenden nachdrücklich für Systemtheorie plädiert.

- (2) Ausführlicher Gegenstand von Rekonstruktionen in Luhmanns Schriften sind naturgemäß solche Modelle der Handlungstheorie, die gleichsam in Konkurrenz zum systemtheoretischen Unternehmen „Soziales“ vorstellbar machen. Luhmann kritisiert diesbezüglich die Inadäquatheit der „traditionellen Behandlungsweise“ des Sozialen in Begriffen wie „Wechselwirkung“, „Spiegelung“ oder „Reziprozität der Perspektiven“ (s. 1988, 153) mit der Feststellung, die gesuchte Einheit des Sozialen werde „damit in einer Art symmetrischer Verklammerung des Verschiedenen gesehen. Das Soziale wurde dementsprechend als Beziehung zwischen Individuen gedacht, und dabei hatte man mitzudenken, daß die Individuen nicht entfallen können, ohne daß die Beziehung entfällt“ (Luhmann 1988, 153). Kritisiert wird damit einerseits die mangelnde Berücksichtigung der „Eigenständigkeit“ bzw. „Eigengesetzlichkeit“ des Sozialen (s. Luhmann 1975, 21; 1988a, 132), andererseits aber die fehlende Beachtung der Komplexität und Selbstbezüglichkeit der an der („multiplen“) Konstitution des Sozialen beteiligten „Komplexe“ (s. 1988, 65 ff.). *Wörtlich* genommen vermöchte „Spiegelung“ beiden Gesichtspunkten deshalb nicht zu entsprechen, weil der Ausdruck eine (wechselseitige) bildliche Vergegenwärtigung des jeweiligen Gegenübers suggeriert (s. Luhmann 1988, 154). Für Luhmann stellt sich jedoch umgekehrt die Frage: Wie unter Bedingungen der „Eigen-

selektivität der Perspektiven und der Unerfaßbarkeit des Gegenüber“ (s. 1988, 154) die Einheit des Sozialen konstituiert zu werden vermag. Systemtheoretisch gesehen sind und bleiben die Beteiligten (psychischen Systeme) für einander Umwelt des mit ihrer Hilfe konstituierten sozialen Systems (s. 1988, 291).

Die Rekonstruktion solcher Konstitutionen, die ihrerseits auf die Strukturbildung der beteiligten (psychischen) Systeme Einfluß nehmen, zeichnet die Systemtheorie Luhmanns vor konkurrierenden (handlungstheoretischen) Unternehmungen auf dem Gebiet der Soziologie und Sozialpsychologie insofern aus, als von diesen das Soziale zumeist auf die individuellen Perspektiven rückbezogen erscheint – abgesehen von konzeptuellen Faktoren auch eine Folge des Umstandes, daß es stets auch nur *aus der Perspektive* der Individuen betrachtet wird (z. B. als „Me“, „Generalized other“ etc.). Das wird von Luhmann, insofern er die Konzeptionen Charles H. Cooleys, Georg H. Meads und Alfred Schütz' vor Augen hat, richtig gesehen.

Sicherlich wird man bemängeln können, daß die Darstellung zu wenig den Details der rekonstruierten Positionen Rechnung trägt. So wird keineswegs, wie Luhmann in Anlehnung an die diesbezüglich irreführende wörtliche Bedeutung von Ausdrücken wie „Spiegelung“, „Reziprozität der Perspektiven“ etc. zu meinen scheint, in diesen Konzeptionen wechselseitige Transparenz im Verhältnis der Beteiligten unterstellt; vielmehr definiert umgekehrt und ganz im Sinne Luhmanns die wesensmäßige *Intransparenz*, die „Unerfaßbarkeit des Gegenüber“, als *Problem* der Differenzüberwindung die Ausgangsbedingung jener Konzeptionen. Bei Schütz heißt es: „Das Alltagsdenken überwindet die Differenzen individueller Perspektiven, (...), durch zwei grundlegende Idealisierungen (die sog. ‚Generalthese der reziproken Perspektiven‘; R. T.): Die Idealisierung der Vertauschbarkeit der Standorte und die Idealisierung der Kongruenz der Relevanzsysteme“ (s. 1971, 13 f., 20 ff.). Auch Ego und Alter innerhalb der Spiegelungs- und Reziprozitätskonzeption werden dort, wenn man so will, als „schwarze Kästen“ vorausgesetzt, die „Weißheit, jedenfalls ausreichende Transparenz für den Verkehr miteinander erzeugen, wenn sie aufeinandertreffen“ (s. Luhmann 1988, 156), ohne daß es Schütz freilich gelänge, auf der Basis solcher Idealisierungen die – stets prekäre – Einheit des Sozialen in den Blick zu bekommen (s. u.).

Weil Luhmann ohne Zweifel Ansätze wie diesen als Ausgangspunkt seiner Überlegungen zuweilen nicht hinreichend detailgetreu fixiert – seiner Kritik des symbolischen Interaktionismus läßt sich Gleiches entgegen-

halten¹² – vermögen seine Rekonstruktionen nicht in jedem Fall zu überzeugen. Handlungstheoretiker werden Anlaß sehen, erhobene Ansprüche des Ansatzes zurückzuweisen. Indessen ist die entscheidende Frage der Komplexitätsüberlegenheit dadurch in keinerlei Weise berührt: Handlungstheoretische Konzeptionen des Sozialen, seien sie von Mead, Berger, Luckmann, Blumer oder die erwähnte von Schütz, sind der Theorie sozialer Systeme deshalb unterlegen, weil jene Konzeptionen anders als diese die Auflösung des Sozialen nicht unter solchen Gesichtspunkten vornehmen, auf der *Probleme* der Konstitution des Sozialen hinlänglich trennscharf (selektiv) sichtbar bzw. formulierbar werden,¹³ deren prinzipieller Lösungsbedarf und faktische Lösung (vor dem Hintergrund funktionaler Alternativen) dann ein Gegenstand weiterer Forschungen wäre. „Die eigentliche Theorieleistung liegt in der Problemkonstruktion“ (Luhmann 1988, 86). Es ist genau diese Leistung, die der handlungstheoretische Ansatz nicht bzw. zu unbestimmt erbringt. So läßt sich – um im Beispiel zu bleiben – bestreiten, ob das von Schütz vorangestellte Problem der Differenzüberwindung das Problem des Sozialen hinreichend facettenreich (und das heißt: hinreichend selektiv) erfaßt und infolgedessen, ob die vorgeschlagene Lösung einer reformulierten Problemstellung zu entsprechen vermag. Denn unter den Bedingungen des abstrakten Ausgangspunktes der Verschiedenheit individueller Perspektiven bei Schütz wäre Differenzüberwindung deutlicher als die Kehrseite einer gleichursprünglichen Differenzierung kenntlich zu machen, die die Andersheit des Anderen (die Nicht-Vertauschbarkeit der Standorte etc.) erst voll zu Geltung bringt. Dem trägt Schütz' Konzept der „Idealisierungen“ nicht hinreichend Rechnung. Luhmann diskutiert das Problem der Differenzüberwindung durch Verstehen daher zu Recht im Kontext der „Ausdifferenzierung“ der Sozialdimension (s. 1988, 129 f.).

- 12 Dessen Konzeption des Sozialen wird von Luhmann zwar nicht als „inadäquat“, sondern nur als „einseitig“ kritisiert: „Diese Theorierichtung baut ein alter Ego als kontingent handelnd in das Ego ein und sieht, sehr zu Recht, im Symbolgebrauch den Vermittlungsvorgang. Aber sie behandelt das Problem nur auf der einen Seite der Interaktion, unterstellend, daß es auf der anderen Seite dasselbe sei. Soziale Systeme entstehen jedoch dadurch, daß *beide* Partner *doppelte* Kontingenz erfahren (...)“ (s. 1988, 154). Auch hier kann nicht behauptet werden, diese Kritik würde der Theorie, die eher mit einer Theorielandschaft (Luhmann: „Theorierichtung“; s. 1988, 154) als mit *einer* identifizierbaren Position vergleichbar ist, in allen Darlegungen entsprechen. Einen Schlüsseltext für den „Symbolischen Interaktionismus“ wie denjenigen Blumers (s. 1973), der Emergenz und operative Geschlossenheit sozialer Systeme zumindest ansatzweise in den Blick bekommt, vermag sie jedenfalls nur bedingt zu treffen (s. jedoch: Luhmann 1988, 413).
- 13 „Trennscharf“ bzw. „trennschärfer formulieren“ hier soviel wie: ein Problem als Aspekt (Teil) umfassender Problemzusammenhänge spezifizieren, oder umgekehrt, es selbst als Zusammenhang unterschiedlicher Problemaspekte zum Aufweis bringen, so daß in jedem Fall Anschlußprobleme für Anschlußforschungen sichtbar werden.

- (3) Luhmanns Rekonstruktion des handlungstheoretischen Erklärensprogramms eröffnet einen zweiten Gesichtspunkt, der „Rekonstruktionskompetenz“ und damit Komplexitätsüberlegenheit seines Ansatzes zum Vorschein bringt. Insofern Handlungstheoretiker Handeln konkreten Personen bzw. Menschen zurechnen, gehen sie der Frage nach, warum diese Personen (Personengruppen etc.) dort und jetzt so und nicht anders gehandelt haben. Für Luhmann ist das eine unwissenschaftliche Frage, da wissenschaftlich so nicht bearbeitbar (s. Luhmann 1986, 72). Schon in einer frühen Schrift hat er dazu bemerkt: „Wir verlören uns sehr bald im Dickicht komplizierter wechselwirkender Bedingungen, zögen einzelne Ursachenfäden heraus, ohne die großen Zusammenhänge in den Griff zu bekommen“ (Luhmann 1964, 20). Versuche in diese Richtung müssen daher mit Abstraktionen, Idealisierungen, kurz: Erkenntnisvereinfachungen operieren, um Ergebnisse erzielen zu können. Vor allem Handlungstheoretiker wissen davon zu berichten (s. Boudon 1979; Coleman 1979; Raub 1984). Die jüngere Entwicklung der Theorie Luhmanns zu einer Theorie temporalisierter Komplexität, Handlungen als (zeitpunktbezogene) Elemente sozialer Systeme, d. h. als Ereignisse zu fassen, hat über derart pragmatische Schwierigkeiten und ihre Behandlung hinaus jedoch einen grundsätzlichen Einwand geltend gemacht: Als temporalisierte Elemente, als Ereignisse verstanden, haben Handlungen „immer ein Moment der Überraschung an sich, sind immer Neukombination von Bestimmtheit (in ihrer momentanen Aktualität) und Unbestimmtheit (in Bezug auf das, was sie als Anschlußwert in sich aufnehmen) (s. Luhmann 1988, 395, 230), und gerade das „schließe ein Wissenschaftsprogramm aus, das die Absicht verfolgt, das Konkrete zu erklären“ (1988, 395).

Dieser Einwand ist nicht falsch zu verstehen: Es wird nicht postuliert, Kausalerklärungen sozialen Handelns überhaupt aufzugeben. Vielmehr wird gesagt, daß das Erfordernis von Abstraktionen nicht allein Unzulänglichkeiten auf Seiten des Betrachters entspringt, sondern schon „in der Sache selbst“,

- 14 Genese, Wandel bzw. Selbstreproduktion sozialer Systeme sind grundsätzlich durch Unsicherheit charakterisiert (s. Luhmann 1988, 390 f., 417 f.). Von dieser Feststellung ausgehend, wäre die „Kausalrelevanz“ von Akteuren genauer zu bestimmen. Selbstreproduktion erfordert näherhin Anschlußfähigkeit der Kommunikation sowie dann natürlich den faktischen Anschluß durch Kommunikation (die ihrerseits wieder durch Anschlußfähigkeit charakterisiert sein muß). Tatsächliches Anschlußverhalten verlangt: eine entsprechende Bezugnahme auf den „Inhalt“, etwa das Thema einer Kommunikation sowie ein „daß überhaupt“ (und damit ein Motiv, eine Absicht oder auch: Zwang), was den Anstoß zum Anschlußverhalten gibt. Am Beispiel von Frage und Antwort erläutert: „offen ist, ob du antwortest; von Frageinhalt und ‚Fragerichtung‘ mehr oder weniger vorgezeichnet ist, was du antwortest, wenn du antwortest“ (Theunissen 1965, 411). In anderen Fällen aber liegt die Unsicherheit möglicherweise auch umgekehrt: „... was du antworten wirst, bleibt innerhalb dieses Sinnzusammenhanges (von Fragestellung und erhoffter Antwort; R. T.) (...) unbestimmt und leer“ (Schütz 1974, 223; s. Theunissen 1965, 411).

dem Gegenstand der Erkenntnis, eine Grundlage hat, der sich durchgängiger Kausalität entzieht.¹⁴ Die Frage müsse folglich lauten: „Wie ist Abstraktion möglich“ (Luhmann 1988, 395). *Theorieimmanent* (und insofern: gegenstandsbezogen) wird aufgezeigt, was Handlungstheoretikern erst eine vorgeschaltete, mitlaufende oder nachträgliche („methodologische“) Reflexion zu erschließen vermag, um dort dann freilich Unzulänglichkeiten des Erkenntnisvermögens angelastet zu werden,¹⁵ weil die geeignete Theorie nicht zur Verfügung steht: daß die eigenen theoretischen Annahmen Abstraktionen bzw. „Idealisierungen“ (hinsichtlich der Rationalitätspostulate, der Nutzenfunktionen etc.) des Verhaltens von Akteuren sind, für die „negative empirische Evidenz“ mehr oder weniger leicht festgestellt werden kann (s. Raub 1984, 56 ff.).

Einer Theorie wie derjenigen Luhmanns, die derart rekonstruktiv handlungstheoretische Modelle und Grundsätze zu distanzieren und zu beurteilen vermag, ist höhere Komplexität schwerlich abzusprechen. Nicht mehr und nicht weniger ist hier zu zeigen gewesen. Sicher, die vorstehend nachvollzogenen Rekonstruktionen haben auf induktivem Wege gleichsam nur einen Beleg für die Triftigkeit dieser Behauptung gegeben. Die Beispiele und Argumente mögen überzeugen, ohne doch bereits als ausreichend für eine generelle Bestätigung erachtet zu werden. Insbesondere steht eine detaillierte Auseinandersetzung Luhmanns mit dem methodologischen Individualismus und seinen Konzepten aus, was speziell im vorliegenden Zusammenhang ein Desideratum wäre (als Ansatz dazu s. Hejl 1980, 1982, 240 ff.). Ohne vorzugreifen, wird man indes behaupten können: Die Theorie ist differenziert genug, um Rekonstruktionen auch dieses Ansatzes leicht zu realisieren. Auf seiner Grundlage entwickelte Sozialitätskonzepte wie „Komplementäre Kontrolle“, „Externalität“ und „Koorientierung“ (s. Scheff 1967; Lindenberg 1977, 60 ff.) definieren Ausgangssituationen der Konstitution sozialer Systeme, die für die Theorie unmittelbaren Anschlußwert haben und sich entsprechend rekonstruieren lassen (s. Luhmann 1988, 148 ff., 436 ff.).

Abschließend ist zu fragen, was aus den bereits vorliegenden Rekonstruktionen für das Verhältnis von System- und Handlungstheorie zu folgern ist. Es wird sich zeigen, daß die Beurteilung einer überraschenden Theorie ihrerseits zu Überraschungen führt.

- (4) Luhmanns Theorie ist eine Theorie „in ungewöhnlicher Abstraktionslage“ (Luhmann 1988, 12 f.). Näherhin ist sie als „selbstreferentielle“ Theorie konzipiert. Selbstreferenz verlangt, daß ihre Begriffe und Annahmen als

¹⁵ Gleichmaßen mißverstehend wie allergisch reagieren Handlungstheoretiker dementsprechend auf Luhmanns Rehabilitation von „Zufall“ in der Theorie (s. Haferkamp 1967, 68; s. Luhmann 1988, passim).

selektiv wirksame Instrumente zur Schematisierung von Realität (*als soziale Realität bzw. „Soziales“*) in wechselseitig sich bedingenden Hinsichten auf theorie- bzw. modellspezifisch formulierte Problemgesichtspunkte bezogen sind bzw. entsprechend entwickelt werden (s. Locker 1981). Das verhindert – vom Ansatz her – „reine Artistik“ gleichermaßen wie „Punkt-für-Punkt Entsprechungen“ zwischen Theorie und Realität, bleibt also konstruktivistisch (s. Luhmann 1988, 13; Maturana 1990). Die Entwicklung der Theorie gleicht einem „Flug über den Wolken“, wobei mit „einer ziemlich geschlossenen Wolkendecke zu rechnen ist“ (1988, 13), und gerade deshalb, so die abschließend hier vertretene These, ist Theoriebildung solchen Typs auf Handlungstheorie angewiesen und mußte sie immer schon in Anspruch nehmen.

Deren konkretisierende („Grund-“) Begrifflichkeit nämlich, Handlungen statt nach der Richtung von Zurechnungen auf der Basis spezieller Semantiken mit Referenz auf Personen zu beschreiben, ist einem spezifischen Erkenntnisinteresse geschuldet, das es der Forschung (auch der systemtheoretischen) allererst gestattet, Anschluß an eine Besonderheit ihres „Gegenstandes“, die Selbstbeschreibungen der außerwissenschaftlichen Realität, zu finden, diesbezüglich also „offen“, „empiriefähig“ zu sein.

Alfred Schütz hat diesen Zusammenhang, die Soziologie Max Webers gleichermaßen wie die Abstraktionen der ökonomischen Theorie begründend, wohl am klarsten aufgezeigt, wenn er jenes Interesse noch als ein allgemein verbindliches „Ziel“ der Sozialwissenschaft und speziell seiner Handlungstheorie im besonderen beschreibt, „soziale Wirklichkeit aus der Erfahrung des Menschen, der seinen Alltag in der Sozialwelt erlebt, zu erklären“ (Schütz 1971, 39). Gefordert wird von ihm, „daß jeder Begriff in einem wissenschaftlichen Modell menschlichen Handelns (...) so konstruiert sein (muß), daß eine innerhalb der Lebenswelt durch ein Individuum ausgeführte Handlung, die mit der typischen Konstruktion übereinstimmt, für den Handelnden selbst ebenso verständlich wäre, wie für seine Mitmenschen, und das im Rahmen des Alltagsdenkens“ (Schütz 1971, 50).

Das ist – paradox gesprochen – konstruktivistisch-antikonstruktivistisch gedacht, läßt jedenfalls nicht erkennen, wie Theoriebildung als selbstreferentielle organisiert zu werden vermag (s. hierzu analog mit Bezug auf frühmoderne Wissenschaft: Stichweh 1987, 450 ff.). Weil derart aber die handlungstheoretischen Grundbegriffe und Modellkonstruktionen in den Begriffen und Konstruktionen des außerwissenschaftlichen, alltäglichen Denkens verankert („Konstruktionen von Konstruktionen“; s. Schütz 1971, 7) sind, ist dieser Bestimmung nach allein handlungstheoretisch angeleitete Forschung – und als Definition verstanden, kann man das direkt übernehmen – für alltägliches Denken, d. h. die Selbstbeschreibungen der wissen-

schaftlichen Erfahrungsbasis, „offen“, die anders als in solchen Begriffen und Konstruktionen gar nicht objektiviert zu werden vermag (s. Husserl 1928; Schütz 1974). Kein konstruktivistischer Ansatz in der Soziologie aber, der Anspruch auf Fachuniversalität erhebt und nicht zu „absoluter“ Theorie (bzw. „reiner Artistik“) erstarren will, kann als selbstreferentieller auf Fremdreferenz verzichten, deren Anschlüsse „handlungstheoretisch“ und d. h. hier: „kategorial“ (wie alltagsweltlich oder theoretisch und empirisch anspruchsvoll im Einzelfall auch immer) bereits vorstrukturiert sind.¹⁶

Zusammenfassend ergeben sich damit folgende Feststellungen: Systemtheorie ist gegenüber Handlungstheorie ohne Zweifel der komplexere und allgemeinere und in der eingenommenen Perspektive auf „Fachuniversalität“ damit auch der „fruchtbarere“ Ansatz. Handlungstheoretische Prämissen und Modelle lassen sich mit seiner Hilfe rekonstruieren und kritisch distanzieren, ohne daß mit dieser Aussage auf ihrer Grundlage entwickelte und durch herkömmliche wissenschaftliche Standards zu kontrollierende substantive Theorien in Frage gestellt werden sollen. Diesen gegenüber verfügt Systemtheorie freilich über „Beobachtungskompetenz“. Luhmanns Diktum, Handlungstheorie können neben Systemtheorie nicht als anderes Paradigma aufgeführt werden“ (s. Luhmann 1988a, 138), ist nicht dahingehend zu verstehen, daß jene gleichsam zu verabschieden wäre. Wohl aber erzwingt die Herausforderung durch Systemtheorie eine genauere Standortbestimmung der Handlungstheorie. Umgekehrt nämlich, und nur scheinbar widersprüchlich, ist jene auf diese angewiesen: Weil Handlungstheorie bzw. handlungstheoretisch angeleitete Forschung in der Praxis alltäglichen Denkens und Handelns verankert ist, vermag sie dem konstruktivistischen Ansatz in bedeutender Hinsicht unverzichtbare Zugänge zur Realität eröffnen. In der eingenommenen Perspektive auf Fachuniversalität ist die Annahme einer Konkurrenz beider Ansätze somit gegenstandslos (s. Hejl 1982, 235 ff.): Nur im Rahmen eines „Einheitsparadigmas“ (sc. *eines* Paradigmas)

16 Die Fülle rezipierter Interpretationen (Selbstbeschreibungen) außerwissenschaftlicher Quellen (man denke an Luhmanns wissenssoziologische Arbeiten) und seine Rezeption von Untersuchungen, die im besten Sinne „handlungstheoretisch“ zu nennen man nicht scheuen muß (u. a. sozialpsychologische Beiträge), die der Konstruktivist Luhmann in *seiner* Weise interpretiert, ist dann auch unüberschbar. – Im übrigen wird die hier dargelegte, beispielsweise gegenüber Haferkamp, der der Theorie autopoietischer Systeme hinsichtlich ihrer Wirkungen geradezu „Empirievermeidung“ bescheinigt (s. 1987, 60 f.), geltend gemachte These in einer noch stärkeren Variante von Luhmann selber vertreten, wenn er mit Blick auf das handlungstheoretische Erklärensprogramm postuliert: Ein Beobachter müsse sich „an die Reduktionen halten, die im beobachteten System eingeführt sind“, so daß es „in allen praktischen Kontexten, in denen Verstehen gefordert ist, zu vereinfachten, dirigierten Lösungen kommt“ (s. Luhmann 1986, 90). Wenn überhaupt, könne die Frage folglich nur lauten: „auf Grund welcher Kausalvorstellungen die Menschen handeln“ (s. Luhmann, Schorr 1982, 18; s. Luhmann 1982a, 43 ff.).

mit Handlungstheorie im von ihr selbst unterschiedenen Sinne vermag Systemtheorie Anspruch auf Fachuniversalität zu erheben, und umgekehrt: nur im Rahmen *eines* Paradigmas wird Handlungstheorie jene Anregungen erhalten, derer sie zu ihrer eigenen Entwicklung bedarf (s. u.).

3. Das Problem der Umweltsetzung des Menschen durch die Theorie sozialer Systeme

Vermittels Generalisierung ursprünglich theoriespezifischer Entwicklungs- bzw. Fortschrittsziele zu wissenschaftlichen „Werten“ abstrahierte Problemgesichtspunkte sind der Theoriebildung innerhalb der Wissenschaftsdisziplinen als Standards vorgegeben: Wissenschaftliche Theorien sollten danach u. a. durch Fruchtbarkeit, Präzision, Allgemeinheit und möglichst auch Einfachheit ausgezeichnet sein. Demgegenüber handelt es sich bei den im folgenden zu beachtenden Problemen um solche Gesichtspunkte, für die – als „ Folgeprobleme“ oder neue Problemsichten älterer Probleme – die Theoriebildung selber ursächlich ist. Auch unter dem Blickwinkel solcher Probleme kann eine Theorie, je nachdem, ob (und ggf.: welche) Lösungen oder Forschungsperspektiven dazu von ihr nahegelegt oder angeregt werden, als fruchtbar oder unfruchtbar beurteilt werden.

Zu den Folgeproblemen der Theorie sozialer Systeme gehört beispielsweise die Frage, wie eine wesentlich selbstreferentiell konzipierte Theorie Anschluß an bereits vorliegende Theorien, insbesondere Kommunikations- und Evolutionstheorie, zu gewinnen vermag, zumal diese selber als selbstreferentielle Theorien rekonstruiert werden können (s. Luhmann 1975, 194 ff.; s. a. 170 ff.). Neue Problemsichten älterer Probleme ergeben sich z. B. hinsichtlich der Bestimmung des Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft bzw. sozialem System, ein Aspekt, der in der Auseinandersetzungen mit der Luhmannschen Theorie besondere Bedeutung erhalten hat, vermutlich, weil er vom Standpunkt einer ehrwürdigen Tradition die größte Provokation darstellt.

Luhmanns Position ist diesbezüglich eindeutig und klar: Der Mensch ist nicht „Bestandteil“ des sozialen Systems, sondern, verstanden u. a. als psychisches System, dessen Umwelt zuzurechnen. Die Vorzüge dieser aus dem System-Umwelt Ansatz resultierenden Konzeption gegenüber der älteren Teil-Ganzes Metaphorik liegen auf der Hand: Gewonnen wird „mit der Unterscheidung von System und Umwelt (...) die Möglichkeit, den Menschen (...) zugleich komplexer und ungebundener zu begreifen, als dies möglich wäre, wenn er als Teil der Gesellschaft aufgefaßt werden müßte; (...). Dem Menschen werden so höhere Freiheiten im Verhältnis zu *seiner* Umwelt konzidiert, insbesondere

Freiheiten zu unvernünftigem und unmoralischem Verhalten. Er ist nicht mehr Maß der Gesellschaft“ (Luhmann 1988, 289). Das betrifft zunächst nur das gleichsam „anarchische“, oder wie Luhmann sagt, das „überschießende Potential der Individuen“. Weit entfernt davon, einem derart „freiheitlichen“ Vermögen die Daseinsberechtigung abzusprechen, ist es vielmehr „zugleich Bedingung und Gefahr für den Aufbau von Interaktionssystemen“ und damit an theoriestrategisch bedeutender Stelle plazierte (s. Luhmann 1975, 30).¹⁷

Die Vorzüge und Evidenzen einer Konzeption, die den „Menschen“ der Umwelt sozialer Systeme zurechnet, werden in der Literatur jedoch nur gering geschätzt (s. Krohn, Küppers 1989, Klüver 1990, Pokol 1990).¹⁸ Einwände dagegen werden unter verschiedenen Gesichtspunkten geltend gemacht. Aus materialistischer Sicht etwa weigert sich Ganßmann dagegen, „Individuen, soweit sie organische und psychische Systeme sind, aus sozialen Systemen zu schicken“ (Ganßmann 1986, 152). Sie verlören dadurch Handlungsfähigkeit. Insbesondere wären solche Systeme dann unfähig zu leisten, was ihre Aufgabe

17 Beides befindet sich deshalb nicht in Widerspruch zueinander, weil eine Einschränkung des Verhaltensraumes durch *Strukturbildung* diejenigen Handlungsmöglichkeiten allererst eröffnet, auf denen die Kritik so nachdrücklich insistiert. Strukturbildung lautet daher auch die Antwort auf den (bereits gegenüber Parsons erhobenen) Vorwurf, Systemtheorie würde den Menschen als „sozial gesteuertes“ Wesen nurmehr privativ, nur als „Hampelmann“ (s. Schelsky 1970, 54 ff.) sozialer Strukturen denken können und ihn somit wesentlicher Eigenschaften berauben. Aus der von Systemtheoretikern gegenüber dem Einfluß solcher Eigenschaften geltend gemachten „Eigengesetzlichkeit des sozialen Geschehens“ (Luhmann 1975, 21) bzw. Eigenständigkeit sozialer Systeme wird hier sogleich eine Privation des Subjektes gefolgert, ein Schluß, der vom Standpunkt der Theorie schon deshalb unzulässig ist, weil der Mensch dabei stillschweigend doch wieder als (und zwar: vorgegebener) Bestandteil sozialer Systeme vorausgesetzt wird.

18 Wie weit Irritationen hierüber selbst in den Reihen mit der Luhmannschen Theorie sympathisierender Autoren anzutreffen sind, läßt sich am Beitrag von Pokol (1990) studieren. Dieser Autor hat in seinem „Reformulierungsvorschlag“ der (seinem Verständnis nach) Luhmannschen Auffassung einer „momenthaft – operationellen Organisierung der gesellschaftlichen Teilsysteme“ die These einer „konsequenter strukturellen Absonderung dieser Teilsysteme“ geltend gemacht (s. 329 ff.). Sein Vorschlag läuft auf die Feststellung hinaus, daß „in allen Teilsystemen (...) alle binären Codes bei der Bestimmung der Kommunikationsselektion zur Geltung kommen, aber immer in anderem Arrangement und durch einen anderen binären Code dominiert“ (332). Folgerichtig muß Pokol, um weiterhin Identität gesellschaftlicher Teilsysteme behaupten zu können, den Bezugspunkt für Identifizierungen von je spezifischen Codes bzw. Medien auf Professionalität umstellen. Er postuliert daher: „Laien raus!“ D. h. die Grenzziehung der Subsysteme wird auf die professionellen Mechanismen und Strukturen bezogen, die das gemäß des jeweils dominierenden Codes eines Teilsystems adäquate Verhalten rekrutieren, sozialisieren, belohnen (s. 333 f., 339).

Pokols Vorschlag hat jedoch eine vermutlich unbeabsichtigte Konsequenz: Statt wie beabsichtigt an Strukturen bzw. Erwartungen, wird die Zuordnung einer Kommunikation zu einem der gesellschaftlichen Teilsysteme an der Sozialisation von Subjekten, tatsächlich also an diesen selber, festgemacht. Qua Sozialisation wären die Subjekte demnach Bestandteile der Systeme, die der Zusammenhang von Kommunikationen konstituiert (s. 334).

(im Unterschied etwa zu „biologischen Systemen“) ganz wesentlich sei: durch eine immer auch „sinnlich-praktische“ Tätigkeit die *materiellen Bedingungen* ihrer Reproduktion sicherzustellen (s. Ganßmann 1986, 150 f.). Wird von ihm daher „Interpenetration“ als struktureller Koppelungsmechanismus als zu „dunkel“ und „skizzenhaft“ abgelehnt (s. Ganßmann 1986, 151) und ist die Annahme einer „Superinstanz mit allen Möglichkeiten der Zentralfusion“ (s. ebd.) nicht ernsthaft in Erwägung zu ziehen, dann stelle sich ein im Rahmen der Luhmannschen Theorie nicht lösbares Problem der „Koordination der Systeme“ (ebd.). Statt diese Problemstellung jedoch offen zu halten, weist Ganßmann sie ganz zurück: als Ausdruck eines Theoriedefekts. Wo Luhmann in Differenzen denkt, wird von Ganßmann daher wieder auf Einheit gesetzt: Soziale Systeme werden „als Einheit von materiellem Reproduktionszusammenhang und kommunikativem Zusammenhang gefaßt“ (Ganßmann 1986, 152 f.).

Ganßmanns Kritik gibt Gelegenheit, die Vorzüge des Differenzansatzes differenzierter noch zu fassen. Vom Standpunkt der Luhmannschen Theorie aus betrachtet, werden soziale Systeme in der Tat nicht selber „sinnlich“ tätig, obwohl sie auf „Sensoren“ angewiesen sind (s. Luhmann 1988, 558). Sie essen, trinken, schlafen und – so Ganßmanns Paradebeispiel – „züchten“ daher auch nicht. Es gibt von ihrer Seite keine „Eingriffe in die Umwelt“, die unter dem Titel „sinnlich-praktische Tätigkeit“ (Marx) zu verbuchen wären (siehe Ganßmann 1986, 151). Gleichwohl handelt es sich bei solchen Tätigkeiten um soziale, d. h. durch soziale Systeme bestimmte Verhaltensweisen. Schon diese Differenz, daß soziale Systeme nicht selber „sinnlich“ handeln müssen, um die Bedingungen ihrer Reproduktion sicherzustellen, entginge dem Versuch, im Sinne Ganßmanns auf Einheit von materieller Reproduktion und Kommunikation zu setzen. Der Versuch scheiterte an mangelndem Auflösungsvermögen, das hier keineswegs nur als „analytisches“ gefordert ist.

Begriffe wie „sinnlich-praktische Tätigkeit“, „Aneignung der Natur“, „Einheit von Reproduktion und Kommunikation“, „aktive Umweltzuwendung sozialer Systeme“ etc., auf die Ganßmann einer von ihm als „marxistisch“ bezeichneten Tradition folgend rekurriert, ignorieren erforderliche Unterscheidungen von Systemreferenzen. „Sinnlich-praktisches“ Tun, selbst wenn es die „materiellen Bedingungen“ einer Gesellschaft reproduziert und dementsprechend Struktur- bzw. Erwartungswert hat, ist durch diese Struktur nicht in der Weise determiniert, daß die Einheitsvorstellung begründet wäre. Ist es richtig, wie Ganßmann feststellt (s. Ganßmann 1986, 153), daß „die Menschen nicht Subjekte ihres gesellschaftlichen Daseins sind“, so ist nicht minder richtig, daß der gesellschaftliche Prozess auch nicht die Menschen macht: Deren Reproduktion als „sinnlich-tätige“ Wesen erfolgt in all ihren (sozialen, psychischen, biologi-

schen) Aspekten auf eine jeweils eigensinnige Weise: gesellschaftlich vermittelt zwar, nicht aber sozial determiniert.

Einheitspostulate vermögen dieser komplexen Problemsituation nicht zu entsprechen. Gleichmaßen diffus wie mit einem Restbestand historisch-politischer Wunschvorstellungen befrachtet (s. ebd.), ist ihnen die Hoffnung auf eine „Superinstanz“ bereits in die Wiege gelegt, die Ganßmann dann zu Recht kritisiert.

Ausdrücklich auch wird von Handlungstheoretikern die Umweltsetzung des Menschen kritisiert. Einer ihrer Haupteinwände besagt, daß Luhmanns Theorie die Genese und den Wandel sozialer Systeme nicht zu *erklären* vermöchte (s. Schmid 1987, 34 ff.). Luhmann könne (und würde) zwar im Rahmen seiner Konstitutionsanalysen sozialer Systeme „immerzu und fast ausschließlich die notwendigen Bedingungen selbstreferentieller Reproduktion nachzeichnen“, nicht aber die dynamischen Prozesse, d. h. die „Wirkkräfte“ der Entstehung und des Wandels solcher Systeme (s. Schmid 1987, 35 f.). Von dieser Beurteilung ausgehend, macht Schmid als „korrigierende Gegenthese“ die Annahme geltend, daß „Akteure *notwendige* Bestandteile (sic!) der kommunikativen Autopoiese sein müssen (...). Allerdings gibt es dann keine ‚Selbstbeweglichkeit des Sinngeschehens‘, Kommunikation verläuft entsprechend nicht ‚von selbst‘, sondern eingebunden in die Bemühungen entsprechender Akteure, ihre wechselseitigen Kontingenzen zu beseitigen (...).“ (Schmid 1987, 41).

Schmid versucht, wenn ich ihn recht verstehe, über die von ihm als Mangel erachtete Unterscheidung bloß notwendiger Bedingungen bei Luhmann hinausgehend, hinreichende Bedingungen für die Genese, den Wandel bzw. die Selbstproduktion sozialer Systeme darzutun (s. Schmid 1987, 42). Läßt man die erkenntnistheoretische Relativierung (sc. Bedingung – Folge) einmal beiseite, so heißt das im vorliegenden Zusammenhang, es wird nach den Ursachen (den „Wirkkräften“) für diese Prozesse gesucht, d. h. handlungstheoretisch gedacht. Nur dann nämlich ist die Auffassung naheliegend, mit den Akteuren jenes „dynamische Zentrum zur Verfügung zu haben, eine dynamische Wirkkraft, die es unter anderem erlaubt, den Ausbau und die differentielle Veränderlichkeit sozialer Systeme in Abhängigkeit vom Aufwand an Energien (...) zu diskutieren, um damit Anschluß zu halten an eine Theorie dissipativer Ordnung (...).“ (Schmid 1987, 42).

Die Frage stellt sich freilich, gegen welchen Mangel genau sich die Kritik denn eigentlich richtet, den der Vorschlag schließlich heilen soll. Daß die geltend gemachten „Wirkkräfte“ des sozialen Geschehens (gedacht ist offensichtlich an „klassische Kandidaten hierfür, wie sich verändernde personale Motivationen, differentielle Gründe und Entscheidungen“ – kurz: entsprechende

„Bemühungen“ von Akteuren; Schmid 1987, 36, 41) in einem freilich erst noch zu formulierenden Katalog hinreichender Bedingungen (die, insofern das System selber über sie disponiert, freilich nicht naiv objektivistisch als „Ursachen“ verstanden werden dürfen) für Genese, Wandel bzw. Selbstproduktion sozialer Systeme Berücksichtigung finden müßten, würde von Luhmann vermutlich ebensowenig bestritten, wie die Feststellung Schmidts, daß diese Kräfte dafür notwendige Bedingungen seien (s. Luhmann z. B. 1988, 225 ff., 275 ff., 296 ff.).

Allerdings, und damit beginnen die Verständnisschwierigkeiten, warum diese Hervorhebung und Auszeichnung solcher Bedingungen als *Wirkkräfte* (und das heißt wohl: „Ursachen“) des Geschehens durch den Autor? Ebenso bleibt unverständlich, warum auf der Basis des logischen Verhältnisses von Bedingungen und Folgen gleich auf eine reale Inklusion solcher Bedingungen als „Bestandteile“ sozialer Systeme geschlossen wird. Vermutlich liegt dieser Argumentation das naturalistische Mißverständnis zugrunde, jene „Kräfte“ würden (sicherlich unter Voraussetzung weiterer – „notwendiger“ – Begleitumstände) die kommunikative Autopoiese real „bewirken“; sie also seien dafür die „eigentlichen“ Ursachen.

Was immer damit gemeint sein mag, man wird einer solchen Auffassung entgegenhalten müssen, daß eine derartige Auszeichnung der „kommunikationskonstituierenden Teile“ von Akteuren (s. Schmid 1987, 41) jedenfalls durch die auch von Schmid eingeschlagene logische Betrachtungsweise nicht zu begründen ist. Denn Genese, Wandel bzw. Selbstreproduktion sozialer Systeme sind durch ein wie auch immer entsprechend bemühtes bzw. motiviertes („wirkkräftiges“) Unterfangen von Akteuren in keinerlei Weise wesentlicher „bestimmt“ als durch die (wechselseitige) Übernahme von Selektionen und deren Ausdifferenzierung beispielsweise – so im Falle „einfacher Sozialsysteme“ – zu einem gemeinsamen „Thema“, das dann seinerseits die Motivationen dirigiert (s. Luhmann 1975, 21 ff.; 1988, 148 ff.).

Resultate bzw. Vorgänge solcher Art lassen sich allem – auch wechselseitigen bzw. komplementären – Bemühen zum Trotz weder direkt (also gleichsam wunschgemäß) produzieren noch durch den einzelnen graduell ununterschieden steuern, so daß sie durch den Rückgriff auf Motivationen oder Akteure (bzw. deren „kommunikationskonstituierende Teile“; Schmid 1987, 41) auch nicht hinlänglich *erklärt*, ihnen als Ursachen in ausgezeichneter Weise also zugeordnet werden können.

Diese „Emergenz“ oder „Eigenständigkeit“ der Entstehung bzw. des Wandels und der Selbstreproduktion sozialer Systeme entzieht allen Versuchen, solchen Faktoren über ihren Charakter als notwendige bzw. hinreichende Be-

dingungen hinaus in einem auszeichnenden Sinne „Wirkkräftigkeit“, also in besonderer Weise „kausale“ Relevanz zu unterstellen (und sie aus diesem Grunde gar in das autopoietische Prozessieren sozialer Systeme als deren „Bestandteile“ wieder einzuführen,¹⁹ die theoretische Grundlage, auch und gerade wenn man mit Schmid die These aufrechterhält, daß soziales und psychisches System „ihre jeweilige Eigenreproduktion mit Hilfe ein und desselben Mediums sicherstellen“ (Schmid 1987, 41). Im übrigen wird damit natürlich in keinerlei Weise behauptet, daß die Soziologie ohne Individuen auskomme, wird ihnen doch gerade als eigenselektive, sinnverarbeitende (psychische) Systeme, als Umwelt sozialer Systeme besondere Bedeutung eingeräumt.

4. Wissenschaftsexterne Problemstellungen

Für den im vorangehenden auf der Grundlage einer Unterscheidung der möglichen Ursprünge erkenntnisleitender Problemstellungen durchgeführten Vergleich hinsichtlich der Fruchtbarkeit von System- und Handlungstheorie wurden Beispiele für Probleme herangezogen, die unstreitig für die Theoriebildung selber bedeutsam sind. Sowohl die (disziplinär vorgegebene) Forderung der Fachuniversalität wie auch die (theoretisierend erzeugte) Sichtweise des Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft sind kontextuell auf das Wissenschaftssystem und damit auf Forschung bzw. Anschlußforschungen innerhalb des Systems, d. h. auf weitere Theoriebildung, bezogen.

Freilich ist damit keineswegs gesagt, daß der Wissenschaftskontext allein den Horizont forschungsleitender Probleme definiert (s. z. B. Popper 1971, 103 ff., Hartmann 1972, 47 ff.). Vorgegeben sind der Theoriebildung nicht zwangsläufig ausschließlich wissenschaftlich relevante Probleme wie andererseits auch die von ihr selbst erzeugten bzw. thematisierten nicht notwendig nur für Anschlußforschungen, also innerhalb der Disziplinen, von Interesse sind. Natürlich läßt sich eine Entscheidung darüber, ob eine Problemstellung über den Wissenschaftskontext hinaus „extern“, für die Umwelt des Wissenschaftsystems (z. B. die „gesellschaftliche Praxis“ bzw. ihre Subsysteme wie Recht, Politik etc.) bedeutsam ist, nur unter Berücksichtigung des gesamten Feldes der historisch jeweils relevanten Umstände, nicht aber an ihr selbst ablesen.

¹⁹ Ganz abgesehen davon, daß ein solches Unternehmen den Aufbau der Theorie, ihre „Architektur“, in empfindlicher und hinsichtlich der Konsequenzen noch gar nicht absehbarer Weise stören würde (man denke beispielsweise an die System-Umwelt Differenz als Leitdifferenz).

Wissenschafts- bzw. soziologiegeschichtlich ist festzustellen, daß sowohl ihrer Bedeutung (ihrem Kontext) wie auch ihrer Erkenntnis bzw. Thematisierung nach (wissenschafts-) „externe“, z. B. die gesellschaftliche Praxis betreffende und/oder den Forscher persönlich interessierende Probleme den Beginn der modernen Soziologie markieren. Darauf (und darüber hinaus auf einen Zeitbezug der Soziologie bis in ihre Kategorien hinein) ist wiederholt hingewiesen worden, insbesondere auch mit Blick auf handlungstheoretische und systemtheoretische Ansätze (s. Willms 1970; Brumlik 1973; Gouldner 1974). Man wird hier schärfer formulieren können und mit Blick zumindest auf die frühen (handlungstheoretischen) Ansätze (C. H. Cooley, Max Weber, W. I. Thomas) feststellen dürfen: Diese Ansätze waren der Intention ihrer Urheber und ihrem Anspruch nach auf die Behandlung „externer“ Fragen gerichtet und wollten für die Klärung solcher Fragen fruchtbar sein. Innerhalb des Wissenschaftssystems wurden Probleme aufgegriffen und für behandlungswürdig erachtet, die sich außerhalb desselben stellten: im Falle der Weberschen Konzeption durch wertbeziehenden Betrachtung der gesellschaftlichen Wirklichkeit, die den Forscher als *Persönlichkeit* („Kultur Mensch“) selber in den Rang einer problemformulierenden Instanz erhebt, gleichermaßen auch im Falle des „symbolischen Interaktionismus“, der stärker noch auf die generell erfahrenen sozialen Probleme (Einwanderungen, Agglomeration der Städte, Kriminalität, Auflösung traditionaler Lebensformen etc. in den Vereinigten Staaten um die Jahrhundertwende) reagierte.

Für den hinsichtlich solcherart externer Probleme unter dem Gesichtspunkt des Lösungs- bzw. Erklärungspotentials („Fruchtbarkeit“) durchzuführenden Vergleich zwischen System- und Handlungstheorie kann auf die Ausführungen der vorangehenden Abschnitte direkt zurückgegriffen werden: Denn grundsätzlich verfügt die Theorie mit höherer Komplexität auch über die höhere Problembearbeitungskompetenz. Sie kann selektiver („tiefenschärfer“) argumentieren und vermag der Hypothesenbildung inhaltlich direkt wichtige Anregungen zu geben, und zwar unabhängig von der theoretisch relevanten „Qualität“ der zugrundeliegenden Probleme. Beispielsweise also auch für die von Weber zur Illustration der Anwendung des Konzeptes wertbeziehenden Erkennens in seinem grundlegenden Beitrag von 1904 genannte Problemstellung: „Es kann die Kulturbedeutung einer Erscheinung, z. B. des geldwirtschaftlichen Tausches, darin bestehen, daß er als Massenerscheinung auftritt, wie dies eine fundamentale Komponente des heutigen Kulturlebens ist. Alsdann ist aber eben die historische Tatsache, daß er diese Rolle spielt, das, was in seiner Kulturbedeutung verständlich zu machen, ist“ (Weber 1968, 29).

Fragt man, welche Hilfsmittel Handlungstheorie bzw. handlungstheoretisch versierte Methodologie zur Bearbeitung der Problemstellung bereitstellen, so

wird man von Weber auf das Instrument des Idealtypus sowie das bereits verfügbare „nomologische Wissen“ und die „persönliche Lebenserfahrung des Historikers“ verwiesen (s. Weber 1968, 32), der geeignete Hypothesen, d. h. „Zusammenhänge, welche unserer (d. h. seiner; R. T) Phantasie als zulänglich motiviert und also ‚objektiv möglich‘, unserem (seinem) nomologischen Wissen als adäquat erscheinen“, zu „konstruieren“ hat (Weber 1968, 44). Spätere Autoren in der Weberschen Tradition haben abstrahiert und die Frage der Hypothesenbildung der Psychologie der Forschung zugewiesen: „Die Quellen, aus denen die einzelnen Forscher ihre hypothetischen Vorstellungen schöpfen, sind für die Wissenschaftstheorie (sic!) unerheblich. Ob sie sich auf Träume, Betrachtungen im stillen Kämmerlein, Rauschzustände oder Primärerfahrung gründen, spielt keine Rolle“ (Atteslander 1971, 17; s. Popper 1935). „Symbolische Interaktionisten“ und „qualitativ“ arbeitende Forscher wiederum haben aus der methodologische Not eine empirische Tugend gemacht und postuliert, durch „engen Kontakt“ bzw. „Teilnahme“ „unmittelbare“ Kenntnis des zu untersuchenden Lebensbereichs zu erlangen (s. Blumer 1973, 117 ff.; Bogdan, Taylor 1975; Gerdes 1979).

Jeder dieser Ansätze bearbeitet unstreitig auf seine Weise bedeutende Gesichtspunkte des in Frage stehenden Problems. Ausgeklammert allerdings bleibt ein Aspekt, der eine Methodologie der Forschung im Grunde „stark“ beunruhigen müßte. Für die empirische Forschung, die Forschungspraxis, sind diese Ansätze daher ihrerseits nur bedingt „erheblich“. Denn hier handelt es sich nicht allein darum, herauszufinden, wie wir *überhaupt* zu Hypothesen gelangen, vielmehr wäre zu klären, wie (und d. h.: unter welchen Bedingungen) wir möglichst *relevante* Hypothesen formulieren können – eine Frage, die eine Methodologie (bzw. „Psychologie“) des genannten Typs zwar noch zu stellen, dann aber nur dezisionistisch zu beantworten vermag (s. Gerdes 1979, 5). „Relevanz“ jedoch ist eine Frage der Komplexität und nicht per se der Psychologie bzw. von Kenntnissen, Erfahrungen oder Überzeugungen. Sicherlich lassen sich für Probleme, wie das beispielhaft bei Weber zitierte, handlungstheoretische Hypothesen formulieren (wenn sie einem denn „einfallen“, der „direkte Kontakt“ mit der Wirklichkeit hinlänglich fruchtbar war bzw. entsprechendes „nomologisches“ Wissen zur Verfügung steht). Entscheidend jedoch ist die Frage, ob ein solches Vorgehen einer vorgegebenen Problemstellung durch adäquate Eigenkomplexität zu entsprechen vermag. Wie wenig man diesbezüglich „Einfallen“, „Kenntnissen“ oder bereits verfügbarem Wissen *schlechthin* vertrauen sollte, und wie wenig infolgedessen die Postulate von Weber bis Blumer verschlagen, zeigt Luhmanns Betrachtung eines (dem Weberschen) vergleichbaren Problems, die als Beleg für die Vermutung gelten kann, daß als „beste“ Quelle der Hypothesenfindung eine komplexe Theorie zu verstehen ist: „Bei stärkerer Differenzierung von Gesellschaftssystem und Interaktions-

system werden sich Interaktionsformen bewähren, die von sich aus schon ein hohes Maß an Indifferenz in Bezug auf Auswirkungen für Nichtbeteiligte mitbringen. Das gilt in besonderem Maße für Tausch und für Konflikt. Der Tausch sieht im Prinzip davon ab, wie unter der Bedingung von Knappheit die am Tausch *nicht* Beteiligten dazu stehen, daß *sie* die getauschten Gegenstände oder Leistungen *nicht* erhalten“ (Luhmann 1988, 573).

Handlungstheoretische Hypothesen sind in dieser These eingeschlossen (z. B. hinsichtlich der Bewährung „bestimmter“ Interaktionsformen), sind also keinesfalls als überflüssig zu erachten und müßten mit den entsprechenden Mittel einer Überprüfung unterzogen werden; umgekehrt allerdings können derartige Hypothesen die ihnen zugrundeliegende systemtheoretische Betrachtung nicht ersetzen, aus deren Zusammenhang sie sich allererst ergeben. Wie zuvor bereits unter dem Gesichtspunkt von „Fachuniversalität“ erweist sich somit auch in der zuletzt eingenommenen engeren, nämlich problem- bzw. forschungsorientierten Perspektive die Forderung nach einem „Einheitsparadigma“ als unabdingbares Desiderat.

5. Gesellschaftlich relevante Problemformulierungen

Indessen wäre es verfehlt, die Fruchtbarkeit der Theorie sozialer Systeme auf die Behandlung ihrer Thematisierung und Bedeutung nach „externer“ Forschungsprobleme zu beschränken. Im Gegenteil, gemessen an den Ansprüchen dieser Theorie, ist solchen Problemstellungen mit besonderer Vorsicht zu begegnen, da unmittelbar völlig ungeklärt ist, ob ihre Formulierung nicht gesellschaftstheoretische Prämissen, Ideen und Vorstellungswelten entspringt, die dem Typus der jeweils betrachteten Gesellschaft unangemessen sind. Die Folgen wären Illusionen über die Bedeutung nicht anders als über die praktische Lösbarkeit dieser Probleme (s. Luhmann 1988c, 324 ff.). Statt vorgefundene, zumeist „herkömmliche“ Problemstellungen (s. Luhmann 1987, 151) in die eigene Forschung einfach zu übernehmen, ist es vielmehr ein wichtiges Anliegen der Theorie, derartige Probleme auf der Grundlage der eigenen Prämissen und theoretischen Annahmen zu rekonstruieren und gegebenenfalls durch die Formulierung zielgerechterer Fragestellungen zu ersetzen, „die in einem ganz neuartigen Typus von Gesellschaft vordringlich zu lösen sind“ (Luhmann 1987, 151; s. 62 f.).

Darin, in der von Luhmann geltend gemachten und in zahlreichen Beiträgen ansatzweise eingelösten Problemformulierungs- bzw. *Problemerkennntnis-kompetenz* seines Ansatzes bezüglich gesellschaftlich bzw. umweltlich relevanter Probleme, ist nach den zuvorgenannten eine vierte Hinsicht auszumachen

chen, in der Überlegenheit von Systemtheorie gegenüber Handlungstheorie im Sinne von „Fruchtbarkeit“ deutlich wird. Freilich, dem Gewinn an Problemerkennntnis entspricht nicht gleichermaßen ein Zugewinn an Problembehandlungskompetenz, wenn das heißt: Lösungskompetenz, den Handlungstheorie als Faktortheorie etwa vom Weberschen Typ in Anbetracht eines wesentlich „instrumentalistischen“ Forschungsbegriffs noch fortschrittsoptimistisch prätendierte (s. Weber 1968, 4; Doktor, Chandler 1988). An dessen Stelle ist folgerichtig ein neuer Begriff von Soziologie, verstanden als gesellschaftliche Aufklärung, getreten (s. Luhmann 1974). So hätten eine Reihe von Problemen (z. B. die grundsätzliche Problematik der Kontrollierbarkeit des technischen Fortschritts, die sich verschärfende ökologische Situation) „eine nichteliminierbare Ursache und dadurch ein anderes Format als jede denkbare Lösung. Nur wenn man dies akzeptiert, ist es möglich, sich *im System* Alternativen vorzustellen, mit denen die Folgelast des prinzipiell Bejahten umverteilt und ins Aushaltbare abgeschwächt werden kann“ (Luhmann 1987, 61; s. 222 f.).

Wiederum ist es die höhere Komplexität der Theorie, die Möglichkeiten einer Neuinterpretation eröffnet, im vorliegenden Fall vorgegebene Problemstellungen zu rekonstruieren bzw. als unangemessen zurückzuweisen, und dadurch die Forderung nach *einem*, Handlungs- und Systemtheorie integrierenden, Paradigma unabweisbar macht. Schwerlich jedenfalls ist auszumachen, daß (und ggf.: wie) Handlungstheorie unter dem Gesichtspunkt gesellschaftlich relevanter Problemformulierungskompetenz es mit Systemtheorie aufzunehmen vermöchte.²⁰ Tatsächlich handelt es sich um eine Kompetenz, die soziologische Theorie gegenwärtig direkt „praktisch“ werden läßt (so vor allem im Kontext von Organisationsgestaltung bzw. Unternehmensberatung; siehe unter vielen anderen Probst 1987; Wehrsig 1990; Königswieser, Lutz, Hg., 1990). Als „fruchtbar“ erscheint Luhmanns Theorie unter diesem Gesichtspunkt bei aller Präzisionsbedürftigkeit ihrer Konzepte (s. etwa Teubner 1987; Roth 1987; Bühl 1987) für die Reformulierung von Problemen gleichermaßen wie für die Entwicklung größerer „Praxisnähe“ der Disziplin als Ganzer.

LITERATURVERZEICHNIS

- ASHBY Ross W. (1965), *An Introduction to Cybernetics*, London.
 ATTESLANDER Peter (1971), *Methoden der empirischen Sozialforschung*, Berlin.

²⁰ Das ergibt sich bereits aus dem mit der Nähe zum „kritischen Rationalismus“ grundgelegten Verzicht der Handlungstheorie auf Problemformulierungs- bzw. Reformulierungskompetenz und ihrer ausschließlichen Verpflichtung auf ein Erklärensprogramm. (Über den hier ange-deuteten Zusammenhang von Handlungstheorie bzw. handlungstheoretischer Forschung und „kritischem Rationalismus“ Popperscher Provenienz s. beispielweise mit Blick auf den individualistischen Ansatz z. B. Raub 1984, 12 ff.; Büschges, Raub, Hg., 1985, 7 ff.)

- BARNES Barry (1974), *Scientific Knowledge and Sociological Theory*, London.
- BARNES Barry (1977), *Interests and the Growth of Knowledge*, London.
- BECKERMANN Ansgar, Hg. (1977), *Analytische Handlungstheorie*, Bd. 2, Frankfurt.
- BERGER Johannes (1987), „Autopoiesis: Wie ‚systemisch‘ ist die Theorie sozialer Systeme?“ in M. SCHMID, H. HAFERKAMP, Hg., *Sinn, Kommunikation und soziale Differenzierung*, Frankfurt, 129–152.
- BERGER Peter L., LUCKMANN Thomas (1969), *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*, Frankfurt.
- BLUMER Herbert (1973), „Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus“ in *Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen*, Hg., *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*, Bd. 1, Reinbek, 80–146.
- BOGDAN Robert, TAYLOR Steven (1975), *Introduction to Qualitative Research*, New York.
- BOUDON Raymond (1979), *Widersprüche sozialen Handelns*, Darmstadt.
- BOUDON Raymond (1980), *Die Logik des gesellschaftlichen Handelns*, Darmstadt.
- BRUMLIK Micha (1973), *Der symbolische Interaktionismus und seine pädagogische Bedeutung*, Frankfurt.
- BÜHL Walter L. (1987), „Grenzen der Autopoiesis“, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 39.
- BÜSCHGES Günter, RAUB Werner, Hg. (1985), *Soziale Bedingungen – Individuelles Handeln – Soziale Konsequenzen*, Frankfurt.
- BÜSSING André (1990), „Die Interaktion der Ebenen als Problem komplexer Organisationen“, in R. FISCH, M. BOOS, Hg., *Vom Umgang mit Komplexität in Organisationen*, Konstanz, 63–94.
- COLEMAN James S. (1964), „Collective Decisions“, *Sociological Inquiry*, 34, 166–181.
- COLEMAN James S. (1979), „Rational Actors in Macrosociological Analysis“, in R. HARRISON, Hg., *Rational Action*, Cambridge, 75–91.
- DOKTOR Robert H., CHANDLER Susan M. (1988), „Limits of Predictability in Forecasting in the Behavioral Science“, *International Journal of Forecasting*, 4, 5–14.
- EINSTEIN Albert (1965), *Grundzüge der Relativitätstheorie*, Braunschweig, 4. Auflage.
- FEYERABEND Paul K. (1962), „Explanation, Reduction, and Empiricism“, *Minnesota Studies in the Philosophy of Science*, Band 3, 28–97.
- FEYERABEND Paul K. (1975), „Über einen neuen Versuch, die Vernunft zu retten“, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 18, 479–514.
- GANSSMANN Heiner (1986), „Kommunikation und Reproduktion“, in *Leviathan*, 143–156.
- GERDES Klaus (1979), *Explorative Sozialforschung*, Frankfurt.
- GILBERT G. Nigel, MULKAY Michael (1985), „Die Rechtfertigung wissenschaftlicher Überzeugungen“, *Soziale Welt*, Sonderband 3, 207–227.
- GOULDNER Alwin (1974), *Die westliche Soziologie in der Krise*, Reinbek.
- HAFERKAMP Hans (1987), „Autopoietisches soziales System oder konstruktives soziales Handeln?“ In Michael SCHMID, Hans HAFERKAMP, Hg., *Sinn, Kommunikation und soziale Differenzierung*, Frankfurt.
- HARTMANN Heinz (1972), *Empirische Sozialforschung. Probleme und Entwicklungen*, München.
- HEJL Peter M. (1980), „The Problem of a Scientific Description of Society“, in F. BENSELER et al., Hg., *Autopoiesis, Communication, and Society*, Frankfurt, 147–161.
- HEJL Peter M. (1982), *Sozialwissenschaft als Theorie selbstreferentieller Systeme*, Frankfurt.

- HEYLIGHEN Francis (1989), „On a Proposal for the Creation of an International Network for Complexity Research“, in *Kybernetes*, 18.5, 56–70.
- HONDRICH Karl O., MATTHES Joachim, Hg. (1978), *Theorienvergleich in den Sozialwissenschaften*, Neuwied.
- HUSSERL Edmund (1928), *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*, 3. Abdruck, Halle.
- KLABBERS Jan H. G. (1986), „Improvement of (self-) steering support systems“, in F. GEYER, J. v. d. ZOUWEN, Hg., *Sociocybernetic Paradoxes*, London.
- KLÜVER Jürgen (1990), „Auf der Suche nach dem Kaninchen von Fibonacci oder: Wie geschlossen ist das Wissenschaftssystem?“ In Wolfgang KROHN, Günter KÜPPERS, Hg., *Selbstorganisation. Aspekte einer wissenschaftlichen Revolution*, Braunschweig, 201–229.
- KÖNIGSWIESER Roswita, LUTZ Christian, Hg. (1990), *Das systemisch evolutionäre Management*, Wien.
- KROHN Wolfgang, KÜPPERS Günter (1989), *Die Selbstorganisation der Wissenschaft*, Frankfurt.
- LAKATOS Imre (1970), „Falsification and the Methodology of Research Programmes“, in Imre LAKATOS, Allen MUSGRAVE, Hg., *Criticism and the Growth of Knowledge*, London, 91–195.
- LAKATOS Imre (1982), *Die Methodologie der wissenschaftlichen Forschungsprogramme*, Braunschweig.
- LAUDAN Larry (1977), *Process and its Problems: Toward a Theory of Scientific Growth*, London.
- LENK Hans (1977), „Der methodologische Individualismus ist (nur?) ein heuristisches Postulat“, in K. EICHNER, W. HABERMEHL, *Probleme der Erklärung sozialen Verhaltens*, Meisenheim, 34–45.
- LENK Hans et al. (1985), „Wissenschaftstheoretische Aspekte einer anwendungsorientierten systemtheoretischen Betriebswirtschaftslehre“, in G. J. B. PROBST, H. SIEGWART, Hg., *Integriertes Management*, Bern, 165–178.
- LINDENBERG Siegwart (1977), „Individuelle Effekte, kollektive Phänomene und das Problem der Transformation“, in K. EICHNER, W. HABERMEHL, Hg., *Probleme der Erklärung sozialen Verhaltens*, Meisenheim, 46–84.
- LINDENBERG Siegwart (1983), „Zur Kritik an Durkheims Programm für die Soziologie“, *Zeitschrift für Soziologie*, 2, 139–151.
- LINDENBERG Siegwart (1984), „Habermehl: Kommentar ohne Wert“, *Zeitschrift für Soziologie*, 1, 72–76.
- LOCKER Alfred (1981), „Metatheoretical Presuppositions for Autopoiesis“, in M. ZELNY, Hg., *Autopoiesis. A Theory of Living Organization*, New York, 211–233.
- LUHMANN Niklas (1964), *Funktionen und Folgen formaler Organisationen*, Berlin.
- LUHMANN Niklas (1975), *Soziologische Aufklärung Bd. 1*, Opladen.
- LUHMANN Niklas (1979), „Temporalstrukturen des Handlungssystems“, in Wolfgang SCHLUCHTER, Hg., *Verhalten, Handeln und System*, Frankfurt, 32–67.
- LUHMANN Niklas (1980) „Die Ausdifferenzierung von Erkenntnisgewinn: Zur Genese von Wissenschaft“, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 22, 102–139.
- LUHMANN Niklas (1982), „Autopoiesis, Handlung und kommunikative Verständigung“, *Zeitschrift für Soziologie*, 11, 366–379.
- LUHMANN Niklas (1982a), „Die Voraussetzung der Kausalität“, in Niklas LUHMANN, Karl Eberhard SCHORR, Hg., *Zwischen Technologie und Selbstreferenz*, Frankfurt, 41–50.

- LUHMANN Niklas (1986), „Systeme verstehen Systeme“, in Niklas LUHMANN, Karl Eberhard SCHORR, Hg., *Zwischen Intransparenz und Verstehen*, Frankfurt, 72–117.
- LUHMANN Niklas (1987), *Soziologische Aufklärung 4*, Opladen.
- LUHMANN Niklas (1988), *Soziale Systeme*, Frankfurt.
- LUHMANN Niklas (1988a), „Warum Agil?“, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 40, 127–139.
- LUHMANN Niklas (1988b), „Über Kreativität“, in H.-U. GUMBRECHT, Hg., *Kreativität – Ein verbrauchter Begriff?* Freiburg.
- LUHMANN Niklas (1988c), *Die Wirtschaft der Gesellschaft*, Frankfurt.
- LUHMANN Niklas (1990), *Die Wissenschaft der Gesellschaft*, Frankfurt.
- LUHMANN Niklas, SCHORR Karl Eberhard (1982a), „Das Technologiedefizit der Erziehung und die Pädagogik“, in Niklas LUHMANN, Karl Eberhard SCHORR, Hg., *Zwischen Technologie und Selbstreferenz*, Frankfurt, 11–40.
- MEAD Georg H. (1973), *Geist, Identität und Gesellschaft*, Frankfurt.
- MATURANA Humberto (1990), „Wissenschaft und Alltagsleben. Die Ontologie der wissenschaftlichen Erklärung“, in Wolfgang KROHN, Günter KÜPPERS, Hg., *Selbstorganisation. Aspekte einer wissenschaftlichen Revolution*, Braunschweig, 107–138.
- NAUCK Bernhard (1988), „Sozialstrukturelle und individualistische Migrationstheorie. Elemente eines Theorienvergleichs“, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 40, 1–14.
- ODDIE Graham (1989), „Partial Interpretation, Meaning Variance, and Incommensurability“, in Gevroglu KOSTAS et al., Hg., *Imre Lakatos and Theorie of Scientific Change*, Dordrecht, 305–322.
- PARSONS Talcott (1976), *Zur Theorie sozialer Systeme*, Opladen.
- PEARCE David (1987), *Roads to Commensurability*, Dordrecht.
- PETTIT Philip (1982), „Die Theorie des rationalen Menschen“, in C. HOOKWAY, Philip PETTIT, Hg., *Handlung und Interpretation*, Berlin–New York, 58–84.
- POKOL Béla (1990), „Professionelle Institutionensysteme oder Teilsysteme der Gesellschaft. Reformulierungsvorschläge zu Niklas Luhmanns Systemtypologie“, *Zeitschrift für Soziologie*, 19, 329–344.
- POPPER Karl R. (1935), *Logik der Forschung*, Wien.
- POPPER Karl R. (1971), „Die Logik der Sozialwissenschaften“, in Th. W. ADORNO et al., Hg., *Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie*, Neuwied, 103–123.
- POTTER Jonathan (1984), „Testability, Flexibility: Kuhnian Values in Scientist's Discourse Concerning Theory Choice“, *Philosophy of the Social Sciences*, 14, 303–330.
- PROBST Gilbert J. B. (1987), *Selbstorganisation. Ordnungsprozesse in sozialen Systemen aus ganzheitlicher Sicht*, Berlin.
- RAUB Werner (1984), *Rationale Akteure, institutionelle Regelungen und Interdependenzen*, Frankfurt.
- RAUB Werner, VOSS T. (1981), *Individuelles Handeln und gesellschaftliche Folgen*, Darmstadt.
- ROPOHL G. (1979), *Eine Systemtheorie der Technik*, München.
- ROTH Gerhard (1987), „Die Entwicklung kognitiver Selbstreferentialität im menschlichen Gehirn“, in D. BAECKER et al., Hg., *Theorie als Passion*, Frankfurt, 394–422.
- SCHEFF Thomas J. (1967), „Towards a Sociological model of Consensus“, *American Sociological Review*, 32, 32–46.

- SCHELSKY Helmut (1970), „Systemfunktionaler, anthropologischer und personfunktionaler Ansatz“, in Rüdiger LAUTMANN, Werner MAIHOFER, Hg., Die Funktion des Rechts in der modernen Gesellschaft, Bielefeld.
- SCHIMANK Uwe (1985), „Der mangelnde Akteurbezug systemtheoretischer Erklärungen gesellschaftlicher Differenzierung – Ein Diskussionsvorschlag“, Zeitschrift für Soziologie, 14, 421–434.
- SCHMID Michael (1987), „Autopoiesis und soziales System: Eine Standortbestimmung“, in Michael SCHMID, Hans HAFERKAMP, Hg., Sinn, Kommunikation und soziale Differenzierung, Frankfurt, 25–50.
- SCHMIDT Siegfried J. (1987), Hg., Der Diskurs des radikalen Konstruktivismus, Frankfurt.
- SCHÜTZ Alfred (1971), Gesammelte Aufsätze, Bd. 1, Den Haag.
- SIRGY M. Joseph (1988), „Strategies for Developing General Systems Theories“, Behavioral Science, 33, 25–37.
- STEGMÜLLER Wolfgang (1985), Theorie und Erfahrung, Bd. II, Zweiter Teilband (Theorienstrukturen und Theoriendynamik), Berlin.
- STEGMÜLLER Wolfgang (1986), Theorie und Erfahrung, Bd. II, Dritter Teilband (Die Entwicklung des neuen Strukturalismus seit 1973), Berlin.
- STICHWEH Rudolf (1987), „Die Autopoiesis der Wissenschaft“, in D. BAECKER et al., Hg., Theorie als Passion, Frankfurt, 447–481.
- TEUBNER Gunther (1987), „Episodenverknüpfung. Zur Steigerung von Selbstreferentialität im Recht“, in D. BAECKER et al., Hg., Theorie als Passion, Frankfurt, 423–446.
- THEUNISSEN Michael (1965), Der Andere. Studien zur Sozialontologie der Gegenwart, Berlin.
- WATKINS John W. N. (1957), „Historical Explanantion in the Social Science“, The British Journal for the Philosophy of Science, 8, 104–117.
- WATKINS John W. N. (1958), „The Alleged Inadequacy of Methodological Individualism“, The Journal for Philosophy, 55, 390–395.
- WEBER Max (1968), „Die ‚Objektivität‘ sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis“, in Max WEBER, Methodologische Schriften (hrsg. von Johannes Winkelmann), Frankfurt.
- WEHRSIG Christof (1990), „Komplexe Organisation, Information und Entscheidung“, in Rüdiger SELTZ et al., Hg., Organisation als soziales System, Berlin, 93–102.
- WILLMS Bernhard (1970), „Gesellschaftsvertrag und Rollentheorie“, in Rüdiger LAUTMANN, Werner MAIHOFER, Hg., Die Funktion des Rechts in der modernen Gesellschaft, Bielefeld.
- ZALTMAN Gerald et al. (1973), Metatheory in Consumer Research, New York.

Adresse des Verfassers

Dr. Ralf Twenhöfel

Institut für Soziologie, Universität Regensburg

Universitätsstrasse 31, 8400 Regensburg

KRITISCHER ESSAY

A NEW PARADIGM FOR THE SOCIOLOGY OF KNOWLEDGE: "THE SOCIAL CONSTRUCTION OF REALITY" AFTER 25 YEARS*

Thomas Samuel Eberle

Soziologisches Seminar, Hochschule St. Gallen

It was one of Alfred Schutz' major unrealized projects, prevented by his early death, to formulate a *new theoretical foundation for the sociology of knowledge*. His blend of phenomenology and Weberian sociology promised to locate the sociology of knowledge on new ground, redefining its perspective as well as its basic concepts. Peter L. Berger and Thomas Luckmann, who had studied at the New School for Social Research in New York where Schutz had taught, decided to pursue this project when they met as junior members of the Graduate Faculty at their "Alma Mater". The result was quite dramatic: a modern sociological "classic" was born.

The Social Construction of Reality by Berger and Luckmann has become one of the most cited sociological books of the past 25 years. Its title is, undoubtedly, one of their outstanding achievements. Its contents, however, while brilliantly written have possibly never been really understood by many of its readers. Some have said, rather maliciously, that the book sold so well because many engineers (mistakenly) bought it. Unfortunately, I may add, of the many sociologists who bought or cited the book only a few have studied it.

The current *twenty-fifth anniversary of Social Construction* invites us to reassess this book, to evaluate the impact it has exerted on the sociological landscape, and to examine its legacy.

1. The Book and its Message

The logic of the *Social Construction* was simple: Society must be grasped in its duality as an "objective" and a "subjective" reality. The objective social reality, although produced by social action, appears to the individual as separate and independent from him or her. The subjective side consists in the consciousness an actor has, shaped in pervasive processes of socialization, and sustained and modified in daily interactions. In this duality the seeming

* This is a vastly elaborated version of Eberle 1992. I am grateful to Deirde Boden and to Christopher Prendergast for their helpful comments and their generosity to let me tap extensively their native speakers' language competence.

dichotomy of Durkheim and Weber was reconciled, and the basic question for sociological theory could be put as follows: "How is it possible that subjective meanings *become* objective facticities" (Berger & Luckmann, 1967, 30)? To avoid intricate philosophical reflections, they defined the key terms from the point of view of the natural attitude: "It will be enough, for our purposes, to define 'reality' as a quality appertaining to phenomena that we recognize as having a being independent of our volition (we cannot 'wish them away'), and to define 'knowledge' as the certainty that phenomena are real and that they possess specific characteristics" (Berger & Luckmann, 1967, 13). The *revolutionary idea* was to declare *common sense knowledge* as a central focus for the sociology of knowledge. Traditionally, the sociology of knowledge has been preoccupied with the history of ideas only; now, it must concern itself "with everything that passes for 'knowledge' in society" (ibid., 26).

The authors' main thesis that reality is socially constructed, and that sociology has to study the ways in which this is done, was striking. The book resurrected Alfred Schutz' phenomenological analysis of the life-world, used it to clarify basic sociological concepts like role and institution, and offered a new synthesis not only of Weber and Durkheim, but also of Mead and philosophical anthropology (Gehlen and Plessner). Berger and Luckmann's explication of the media through which social order is objectified – typification, signs, symbols, habitualization, and so on – rendered deep insights into the richness of human interaction. Their analysis of the relationship between social institutions and the symbolic worlds of meaning (Sinnwelten) which legitimize them proved how conventional jargon about the "logic of institutions" obscured the actual processes through which institutions become social realities. They presented a sociological theory which conceived of social actors as competent humans, evaded sociological reifications, and abjured the widespread arrogance of social scientists (who at the time loved to talk of "false consciousness" and Freudian "unconscious constraints", properly identified, of course, only by themselves). But above all they made clear how naive an objectivist stance towards social reality is. Put simply: The *how* of social phenomena has to be explicated before we can attend to the *what* and the *why*.

2. Social Construction and Ideology

The book was received well by its critics. Indeed, at a time when the prevalence of Parsonian structural-functionalism was eroding and the "coming crisis of Western sociology" (Gouldner, 1970) was being discussed, *Social Construction* gave new orientation to many sociologists. It offered a new reading of several

sociological classics – different from Parsons' interpretation in his *Structure of Social Action* (Parsons, 1937) – and linked their perspectives in a fresh way. As Charles Lemert (1992, 10) puts it in retrospect: "To this day, I cannot think of a single book that presents with such exquisite parsimony so many different ideas so well."

Although Berger as well as Luckmann agree that they would change very little in the book if they were to rewrite it today (Berger 1992, 1), its impact on American sociology remained – in the authors' view – somewhat marginal. One reason was that both authors were situated "in an emphatically peripheral, non-elite institution" (ibid.). The other was "the orgy of ideology and utopianism that erupted all over the academic scene in the late 1960's, almost immediately after the publication of our book. Neither Luckmann nor I had any sympathy with this *Zeitgeist* ..." (ibid.). But it was this context, as I shall point out, which shaped a specific – and mislead – reception of their book.

In this respect, the situation in Europe was quite similar. *Social Construction* was translated in many languages. In Germany, for example, it was published at S. Fischer in 1970, opening the new series "Conditio Humana", and was introduced by the great Helmuth Plessner. Interestingly enough, it was not reviewed by the renowned *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. Otherwise it was well received. Book reviewers commended the new, un-ideological approach, praised the comparatively low price of a high-quality book and expressed amazement that an American original was published in German within only three (actually four) years.¹ Although the sociology of knowledge used to be a pet theme of German readers (as Plessner notes in the introduction), *Social Construction* did not have an easy time of it. When structural functionalism and quantitative sociology – both imported from the United States after World War II – confronted growing criticism in the sixties, it was the Frankfurt school as well as neo-Marxism which reaped the benefit. Then, after Habermas entered into a well-publicized debate with Niklas Luhmann (who defended a functionalist systems theory blending Parsonian and phenomenological concepts), the two became the most cited and quoted German sociologists of the period.

In this intellectual context, in the United States as well as in Europe, *Social Construction* was often interpreted with a special twist. Many left-liberal veterans of the '60s turned to this book to make sense of life and sociology, detecting the *arbitrariness* of social constructions (cf. Lemert, 1992, 10).

¹ Helmut Dahmer in *Soziale Welt* (1970/71), Wolf Lepenies in *FAZ* (1969) and F. U. Pappi in *Sociologica Ruralis* (1971) and many others. I thank Thomas Luckmann for giving me his whole set of collected reviews of the book, and for a very illuminating discussion.

"Constructionism" became a radical perspective which helped to reveal reality, to strip it of ideological distortions, and to pave the way for new interpretations. Academic feminism is a particularly prominent example for this view. As inspiring as such an interpretation can be, it is far indeed from Berger and Luckmann's intentions. Thus Luckmann assures: "whenever someone mentions 'constructivism' or even 'social constructionism', I run for cover these days" (Luckmann, 1992, 4). And Berger sees much of the "constructivist" literature as coming from the aforementioned "ideological cauldron with which I have no affinity whatever" (Berger, 1992, 2).

Instead, Berger and Luckmann advocated an *empirical sociology of knowledge* which investigates the intricate ways in which reality is socially constructed. They adhered to the Weberian maxim that a scientist's task is to describe and explain social actions and their consequences as they are, but not to proclaim any political stance how things should be. In practice, this maxim of *Werturteilsfreiheit* has to be seen in its own complexities: Any empirical description or proposition makes use of typifications which are embedded in systems of relevancies, i. e. necessarily has its value implications. Thus, to see existing social constructions on different premises may well sharpen one's eyes for how they are constructed, as both Schutz and Simmel have shown thoroughly with their analyses of being a stranger.² The main problem is not the search for arbitrariness in social constructions, but the way such research is done. I would agree here with Mary F. Rogers who brands "theoretical tokenism" which unduly limits the impact of Berger and Luckmann's book: "*Social Constructionism* often serves as little more than a theoretical shibboleth accompanied by a few flat propositions about how people 'construct' their identities, worldviews, and taken-for-granted ways of managing their affairs" (1992, 6).

3. Phenomenology and Sociology

On the other hand, even many of those who called themselves "*phenomenological sociologists*" did not grasp the logic of Berger and Luckmann's paradigm correctly. Many overlooked the central fact that the authors introduced their dualistic conception of the society as an objective and a subjective reality by a part they explicitly called "*philosophical prolegomena*" and as such "*pre-sociological*": the *phenomenological analysis* of the foundations of knowledge in everyday life. They draw a strict line between a phenomenological analysis

2 Schutz (1964) and Simmel (1968[1908])

of the life-world and a sociological analysis of society: Both are "empirical", although not in the same sense; while the phenomenological method is "egological", the social scientific method is "cosmological" (cf. Luckmann, 1973). In this sense, much of what has been labelled as "phenomenological sociology" had little to do with phenomenology and not much to do with sociology either!

It is one of the shortcomings of *Social Construction*, in my view, that Berger and Luckmann excluded epistemological and methodological considerations. I admit that tactically this may have been a good move: It stressed their intention to proclaim an *empirical* sociology of knowledge (as a "*Wirklichkeitswissenschaft*") which clearly differed from the older tradition, and it opened the door to the many social scientists who dislike any philosophical binding. However, they also risked broad misunderstandings of fundamental concepts and missed out on a fuller analytic empowerment through Schutz' life-world analyses. For many it remained obscure why sociology should care about consciousness and subjective meanings, given their concern with social actions and social facts. Why should they not restrict their attention to external, observable behavior? Yet, it is Schutz' critical epistemological contribution to analyze in rich detail the act of interpretation (*Verstehen*) in everyday life as well as in the social sciences. The formal meaning structures of the (phenomenologically analyzed) life-world provides, on an *epistemological* level, a frame in which the *hermeneutic task* of any sociological analysis, qualitative or quantitative, inevitably has to be pursued. How (socially derived) subjective knowledge involved in concrete human actions can be explicated by the sociologist is a *methodological* issue. Its implications, however, are always epistemological.

Thus, it is highly illuminating to examine *Social Construction* in the context of the *Structures of the Life-World* (Schutz & Luckmann 1973, 1989) and of the respective authors' methodological writings (Luckmann 1973, for one; Berger & Kellner 1981). In this light, it becomes clear that the rather terse term "construction" parallels "constitution": *Construction* is a social process and has to be analyzed by sociology; the *constitution* of meaning is a subjective process which takes place in consciousness and has to be analyzed by phenomenology. Moreover, for readers bothered by the rather loose definitions of some central concepts in *Social Construction* (like "knowledge", "reality", "objectification" and so on), fine-grained specifications of each term can be found in the *Structures of the Life-World*. Even for those skeptical of the potential of phenomenological analyses to evade the reflexive circle, few other books explicate human experience, knowledge and action, the different transcendencies and the complex interrelatedness of subjective and intersubjective knowledge

in richer detail. Unfortunately, more than twenty years passed between the first publication of *Social Construction* and the publication of the second volume of *Structures of the Life-World*. This may have been one reason that the intimate relationship between the two has been recognized by rather few. In the intervening years, as indicated above, the reception of these basic ideas had taken quite diverse and often divergent routes.

4. Social Constructionism and Subjective Constructivism

Interestingly enough, Berger and Luckmann considered the title *The Social Construction of Reality* as self-evident: they have never delivered a clear definition of what they meant by it. Furthermore, readers of translated versions of the book may well find that what is called "construction" or "constructed" in their language is expressed differently in the English original. But, all things considered, "social construction" obviously has different meanings. For one, the term "construction" has a static as well as a dynamic aspect. In its *static* aspect it denotes a reality-as-it-is (appears), in its *dynamic* aspect it means the *process* of reality-construction. Then again, it makes a difference if we see a natural landscape with its mountains, rivers, meadows, cows, farmhouses and so on – a *natural reality* shaped by our cultural knowledge – or if we gaze at a *society* which is produced, through and through, by human actions. To understand what is going on in society (e. g. in a social setting), the sociologist has to grasp the meanings the actors themselves employ and are embedded in.

It is one of the main theses of *Social Construction* that cultural constructs are socially stabilized by institutional structures. Constructions are thus not the subjective business of singular individuals. They are socially derived and intersubjectively shared and enacted. The *social constructionism* of Berger and Luckmann therefore stands in strong opposition to the *subjective constructivism* that people like Paul Watzlawick and others³ defend. The subjective construction of reality is always based on internalized cultural knowledge and – leaving aside deep pathological aberrations – coordinated with other human actors in interactions or collaboration. As Goffman poignantly puts it: "In some cases only a slight embarrassment flits across the scene in mild concern for those who tried to define the situation wrongly" (Goffman, 1974, 1).

Subjective constructivism leaves out just what *Social Construction* is all about: reality construction in interaction and conversation, by means of internalized

3 Cf. Watzlawick 1976, 1984.

social objectivations and typifications, stabilized by routines, institutionalizations and legitimations, and so on. Viewed against this background, subjective constructivism is ahistorical, asocial and blind to institutions. It is noteworthy that phenomenologists and adherents of the methodological individualism (in Weber's sense) have time and again encountered harsh criticism of being "too subjectivist", especially in American Sociology; but in fact, it is Berger and Luckmann – both phenomenologists as well as methodological individualists – who have always incisively rejected such flat subjectivism!

5. The Legacy

It was Berger and Luckmann's aim to "move the sociology of knowledge from the periphery to the very centre of sociological theory" (Berger & Luckmann, 1967, 29). They have partly succeeded: They managed to alter the consciousness of many sociologists and helped to institutionalize the "sociology of knowledge" as an acknowledged specialty in the sociological establishment. More encouraging may have been the fact that members of diverse disciplines, such as social psychologists, anthropologists, geographers, historians, ethologists and theologians also showed (and still show) a strong interest in *Social Construction*. If we consider, for instance, that a discipline like cognitive anthropology moved from the linguistic analysis of terms to the investigation of idioms and is now slowly arriving at the notion of *cultural knowledge* and its complex relation to *action*,⁴ we can appreciate just how far ahead Berger and Luckmann were twenty-five years ago.

In addition, *Social Construction* has undoubtedly played a crucial role in making the phenomenology of Alfred Schutz popular to sociologists. Nowadays, phenomenological concepts are found throughout different fields of sociology. The German grand theorists, Habermas and Luhmann, have incorporated phenomenological concepts as central elements. Presently, even rational choice theorists are attempting to integrate Schutz' work on "choosing among projects of action" to refine their approach.⁵ And in the United States, the so-called "neo-institutionalists" have developed an analysis that claims to draw directly on *Social Construction*.⁶ However, there is also a lively discussion under way

4 Cf., e. g., Holland & Quinn (1987).

5 Cf. Hartmut Esser (1991, 1992).

6 Cf. Powell & DiMaggio (1991).

about how adequate these theorists are in handling both the phenomenological framework and the social constructionist perspective and its concepts.⁷

Berger and Luckmann themselves stayed close to Schutz. Both agree that their collaboration ended only because of geographical reasons (Berger, 1992, 2; Luckmann, 1992, 4). They also chose, although remaining compatible in principle, to follow different roads of theoretical development. Berger has repeatedly advocated to return to the "big questions" which are, in his understanding, of a "macrosociological" sort (Berger, 1992, 2). His major intellectual focus after *Social Construction* became the problems of modernization and Third World Development. Since 1985 he has been Director of the Institute for the Study of Economic Culture at Boston University, working with an interdisciplinary group of social scientists. He still holds that the way *Social Construction* related "events within institutional structures to movements within the consciousness of individuals" is the best guide to deal with social issues: "the very concept of 'economic culture', denoting the interface between economic institutions and various elements of culture (ideas, religion, morality, lifestyles), lends itself beautifully to elaborations in terms of the sociology of knowledge" (Berger, 1992, 2).

Luckmann, who has been at the University of Constance since 1970, was first engaged in editing Schutz' *Structures of the Life-World*. He then turned to what Berger would term a "microsociological" analysis, namely a program for the investigation of concrete communicative processes:

These conceptual links, called by some a 'theory' of communicative genres, start from the assumption that for recurring communicative problems in social interactions, more or less obligatory patterns of the organization of the communicative process are constructed socially. The system of genres in use, as well as less obligatorily structured communication in social milieus and institutions, may be conceived as the communicative budget of a society. I am convinced that a description of continuities and changes in communicative budgets is a prerequisite for the description and explanation of social stability and change. It provides the formal empirical basis for a study of the manifold historical permutations of the social construction of reality. The first studies guided by that theoretical program looked at communicative processes which reconstruct various kinds of pasts: alarm calls to the fire

7 Cf. the methodological discussion of meaning adequacy in Eberle (1984). Concerning Habermas' concept of "life-world", see Matthiesen (1984); regarding Esser's interpretation of Schutz, see the critique by Prendergast (1992) and Srubar (1992).

department, gossip, conversational transmissions of information and wisdom, religious conversion stories, recapitulations of television programs, etc. The next four-year study will focus on 'moralizing' genres. The data will consist of public debates during the Gulf War, 'pastoral' counselling on radio programs, anti-smoking campaigns, local ecology appeals, pro- and anti-abortion arguments in various public and semi-public contexts, and the like. (Luckmann, 1992, 4 f.)

Luckmann has continued to influence quite a strong group of German sociologists. In analyzing what Berger and Luckmann (1967, 78) called the "conversational apparatus" in which a common sense of reality is constructed as an ongoing accomplishment in face-to-face situations, they borrow widely from ethnomethodology, ethnography, conversation analysis, symbolic interactionism, cognitive anthropology, and other specialties. By investigating the processes of reality construction locally and in situ, they complement the general level of analysis in *Social Construction* and materialize what had been Berger and Luckmann's goal from the outset: to found an *empirical sociology of knowledge*.

REFERENCES

- BERGER Peter L., "Reflections on the Twenty-Fifth Anniversary of The Social Construction of Reality", *Perspectives*, 15/2, 1 f.
- BERGER Peter L. & KELLNER Hansfried (1981): *Sociology Reinterpreted: an Essay on Method and Vocation*, Anchor Press/Doubleday, Garden City, N. Y.
- BERGER Peter L. & LUCKMANN Thomas (1967), *The Social Construction of Reality; a Treatise in the Sociology of Knowledge*, Penguin, Harmondsworth (Original: Doubleday, Garden City, N. Y. 1966).
- DAHMER Helmut (1970/71), "Berger/Luckmann (Buchbesprechung)", *Soziale Welt*, XXX/1.
- EBERLE Thomas S. (1984), *Sinnkonstitution in Alltag und Wissenschaft. Der Beitrag der Phänomenologie an die Methodologie der Sozialwissenschaften*, Paul Haupt, Bern/Stuttgart.
- EBERLE Thomas S. (1992), "*Social Construction in Context*", *Perspectives*, 15/2, 7 f.
- ESSER Hartmut (1991), *Alltagshandeln und Verstehen. Zum Verhältnis von erklärender und verstehender Soziologie am Beispiel von Alfred Schütz und "Rational Choice"*, J. C. B. Mohr, Tübingen.
- ESSER Hartmut (1992), "The Rationality of Everyday Behavior: A 'Rational Choice's Reconstruction of the Theory of Action of Alfred Schutz", *Rationality and Society* (October 1992, in press).
- GOFFMAN Erving (1974), *Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience*, Harper Colophon, New York.
- GOULDNER Alvin (1970), *The Coming Crisis of Western Sociology*, Basic Books, New York/London.
- HOLLAND Dorothy & QUINN Naomi, *Cultural Models in Language and Thought*, Cambridge University Press, Cambridge.

- LEMERT Charles (1992), "What's real after all these years?", *Perspectives*, 15/2, 10 f.
- LEPENIES Wolf (1969), "Praktische Theorie. Über die Rolle des Wissens", *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 10. 6. 1969.
- LUCKMANN Thomas (1973), "Philosophy, Science, and Everyday Life", in NATANSON Maurice, Ed., *Phenomenology and the Social Sciences*, Northwestern University Press, Evanston/Ill., 143-185.
- LUCKMANN Thomas (1992), *Social Construction and After*, *Perspectives*, 15/2, 4 f.
- MATTHIESEN Ulf (1984), *Das Dickicht der Lebenswelt und die Theorie des kommunikativen Handelns*, Wilhelm Fink (Übergänge), München.
- PAPPI F. U. (1971), "Berger/Luckmann (Buchbesprechung)", *Sociologia Ruralis*, 1, 121 f.
- PARSONS Talcott (1937), *The Structure of Social Action*, MacGraw-Hill, New York.
- POWELL Walter W. & DIMAGGIO Paul J., eds. (1991): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago University Press, Chicago.
- PRENDERGAST Christopher (1992), "Rationality, Optimality and Choice: Esser's Reconstruction of Alfred Schutz's Theory of Action", *Rationality and Society* (October 1992, in press).
- ROGERS Mary F. (1992), "Weather Vanes, Tokens and Texts", *Perspectives*, 15/2, 6.
- SCHUTZ Alfred (1964), "The Stranger: An Essay in Social Psychology", in: SCHÜTZ Alfred, *Collected Papers*, II, S. 91-105.
- SCHUTZ Alfred & LUCKMANN Thomas (1973, 1989), *The Structures of the Life-World*, Vol. I+II, Northwestern University Press, Evanston/Ill.
- SIMMEL Georg (1968 [1908]), *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung.*, Duncker & Humblot, Berlin.
- SIMPSON George (1967), "Berger/Luckmann (Book-Review)", *American Sociological Review*, 32, 137 f.
- SOEFFNER Hans-Georg (1992), "Reconstruction instead of Constructivism: Twenty-Five Years of The Social Construction of Reality", *Perspectives*, 15/2, 8 f.
- SRUBAR Ilja (1992), "Limits of Rational Choice", *Rationality and Society* (October 1992, in press).
- WATZLAWICK Paul (1976), *How Real Is Real? Confusion, Disinformation, Communication*, Vintage Books, New York.
- WATZLAWICK Paul, Ed. (1984), *The Invented Reality: How Do We Know What We Believe We Know? Contributions to Constructivism*, Norton, New York.

Author's address:

Dr. Thomas S. Eberle, Soziologisches Seminar, Hochschule St. Gallen
Tigerbergstrasse 2, CH-9000 St. Gallen

BUCHBESPRECHUNGEN/RECENSIONS CRITIQUES

Maines David R., Ed., *Social Organization and Social Process, Essays in Honor of Anselm Strauss*, New York, Aldine de Gruyter 1991.

David Maines has edited a Festschrift in honour of Anselm Strauss. As he says in his introduction, Festschriften differ from other forms of edited books by fusing "the personal and professional, the sentimental and intellectual". There is a danger in this of course. A heady cocktail of emotion laced with the intellectual can easily lead to euphoria without contributing anything to the intellect. There is no doubt that the contributors to Professor Maines' book feel affection for Anselm Strauss as colleague, teacher and friend, yet the essays contain a range of constructive insight which makes them a valuable acquisition for anyone interested in developments within what must still be called the Chicago tradition of social research. More than most in that tradition, Anselm Strauss has contributed to the debate on theory and explanation in the social sciences. He has advocated the importance of research of *quality* (which may be *qualitative* and/or *quantitative*) and sought to find ways of developing sociological theory which *work*. This quest has resulted in 100 articles and 30 books in nearly 50 years of academic life.

The organization of this Festschrift reflects Anselm Strauss's personal and collaborative quest. Maines has arranged the contributing essays in four Parts. Part I Introduction, contains a scene-setting essay by the editor followed by contributions from two of Strauss's collaborators, Barney Glaser and Juliet Corbin, who focus on his academic career and influences. The other three Parts focus on those broad issues which Strauss has made the loci of his work: Identities and the Developing Person; Social Organization and Social Worlds; and of

course Methods, Analysis and Theory. All the essays contained within them are stimulating and some are substantial contributions to their respective fields. Affectionate reminiscences of fruitful and educative collaborations with Anselm Strauss mingle with new work "in the style of ..." and some substantial independent explorations of themes which share an interest with Strauss but do not rely on him for justification.

Part II contains five essays focusing on the developing person and identities. Two report original studies. Berenice Fisher's research on childless women and Kathy Charmaz's work on the elderly chronically ill use the concepts of "time" and "fictional identity". Both show the influence of Strauss but have clearly forged independent research routes for themselves. Of the three other essays, those by Becker and Shibutani are creative explications of previous work both theoretical and empirical whilst Fred Davis provides an interesting diversion into the realm of fashion and the presentation of sexuality. Part III comprises six essays, linked by the notions of social organization and social worlds. For Adele Clarke, social worlds/arenas theory reasserts the complexity of organizations against the simplifying tendency in management organization theory. The following two papers reflect Anselm Strauss's directorship of a research project studying AIDS policy in the San Francisco Bay Area and funded by the National Institute on Drug Abuse. Sucek and Fagerhaugh use the social world/arena concepts to enable them to understand the problems experienced by "bridging agents" in AIDS outreach programmes, whereas Carolyn Wiener finds much advantage in discussing the often complex career trajectories found in the AIDS arena. The other three essays in this section turn to different concerns. Lofland considers urban milieus as "loci for varying quantities and qualities of public sociability" whereas

Fujimura enters the fraught world of the sociology of science. The often opposing tendencies of grand theoretical metalanguages and out and out relativism are to be overcome by Glaser and Strauss's grounded theory which is said to go beyond each local situation and the "flattened equivalence of reflexivist theories". This section concludes with Metraux's complex and detailed history of the changes of work patterns in pharmaceutical production.

The final section of the book, Part IV, contains seven essays on themes connected with sociological methods, analysis and theory. For Susan Star, grounded theory wrestles with the conjunction of the visible (empirical/material) with the invisible (theoretical abstract). The "work" which renders them dialectically inseparable becomes the subject of many of Strauss's critiques of grand theory. It is "work" which makes and manages the invisible. Reification results if this "work" is forgotten or "deliberately" ignored. As seen in Strauss's empirical investigation of dying, "work" is the means through which priorities are constructed. When applied by feminist critiques for example, it has a profoundly political edge by exposing ungrounded ideologies. Herman Coenen explores the implications for research methodologies of explorations of the meaningfulness of the "senseless" worlds of dementia patients, where meaning-structures derived from interpretation of "normal" worlds must be eschewed. Both Gerson and Schatzman, in their different ways, consider the process of generating grounded theory. For Gerson (following Strauss), creativity and rigour support one another. The erstwhile dominance of verificationist stances was an insufficiently rigorous, inadequate and restricted vision of research. Strauss's method of "supplementation" is applied to existing generated theoretical categories through the use of "heuristics" in an attempt to build beyond the ground-floor of grounded theory by applying the method to theory-as-data. Theory can be discovered systematically

Gerson argues, as does Schatzman although his proposal of "dimensional analysis", based on an approach developed over a decade of teaching and research, has its first exposure here in published form. The last three essays return to an examination of some of Strauss's concepts. Riemann and Schutze's complex account of "trajectory" argues that its application to "disorderly" social processes has much to contribute to our understanding of such processes and of the possibilities in the concept itself. Hans-Georg Soeffner celebrates the classical tradition of sociological analysis which seeks to "make sense in acting". Far from being seduced by the developments within semiotics and discourse analysis, Strauss has been able to retain the central symbolic emphasis of interactionism without losing sight of the processual or its grounding in space and time. Finally Richard Grathoff moves the debate into the larger arena of traditional social theory. One of the core problems for sociology is the tendency to false "ontologization". Merton's categories (particularly his separation of "society" and "nature") are cited as examples, and it is precisely this tendency which Strauss's work attacks. Using the concept of "trajectories" (which Grathoff defines as "frames for understanding patterns of work") he argues that "a trajectory of work traces the work of conceptualizing work on the level of theory formulation itself". In illustration Grathoff outlines the German based tradition of Luther/Kant/Marx and their ways of theorizing "work". This he contrasts with the tradition with its origins in the Mediterranean: the Catholic/Franciscan/New World/Californian.

In summary this Festschrift reveals an enormous amount of creative sociological work centring on many of the ideas seeded by Anselm Strauss. At the heart of each stands the central notion of "grounded theory". When Anselm Strauss moved to the University of California at San Francisco in 1960, it was not long before he was joined by Barney Glaser. The collaboration had

an ironic twist. Strauss trained at Chicago under Herbert Blumer and Glaser at Columbia (associated particularly with Robert Merton's middle-range theory and Paul Lazarsfeld's quantitative methodology) but this conjunction of the "qualitative" and "quantitative" proved to be particularly constructive. The tendency within sociological teaching to classify can lead to massive distortions, stances become antinomies, complementary positions become contradictions. Grounded theory, far from being a polemic in the existing clash of social science ideologies was an attempt to overcome it, to re-establish *theory generation* as the central activity of sociology against the prevailing dominance of hypothetico-deductive verification (or as Popper has reminded us, falsification). As well as emphasising the importance of data as *source*, theory generation re-asserts the importance of the sociological imagination. Hume's critique of causality raised problems for an acceptance of an inductive logic. The various attempts to reimpose the concept of a theory-neutral data base, a foundation in experience for both natural and social science, are generally recognised as failures. Inductive or deductive logic on their own will no longer do. Sociologists must assent to a thoroughly contextual (and historical) conception of knowledge. The recognition that the social is immanent requires the rejection of *a priori* speculation however "rational" it might be considered to be. What matters is the recognition that without theory the empirical remains descriptive, yet without the empirical, theory can lead to fantasy. The tendency to both immaculately conceive and perceive can lead sociology astray. *The Discovery of Grounded Theory* (1967) will remain a central text in the debate on sociological methods. Yet when Barney Glaser in his essay in Part I of the Festschrift thanks his collaborator for teaching him "that the 'sociological word' is seldom received from on high: It is discovered in the data" he must be aware that the process of theory generation is *much* more complex than he

makes it seem. Theories are not found in the data, rather the data triggers those conceptual resources which are available to the skilled researcher. The conceptual/theoretical stock of knowledge which he, Anselm Strauss and so many others following in their footsteps have available to them is vast. The creative essays in this Festschrift reveal many sociological insights at their constructive best. What the grounded theory approach has been most successful in doing is demanding that sociologists do research; actually get into the field and gather data using the wide range of methods available to them. The analysis of that data requires further "work". In short it requires the use of the sociological imagination.

Christopher Jackman
Roehampton Institute, London

Claude Javeau, *La société au jour le jour. Ecrits sur la vie quotidienne*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1991.

L'ouvrage de Claude JAVEAU *La société au jour le jour. Ecrits sur la vie quotidienne* rassemble 18 articles sur la question, rédigés entre 1980 et 1988. Ceux-ci ne sont pas présentés de manière chronologique, mais regroupés selon leurs affinités, dans une visée d'abord théorique, puis méthodologique et enfin, pour traiter d'un objet dans l'optique du quotidien (la magie, les sondages, la signalisation urbaine, pour ne citer qu'eux).

Depuis plus de 10 ans, on assiste à un foisonnement d'études qui se réclament d'une sociologie de la vie quotidienne, plaçant au coeur de ses préoccupations l'individu conçu comme dépositaire de la mémoire du vécu, souvent exalté, comme le lieu de toutes les significations face à un social désenchanté ou désenchanté, ou encore comme le symbole du repli sur lui-même. Ce retour plus ou moins marqué vers l'individu ne doit pas cacher le manque d'outils conceptuels et de méthodes qui l'a

souvent accompagné. En ce sens, l'apport de C. Javeau est considérable, puisqu'il essaie de clarifier ce qui fonde une sociologie de la vie quotidienne, ce qui l'amène inmanquablement à (re)penser la question de l'acteur comme acteur responsable et non agi, aspect sur lequel je reviendrai.

Il m'est donc apparu intéressant de mettre l'accent sur différents points, tant théoriques que méthodologiques, qui peuvent contribuer à enrichir notre réflexion et notre pratique sociologiques. Je les mettrai en perspective en me référant de fait à plusieurs volets des contributions de Javeau, en respectant, je l'espère, les intentions de l'auteur, mais non en reprenant une lecture de l'ouvrage texte par texte. Ma note critique n'est pas exhaustive en ce sens qu'elle constitue un éclairage personnel.

Javeau nous propose de voir dans le quotidien une traverse épistémologique, un angle de visée, car «la sociologie du quotidien ou de la vie quotidienne n'est pas celle d'un objet qui s'appellerait le quotidien et qui serait redevable d'une définition de type opérationnel» (Javeau, 1991, p. 37). On ne peut étudier le quotidien comme on étudie la famille, les relations de travail, etc.. En ce sens, la sociologie de la vie quotidienne n'est pas une sociologie partielle parmi d'autres. On pourrait même dire à la suite de l'auteur qu'il n'y a de sociologie que du quotidien. Raison pour laquelle les termes de «sociologie au quotidien» ou de «sociologie à la vie quotidienne» conviendraient mieux.

Ainsi, considérer le quotidien comme un angle de visée revient à l'affirmer comme un paradigme «en fonction duquel se constituent des significations au départ d'un primat accordé au sociétal (résultant spontanément de la prise en compte intersubjective de l'«être-nous-ensemble-hic-et-nunc»), en tant qu'il peut être opposé au social, produit d'une rationalisation épistémologique, et dont les manifestations les plus impératives sont les institutions» (Javeau, 1991, p. 62). Cette perspective ouvre la voie à la tradition phénoménologique et corrè-

lativement à l'idée-force de l'être humain comme siège de passions, donc comme donneur de sens «sur la base de désirs, de pulsions, de quêtes plus ou moins nobles, plus ou moins avouables» (Javeau, 1991, p. 16). Il convient de nous arrêter sur ces deux ouvertures réciproques et de cerner en quoi elles constituent bien une impulsion pour la sociologie.

«La sociologie de la vie quotidienne prend pour objet les manifestations brutes de l'activité humaine, telles qu'elles apparaissent de manière régulière et jour après jour, au sein des divers groupes, majoritaires ou non, dans une société donnée. Son unité d'analyse est l'activité de type relationnel, comportant interactions explicites ou implicites. Appartiennent à son vocabulaire des notions telles que : rites, interactions, transaction, code, relation face à face, allocation temporelle, jeu, socialité, etc.» (Javeau, 1991, p. 24). Références notamment aux courants de l'ethno-méthodologie (Schütz, Garfinkel) et de l'interactionnisme symbolique (Goffman) qui fondent une sociologie de tradition atomistique qui se distingue d'une sociologie de tradition holistique (Durkheim, Parsons, Bourdieu) qui, elle, suppose la toute-puissance des structures générales sur les acteurs sociaux. L'enjeu sous-jacent et partant central est la place accordée à l'individu. En effet, si dans la seconde l'individu est surtout agi par un macro-système possédant sa propre logique, dans la première il se présente comme un «élément de base, 'atome' si l'on veut, de toute construction sociale, par le jeu itératif d'interactions» (Javeau, 1991, p. 65). C'est là que l'apport de la tradition phénoménologique prend tout son sens et tout son poids. Javeau nous invite à une lecture approfondie d'Alfred Schütz. Ce dernier «faisant de l'Ego-orienté-vers autrui l'agent de toute construction sociale (...) ramène la constitution du sens, substrat de tout projet humain, à deux formes essentielles d'expérience intervenant dans la situation vécue hic et nunc par l'acteur, à savoir l'une, générale, qui est le monde prédonné (...) et l'autre,

propre à l'Ego, qui est sa 'situation biographique', tributaire de son 'stock de connaissances disponibles'» (Javeau, 1991, p. 69). Ainsi, toute connaissance ou à peu près nous est transmise par autrui. Les distinctions que Schütz propose dans les différents Lebenswelte (mondes de la vie) dans lesquels les actions humaines se déroulent et prennent leur sens, à savoir l'Umwelt (monde des familiers), le Mitwelt (monde des contemporains), le Vorwelt (monde des prédécesseurs) et le Nachwelt (monde des successeurs) sont des plus pertinentes pour comprendre les différentes attributions de sens données par les acteurs sociaux. Il n'est pas dans mon propos d'entrer dans la problématique schützienne, mais bien de souligner le travail de synthèse de Javeau entre différents courants de la sociologie, souvent peu connus dans la tradition française. Cette primauté accordée à l'individu vient nous rappeler, comme insiste Javeau, que l'homme est (pour ne pas dire que chacun/e d'entre nous est) un «acteur responsable» de la société, de «l'être-ensemble».

Cette conception, on le voit bien, va à l'encontre de celle d'un individu surdéterminé, pur produit des structures sociales. Il ne s'agit pas, soulignons-le, de nier le poids vécu ou réel des structures sociales sur l'individu, le système de domination, les hiérarchies, etc., mais de chercher à comprendre que derrière le jeu quotidien de l'acteur, derrière l'adhésion formelle qu'il peut manifester, sont mises en oeuvre des tactiques de résistance (Simmel, de Certeau) pour atténuer ces mêmes impositions.

Placer l'acteur au centre d'une sociologie au quotidien revient aussi à s'interroger sur les rapports de ce même acteur à l'histoire, ainsi que sur les rapports de cette même sociologie à l'histoire. Pour Javeau, le quotidien est lieu de création et de significations. L'histoire se fabrique dans le quotidien. «Elle revient ensuite vers lui, pour ainsi dire, sous la forme de ces 'armatures' qui enserrant toutes les actions et interac-

tions, ce que la sociologie classique a appelé 'institutions' : religion, langue, structures familiales et de pouvoir, mode de production, etc.» (Javeau, 1991, pp. 39-40). L'enjeu est de taille puisque le quotidien se donne comme «le lieu de fusion des structurations sociales et des micro-événements dont sont tissés les itinéraires de tout un chacun» (Javeau, 1991, p. 178). Comment ne pas voir un parallèle avec le souci constant qui a animé l'Ecole des Annales et ceux que l'on tient pour les tenants de la Nouvelle Histoire ?

Au coeur de cet ouvrage se manifeste donc un plaidoyer pour la reconnaissance de l'acteur en tant que tel, producteur de sens et d'événement, dans un quotidien non «quotidiennisé», mais lieu d'innovation et d'invention, où se noue le rapport à l'histoire. Javeau pose un défi essentiel pour la sociologie en cherchant à «unifier les savoirs sur l'homme concret, l'homme en 'condition', dans la perspective de renouer avec l'anthropologie philosophique congédiée par le positivisme» (Javeau, 1991, pp. 105-106).

Fil conducteur d'une quête incessante de sens pour le métier de sociologue, une des idées de cet ouvrage reste bien en effet la lutte contre une tradition positiviste ambiante. Ainsi, dans un article fameux *Sondez, il en restera bien quelque chose ... Sondages d'opinion et contrôle social*, Javeau se livre à une interrogation stimulante sur la pertinence même des sondages et de leur utilisation. Ne constituent-ils pas, plutôt qu'ils ne représentent, l'opinion publique, si tant est qu'elle existe ?

Par ailleurs, fort des enjeux et des perspectives que dessine la sociologie de la vie quotidienne, Javeau invite chacun/e à s'aventurer sur le terrain des quotidianistes et à enrichir les réflexions et les apports théoriques et méthodologiques par leur travail empirique (par le biais notamment de l'approche biographique). On ne peut que se réjouir de cette mise en oeuvre de contributions. Si la sociologue que je suis reste convaincue de l'importance d'une sociologie au quotidien, elle attend beaucoup

de la perspective d'une confrontation avec la relation de travaux empiriques.

En conclusion, je ne peux que vous conseiller la lecture du dernier texte de cet ouvrage *La sociologie et la crise du positivisme : pour une anthropologie ontologique* qui, avec brio, humour et mordant, trace de nouvelles voies certes, mais surtout nous renvoie à notre propre histoire sociologique !

Nicole Valiquier

Centre de recherche sur le phénomène urbain (CREPU), Université de Genève

Alasdair MacIntyre, *Der Verlust der Tugend. Zur moralischen Krise der Gegenwart* (Orig.: *After Virtue. A Study in Moral Theory*) Campus Frankfurt/New York, 1987, 381 Seiten.

Warum soll das Buch eines Philosophen, das bereits 1981 sowie 1984 in einer zweiten Auflage im Amerikanischen erschien und 1987 von Wolfgang Riehl ins Deutsche übersetzt wurde, 1992 noch rezensiert werden? Weil dieses Buch aus drei Gründen eine brisante sozialwissenschaftliche Arbeit ist: bemerkenswert sind seine These, die Methode und die implizite Methodologie. Alle drei Bereiche enthalten für die Sozialwissenschaften reichhaltigen Diskussionsstoff.

Die These des Buches behauptet, daß der Ethos der modernen Welt, der liberale Individualismus, der über den Rückgriff auf Analysen Webers und Nietzsches umschrieben wird, zu einem Verfall aller moralischen Urteils Gesichtspunkte geführt hat, euphemistisch mit Pluralismus bezeichnet. Methodisch wird der Nachweis für diese Behauptung geführt, indem die Ideengeschichte der Moralphilosophie als Realgeschichte des moralischen Verfalls der modernen Gesellschaft rekonstruiert wird. Methodologisch wird zweierlei angenommen: zum einen, daß Moralphilosophie immer die Soziologie voraussetzt, weil es nur

eine Form der Widerlegung einer Moralphilosophie gibt: den Nachweis, „daß moralisches Handeln aufgrund der Sachlage sozial nie verwirklicht werden könnte; und daraus folgt auch, daß wir die Forderungen einer Moralphilosophie erst dann restlos verstanden haben, wenn wir dargelegt haben, was ihre soziale Umsetzung wäre“ (S. 41). Zweitens, daß die oftmals postulierte These, kein „Sollen“ aus einem „Ist“ abzuleiten (Frankena), für bestimmte, in der Moralphilosophie und Soziologie entscheidende Sätze, nicht gilt.

So kann hier in einem ersten Zwischenbefund festgehalten werden, daß dieses Buch Aufmerksamkeit verdient, weil die These eine sozialwissenschaftliche Kulturkritik darstellt, die den Begriff des Individualismus, im Gegensatz zum heute Üblichen, in definierter Weise verwendet. Zweitens verbindet die Methode Moralphilosophie und Moralggeschichte derart miteinander, daß eine soziologische Analyse von moralischen Systemen im Rückgriff auf den sozialen Kontext der Ideengeschichte möglich wird. Drittens könnte die verwendete Methodologie der Ausgangspunkt für einen „neuen“ Werturteilsstreit sein, insbesondere, wenn der Kommunitarismus in der deutschsprachigen Soziologie Fuß fassen sollte.

MacIntyres These ist nun im einzelnen, daß die moralphilosophische Position des Emotivismus (G. E. Moore, C. L. Stevenson) – moralische Äußerungen gäben Haltungen, Einstellungen und Gefühle wieder, und könnten daher nicht mit dem Kriterium von richtig oder falsch beurteilt werden – das moralische Selbstverständnis des liberalen Individualismus verkörpert. Der Emotivismus ist jedoch nicht, wie von ihm beansprucht, eine Theorie der Bedeutung, sondern eine Theorie des Gebrauchs moralischer Ausdrücke (S. 28). Daraus ergibt sich, daß über Werte und Prinzipien, wie dies bereits Nietzsche, Kierkegaard und Weber meinten, nicht rational entschieden werden kann; vielmehr wird diese Entscheidung zum Akt der Wahl autonomer

Individuen, des „emotivistisches Selbst“ (S. 55). Die soziale Identität wird dabei als eine beliebig konstruierbare geschichtslose Erscheinung aufgefaßt. Die Ziele der Individuen sind dann aber nur noch in manipulativer Weise aufeinander bezogen, wie dies in den Theorien Goffmans und Sartres beispielhaft vorgeführt wird. Parallel dazu entstehen Charaktere, definiert durch eine besonders enge Verknüpfung von Rolle und Persönlichkeit, die eine „Kultur mit moralischen Definitionen ausstatten“ (S. 51). In der Moderne sind dies der Manager, der Therapeut und der Ästhet. Im Charakter wird die Trennung von manipulativen und nicht-manipulativen sozialen Beziehungen aufgehoben, weil alle Werte und Ziele als gegeben betrachtet werden, und die Techniken der Zielerreichung – Recht, Nützlichkeit und Effektivität – als „moralische Fiktionen“ (S. 99) fungieren.

Diese Entwicklung setzte eine Veränderung der Moralvorstellungen voraus. War Moral bei Aristoteles noch auf Tugenden und ein *Telos* bezogen, so verändert sich diese Vorstellung ab dem 14. Jahrhundert bis zur Gegenwart derart, daß Moral zu einer Frage des Rechts wird. Dabei geht der Ausgangspunkt von Moral verloren: Der Mensch ist nicht das, was er sein könnte. Denn die Aufgabe der Ethik ist die Überbrückung dieser Kluft, „in dem das menschliche Wesen *wie es ist* ... von den Geboten der Ethik abweicht ..., und in dem Bedürfnisse durch die Unterweisung in praktischer Vernunft und durch Erfahrung in das menschliche Wesen *wie es sein könnte, wenn es sein *Telos* erkennen würde* umgewandelt werden sollen“ (S. 77, kursiv im Original). Die Vorstellung vom *Telos* des menschlichen Lebens ist in allen modernen Moralphilosophien verloren gegangen, weil sie ihre Grundsätze aus der Prämisse atomisierter Individuen ableiten, dabei jedoch übersehen, daß der Mensch sein *Telos* nur in einer sozialen Praxis und ihrer Tradition finden kann.

Wie kann dieser der Praxis immanente *Telos* in der Gegenwart wiedergefunden

werden? Dazu bedarf es nach MacIntyre der Wiederherstellung des aristotelisch geprägten Begriffs der Tugend. „Eine Tugend ist eine erworbene menschliche Eigenschaft, deren Besitz und Ausübung uns im allgemeinen in die Lage versetzt, die Güter zu erreichen, die einer Praxis inhärent sind, und deren Fehlen wirksam verhindert, solche Güter zu erreichen.“ (S. 255 f.) Tugendhaftigkeit ist die Voraussetzung zur Erlangung der inhärenten Güter; Tugenden sind für eine Praxis eine wesentliche, nicht nur äußerliche Eigenschaften. An diesem Punkt beginnt die methodologische Sprengkraft der Arbeit MacIntyres. Wie können die inhärenten Güter einer Praxis bestimmt werden? Sie können nur dann bestimmt werden, wenn Schlüsse vom Sein auf das Sollen zulässig sind. Sie sind dann zulässig, wenn in den verwendeten praktischen Syllogismen Begriffe mit „funktionalen Vorstellungen“ (S. 83) verwendet werden, d. h. Sachen oder Eigenschaften werden im Hinblick auf ihre Ziele oder Funktionen bestimmt (beispielsweise ist eine Uhr nur dann eine gute Uhr, wenn sie geht). An dieser Stelle verknüpft sich dann die Problematik von Moralphilosophie, Semantikgeschichte des „Menschen“ und Methodologie. Denn, „wenn man sich den Menschen als Individuum vor und getrennt von allen Rollen denkt, hört der Begriff ‚Mensch‘ auf, ein funktionaler Begriff zu sein“ (S. 85). Er hat sein *Telos* verloren. Die Lösung für den Verlust der Tugend liegt daher nach MacIntyre in der Wiederbelebung „lokaler Formen von Gemeinschaften, in denen die Zivilisation und das intellektuelle und moralische Leben über das neue finstere Zeitalter hinaus aufrechterhalten werden können“ (S. 350). Das führt zur Wiedergewinnung einer moralischen und sozialen Identität, die das Individuum als Subjekt einer erzählten Geschichte im Rahmen der Tradition einer gegebenen Praxis begreift.

Zur Würdigung: im Zwischenbefund wurde die Bedeutung der Arbeit angedeutet. Ich möchte mich daher auf einen Punkt

konzentrieren, wiewohl man viele andere Gesichtspunkte betonen könnte. Der entscheidende Punkt einer Diskussion muß die Darstellung des Begriffs der „funktionalen Vorstellung“ sein. Nur wenn „funktionale Vorstellung“ ein sinnvoller und wissenschaftstheoretisch haltbarer Begriff ist, nur dann ist es möglich von „inhärenten Gütern“ einer Praxis zu sprechen. Und nur dann läßt sich das Programm des Kommunitarismus in der Soziologie erfolgreich weiterentwickeln. Alle anderen Fragen sind in Hinblick auf diese sekundär, weil die gesamte Argumentation von dieser Überlegung getragen wird. Ist die Idee funktionaler Vorstellungen unhaltbar, dann ist auch „Der Verlust der Tugend“ nichts anderes als eine weitere moralphilosophische Deutung der Gegenwart, die vom emotivistischen Selbst gewählt oder abgelehnt werden kann.

Matthias Junge
Universität Bamberg

Pierre-Jean Simon, *Histoire de la sociologie*, Presses Universitaires de France, Paris, 1991, 524 pages

Il y a plusieurs façons d'écrire l'histoire. Il y a également plusieurs façons d'écrire l'histoire de la sociologie. Pierre-Jean Simon a choisi d'être sélectif. Trop sélectif peut-être. Pareto est ici le grand absent et c'est regrettable. Aucun Britannique non plus n'est accueilli au Panthéon des idées, ce qui ne peut qu'étonner. Mais les fragments d'histoire qui nous sont ici présentés permettent à l'auteur de montrer avec beaucoup de talent les confluences intellectuelles qui, de génération en génération, aboutissent à une manière nouvelle, originale, d'envisager le social, en dehors de laquelle il n'est point de sociologie. Et ceci confère à certains passages de son livre une valeur didactique indéniable.

L'ouvrage se compose de deux parties, la première consacrée à la préhistoire de la pensée sociologique, depuis l'Antiquité

grecque jusqu'au XVIIIe siècle, la seconde traitant successivement des pionniers, des pères-fondateurs et de leurs héritiers immédiats. En dépit de l'importance accordée aux précurseurs, la distinction s'impose très clairement – plus clairement qu'ailleurs – entre les conceptions qui ne sont qu'annonciatrices de la sociologie et celles qui font partie intégrante de son projet spécifique.

Dans la fresque historique de la première partie, quelques idées-force surgissent du fond des âges et il est aisé d'en suivre le cheminement : l'esprit d'utopie et son potentiel totalitaire chez Platon, le pluralisme prudemment réformiste d'Aristote, la facticité du social, des Sophistes à Montaigne et Montesquieu, la réflexion sur le pouvoir, puissamment amorcée par Machiavel mais aussi par La Boétie, la « critique des idoles » de Bacon débouchant sur la chasse aux prénotions chez Durkheim, le combat des Lumières, précurseur de celui des « intellectuels engagés » du XIXe et du XXe siècle, les théories contractuelles du social trouvant leur point de rupture dans l'oeuvre de Rousseau, le problème de l'ordre suscitant la contestation sociologique de l'utilitarisme économique, enfin la vision systémique du social prenant corps chez Montesquieu.

La deuxième partie débute par une réflexion sur les conditions d'apparition du « projet scientifique de la sociologie », dans la mouvance des grandes idéologies nées en réponse aux bouleversements de la Révolution française et de la Révolution industrielle. Et puis défilent les pionniers : Saint-Simon, aujourd'hui dépassé mais dont l'héritage utile fut recueilli par Durkheim, Proudhon, dont la dialectique sans synthèse témoigne de la lucidité, Marx, faisant ici l'objet d'une mise en perspective périlleuse, Auguste Comte enfin, sensible tout à la fois aux influences révolutionnaires et conservatrices, sources inexorablement liées du développement de la sociologie. C'est pourtant lorsqu'il présente la sociologie comme fille des Lumières qu'on sent Pierre-

Jean Simon sur son terrain favori. Et de ce point de vue, son livre ne peut qu'apparaître comme l'anti-Nisbet.

Le «projet sociologie» ayant émergé, notre auteur en décrit l'ancrage dans trois traditions nationales. Et ceci nous vaut une suite de chapitres sur la sociologie durkheimienne, sur trois classiques de la sociologie allemande : Tönnies, Simmel, Max Weber, enfin sur le développement fulgurant de la sociologie américaine. La tradition allemande est traitée de manière un peu superficielle. Pour un classique de cette importance, Max Weber est à la portion congrue. On peut apprécier en revanche que l'auteur se soit appliqué à surmonter l'opposition simpliste entre Durkheim et Weber. Il est utile de rappeler que le premier était moins éloigné qu'on a pu le croire de la «compréhension wébérienne» (p. 336) et que le second avait «un sens aigu de la méthode positive» (p. 382). La mise au point relative à la sociologie compréhensive (p. 413) est bien venue elle aussi. Il serait bon en effet que Weber cessât d'être invoqué abusivement à l'appui d'une apologie pré-sociologique de l'intuition et de la connaissance immédiate. En revanche, Simon me paraît sous-estimer l'importance de l'aspect formel (ou formel, ou formiste, peu importe, en effet) dans l'oeuvre de Simmel (p. 366). La place centrale accordée par ce dernier à l'interaction y est liée. Et le souci, légitime, de dégager des invariants de la vie en société procède de la même inspiration.

Pour ce qui est de la sociologie américaine, l'ouvrage couvre l'essentiel jusqu'aux années trente, depuis Morgan et Boas jusqu'à la série *Yankee City*, en passant par Sumner et les *Folkways*, Cooley et Mead, précurseurs de l'interactionnisme symbolique, et l'École de Chicago avec Thomas, Park et Burgess. Pierre-Jean Simon s'offre même le luxe de redécouvrir le premier des sociologues noirs, William Burghardt Du Bois, «squelette dans le placard» de la sociologie officielle (p. 450), pourtant découvert par Max Weber en 1904 (p. 449).

Derrière les oeuvres, l'auteur a tenu à faire apparaître les hommes, avec leur personnalité, leur passion créatrice, leur engagement. Mais lui-même, au fil des pages, se révèle homme de vocation, et ceci ne peut que susciter un sentiment de connivence qui porte à traiter certaines lacunes du livre avec indulgence. On sent Pierre-Jean Simon agacé par les «amateurismes» et les «compétences douteuses» (p. 9), par le «verre fumé du jargon» (p. 10), par les «pérorateurs de médias» (p. 22). On le sent plus qu'agacé peut-être par ces «n'importe qui» faisant «la sociologie de n'importe quoi» (p. 194), par ceux qui ne font que «varier au gré des vents de *look* intellectuel» (p. 265) ou par «les illusions narcissiques du subjectivisme» (p. 271). C'est ici, *a contrario*, une exigence de rigueur qui s'affirme bien à propos.

Un regret peut-être. Que le livre se termine de manière si abrupte, comme un cours inachevé parce que l'heure est là. Sans doute s'agit-il d'histoire, mais pourquoi faut-il que celle-ci s'arrête avant la Deuxième Guerre mondiale ? L'entreprise n'aurait-elle pu couvrir deux décennies de plus ? Le livre y aurait gagné en équilibre et aurait mieux mérité son titre.

Jacques Coenen-Huther
Université de Genève

Niels Beckenbach, *Industriesozio-
logie*, de Gruyter Lehrbuch, Berlin,
New York, 1991, 274 Seiten.

Die Industrialisierung hat bekanntlich die Arbeits- und die privaten Lebensverhältnisse der erwerbstätigen Bevölkerung einschneidend verändert. Sie entfesselte mit durchschlagender Wirkung *kapitalistisch-marktwirtschaftliche Kräfte*, und beschleunigte mit dem Langfristtrend der *Verwissenschaftlichung und Technisierung* kontinuierlich die Entwicklung der Produktivkräfte. Von Unternehmen und deren kaufmännisch-technischen Führungskräften geleitete Gross-

betriebe entstanden, die alsbald dank maschineller Massen- oder Einzelfertigungsmethoden, rationeller Verwaltungs- und Verkaufspraktiken und deren ständigen Perfektionierung ungleich produktiver funktionierten als vor- oder frühindustrielle Wirtschaftsunternehmen. Das Arbeitsverhalten, das Arbeitern vom grossindustriellen Maschinenwesen abverlangt wurde, unterschied sich wesentlich von den Verhaltensweisen, die in den drei wichtigsten Herkunftswelten der Industriearbeiterschaft, denjenigen der Handwerksgelesen, der Heimarbeiter/Heimarbeiterinnen sowie Bauern/Bäuerinnen üblich waren. Da die Löhne der Arbeiter lange Zeit überwiegend sehr tief lagen, und die Menschenbehandlungsmethoden ihrer direkten und höheren Vorgesetzten vielfach alles andere als einfühlend oder gerecht waren, orientierte und organisierte sich die Industriearbeiterschaft zunehmend *systemkritisch* – vor allem dadurch, dass sie sozialistisch gesinnte Gewerkschaften und Arbeiterparteien aufbaute, die *im* kapitalistisch verfassten Lohnarbeitssystem mit dem Fernziel seiner Überwindung durch die sozialistische Zukunftsgesellschaft einen Kampf *gegen es* führten.

Unternehmer und Manager reagierten auf solche *sozialistischen Zuspitzungen der sozialen Frage des Industriezeitalters* nicht nur politisch, indem sie beispielsweise Arbeitgeberverbände gründeten oder arbeitgeberfreundliche Parteien unterstützten. Sie verbesserten auch laufend die Um- und Weitsichtigkeit bzw. die Leistungsfähigkeit ihrer Methoden der Gestaltung und Lenkung von Unternehmungen, indem sie diese mit Hilfe mehr oder weniger anwendungsorientierter *Wissenschaften* wie der Volks- und der Betriebswirtschaftslehre, ingenieurwissenschaftlichen Beiträgen zur Betriebsführung und Arbeitsgestaltung, Arbeitswissenschaften und Arbeitshygiene oder der psychotechnisch angewandten Psychologie professioneller gestalteten. Weitblickende Unternehmensführer scheuten sich dabei nicht, auch arbeitgeberkriti-

schen Standpunkten – in der Volkswirtschaftslehre beispielsweise „Kathedersozialisten“ oder marxistischen Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlern – einen relativ grossen *Spielraum* zuzugestehen. Die *Industrie- und Betriebssoziologie* war anders als etwa die angewandte Personalselektions- und Führungspsychologie oder die Organisations- und Personalwesenslehre stets auf das Zugeständnis solcher Spielräume angewiesen. Denn sie verstand sich im Gegensatz zu Wissenschaften, die einzelnen Funktionsbereichen der Unternehmensführung dienen, als eine die Lebensformen der Industriearbeiterschaft entweder im Sinne Max Webers „unbefangen“ oder unmittelbar arbeitnehmerfreundlich thematisierende Subdisziplin der Soziologie (die alles in allem mindestens ihrem Selbstverständnis nach ja eher mit Arbeitnehmer- als mit Arbeitgeberinteressen sympathisiert).

Als Vorläufer und Pioniere der nach dem Zweiten Weltkrieg sich vor allem in den Vereinigten Staaten, in Frankreich und in Deutschland recht kräftig entfaltenden Industrie- und Betriebssoziologie verdienen zunächst die Sozialwissenschafts-Klassiker Karl Marx, Max Weber und Emile Durkheim, sodann aber auch der Hauptexponent „wissenschaftlicher Betriebsführung“, der Ingenieur Frederick Taylor, die Human Relations-Theoretiker Elton Mayo und Hendrik de Man sowie der Leiter des 1928 an der Technischen Hochschule Berlin eröffneten „Instituts für Betriebssoziologie und soziale Betriebslehre“, Götz Briefs, erwähnt zu werden. Auf deren Pionierarbeiten aufbauend, untersuchten die Hauptpromotoren der französischen und der deutschen Industrie-, Betriebs- und Arbeitssoziologie nach 1945 zunächst vor allem 1. Wirkungen des technologischen Fortschritts und der Automation auf den arbeitenden Menschen (G. Friedmann, A. Touraine, F. Pollock, H. Popitz, H. P. Bahrdt und H. Schelsky); 2. Möglichkeiten, die Herausforderungen der älteren Rationalisierungs- und der neueren Human Relations-Bewegung gewerk-

schaftsdienlich zu verarbeiten (G. Friedmann, S. Braun, B. Lutz, T. Pirker und O. Neuloh); sowie schliesslich 3. soziales Bewusstsein („Gesellschaftsbild“) und Verhalten von Arbeitern und Angestellten und deren gesellschaftlichen Entwicklungsperspektiven (H. Popitz, H. P. Bahrdt, T. Pirker und S. Braun). Unmittelbar vor der grossen Wende der äusseren Wachstumsbedingungen und des ideologischen Umfelds der Industriesoziologie im Gefolge der 68er-Bewegung erarbeiteten ausserdem U. Jaeggi und H. Wiedemann sowie H. Kern und M. Schumann interessante Beiträge zur Angestellten- und Arbeitersoziologie („Der Angestellte im automatisierten Büro“ bzw. „Industriearbeit und Arbeiterbewusstsein“).

Nach 1968 veränderten sich Inhalte und Form industriesoziologischer Arbeiten in Deutschland grundlegend. Politisch von der Studentenbewegung, den Arbeiterunruhen in Italien und Frankreich sowie den deutschen „Septemberstreiks“ des Jahres 1969 mobilisierte Nachwuchskräfte gewannen die Überzeugung, dass mit Mitteln *marxistischer Theorie sowohl* die Theoriedefizite der bisherigen Forschung überwunden *als auch* das in der ersten Nachkriegszeit gerade auch in Deutschland ziemlich erschöpfte, jedenfalls mangelhafte Klassenbewusstsein lohnabhängiger Arbeiter und Angestellter entscheidend verbessert werden könnten. Nachdem man in verschiedenen, alten und neugegründeten Forschungszentren für Industriesoziologie unterschiedliche Varianten „klassentheoretischer Bezugsrahmen“ und Modelle der „inneren Gesetzmässigkeiten kapitalistischer Reproduktion“ entworfen, diese theoretisch auf Fachtagungen elaboriert und in empirischen Fallstudienprojekten oder Kursen für kritische Gewerkschaftler praktisch angewandt hatte, konnte man sich im stolzen Gefühl wiegen, dass es der marxistisch auf den Begriff gebrachten Industriesoziologie nun endlich, nach langen Zeiten der Abstinenz, gelungen war, eine theoretisch-politische „Vordenkerfunktion“ zu übernehmen.

Die erwartete Annäherung zwischen marxistisch aufgeklärter Intelligenz und Arbeiterklasse liess allerdings auf sich warten. Ab ungefähr 1975 begannen diesbezügliche *Desillusionierungsprozesse* zu überwiegen. Auch und gerade sie konnten zunächst, wie man entsprechenden Arbeiten u. a. von H. J. Braczyk, G. Brandt, S. Herkommer, U. Kadritzke, T. Leithäuser, B. Lutz, W. Müller-Jentsch, H. Neuendorff, G. und R. Schmidt, R. Schmiede sowie B. Volmerg entnehmen mag, ohne Schwierigkeiten *marxistisch* inspiriert bleiben. Erst als in den 80er Jahren erneut Positionen zur Einschätzung sozialer Folgen der Technologieentwicklung und Automation aktuell wurden, die man für längst überwunden geglaubt hatte (hier wirkten insbesondere H. Kerns und M. Schumanns Studien über Tendenzen zur Reprofessionalisierung der Produktionsarbeit wegweisend), und als der Arbeitsgesellschaft Arbeit nicht nur quantitativ, sondern in Form des Wandels von Arbeitsmotiven und Arbeitswerten auch qualitativ auszugehen schien, war die Marxrenaissance der späten 60er und 70er Jahre definitiv beendet. Alt-neue Themen feministischer Frauenarbeits-Forschung oder solche der in der postmodernen „Risikogesellschaft“ immer unbeherrschbareren Technologiefolgen traten an die Stelle derjenigen, deren Definition und Bearbeitung der deutschen Industriesoziologie vorübergehend den Eindruck, bedeutsame Vordenkerfunktionen erfüllen zu können, vermittelt hatten.

Der *Gegenstandsbereich*, den das de Gruyter Lehrbuch „Industriesoziologie“ von Niels Beckenbach abdeckt, entspricht ungefähr der soeben vorgestellten Hauptautorensrie der deutschen Industriesoziologie und deren (engerem und weiterem) Sozialkontext. Beckenbach behandelt in seinem Lehrbuch zunächst ebenfalls theoriegeschichtlich die grossen Pioniere und Vorläufer der Industriesoziologie sowie „realgeschichtliche“ Aspekte der Industrialisierung (1. und 2. Kapitel). Er geht sodann ausführlich auf die „Gründerphase“ der

Industriesoziologie in der Bundesrepublik Deutschland nach 1945 ein (3. Kapitel, S. 43–86), um anschliessend die deutsche „Industriesoziologie in der ‚Renaissancephase‘“ (4. Kapitel, S. 86–150; gemeint ist die Phase der Marxrenaissance 1968 ff.) sowie neuere und neuste Entwicklungen der 80er Jahre (5. –7. Kapitel, S. 149–224) darzustellen. Beckenbachs Lehrbuch ist demnach ausgeprägt theoriegeschichtlich orientiert – ein an sich, wie beispielsweise H. Kerns gut gelungenes Buch „Empirische Sozialforschung“ (1982) zeigt, durchaus sinnvolles Vorhaben. Wenn Beckenbachs Lehrbuch nach Auffassung des Rezensenten dennoch als eher missglückt beurteilt werden muss, so liegt dies primär an der Art seiner Theorieorientierung. Beckenbach hat selber an den von der „Renaissancephase“ der deutschen Industriesoziologie bewirkten Theorieaufschwüngen mitgewirkt, er hat die vielen Positionsbezüge, Theoremdeklarationen und entsprechenden „Debatten“ – die Technik-, Automations-, Kontroll-, Spätkapitalismus-, Arbeiterbewusstseinsdebatte, die „labor-process debate“, die „technology out of control“-Debatte“ (sic, S. 204) usw. – offenbar lebhaft mitverfolgt und mit eigenen Kommentaren bereichert. Sein Lehrbuch ist gleichsam deren Summe, und besteht als solches aus einer eher amorphen als wohlgeordneten Masse „*zusammenfassender Würdigungen*“ (vgl. S. 219) theoretischer Positionsbezüge, Theoremklärungen, Debattenbeiträge usw.

Würden diese „zusammenfassenden Würdigungen“ *klar* herausarbeiten, worum es in einer erinnerungswürdigen empirischen oder theoretischen Arbeit eigentlich ging oder geht, so könnte Beckenbachs Lehrbuchmethodik als zwar anspruchsvoll, aber vertretbar beurteilt werden. Indessen dürften selbst gut informierten Lesern sehr viele Theoriepointen der „zusammenfassenden Würdigungen“ Beckenbachs *vage* bis *unverständlich* bleiben. Häufig wird einfach *vorausgesetzt*, dass der Leser ungefähr weiss, was es beispielsweise bedeutet, „mit Offe“ gegen die voreilige „Universalisierung

von Denkabstraktionen“ einzuwenden, dass dann ja die „Verkehrungsthematik“ im Marxschen entfremdungstheoretischen Sinne gar nicht erkannt werden könnte (S. 98). Die von industriesoziologischer Forschung erzielten empirischen Befunde werden selten erwähnt und nie anschaulich geschildert, sondern bestenfalls hinsichtlich ihrer theoretischen Fundierungsmängel oder Konsequenzen gewürdigt. Der in der Tat hochbedeutsame Sozialkontext der Industriesoziologie, den ich eingangs möglichst knapp und klar zu umreissen versuchte, verschwindet öfters hinter Nebelschwaden unproduktiv theoriebeladener Formulierungen: „Die Industrialisierung als zweckhaft organisierte Entwicklung von menschlichem Arbeitsvermögen, von organisierter Tätigkeit (Arbeitsorganisation) und von Technik und Wissenschaft bedeutet auch, dass neben den Wandlungen der Sozialstruktur und der sozioökonomischen Interessen der Beschäftigten auch die kulturellen Lebensverhältnisse eine radikale Umgestaltung erfahren ... die Beziehungen zwischen Industrialisierung und Kapitalismus sowie der kulturellen Sphäre können durch Komplementarität und Kontinuität bestimmt sein, so im Falle der Reproduktion von sozialer Informalität...“ (S. 39).

Noch schwerer wiegt, dass selbst Beckenbachs Darlegungen theoretischer Positionen, auf die er so grosses Gewicht legt, häufig *unnötig schwer* oder *schlechthin unverständlich* sind. Ein Beispiel unter vielen für beides: „Mit der These von der Zukunfts-Offenheit des Ingenieurhandelns in den Dimensionen von generativen, applikativen und (iterativ-)planerischen Leistungen kehren Ekardt, Hengstenberg und Löffler die argumentative Stossrichtung der industriesoziologischen Technikdebatte um und betonen die wirklichkeits-konstruktive Qualität von Ingenieurhandeln auch für den Bereich der Technikerentwicklung und Technikanwendung ... auch wenn der Einwand naheliegt, dass hier der empirische Objektbereich Pate gestanden haben dürfte als materiales Bezugsfeld dieser

prononciert subjektivitätstheoretischen Wendung der Technikdiskussion, so könnten sich die Thesen von Ekardt/Hengstenberg/Löffler dennoch in forschungsstrategischer Hinsicht generell als fruchtbar erweisen“ (S. 205).

Beckenbachs ausgesprochen deutschgelehrte Lehrbuchmethodik besteht mit anderen Worten darin, dem interessierten Leser, der in die Industriosozologie eingeführt zu werden wünscht, eine imponierende, ja furchterregende Menge kritischer Theoriewürdigungen vorzusetzen in der Hoffnung, dass der also Beeindruckte irgendwann einmal – nach vollbrachtem Wunder plötzlicher Theorieklärung in seinem Kopf – ähnlich zu sprechen beginnen möge wie der Lehrbuchautor. – Weil durchaus unklar ist, was da an theoretischen Gedanken allenfalls nachzusprechen wäre, ist immerhin nicht zu befürchten, dass sich diese Erwartung öfters erfüllen wird.

*Emil Walter-Busch
Hochschule St. Gallen*

»Soziographie«

Nr. 5, Dezember 1992

* * *

WOLFGANG ZIERHOFER

(Geographisches Institut der ETH, Zürich)

**Die Realismus-Utopie – Überlegungen zugunsten
einer Kulturgeschichte des Visuellen**

DANIELA GLOOR

(cultur prospectiv, Zürich)

Kulturvorstellungen photographisch erfaßt

JUDITH BUCHER und BARBARA SCHMUCKI

(Geschichte, Zürich)

**Die Fotografie als Quelle für die Geschichtswissenschaft
Die Frauenbefreiungsbewegung (FBB) Zürich in Aktion**

MARGRIT TRÖHLER

(Filmwissenschaftlerin, Paris)

**Authenticité – Fiction – Image:
sur trois effets du film publicitaire**

URSULA FIECHTER, PRISKA GISLER und CHRISTINA SCHUMACHER

(Soziologie, Zürich)

**„Jedes Möbelstück sollte wenn irgend möglich einmal ganz im Bild sein“
Videofilme von Wohnzimmereinrichtungen
und deren Auswertung**

KLAUS AURELIUS NEBEL

(Ethnologe, Berlin)

**Die Fotografie des Fremden – Zur Beziehung zwischen
Foto, Fotograf und Fotografierten
bei der Vermittlung von Fremden-Bildern**

DORA HORVATH

(Geschichte, Zürich):

**Die Pluralisierung von Modestilen Ende der 60er Jahre
am Beispiel von Fotografien in „Brigitte“**

BIBLIOGRAPHISCHE NOTIZEN/NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES

Alber Jens und Schenkluhn Brigitte, *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich*. Schriftenreihe des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung zu Köln, Band 8, Frankfurt/Main, Campus Verlag, 800 Seiten, DM 98.

Die Studie beschreibt in standardisierter Form die institutionelle und organisatorische Struktur des Gesundheitswesens in fünf Ländern. Behandelt werden die Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Italien und die Schweiz. Diese Länder repräsentieren unterschiedliche Organisationsweisen des Gesundheitswesens mit stark variierenden Graden staatlicher Intervention.

Durkheim Emile, *Le socialisme. Sa définition. Ses débuts. La doctrine saint-simonienne*. Première édition : 1928. Réédition, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Quadrige, 1992. Avec l'introduction de Marcel Mauss et une préface de Pierre Birnbaum. 267 pages, 62 FF.

«Le socialisme n'est pas une science, une sociologie en miniature, c'est un cri de douleur et, parfois, de colère, poussé par les hommes qui sentent le plus vivement notre malaise collectif». Cette citation de Durkheim, placée en exergue de son ouvrage réédité, fournit la clé de certaines confluences intellectuelles. L'orientation organiciste de Durkheim ne suffit pas à le ranger purement et simplement parmi les penseurs conservateurs. Dans une introduction bien documentée, Pierre Birnbaum fait justice des interprétations simplistes de la pensée de Durkheim tout en faisant le point de la littérature la plus récente en la matière.

Enriquez Eugène, *L'organisation en analyse*. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1992, 334 pages, 175 FF.

Les organisations furent longtemps considérées comme des ensembles stabilisés, rationnels ou tendant à une rationalité définie de façon restrictive. Ceci rend compte du succès du taylorisme. Plus tard, l'organisation fut envisagée comme un système social où firent irruption «les passions et les intérêts». Le commandement, les modalités de coopération, les types de conflits devinrent alors les préoccupations centrales. Depuis quelques années, une autre conception des organisations a vu le jour : celle qui les traite comme des ensembles à la fois culturels, symboliques et imaginaires. Dans cette perspective, l'approche psychanalytique acquiert une place éminente que l'auteur s'emploie à préciser.

Michalsky Helga (Hrsg.), *Politischer Wandel in konkordanz-demokratischen Systemen*. Liechtenstein politische Schriften, Band 15, Vaduz, Verlag der Liechtensteinischen Akademischen Gesellschaft, 1991, 192 S.

Dieser Band vereinigt die Referate sowie vorbereitete Diskussionsbeiträge eines Symposiums, das im November 1989 am Liechtenstein-Institut in Bendern stattfand. Inhalt: Gerhard Lehmbuch, Das konkordanzdemokratische Modell in der vergleichenden Analyse politi-

scher Systeme. Anton Pelinka, Österreich: Konkordanzdemokratie und Sozialpartnerschaft. Wolf Linder, Integration und Partizipation im politischen System der Schweiz. Hans Geser, Kleine Sozialsysteme – ein soziologisches Erklärungsmodell der Konkordanzdemokratie? Helga Michalsky, Liechtenstein: Konkordanzdemokratie und Parteiwettbewerb. Arno Waschkuhn, Schlusszusammenfassung.

Perrot Marie-Dominique, Rist Gilbert et Sabelli Fabrizio, *La mythologie programmée. L'économie des croyances dans la société moderne*. Paris, Presses universitaires de France, Coll. Economie en liberté, 1992, 217 pages, 144 FF.

Nous vivons une époque où les frontières du réel ne paraissent bornées que par les capacités de l'innovation. Pourtant, des tabous et des croyances semblent échapper à la critique. Ceci conduit à s'interroger sur la permanence du religieux dans une société qui prétend l'avoir exclu. On peut faire l'hypothèse que la société contemporaine est composée de fidèles qui s'ignorent et d'agnostiques profondément croyants. D'où l'utilité du concept de mythologie programmée qui vise à repérer en quoi le recours au religieux, c'est-à-dire à une croyance partagée, peut rendre compte de l'adhésion à certaines pratiques qui sont par ailleurs nécessaires à la reproduction sociale.

Rassegna Italiana di Sociologia, Anno XXXII, N. 4, Dicembre 1991, *Studi su Norbert Elias*. Bologna, Il Mulino.

Questo numero della «Rassegna Italiana di Sociologia» è interamente dedicato alla pubblicazione di una serie di saggi che hanno per tema la figura e l'opera di Norbert Elias, scomparso il 1 agosto 1990 ad Amsterdam. Collaboratori: Peter Gleichmann, Johan Goudsblom, Hans-Günther Eiland e Christian Lüdemann, Dirk Käsler, Antonio Roversi, Helga Nowotny, Alessandro Cavalli.

Vonderach Gerd, Siebers Ruth und Barr Ulrich, *Arbeitslosigkeit und Lebensgeschichte*. Leverkusen, Leske Verlag + Budrich GmbH, 1992, 217 S., DM 49.

Mitte der siebziger Jahre wurde die westdeutsche Bevölkerung von einer Massenarbeitslosigkeit überrascht, die sich trotz guter wirtschaftlicher Konjunktur bis zur Gegenwart verfestigte, wobei jedoch inzwischen die Zahl junger Arbeitsloser seit ihrem Höhepunkt im Jahre 1983 aus demographischen und arbeitsmarktpolitischen Gründen erheblich zurückging. In einem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Forschungsvorhaben wurde im Jahre 1987 in lebensgeschichtlich ausgerichteten Gesprächen (narrative Interviews) mit jungen Frauen und Männern im Alter zwischen 18 und 30 Jahren der Frage nachgegangen, wie diese mit langandauernder oder wiederkehrender Arbeitslosigkeit umgehen.

ZUSAMMENFASSUNGEN

Die Entstehung und Entwicklung der Gesundheitssoziologie (François Steudler)

Im Laufe der Zeit hat es immer einen Dialog zwischen der Soziologie und der Medizin gegeben. Man kann sogar sagen, dass der sozialmedizinische Gesichtspunkt in gewisser Weise am Beginn der Soziologie stand. Die Soziologie geht nicht nur auf das Werk von Saint-Simon und von Comte, sondern auch auf verschiedene verwaltungsmedizinische Arbeiten und Überlegungen von Theoretikern zurück, die sich von biologischen und medizinischen Ansätzen leiten liessen. Die Soziologie verdankt wohlgerne ihre Entstehung auch der Tatsache, dass sie potentiell eine Antwort auf wirtschaftliche und soziale Problemstellungen gab. Zu den wirtschaftssoziologischen Besorgnissen, die das soziologische Denken anregten, sind auch die Gesundheitsprobleme zu zählen, die in keiner Weise belanglos sind.

Gegenwartsdiagnose als Thema soziologischer Medizinkritik (Uta Gerhardt)

Der Aufsatz zeigt, daß die Medizinsoziologie insofern als Kultursoziologie verstanden werden kann, als sie Kulturkritik wie die Gesellschaftstheorie der zwanziger bis vierziger Jahre leistet. Für die Theorie der Kulturkrise ist Karl Mannheims Wissens- und Planungssoziologie Bezugspunkt der Argumentation. Ihre Thematik entspricht bis hin zur Designierung einer „freischwebenden Intelligenz“ als Sozialgruppe, die die Lösung der Gegenwartskrise vollbringen soll, den Themen der Medizinsoziologie. Dies, so wird gezeigt, ist unabhängig davon, ob Strukturfunktionalismus, symbolischer Interaktionismus (*Labelling-Theorie*), Ethnomethodologie oder Konflikttheorie theoretischer Rahmen des Medizinverständnisses sind. Die Gedankengänge, die dies dartun, werden an den verschiedenen Ansätzen der soziologischen Medizinanalyse im einzelnen nachgezeichnet. Insgesamt entsteht ein Bild der medizinsoziologischen Medizinkritik als Spielform eines „neuen“ Kulturpessimismus.

Analyse, wie der AIDS-Gefahr begegnet wird (Laura Cardia-Vonèche, Benoit Bastard, Françoise Osiek)

Dieser Artikel beschäftigt sich mit der Frage der Handhabung der AIDS-Gefahr in Liebes- und Sexualbeziehungen. Es wird dazu ein geeigneter gedanklicher Rahmen entwickelt, und die Arten des Umgangs mit dem Risiko werden in einer umfassenderen Betrachtungsweise der Liebes- und Sexualbeziehungen aufgezeigt, die insbesondere eine Typologie der Paargestaltungsarten, aber auch eine Typologie einschliesst, welche sich auf die Arten des Umgangs mit der Gesundheit bezieht. Der Artikel endet schliesslich mit der Formulierung neuer Hypothesen hinsichtlich der Gründe, warum die Menschen bei den Liebesbeziehungen, die sie eingehen, Vorbeugungsmassnahmen gegen die auf medizinischen Kriterien begründete Gefahr treffen oder nicht.

Epidemien im Institutionalierungsprozess des öffentlichen Gesundheitswesens (Josef Estermann)

Die Entwicklung der Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens kann als ein durch Katastrophen in der Form von Epidemien getriebener (Katastrophenmodell) oder als ein durch die Herausbildung moderner Staaten selbst hervorgerufener Prozess (Integrationsmodell) beschrieben werden. Die beiden Modelle können je nach Umständen abwechselnd Geltung haben. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Politik der Institutionen selber, die aktiv Bereiche der Gesundheitsförderung und der Seuchenbekämpfung bearbeiten und damit die öffentliche und politische Reaktion auf gesundheitsrelevante Themen und Ereignisse bestimmen können. Empirisches Material zur Beschreibung der Institutionsentwicklung liefern unter anderem die Choleraepidemien des 19. und 20. Jahrhunderts und die AIDS/HIV-Epidemie der letzten beiden Jahrzehnte. Die heuristische Sichtung des Materials legt die Forschungshypothese nahe, dass die Epidemien zwar den Institutionalierungsprozess jeweils besonders stark vorwärts treiben, ihre Fulminanz jedoch für den erreichten Grad der Institutionalisierung nicht allein bestimmend sind.

Lebenswelt und Persönlichkeit: Faktoren, die Jugendliche vor Stress schützen (Bolognini et al.)

Das Ziel dieser Arbeit ist die Untersuchung gewisser Persönlichkeitseigenheiten des Präadoleszenten. Es wurden 219 Probanden/innen untersucht, die bezüglich Geschlecht, Nationalität, soziale Umgebung und schulische Orientierung eine repräsentative Gruppe der waadtländer Adoleszenten darstellen. Die Erhebungen wurden je, in drei sich folgenden Jahren (12, 13 und 14 Jahre), in der Form von „self-reports“, durchgeführt.

Wichtige Unterschiede zeigten sich in Bezug auf Geschlecht: was Angst sowie depressive Störungen und Schlafstörungen betrifft, erreichen die Mädchen höhere Punktzahlen als die Knaben. Diese sind bei den beiden letzten Störungen mit 14 Jahren höher als mit 12 Jahren. Soziale Unterstützung hat einen direkten Einfluss auf die psychische Gesundheit, vermindert indessen, aber nur für gewisse Symptome und bei Jungen, die Beziehung zwischen Stress und Gesundheit. Positive Selbstbewertung, sowie aktives „coping“, insbesondere die Besetzung der Familienbeziehungen, schützen vor psychischen Störungen. „Coping“ hat einen direkten Einfluss auf die psychische Gesundheit, hat aber keine Interaktionseffekte.

Reproduktionsmedizin in der Schweiz: Ergebnisse und Interpretationen einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung (Christoph Maeder)

Mit technischen Innovationen greifen Ärzte und Biologen immer weiter in Zeugung und Schwangerschaft ein. Vor dem Hintergrund einer „aufgeregten“ Debatte über Wünschbarkeit und Folgen solchen Handelns wird mittels einer Bevölkerungsbefragung zu klären versucht, inwieweit sich ein normatives Korrelat zu dieser Entwicklung der Reproduktionstechniken bei den Befragten finden lässt. Die Ergebnisse zeigen ein selektives Bild der Akzeptanz dieser Techniken und keineswegs eine generelle, konsistente Ablehnung. Ins-

besondere die pränatale Diagnostik und die damit verbundene Möglichkeit zur Schwangerschaftsunterbrechung haben auffällig hohe Zustimmungsraten. Andererseits ergeben sich deutliche Hinweise darauf, dass die technische „Sprengung“ des Kerns der bürgerlichen Familie mittels Keimzellen von Dritten als ein wichtiges, normatives Hindernis reproduktionsmedizinischer Praktiken gelten darf.

Mythische Identität, Spielregeln und charismatisches Schaffen (Olgierd Kutny)

In diesem Artikel wird die Frage nach den Bedingungen des kollektiven Handelns in einer Krankenhausumgebung aufgeworfen. Insbesondere werden die Fragen gestellt, wie sich die Spiele der Individuen gestalten, wie die Repräsentationen der Situation angelegt sind und wie die Werte entstehen. Dies gibt Gelegenheit zur Erforschung der Verbindungspunkte zwischen einer strategischen Analyse und einer kulturellen Analyse. In den letzten Jahren wurde in verschiedenen Arbeiten diesbezüglich der Begriff der kulturellen Kapazität eingeführt, sowie neue Hypothesen über die kollektiven Identitäten, die sachdienlichen Handlungsgemeinschaften und die Projektgemeinschaft aufgestellt. Hier werden diese neuen theoretischen Perspektiven mit einer früher durchgeführten empirischen Untersuchung verglichen.

Auswirkungen der Organisierung zwischenmenschlicher Hilfe auf informelle Hilfe (Peter C. Meyer-Fehr, Christian Suter)

In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, welche Auswirkungen die Einrichtung einer Vermittlungsstelle für organisierte Nachbarschaftshilfe auf die Bevölkerung der Senioren (über 64-jährige) im Interventionsquartier hat. Im Zentrum steht die Frage, ob informelle, spontane Hilfe durch organisierte Hilfe aktiviert, ergänzt, deaktiviert oder substituiert wird. Mit Daten einer Längsschnittstudie wird eine empirische Effekt-Evaluation nach dem Pre-Post-Design durchgeführt. Zufallsstichproben der Bevölkerung des Interventionsquartiers (N = 89 befragte Senioren, N = 207 20–64-jährige Befragte) werden mit einer Kontrollgruppe eines anderen Quartiers (N = 102 Senioren) verglichen.

Die Resultate zeigen, dass sich die Senioren des Interventionsquartiers vom sekundären sozialen Netz (Freunde, Verwandte und Nachbarn) weniger gut unterstützt fühlen als drei Jahre zuvor, vor Beginn der Intervention. Sie leisten selber weniger informelle Hilfe an Nachbarn. Sie erhalten jedoch mehr informelle Hilfe von Leuten, die nicht in ihrem Haushalt wohnen (vor allem von Familienmitgliedern und Verwandten). Obschon die teilweise festgestellte Substitution von informeller Hilfe durch organisierte Hilfe problematisch ist, hat sie auch einen positiven Effekt. Die Deaktivierung des informellen Helfens scheint aufgrund der empirischen Ergebnisse für Betagte, die sich von Hilfeverpflichtungen überfordert fühlen, wohlthuend und tendenziell gesundheitsfördernd zu sein.

Politik und Geschlecht in Humor und Satire (John und Regina Bendix)

Dieser Artikel stellt die unausgesprochenen, schlecht quantifizierbaren kulturellen Gegebenheiten dar, die Frauen daran hindern, gleiche politische Repräsentation zu erreichen wie Männer. Die hierzu verwendeten Daten sind mündlich kursierende Witze, sowie Zeitungscartoons und Satiren, v. a. aus den USA und der Schweiz. Im Gegensatz zu früheren Witzzyklen über Politiker deuten Sprüche über Politikerinnen auf gesellschaftliche Unsicherheit und Unbehagen, die sowohl traditionelle wie auch neuere Geschlechterbereiche betreffen. Als Fallbeispiele dienen Geraldine Ferraro und Elizabeth Kopp. Die Sprüche über sie zeigen, dass von Frauen, die sich auf der Ebene der nationalen Politik bewegen wollen, immer noch erwartet wird, dass sie sich wie Männer verhalten. Alle Bereiche ihres Lebens und ihrer Persönlichkeit, die ihr Geschlecht repräsentieren, werden weiterhin kritisiert.

Zum Vergleich von Theorie sozialer Systeme und Handlungstheorie (Ralf Twenhöfel)

Das heterogene Feld soziologischer Theoriebildung wird durch die Systemtheorie Niklas Luhmanns nach Auffassung ihres Urhebers mit einem seit Talcott Parsons nicht mehr erhobenen Anspruch konfrontiert: dem einer fachuniversalen Theorie. Dieser Anspruch der Theorie und ihre Bestimmungsstücke haben Vergleiche mit konkurrierenden soziologischen Ansätzen nahegelegt. Gegensätzliche Inklusionspostulate setzen Überlegenheit des jeweils vertretenen Referenzansatzes voraus. Unseren Ausführungen werden unter dem Gesichtspunkt von „Fruchtbarkeit“ einen Vergleich von System- und Handlungstheorie vornehmen.

RÉSUMÉS

Genèse et développement de la sociologie de la santé (François Steudler)

Au cours du temps, il y a toujours eu un dialogue entre la sociologie et la médecine. On peut même dire que le point de vue médico-social a été dans une certaine mesure à l'origine de la sociologie. En effet, la sociologie trouve sa source non seulement dans l'oeuvre de Saint-Simon et de Comte mais aussi dans divers travaux médico-administratifs et dans les réflexions de théoriciens qui s'inspirèrent du modèle biologique et médical. Bien entendu, la sociologie doit aussi sa naissance au fait qu'elle était potentiellement une réponse à une demande économique et sociale. Mais parmi les préoccupations socio-économiques qui stimulèrent la pensée sociologique, on peut compter des problèmes sanitaires qui sont loin d'être négligeables.

Le diagnostic du temps présent comme thème de la critique sociologique de la médecine (Uta Gerhardt)

La sociologie de la médecine peut être comprise comme une sociologie de la culture dans la mesure où elle présente une critique analogue à celle de la théorie sociale des années trente à quarante. La sociologie de la connaissance et de la planification de Karl Mannheim est ici le point de départ de l'argumentation, en tant que théorie de la crise de la culture. Sa thématique rencontre celle de la sociologie de la médecine, y compris dans la présentation de l'intelligentsia libre d'attaches comme le groupe social appelé à résoudre la crise de l'époque actuelle. Et ceci, quel que soit le cadre théorique adopté : structuro-fonctionnalisme, interactionnisme symbolique (théorie de l'étiquetage), ethnométhodologie ou théorie du conflit. Le raisonnement se fonde dans cet article sur les différentes approches en sociologie de la médecine. La critique sociologique de la médecine y apparaît comme le reflet d'un nouveau pessimisme culturel.

Les manières de faire face au risque du sida (Laura Cardia-Vonèche, Benoît Bastard, Françoise Osiek)

Cet article envisage la question de la gestion du risque du sida dans les relations affectives et sexuelles. Pour ce faire, il développe un cadre conceptuel approprié, en replaçant les manières de faire face au risque dans une approche plus large des relations affectives et sexuelles, englobant en particulier une typologie des manières d'être en couple et une autre se rapportant aux modes de gestion de la santé. Il débouche sur la formulation de nouvelles hypothèses quant aux raisons qui font que les individus recourent ou non, dans les relations amoureuses qu'ils engagent, à des mesures de prévention du risque reposant sur des critères médicaux.

Epidémies et processus d'institutionnalisation du secteur de la santé publique (Josef Estermann)

Le développement des institutions de santé publique peut être décrit comme un processus stimulé par des catastrophes comme des épidémies (modèle de catastrophe) ou par l'évolution propre des états et des sociétés modernes (modèle d'intégration). Selon les circonstances, chaque modèle peut être tour à tour valide. Par la politique qu'elles adoptent, les institutions elles-mêmes peuvent déterminer l'activité dans le domaine de la promotion de la santé et de la lutte contre les épidémies en exerçant une influence sur la réaction politique face aux thèmes ou aux événements pertinents. Les épidémies de choléra des 19^{ème} et 20^{ème} siècles ainsi que l'épidémie de SIDA/HIV de ces deux dernières décennies fournissent à cet égard un matériel empirique adéquat. Son analyse acquiert une portée heuristique et suggère une hypothèse de recherche : les épidémies stimulent fortement le processus d'institutionnalisation. Leur éruption n'est cependant pas le seul facteur déterminant le degré d'institutionnalisation atteint.

Milieu de vie et personnalité : quels sont les facteurs qui protègent les pré-adolescents du stress ? (Monique Bolognini, Bernard Plancherel, Rafael Nunez et Walter Bettschart)

Cette recherche vise à étudier certaines caractéristiques de la personnalité à la pré-adolescence. La population étudiée comprend 219 jeunes représentatifs de la population résidente du canton de Vaud du point de vue du sexe, de la nationalité, du milieu social et de l'orientation scolaire. Les données sont recueillies durant trois ans, à 12, 13 et 14 ans, à un an d'intervalle, au moyen de «self-reports». D'importantes différences sont observées selon le sexe : les scores des filles sont supérieurs à ceux des garçons pour l'anxiété, les troubles dépressifs et les troubles du sommeil. Pour les deux sexes, l'anxiété et les troubles dépressifs augmentent entre la première (12 ans) et la troisième évaluation (14 ans). Le support social a une incidence directe sur la santé psychique mais ne modère la relation stress-santé que pour certains symptômes, et seulement pour les garçons; l'estime de soi positive protège des troubles psychiques, de même que le «coping» actif, notamment l'investissement des relations familiales. Le «coping» a un effet direct sur la santé psychique mais aucun effet d'interaction.

Médecine de la reproduction en Suisse : résultats et interprétations d'une enquête auprès d'un échantillon représentatif de la population (Christoph Maeder)

Les innovations techniques permettent aux médecins et aux biologistes d'intervenir toujours plus dans la procréation et la grossesse. Sur la toile de fond d'un débat animé concernant l'opportunité et les conséquences de telles pratiques, on a essayé grâce à une enquête auprès de la population de voir dans quelle mesure existe chez les répondants un corrélat normatif en rapport avec ce développement des techniques de reproduction. Les résultats montrent d'abord que l'acceptation de ces techniques est sélective. Ils n'indiquent en aucune façon un rejet général et consistant. En particulier, le diagnostic prénatal et la possibilité d'interruption de grossesse qui y est liée présentent des taux d'approbation

remarquablement élevés. Par ailleurs, il semble assez clair que l'irruption technique au coeur de la famille bourgeoise par le recours à l'insémination impliquant un tiers donneur constitue un obstacle normatif important aux pratiques de la médecine de la reproduction.

Identité mythique, règles du jeu et création charismatique (Olgierd Kutý)

On s'interroge dans cet article sur les conditions de l'action collective dans le cadre hospitalier. En particulier, sur la manière dont s'organisent les jeux des individus, se construisent les représentations de la situation et s'élaborent les valeurs ? Ceci est l'occasion d'explorer les points d'articulation entre une analyse stratégique et une analyse culturelle. Ces dernières années, différents travaux ont introduit à cet égard le concept de capacité culturelle ainsi que de nouvelles hypothèses sur les identités collectives, sur les communautés d'action pertinentes et sur la communauté de projet. On confronte ici ces perspectives théoriques nouvelles avec une recherche empirique menée antérieurement.

Répercussions de l'aide individuelle organisée sur l'aide informelle (Peter C. Meyer-Fehr et Christian Suter)

Le présent travail étudie les répercussions de la mise en place d'un organe jouant le rôle d'intermédiaire pour l'aide de voisinage organisée sur la population des personnes âgées (de plus de 64 ans) dans un quartier d'intervention. Il pose principalement la question de savoir si l'aide organisée active, complète, désactive ou remplace l'aide informelle et spontanée. Des données provenant d'une étude longitudinale permettent d'évaluer empiriquement ces effets selon un schéma avant-après. Des échantillons de population sélectionnés au hasard dans le quartier d'intervention (personnes interrogées de plus de 64 ans $N = 89$, personnes interrogées de 20 à 64 ans $N = 207$) sont comparés à un groupe de contrôle d'un autre quartier ($N = 102$).

Les résultats montrent que les personnes âgées du quartier d'intervention se sentent moins bien soutenues par le réseau social secondaire (amis, parents et voisins) que trois ans auparavant, avant le début de l'intervention. Ces personnes apportent elles-mêmes moins d'aide informelle à leurs voisins. Cependant, elles reçoivent davantage d'aide informelle de la part des personnes ne faisant pas partie de leur ménage (principalement des membres de la famille et des parents). Malgré les problèmes posés par le remplacement de l'aide informelle par l'aide organisée, que l'on constate parfois, celle-ci a aussi un effet positif. Les résultats empiriques semblent montrer que la désactivation de l'obligation d'apporter une aide informelle est bienfaisante pour les personnes âgées qui se sentent dans l'incapacité d'assumer cette obligation, et a tendance à améliorer leur santé.

Politique et sexe dans l'humour et la satire (John et Regina Bendix)

Basé sur des plaisanteries en circulation orale, sur des dessins extraits de journaux et sur des textes satiriques principalement américains et suisses, cet article cherche à mettre en évidence certains des problèmes latents, non quantifiables, qui s'opposent à l'égalité des femmes dans la représentation politique. Contrairement aux précédents cycles de plaisanteries concernant les politiciens de sexe masculin, l'humour relatif aux femmes engagées dans la politique reflète un malaise sociétal lié aux domaines d'activité traditionnels et nouveaux des deux sexes. Les cas de Geraldine Ferraro et d'Elisabeth Kopp sont examinés ici en détail. L'humour pratiqué indique qu'on attend des femmes entrant dans le monde de la politique au niveau national qu'elles agissent comme des hommes. Les critiques qu'elles subissent visent les aspects de leur vie et de leur personnalité qui sont associés à leur condition féminine.

De la comparaison de la théorie des systèmes sociaux et de la théorie de l'action (Ralf Twenhöfel)

De l'avis même de son auteur, la théorie des systèmes de Niklas Luhmann confronte le champ hétérogène de la théorie sociologique à une prétention qui n'avait plus été formulée depuis Talcott Parsons : celle de l'universalité de sa portée. Cette ambition théorique tout comme les éléments essentiels de cette approche imposent des comparaisons avec les perspectives théoriques concurrentes. Dans chaque cas, des postulats d'inclusion contradictoires présupposent une certaine supériorité accordée aux termes de référence. On procède ici à une comparaison entre la théorie systémique et la théorie de l'action en prenant pour critère le caractère plus ou moins fructueux des deux approches.

SUMMARIES

Genesis and development of the sociology of health (François Steudler)

There has always been a dialogue between sociology and medicine. It could even be said that the medico-social outlook was, to a certain extent, at the origins of sociology. Indeed, the origins of sociology are to be found not only in the works of Saint-Simon and Comte but also in various medico-administrative works and in the reflections of theorists inspired by the biological and medical model. Of course, the birth of sociology also stems from the fact that it was potentially a response to an economic and social demand. However, among the socio-economic concerns which stimulated sociological thought, sanitary problems played a not insignificant role.

The diagnosis of present time as a theme for a sociological critique of medicine (Uta Gerhart)

The sociology of medicine can be understood as a sociology of culture, to the extent that it presents a critique analogous to that of the social theory of the 1930s and 1940s. The arguments put forward take Karl Mannheim's sociology of knowledge and planning, in the sense of a theory of cultural crisis, as their point of departure. Its thematics are similar to those of the sociology of medicine, including the presentation of a "free floating" intelligentsia as the social group called upon to resolve the crisis of the present age. And this applies no matter what the theoretical framework: structuro-functionalism, symbolic interactionism, (labelling theory), ethnomethodology or theory of conflict. In this article, the argument is based on the various approaches in the sociology of medicine. The sociological critique of medicine thus appears as the reflection of a new cultural pessimism.

Ways of facing the risk of AIDS (Laura Cardia-Vonèche, Françoise Osiek, Benoit Bastard)

This article considers the question of risk management for AIDS in affective and sexual relations. In order to do so, it elaborates an appropriate conceptual framework, replacing ways of confronting the risk in a broader approach to affective and sexual relations, comprising, more particularly, two typologies, one of ways to exist together as a couple and another relating to modes of health management. It moves on to formulate new hypotheses as to the reasons which lead individuals either to have or not to have recourse to risk prevention measures based on medical criteria in their lovemaking.

Epidemics and the institutionalisation process of the public health sector (Josef Estermann)

The development of public health institutions can be described as a process stimulated either by such catastrophes as epidemics (the catastrophe model) or by the normal development of modern states and societies (the integration model). Depending on the circumstances, either model may prove to be valid. By the policies that they adopt, the institutions themselves can define their activity in the domain of health promotion and the struggle against epidemics, by exercising an influence over political reactions to the relevant themes or events. The cholera epidemics of the 19th and 20th centuries, together with the AIDS/HIV epidemics of the last two decades, provide ample empirical material in this regard. The resulting analysis is of heuristic value and suggests a research hypothesis: epidemics provide a strong stimulus for the institutionalisation process. However, the outbreak of an epidemic is not the sole factor determining the degree of institutionalisation attained.

Life environment and personality: factors that protect pre-adolescents from stress (Monique Bolognini, Bernard Plancherel, Rafael Núñez and Walter Bettschart)

The aim of this paper is to study certain personality characteristics in pre-adolescence. The population studied comprises 219 young people from the resident population of the canton of Vaud, representative according to sex, nationality, social background and schooling. The data were gathered at one year intervals over a three year period (at ages 12, 13 and 14), by means of self-reports. These reveal significant differences dependant on sex: girls have higher scores than boys for anxiety, depressive problems and sleep problems. With both sexes, anxiety and depressive problems increase between the first evaluation at 12 and the third at 14. Social support has a direct effect on mental health but does not change the stress-health relationship except for certain symptoms and then only with boys. Positive self-esteem provides protection against psychological problems in the same way as active coping, notably through investment in family relations. Coping has a direct effect on psychological health but no interaction effect.

Reproductive medicine in Switzerland: results and interpretations of a survey of a representative sample of the population (Christoph Maeder)

Technological innovation has made it possible for doctors and biologists to intervene increasingly in procreation and pregnancy. Against the background of a heated debate on the opportunities and consequences arising from practices of this kind, a survey has been carried out in an attempt to establish to what degree there exists among respondents a normative correlation with this development of reproductive technology. While the results show, first of all, that acceptance of the techniques in question is selective, they do not in any way indicate general and consistent rejection. In particular, prenatal diagnostics and the related possibility of interruption of pregnancy receive remarkably high levels of approval. On the other hand, as far as middle class families are concerned, it seems quite

clear that, in the practice of reproductive medicine, the implication of a third party donor is a significant normative obstacle to artificial insemination.

Mythic identity, rules of the game and production of charisma (Olgierd Kutny)

This article considers the conditions for collective action within the hospital context. In particular, it looks at the ways in which games played by individuals are organised, how representations of the situation are constructed and how values are elaborated. This provides an opportunity to explore the points of contact between a strategic and a cultural analysis. In recent years, various studies in this area have introduced the concept of cultural capacity, together with new hypotheses on collective identities, on related action groups and on the project community. These new theoretical perspectives are here contrasted with empirical research carried out at an earlier date.

The effects of the organisation of interpersonal help on informal help (Peter C. Meyer-Fehr, Christian Suter)

The study investigates the effects on senior citizens (over 64s) of the establishment of an agency for organised neighbourhood help in their district. The central question is the effect of organised help on informal spontaneous help: does it serve to activate or deactivate, to supplement or to replace? An empirical effect evaluation was carried out after pre-post-design using data from a longitudinal study. Random samples of the population from the district in question (N = 89 over 64, N = 207 in age range 20-64) were compared with a control group from another area (N = 102).

The results show that the elderly people from the action area felt they received less support from the secondary social network (friends, relations, neighbours) than three years earlier, before the start of the intervention. They themselves give less informal help to neighbours. However, they receive more informal help from people who do not live in their household (mainly family members and relations). Although this partial replacement of informal help by organised help entails problems of its own, it also has one positive effect. On the basis of the empirical results, the deactivation of informal help seems to be beneficial and good for the health of elderly people who feel under strain because of obligations to give help.

Politics and Gender in Humor and Satire : The Cases of Elisabeth Kopp and Geraldine Ferraro (John Bendix and Regina Bendix)

Based on a sample of orally circulating jokes, newspaper cartoons and satirical materials primarily from the United States and Switzerland, this article seeks to uncover some of the tacit, unquantifiable cultural concerns that keep women from gaining equal political representation. In contrast to earlier joke cycles about male politicians, humor about women politicians points to a societal unease about both traditional and newly emerging

gender domains. The cases of Geraldine Ferraro and Elisabeth Kopp are examined in depth, and here the humor indicates that women who enter politics at the national level are still expected to act like males and to suffer criticism for every part of their lives and personalities that represent their gender.

On the comparison of the theory of social systems and the theory of action (Ralf Twenhöfel)

Niklas Luhmann's claim to have developed a universal theory is one which the heterogeneous field of sociological theory has not faced since Talcott Parsons. This claim for the theory and its data have suggested comparisons with other competing sociological formulations. Contrary inclusion postulates presuppose the superiority of the reference statement posited. Our explanations are subjected to a comparison of system theory and action theory from the standpoint of "fruitfulness".

Revue suisse de sociologie

OBJECTIFS DE LA REVUE

La *Revue suisse de sociologie* a pour but de refléter l'activité des chercheurs en sciences sociales travaillant en Suisse et de permettre l'accumulation de données et analyses relatives à ce pays. Malgré cette sorte de priorité, elle est largement ouverte aux chercheurs étrangers, que leur travail porte ou non sur la Suisse. En fonction de ses objectifs, la Revue ne privilégie ni exclut aucune tendance ni aucun domaine de la recherche. Le choix des articles retenus pour la publication est fait par le comité de lecture et le comité de rédaction.

QUELQUES NORMES INDISPENSABLES POUR LA PRÉSENTATION DE MANUSCRITS

1. Les articles proposés doivent être remis sous forme dactylographiée, si possible à interligne 1½, en 4 exemplaires au moins, avec une marge suffisante sur tous les côtés.
2. Les articles doivent être accompagnées d'un résumé (100–150 mots) en français et en allemand. Les résumés en anglais seront fournis par l'Editeur.
3. Pour la numérotation des titres et sous-titres, on utilisera de préférence la numérotation décimale (1., 1.1, 1.1.1, etc.).
4. Les références bibliographiques dans le corps du texte doivent être présentées ainsi: ... (Merton, 1964, 11–18).
5. L'ensemble des références complètes est donnée à la fin de l'article, par ordre alphabétique des auteurs.
Il faut standardiser les références de la manière suivante:
Livres: MERTON Robert K. (1976), *Social Theory and Social Structure*, Free Press, New York.
Articles de revue: HOLLANDER Eric P. (1971), "Style, Structure and Setting in Organizational Leadership", *Administrative Science Quarterly*, 16, 1–9 (ou XI/3, 65–79).
Articles d'ouvrages collectifs: UDY Sigmund (1965), "The Comparative Analysis of Organizations", in MARCH John H., Ed., *Handbook of Organizations*, Plenum Press, Chicago, 678–709.
6. Les graphiques, cartes, etc. doivent être présentés sous une forme directement utilisable pour la confection de films offset (dessin à l'encre de chine noire sur papier blanc). La Revue n'a malheureusement pas les moyens de les faire mettre au point par un graphiste.
7. Les illustrations, tableaux, notes doivent être présentés sur des feuilles séparées, avec renvoi approprié dans le texte.
8. En général, la longueur des textes ne devrait pas dépasser 30 pages dactylographiées, notes, références et graphiques compris.
9. L'auteur d'un article accepté par la Revue peut bien sûr introduire des modifications de détail dans son texte. Il serait toutefois souhaitable que les manuscrits proposés à la Revue soient déjà rédigés dans une forme définitive.
10. L'adresse de l'auteur doit figurer sur la page-titre de l'article.

ADRESSE DE LA RÉDACTION

Les manuscrits et livres pour recension doivent être envoyés à l'adresse suivante: Jacques Coenen-Huther, Revue Suisse de sociologie, Université de Genève, Département de Sociologie, CH-1211 Genève 4.

Schweizerische Zeitschrift für Soziologie Revue suisse de sociologie

Redaktionskomitee / Comité de rédaction

Volker Bornschier (Soziologisches Institut der Universität Zürich), Jacques Coenen-Huther (Département de Sociologie, Université de Genève), Robert Hettlage (Soziologisches Institut, Regensburg/Basel), Riccardo Lucchini (Chaire de Sociologie, Université de Fribourg)

Redaktor / Directeur

Jacques Coenen-Huther (Département de Sociologie, Université de Genève)

Buchbesprechungen / Recensions critiques

André Ducret (Ecole d'Architecture, Université de Genève), Peter Gross (Soziologisches Seminar, Hochschule St. Gallen)

Internationaler Beirat / Conseil international de Rédaction

Jeffrey Alexander (University of California, Los Angeles), Margaret Archer (University of Warwick), Georges Balandier (Université de Paris-Sorbonne), Raymond Boudon (Université de Paris-Sorbonne), Max Haller (Universität Graz), Thomas Luckmann (Universität Konstanz), Alberto Martinelli (Università di Milano), Renate Mayntz (Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln), Richard Münch (Universität Düsseldorf), Helga Nowotny (Universität Wien), Jean Rémy (Université Catholique de Louvain), Céline Saint-Pierre (Université du Québec à Montréal), Alain Touraine (EHESS, Paris), Anton Zijderveld (Erasmus Universiteit Rotterdam)

Auswärtige Mitglieder der Redaktion / Membres correspondants de la Rédaction

Martin Albrow (Roehampton Institute, London), François Chazel (Université de Paris-Sorbonne), Hans-Peter Müller (Universität Heidelberg)

Ehemalige Redaktoren / Anciens Directeurs

Jean Kellerhals (1975-1979), Werner Fischer (1979-1991)

Anschrift der Redaktion / Adresse de la rédaction

Jacques Coenen-Huther, Revue suisse de sociologie, Université de Genève, Département de Sociologie, CH-1211 Genève 4

Verwaltung, Abonnemente, Werbung / Administration, abonnements, publicité

Seismo Verlag, Postfach 313, CH-8028 Zürich, Tel. (01) 261 10 94

Die Zeitschrift erscheint dreimal jährlich. / La Revue paraît trois fois par an.

Abonnementspreise (pro Jahr) / Tarif des abonnements (par an)

Mitglieder der SGS: im Mitgliederbeitrag inbegriffen /

Membres de la SSS: compris dans la cotisation

Einzelpersonen/Personnes physiques/Individuals

sFr. 105.—

Juristische Personen/Personnes morales/Institutions

sFr. 125.—

Überseezuschlag/Supplément pour pays hors Europe/Overseas

sFr. 10.—

Veröffentlicht mit Unterstützung der Schweizerischen Akademie der Geisteswissenschaften sowie des Migros-Genossenschaftsbundes. Publiée avec l'aide de l'Académie suisse des sciences humaines et le soutien de la Fédération des Coopératives Migros.