

Psychiatrische Therapie als Expertenhandeln

Christa Fengler-Karger / Thomas Fengler

Bislang typisch für soziologische Untersuchungen im psychiatrischen Krankenhaus war, daß sich ihre thematischen Interessen vorwiegend auf solche sozialen Strukturen richteten, die krankenhausunspezifisch sind. Mit unspezifisch meinen wir: das Krankenhaus wird als ein soziales Feld dargestellt, in dem sich die Anwendbarkeit allgemeiner gesellschaftstheoretischer Konzepte bewährt – das Krankenhaus als Ort sozialer Machtdifferenzierung (Rubenstein / Lasswell 1966) oder das psychiatrische Krankenhaus als System sozialer Interaktion, das Stationsleben als Gruppenprozeß (Caudill 1958). Ausgeblendet blieben Fragen wie: 1. Was heißt Behandlung von Geisteskrankheit im Organisationsmilieu des Krankenhauses? 2. Wie erkennt der Arzt Geisteskrankheit? 3. Wie stellt das Personal Besserung fest? 4. Wie und wann wird eine Entlassung durchgeführt? Was in allen diesen Untersuchungen als selbstverständlich unterstellt wird und nicht weiter als untersuchenswert erscheint, betrifft die zentrale Aktivität der Institution, nämlich die Produktion psychiatrischer Dienstleistungen.

Auch Goffman (1961) nimmt von Behandlung nur im Bezugsrahmen seiner Generalthese von den depersonalisierenden Konsequenzen des institutionellen Arrangements totaler Institutionen Notiz. Gruppentherapiesitzungen sind nach seinem Verständnis 'Gehirnwäsche'. Der Patient wird dazu gebracht, durch planvoll eingesetzten Gruppendruck seinem alten, kranken Selbst abzuschwören und ein vom Psychiater entworfenes Selbst zu übernehmen als Preis für seine Entlassung. Therapie allgemein ist für Goffman ein Etikett, das vom Personal dazu benutzt wird, um Disziplinarmaßnahmen – wie etwa die Verlegung von renitenten Patienten auf 'backwards' – zu verschleiern; Etikettenschwindel also, der zur Mystifikation der Patienten und des Personals selbst ins Werk gesetzt wird. Eine solche fundamentale Kritik an dem, was sich im psychiatrischen Krankenhaus als Behandlung ausgibt, ist logisch nur möglich, wenn der soziologische

Beobachter einen Begriff von der 'richtigen' Behandlung hat. Denn wenn die beobachtete Therapie etwas ganz anderes ist, als es ihr Begriff nahelegt, was ist dann die 'wahre' Behandlung, die Behandlung also, die ihrem Begriff alle Ehre macht? Goffmans Maßstab, ab dem er die schlechte Realität mißt, bleibt unexpliziert.

Freidson (1975) glaubt, eine solche Norm gefunden zu haben, an der sich die empirische Wirklichkeit ärztlich-therapeutischen Handelns messen und bewerten läßt. Er fordert, daß die soziale Etablierung ärztlicher Autorität in medizinischen Dienstleistungsbetrieben sich legitimerweise *nur* auf technische Expertise berufen kann. Allein diese wissenschaftlich fundierte Qualifikation begründe ihre Machtposition in der arbeitsteiligen Organisationsstruktur des Krankenhauses. Das Krankenhaus wird im Sinne Webers als ein System der Autoritätsverteilung gesehen, in dem die Folgebereitschaft der Mitglieder an die Bedingung geknüpft ist, daß die Autoritätsstruktur sich ihnen als auf technischer Effizienz begründet darstellt. „Wir müssen jedoch feststellen, daß Expertentum bloß unterstellt werden und möglicherweise realiter keine exakte technische Grundlage haben kann. Selbst bei einer derart wissenschaftlich fundierten Profession wie der der Medizin und des Arztberufs findet man bloß einen Kernbestand aus soliden Fähigkeiten, welcher von einer ausgedehnten Fettschicht ungeprüfter Praktiken umgeben ist, die unkritischerweise wegen ihrer Verbindung mit den zentralen Fähigkeiten anerkannt werden“ (Freidson 1975, S. 128 f.)

Freidson identifiziert als Bestandteil dieser Fettschicht ungeprüfter Praktiken des medizinischen Experten dessen wissenschaftlich nicht fundierte Alltagsvorstellungen: seine persönlichen Präferenzen und Erfahrungen, seine Verwurzelung in beruflicher Tradition und 'innerberuflicher Folklore'. Diese Wissensbestandteile des Arztes, die empirisch gesehen sicher den größten Teil an seinem Handeln ausmachen, betrachtet Freidson als 'Übergriffe', als 'informelles Handeln' und im strengen Sinne einer rationalen Organisationsstruktur als nicht legitimierbar. Er versäumt es deshalb auch nicht, die praktischen Verwertungsmöglichkeiten eines soziologischen Forschungsprogramms, das sich in diesem konzeptuellen Rahmen bewegt, anzudeuten: die Krankenhausadministration (und wir könnten hinzufügen: alle nicht-ärztlichen Experten) soll in die Lage versetzt werden, „zwischen der Fettmasse und dem soliden Kern der ärztlichen Tätigkeit zu unterscheiden und Einfluß

darauf zu gewinnen, daß die ärztliche Jurisdiktion über den Fettgewebsanteil beschnitten wird“ (a. a. O., S. 130).

Dieses Programm hat seine Parallele in der zentralen Konvention der Organisationssoziologie, die mit der begrifflichen Unterscheidung von formalen und informellen Strukturen arbeitet. Der Industriebetrieb wird daraufhin erforscht, bis zu welchem Grade die programmatisch vom Management intendierten formalen Organisationsstrukturen in der Lage sind, das zu beschreiben und begrifflich zu fassen, was in einem solchen Betrieb vor sich geht, und welche programmfremden, also informellen Verhaltensmuster die formale Arbeitsorganisation überwuchern. In seiner Kritik an Webers Theorie bürokratischer Herrschaft stellt Bittner (1974) fest, daß dieses konzeptuelle Verfahren kurzschlüssig ist. Das begriffliche Schema 'formale Organisationsstruktur' entnimmt der Soziologe dem Handlungsfeld, das er untersucht. Genauer: er übernimmt eine Sichtweise, die die sozial organisierten Aktivitäten nur in bezug auf das designierte Organisationsziel betrachtet. Der Soziologe 'reinigt' die Common-sense-Version dieses Konzepts, um sie als analytisches Werkzeug bei der Untersuchung eben des Feldes zu verwenden, dem es entnommen ist. Das begrifflich radikalisierte Schema repräsentiert einen idealen und praktisch unerreichbaren Zustand der Dinge, nämlich eine soziale Organisation, die rein nach rational-bürokratischen Prinzipien konstruiert ist. Das Konzept 'formales Organisationsprogramm' verwendet der Forscher nun als Kriterium zur Bestimmung des theoretischen Status der beobachteten Aktivität (geplant/formal vs. ungeplant/informell). In jedem einzelnen Fall zu entscheiden, ob eine registrierte Handlung im Einklang mit dem formalen Handlungsprogramm steht oder davon abweicht, wäre nur dann ein unproblematisches Vorgehen, wenn der Forscher über unzweideutige Kriterien verfügen würde, die es ihm erlauben, die jeweils spezifischen Merkmale aktueller Situationen und des Verhaltens, das in ihnen angemessen ist, zu bestimmen. Wie Don H. Zimmerman (1971) in diesem Zusammenhang bemerkt, werden solche Entscheidungen aber vom Forscher typischerweise auf einer ad-hoc-Basis getroffen unter Mißachtung dessen, was das formale Handlungsprogramm für den Handelnden selbst bedeutet. Es könnte nämlich sein, „that the rational schemes appear as unrealistic normative idealizations only when one considers them literally, i. e. without considering some tacit background assumptions that bureaucrats take for granted“ (Bittner 1974, S. 71).

Pure rational-bürokratische Organisation bedeutete beispielsweise theoretisch die absolute Priorität des Prinzips technischer Effizienz. Wenn aber diese Konzeption irgendeine praktische Bedeutung für die Mitglieder von empirischen Organisationen haben soll, dann nur, wenn man unterstellt, daß die Mitglieder stillschweigend wissen, „that the ideal of efficiency is exercised over a domain of objects and events that are known to exist and that are known to possess independent qualities of their own“ (a. a.O., S. 72).

Wenn beispielsweise Weber den Begriff 'Angestellter' verwendet, so muß er eine Anzahl Hintergrundinformationen voraussetzen, die nicht zum expliziten Gegenstand seiner Theorie werden. Webers Angestellter ist natürlich ein Mensch weiblichen oder männlichen Geschlechts, ein normal kompetenter Erwachsener, dessen Interessen, Neigungen, Fähigkeiten und Fehler bekannt sind und von seiner Umwelt selbstverständlich in Rechnung gestellt werden bei der Planung und Durchführung von Handlungsabläufen. Wenn sich das Organisationsmitglied auf das Effektivitätsprinzip bezieht, dann unterstellt es, daß die Betroffenen auch andere Qualitäten besitzen als solche, die für die Anwendung des Effektivitätsprinzips relevant werden, Qualitäten etwa, die für die Hervorbringung 'informeller Verhaltensmuster' verantwortlich sind. Im alltagssprachlichen Gebrauch sind begriffliche Konstrukte, die sich auf die Merkmale sozialer Organisationen beziehen, immer schon von einem Kranz impliziter Zusatzinformationen umgeben, deren Kenntnis das kompetente Mitglied voraussetzt. Der Soziologe, der die Alltagsbedeutung dieser begrifflichen Konstruktionen durch 'Reinigung' in eine normative Idealisierung verwandelt, um damit reale Handlungssysteme zu untersuchen, macht die triviale Entdeckung, daß in den untersuchten Organisationsstrukturen unintendiertes, d. h. die festgelegte operationale Bedeutung seiner normativen Idealisierung überschreitendes soziales Handeln auftritt.

Wenn wir Freidsons Anregungen zur Untersuchung des ärztlichen Handelns in der Interaktionsarena des Krankenhauses aufgreifen würden, gerieten wir in die gleichen Schwierigkeiten. Wir müßten von außen ein begrifflich hypostasiertes Schema, was ärztliches Handeln operational bedeuten soll, in das Untersuchungsfeld importieren. Sanktioniertes therapeutisches Handeln des Arztes sollte ja nach dieser Konzeption nur dort vorliegen, wo der Arzt sich auf seine wissenschaftlich-technisch fundierte Expertise berufen kann. Freidson empfiehlt also einen Therapiebegriff, der ohne

Berücksichtigung der praktischen Interessen, Perspektiven und Interpretationsverfahren der Handelnden selbst eine operational stabile Bedeutung besitzt. Statt dessen schlagen wir vor, bei der Untersuchung der Merkmale ärztlicher und nichtärztlicher therapeutischer Praxis in einem psychiatrischen Krankenhaus nicht von einer idealisierten Version des Therapiebegriffs (welcher Provenienz auch immer) auszugehen, sondern die Bedeutung dieses Begriffs durch den Gebrauch zu bestimmen, den kompetente Personen von ihm in realen Szenen machen. Theoretisch und methodologisch orientiert sich die Untersuchung also an der Idee, daß die tragenden Kategorien eines psychiatrischen Krankenhauses wie 'Krankheit', 'Diagnose', 'Behandlung', 'Besserung', 'Heilung' usw. durch die alltäglichen Routinehandlungen des Personals auf einer Station zu definieren sind. Was immer Therapie in anderen Kontexten bedeuten mag, uns kommt es darauf an zu zeigen, „wie diese Kategorie durch das in die tägliche Stationsroutine eingebettete Verhalten des Krankenhauspersonals konstituiert wird“ (Sudnow 1973, S. 218).

Das Therapiekonzept und sein methodischer Gebrauch durch die Mitglieder des sozialen Feldes verbleibt so integraler Bestandteil der zu untersuchenden Realität. Diese Perspektive nimmt die Empfehlung ernst, daß der Forscher aufhören soll, wissenschaftliche Begrifflichkeit als methodologische Regel zur Interpretation sozialer Handlungen zu verwenden, und statt dessen damit beginnen soll, die natürliche Logik von Alltagsbegriffen zu entdecken (Mehan / Wood 1975). Es gilt also, die allen therapiebezogenen Handlungen zugrundeliegende Regelstruktur aufzuzeigen und die praktischen Entscheidungsprozesse sichtbar zu machen, die die Akteure bei der Durchführung von therapeutischem Handeln vollziehen. Unsere zentrale Fragestellung ist: Wie wird Therapie im Organisationsmilieu eines Landeskrankenhauses zustande gebracht? Wir stellen unsere Arbeit mit dieser Betonung des 'Durchführungs'-Aspekts in den Bezugsrahmen ethnomethodologischer Forschung, für die „the objective reality of social facts, as an ongoing accomplishment of the concerted activities of daily life, with the ordinary, artful ways of that accomplishment being by members known, used, and taken for granted, is, for members doing sociology, a fundamental phenomenon“ (Garfinkel 1967, S. VII).

Im Handlungsraum eines psychiatrischen Krankenhauses besteht die soziologische Arbeit mithin in der analytischen

Beschreibung natürlich vorkommender, therapiebezogener Handlungssequenzen, wobei durch die Analyse die kollektiv entwickelten Methoden der Mitglieder zur Erkennung, Klassifizierung und Beeinflussung von Geisteskrankheit sichtbar gemacht werden sollen.

Wie wir vorgegangen sind

Die Verfasser waren als teilnehmende Beobachter vom 1. Juli 1975 bis zum 31. Januar 1977, also 19 Monate, in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus tätig. Im ersten Jahr ging es uns darum, die meisten Bereiche des Krankenhauses extensiv kennenzulernen. Unsere mitgebrachten Vorstellungen darüber, was Psychiatrie ist und wie man sie erforschen sollte, gestützt durch die offenbar zur Grundaussstattung des Sozialwissenschaftlers zählende 'Besserwisserei', waren im Laufe dieses ersten Jahres im Feld in eine Krise geraten. Erst im letzten Drittel unseres Aufenthaltes haben wir eine in wesentlichen Punkten veränderte Sicht der Dinge entwickelt, unseren Untersuchungsbereich eingegrenzt und eine uns dem Gegenstand angemessener erscheinende Methode angewandt. Die Geschichte dieser 'Wandlung' wird Teil des endgültigen Berichts sein.

Wie oben schon angedeutet, soll die Arbeit eine Art 'Methodographie' psychiatrisch-therapeutischen Handelns werden. Zu diesem Zweck haben wir vier Monate lang auf zwei organisatorisch miteinander verbundenen Männer-Aufnahmestationen und einer großen Frauen-Aufnahmestation jeden neu aufgenommenen 'Fall' von der ersten Anmeldung bis zur endgültigen Entlassung so vollständig wie möglich dokumentiert. Das ergibt insgesamt 116 Verläufe. Das heißt, wir haben alle patientbezogenen Gespräche des therapeutischen Personals untereinander, Unterhaltungen des Personals mit dem Patienten und/oder seinen Angehörigen und mit dritten Personen (Arbeitgeber, Heimleiter, Richter, Rechtsanwalt usw.) aufgezeichnet. Dank des geradezu familiären Kontaktes zum Stationspersonal war es möglich, diese Unterhaltungen zum einen wörtlich mitzuschreiben (Männerstationen), zum anderen auf Tonband aufzunehmen (Frauenstation). Wörtliche Protokolle und Tonband-Transkripte bilden also den 'harten' Kern des empirischen Materials. Dazu kommen Aufzeichnungen von den eher sporadischen Äußerungen des Personals über Patienten und natürlich ethnographische Feldnotizen. Wir verfügen außerdem über sämtliche schriftlichen Dokumente, die im Zusammenhang mit dem aktuellen Aufenthalt unserer Patienten

tenkohorte angefertigt wurden, also die Krankengeschichte des Arztes, Gutachten, Polizeiprotokolle, Berichte der einweisenden Stellen usw.

Die Arbeit wurde mit Mitteln der Graduiertenförderung finanziert und soll bis Ende 1977 fertiggestellt sein.

Literatur

- BITTNER, E., The concept of organization, in: TURNER, R. (Hrsg.), Ethnomethodology, Harmondsworth 1974, S. 69–81
CAUDILL, W., The psychiatric hospital as a small society, Cambridge 1958
FREIDSON, E., Dominanz der Experten, München/Berlin/Wien 1975
GARFINKEL, H., Studies in ethnomethodology, Englewood Cliffs N. J. 1967
GOFFMAN, E., Asylums, New York 1961
MEHAN, H. / WOOD, H., The reality of ethnomethodology, New York 1975
RUBENSTEIN, R. / LASSWELL, H. D., The sharing of power in a psychiatric hospital, New Haven / London 1966
SUDNOW, D., Organisiertes Sterben, Frankfurt / M. 1973
ZIMMERMAN, D. H., The practicalities of rule use, in: DOUGLAS, J. D. (Hrsg.), Understanding Everyday Life, London 1971

März 1977

Liebigstraße 58, 6000 Frankfurt / M.