

Der Begriff „Medikalisierung“, der seit mehr als dreißig Jahren im Kern die im 18. Jahrhundert einsetzende und bis heute währende – als komplexes Bündel von Teilprozessen ablaufende – Einbindung von Individuen und sozialen Gruppen in ein System medizinischer Betreuung meint und mit einem tiefgreifenden Wandel im Verständnis von Gesundheit und Krankheit und damit im Gesundheitsverhalten einher geht, wird von ForscherInnen der „Sozialgeschichte der Medizin“¹

Il concetto di “medicalizzazione”, che da più di trent’anni definisce *in nuce* l’inclusione di individui e gruppi sociali in un sistema di assistenza medica – pratica avviata nel secolo XVIII e tuttora invalsa sotto forma di un complesso insieme di processi parziali – e che ha comportato e comporta un profondo mutamento nel modo di concepire e atteggiarsi nei confronti della salute e della malattia, è diventato per quanti operano nel campo della “storia sociale della medicina”¹ talmente ovvio,

1 Die Entwicklung des Forschungsbereiches „Sozialgeschichte der Medizin“, wo neben dem Konzept der „Medikalisierung“ demografische, epidemiologische, kulturwissenschaftliche und wissenschaftsgeschichtliche, geschlechtergeschichtliche und soziologische Ansätze zu finden sind, kann hier nicht ausgeführt werden. Zu Forschungsstand und Forschungstendenzen vgl. die Berichte: Robert JÜTTE, Sozialgeschichte der Medizin: Inhalte – Methoden – Ziele. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 9 (1990), S. 149–164; Francisca LOETZ, Histoire de mentalités und Medizingeschichte: Wege zu einer Sozialgeschichte der Medizin. In: Medizinhistorisches Journal 27 (1992), S. 272–291; Volker ROELKE, Die Entwicklung der Medizingeschichte seit 1945. In: Internationale Zeitschrift für Geschichte und Ethik der Naturwissenschaften, Technik und Medizin 2 (1994), S. 193–216; Alfons LABISCH/Reinhard SPREE, Neuere Entwicklungen und aktuelle Trends in der Sozialgeschichte der Medizin in Deutschland – Rückschau und Ausblick (Teil 1). In: Vierteljahrsschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte 84/2 (1997), S. 171–210; Alfons LABISCH/Reinhard SPREE, Neuere Entwicklungen und aktuelle Trends in der Sozialgeschichte der Medizin in Deutschland – Rückschau und Ausblick (Teil 2). In: Vierteljahrsschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte 84/3 (1997), S. 305–321 und Norbert PAUL/Thomas SCHLICH (Hg.), Medizingeschichte – Aufgaben, Probleme, Perspektiven, Frankfurt a.M./New York 1998.

1 È impossibile in questa sede fornire una panoramica dello sviluppo conosciuto da questo ambito di ricerca, in cui, accanto al concetto di “medicalizzazione”, si ritrovano approcci demografici, epidemiologici, sociologici, di storia della cultura, della scienza e dei generi. Su stato e tendenze della ricerca, cfr. Robert JÜTTE, Sozialgeschichte der Medizin: Inhalte – Methode – Ziele. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte, IX (1990), pp. 149–64; Francisca LOETZ, Histoire de mentalités und Medizingeschichte: Wege zu einer Sozialgeschichte der Medizin. In: Medizinhistorisches Journal, XXVII (1992), pp. 272–91; Volker ROELKE, Die Entwicklung der Medizingeschichte seit 1945. In: Internationale Zeitschrift für Geschichte und Ethik der Naturwissenschaften, Technik und Medizin, II (1994), pp. 193–216; Alfons LABISCH/Reinhard SPREE, Neuere Entwicklungen und aktuelle Trends in der Sozialgeschichte der Medizin in Deutschland – Rückschau und Ausblick (parte I). In: Vierteljahrsschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, 84/2 (1997), pp. 171–210; Alfons LABISCH/Reinhard SPREE, Neuere Entwicklungen und aktuelle Trends in der Sozialgeschichte der Medizin in Deutschland – Rückschau und Ausblick (parte II). In: Vierteljahrsschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, 84/3 (1997), pp. 305–21.

so selbstverständlich benutzt, wie der von Max Weber entlehnte Begriff der „Modernisierung“² in der Geschichtswissenschaft. Tatsächlich kann mittlerweile davon ausgegangen werden, dass die traditionelle Medizingeschichtsschreibung dann, wenn diese als Fortschritts-, Entdeckungs- und Heroenhistoriografie betrieben wurde, an Erklärungskraft verlor, Terrain abtreten musste und den Ansätzen, die Gesundheit und Krankheit sowie deren soziale Akteure im Feld der Herrschafts- und Machtausübung in den Bezügen Disziplinierung, Rationalisierung und Professionalisierung³ untersuchten, ein Stück weit weichen musste. Mit der Überwindung der traditionellen Sichtweisen und des entsprechenden „Geschichtsbildes“⁴ stand die Rolle der Medizin wie die der Ärzte neu zur Diskussion.⁵ Begleitet, vielleicht auch ausgelöst, wurde dieser Paradigmenwechsel durch die ab den 1970er Jahren formulierte Kritik an der Entwicklung im Gesundheitsbereich einerseits und die Öffnung der Sozialgeschichte hin zu

né più né meno del concetto di modernizzazione², mutuato da Max Weber, in ambito storico. Ormai si può muovere dal fatto che la storiografia tradizionale, laddove essa si configurava come storia del progresso, delle scoperte scientifiche e dei suoi eroici protagonisti, abbia smarrito la sua forza esplicativa, abbia perso terreno e abbia dovuto cedere in parte il passo a nuovi approcci, volti a indagare la salute e la malattia nonché i loro attori sociali nel contesto dell'esercizio della sovranità e del potere in materia di disciplinamento, razionalizzazione e professionalizzazione.³ Superate le prospettive tradizionali e il “quadro storico” che ne conseguiva⁴, il ruolo della medicina e dei medici andava riesaminato.⁵ Tale cambiamento di paradigma è stato accompagnato, e forse anche innescato, dalle critiche mosse a partire dagli anni settanta del Novecento agli sviluppi riscontrati nel sistema sanitario da un lato e dall'apertura della storia sociale ad approcci e metodologie mutuata dalle discipline confinanti dall'altro. La formazione del

2 Vgl. dazu den Kommentar bei JÜTTE, Sozialgeschichte, S. 156.

3 Vgl. Günther LANDSTEINER/Wolfgang NEURATH, Editorial. In: Kulturen der Krankheit. Themenheft der Österreichischen Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 7/3 (1996), S. 309–310, hier S. 309.

4 Vgl. Norbert PAUL/Thomas SCHLICH, Einführung: Medizingeschichte – Aufgaben, Probleme, Perspektiven. In: PAUL/SCHLICH (Hg.), Medizingeschichte, S. 9–21, hier S. 9.

5 Paradigmatisch dazu die Arbeit von Ute FREVERT, Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung, Göttingen 1984.

2 Cfr. in proposito il commento in JÜTTE, Sozialgeschichte, p. 156.

3 Cfr. Günther LANDSTEINER/Wolfgang NEURATH, Editorial. In: Kulturen der Krankheit. Numero monografico della rivista Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 7/3 (1996), pp. 309–310.

4 Cfr. Norbert PAUL/Thomas SCHLICH, Einführung: Medizingeschichte – Aufgaben, Probleme, Perspektiven. In: PAUL/SCHLICH (a cura di), Medizingeschichte, pp. 9–21.

5 Paradigmatico a questo riguardo il testo di Ute FREVERT, Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung, Göttingen 1984.

Ansätzen und Methoden der benachbarten Disziplinen andererseits. Die Herausbildung des Gesundheitswesens, wie es sich heute darstellt, verwissenschaftlicht, technisiert, professionalisiert und institutionalisiert, bedarf zweifellos der Reflexion und Kritik – und diese wird heute stärker geführt denn je. Tendenzen der „Entmündigung“ und „Entmachtung“ der PatientInnen, die, wie Ivan Illich⁶ formulierte, einen „zunehmenden allumfassenden ärztlichen Imperialismus“⁷ befördert hätten, die „Objektivierung“ der Krankheiten und das Zurücktreten des Subjektes sind nur einige, der vorgebrachten Kritikpunkte. Neuerdings wird, primär ökonomisch begründet, sogar vor einer „Durchmedikalisierung“ gewarnt.⁸

Interessant ist nun, dass, wie schon 1989 Eberhard Wolff⁹ und in der Folge Francisca Loetz¹⁰ festgestellt haben, die mit dem Konzept der „Medikalisie-

sistema sanitario quale oggi esiste, pervaso da rigore scientifico, tecnicizzato, professionalizzato e istituzionalizzato necessita indubbiamente di riflessione e di critica. E l'esercizio di quest'ultima è oggi più forte che mai. Le tendenze all'“interdizione” e alla “privazione di potere” dei/delle pazienti, che secondo Ivan Illich⁶ avrebbero incoraggiato un “crescente e pervasivo imperialismo medico”⁷, come anche le tendenze all'“oggettivazione” delle malattie e il retrocedere del soggetto rappresentano solo alcuni dei nodi critici venuti alla luce. Recentemente si è poi elevata una voce contro la “medicalizzazione capillare”⁸, criticata soprattutto da un punto di vista economico.

Ora, è interessante notare che, come già osservato nel 1989 da Eberhard Wolff⁹ e, successivamente, da Francisca Loetz¹⁰, gli storici e le

6 Ivan ILLICH, *Die Nemesi der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens*, Reinbek 1981 (Original: *Medical Nemesi. The expropriation of health*, London 1975).

7 Michael STOLBERG, *Heilkundige: Professionalisierung und Medikalisierung*. In: PAUL/SCHLICH, *Medizingeschichte*, S. 69–86, hier S. 76–78.

8 Vgl. Enrique H. PRAT/Oswald JAHN, *Prävention als moralische Tugend des Lebensstils*. In: *Imago hominis. Quartalsschrift des Instituts für Medizinische Anthropologie und Bioethik*, Ausgabe 3 (2004): www.imabe.org/imago/2004/ausgabe%203/Prat+Jahn%20artikel.htm, 5.3.2005.

9 Vgl. Eberhard WOLFF, *Gesundheitsverein und Medikalisierungsprozeß. Der Homöopathische Verein Heidenheim/Brenz zwischen 1886 und 1945* (Studien und Materialien 2), Tübingen 1989, S. 26.

10 Vgl. Francisca LOETZ, „Medikalisierung“ in Frankreich, Großbritannien und Deutschland, 1750–1850: Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven der Forschung. In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*, Beiheft 3 (1994), S. 123–161.

6 Ivan ILLICH, *Medical Nemesi. The expropriation of health*, London 1975 (trad. it.: *Nemesi medica: l'espropriazione della salute*, Milano 1977).

7 Michael STOLBERG, *Heilkundige: Professionalisierung und Medikalisierung*. In: PAUL/SCHLICH, *Medizingeschichte*, pp. 69–86, in particolare pp. 76–78.

8 Cfr. Enrique H. PRAT/Oswald JAHN, *Prävention als moralische Tugend des Lebensstils*. In: *Imago hominis. Quartalsschrift des Instituts für Medizinische Anthropologie und Bioethik*, III (2004): www.imabe.org/imago/2004/ausgabe%203/Prat+Jahn%20artikel.htm, 5.3.2005.

9 Cfr. Eberhard WOLFF, *Gesundheitsverein und Medikalisierungsprozeß. Der Homöopathische Verein Heidenheim/Brenz zwischen 1886 und 1945*, Tübingen 1989, p. 26.

10 Cfr. Francisca LOETZ, *Medikalisierung*. In: *Frankreich, Großbritannien und Deutschland, 1750–1850: Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven der Forschung*. In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*, III (1994), supplemento, pp. 123–61.

„arbeitenden HistorikerInnen nur scheinbar ein und dasselbe meinen. Sie greifen auch nicht dezidiert auf eine allgemein anerkannte Definition zurück, obwohl sich viele auf Michel Foucault beziehen, der in seinem Aufsatz „La politique de la santé au XVIIIe siècle“¹¹ die theoretischen Grundlagen formuliert hat. Foucault hat aber nie eine „Definition“ vorgelegt, er beanspruchte auch nicht, den Begriff „Medikalisierung“ konzipiert zu haben. Michael Stolberg hat zudem darauf hingewiesen, dass der Begriff parallel in zwei Zusammenhängen entwickelt wurde. Die Urheberschaft müsse, so Stolberg, eher beim Psychiatriekritiker Thomas S. Szasz (1971), bei Ivan Illich (1975) oder Jacques Léonard (1978)¹² und wohl auch bei Jean-Pierre Goubert (1974) gesucht werden. Dieser Irrtum in der Rezeptionsgeschichte dürfte mit den Annotationen von Michael Stolberg und Francisca Loetz nun behoben sein.

Erste Definitionsversuche folgten binnen weniger Jahre. Schon zu Beginn der 1980er Jahre hat Reinhard Spree in seiner Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Kaiserreich den Begriff „Medikalisierung“ aufgegriffen und in das von ihm favorisierte und in die

historische che si servono del concetto di “medicalizzazione” sono solo apparentemente concordi sul suo significato. Né si rifanno a una definizione universalmente invalsa, sebbene molti si richiamino a Michel Foucault, che nel suo saggio “La politique de la santé au XVIIIe siècle”¹¹ ha gettato le basi teoriche. Ma Foucault non ha mai avanzato una “definizione”, né ha preteso di aver concepito il concetto di “medicalizzazione”. Michael Stolberg ha inoltre osservato che quest’ultimo è andato sviluppandosi parallelamente all’interno di due contesti. A detta di questo studioso, le origini del concetto andrebbero cercate piuttosto in Thomas S. Szasz (1971), in Ivan Illich (1975) o Jacques Léonard (1978)¹² ma anche in Jean-Pierre Goubert (1974). Le annotazioni critiche di Michael Stolberg e Francisca Loetz dovrebbero così aver chiarito l’errore riguardante la storia della ricezione del concetto.

Nel giro di breve tempo si sono registrati i primi tentativi di definizione. Già all’inizio degli anni ottanta Reinhard Spree, nella sua storia sociale della sanità nell’Impero tedesco, ha integrato il concetto di medicalizzazione in quello di “disuguaglianza sociale”, da lui pri-

11 Vgl. Michel FOUCAULT, *La politique de la santé au XVIIIe siècle*. In: DERS. u.a., *Les machines à guérir. Aux origines de l’hôpital moderne*, Paris 1976, S. 11–21; kürzlich ins Deutsche übersetzt und abgedruckt in: *Kulturen der Krankheit. Themenheft der Österreichischen Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* 7/3 (1996), S. 311–326.

12 Vgl. STOLBERG, *Heilkunde*, S. 75.

11 Cfr. Michel FOUCAULT, *La politique de la santé au XVIIIe siècle*. In: IDEM, *Les machines à guérir. Aux origines de l’hôpital moderne*, Paris 1976, pp. 11–21; recentemente tradotto in tedesco. In: *Kulturen der Krankheit. Themenheft der Österreichischen Zeitschrift für Geschichtswissenschaften*, 7/3 (1996), pp. 311–26.

12 Cfr. STOLBERG, *Heilkunde*, p. 75.

Sozialgeschichte eingeführte Konzept der „Sozialen Ungleichheit“, der sozial bedingten, ungleichen Verteilung von Gesundheitsrisiken und Lebenschancen, integriert. Spree definierte „Medikalisierung“ als „alle diejenigen Entwicklungen [...], die im Sinne einer Verbreitung rationalistischer Wertesysteme und Verhaltensweisen, besonders im Bereich der privaten Lebensführung, eine Ablöse traditionaler, subkulturell verfestigter Verhaltensorientierungen und eine Verallgemeinerung bürgerlicher Normen in bezug auf Einstellung zu Gesundheit, Krankheit und wissenschaftlich orientierter Medizin begünstigten.“¹³

Wenig später bemühte sich auch die damalige Bielefelder Forscherin Ute Frevert in ihrer Dissertation um eine begriffliche Klärung. Wie schon für Spree war für Frevert der Normen- und Verhaltenswandel zentral, sie strich aber die Rolle der akademischen Medizin und ihrer Vertreter sowie deren Beziehungen zu den sozialen Unterschichten stärker hervor: „Unter Medikalisierung verstehen wir nicht nur die Einbeziehung tendenziell aller Menschen in ein immer dichteres, von akademischen Experten kontrolliertes Netz medizinischer Versorgung. Die Medikalisierung der Gesellschaft fand vielmehr auch auf der Ebene von Normen und Deutungsmustern statt, die die Mentalität sozialer Schichten und

vilegiato e introdotto nella ricerca storica, con il quale definiva la diseguale distribuzione di rischio per la salute e speranza di vita, dovuta a cause sociali. Con “medicalizzazione” Spree intende “tutti quegli sviluppi [...] che, intesi come diffusione di sistemi di valori e di condotte più razionali, in particolare nella sfera dei comportamenti privati, hanno permesso di scalzare orientamenti e condotte tradizionali, ancorati in una subcultura, e favorito una generalizzazione delle norme borghesi in fatto di atteggiamento verso la salute, la malattia e verso una medicina a indirizzo scientifico”.¹³

Poco tempo dopo Ute Frevert, all'epoca ricercatrice a Bielefeld, si è sforzata nella sua tesi di dottorato di chiarire il concetto. Come già per Spree, anche per Frevert un ruolo centrale rivestiva il mutamento intervenuto nelle consuetudini di vita, anche se la ricercatrice tedesca ha posto maggiormente in evidenza il ruolo della medicina universitaria e dei suoi membri nonché i rapporti con gli strati inferiori della società: “Con medicalizzazione non intendiamo soltanto l’inserimento di tendenzialmente tutte le persone in una rete via via più capillare di assistenza medica, controllata da esperti dell’Accademia. La medicalizzazione della società ha avuto luogo anche sul piano delle norme e dei modelli interpretativi che hanno improntato la mentalità

13 Reinhard SPREE, *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Kaiserreich*, Göttingen 1981, S. 156.

13 Reinhard SPREE, *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Kaiserreich*, Göttingen 1981, p. 156.

Klassen prägten und ihr alltägliches Verhalten strukturierten. Mit der Propagierung von Verhaltensregeln grenzten Ärzte und Gesundheitsadministration zugleich solche Verhaltensweisen aus, die sie als krankheitsfördernd und gesundheitsschädlich bezeichneten.“¹⁴

In Frankreich formulierte fast zeitgleich mit Spree Jean-Pierre Goubert zuerst in seiner Dissertation¹⁵, dann konkret in einem 1982 erschienenen Aufsatz¹⁶, eine Definition von „Medikalisierung“, die die französische Forschung nachhaltig geprägt hat. Sehr nachdrücklich werden hier die Akteure genannt, die diesen Prozess in Gang gesetzt haben: der Staat und die Ärzteeelite. “By medicalization I understand a process of long duration that took root during the second half of the eighteenth century (in case of France) and is even yet continuing to this day. This process subsumes the change of orders: scientific, technological, and sociocultural. It expresses access to scholarly medicine, whether or not it is ‘scientific’ to a cross section of the population for everything that has to do with health; accordingly it often encounters resistance when all parts of this popula-

degli strati e delle classi sociali e che ne hanno strutturato le condotte quotidiane. Unitamente alla propagazione di regole di condotta i medici hanno messo al bando i comportamenti giudicati dannosi per la salute e in grado di favorire l’insorgere di malattie.”¹⁴

In Francia, quasi in contemporanea con Spree, Jean-Pierre Goubert ha dato, dapprima nella sua tesi di dottorato¹⁵, quindi in un saggio uscito nel 1982¹⁶, una definizione di “medicalizzazione” destinata a lasciare il segno sulla ricerca francese. Goubert ha indicato chiaramente gli attori che hanno messo in moto il processo: lo Stato e l’élite medica. “By medicalization I understand a process of long duration that took root during the second half of the eighteenth century (in case of France) and is even yet continuing to this day. This process subsumes the change of orders: scientific, technological, and sociocultural. It expresses access to scholarly medicine, whether or not it is ‘scientific’ to a cross section of the population for everything that has to do with health; accordingly it often encounters resistance when all parts of this population cling to a specific knowledge about

14 Ute FREVERT, *Akademische Medizin und soziale Unterschichten im 19. Jahrhundert: Professionalisierungsinteressen – Zivilisationsmission – Sozialpolitik*. In: Renate WITTERN (Hg.), *Jahrbuch für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung* 4 (1985), S. 41–59, hier S. 42.

15 Jean-Pierre GOUBERT, *Malades et Médecins en Bretagne 1770–1790*, Rennes 1974.

16 Jean-Pierre GOUBERT, *The Medicalization of French Society at the End of the Ancien Régime*. In: Lloyd G. STEVENSON (Hg.), *A Celebration of Medical History*, Baltimore/London 1982, S. 157–172, zit. in LOETZ, „Medikalisierung“.

14 Ute FREVERT, *Akademische Medizin und soziale Unterschichten im 19. Jahrhundert: Professionalisierungsinteressen – Zivilisationsmission – Sozialpolitik*. In: Renate Wittern (a cura di), *Jahrbuch für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung*, IV (1985), pp. 41–59, p. 42.

15 Jean-Pierre GOUBERT, *Malades et Médecins en Bretagne 1770–1790*, Rennes 1974.

16 Jean-Pierre GOUBERT, *The Medicalization of French Society at the End of the Ancien Régime*. In: Lloyd G. STEVENSON (a cura di), *A Celebration of Medical History*, Baltimore/London 1982, pp. 157–72, cit. in LOETZ, “Medikalisierung”.

tion cling to a specific knowledge about the body, whether this knowledge is 'popular' or not. In the second half of the French eighteenth century, this process took hold following an alliance between the public authority and the medical elite: An alliance that strengthened the professionalization of health before a 'revolution' in the regulation of medicine was produced."¹⁷

Während bei Goubert der Prozess der Medikalisierung vor allem als Geschichte eines kulturellen Konfliktes zwischen „ärztlichen Eliten“ und laienmedizinischer „Volksmedizin“ interpretiert wurde¹⁸, bei Frevert die „politische“ Seite des Prozesses (und in Folge die Professionsgeschichte der Ärzte) und die Instrumente der Disziplinierung¹⁹ im Vordergrund standen, arbeitete Roy Porter stärker mit dem Begriff des „Marktes“. Nicht minder wichtig war, dass Porter der Perspektive der „Arzt-Kranken-Beziehung“ in die Medizingeschichte Geltung verschafft hat.²⁰

Man könnte also zusammenfassen, dass vor dem Hintergrund der spezifischen „demographischen Vorausset-

the body, whether this knowledge is 'popular' or not. In the second half of the French eighteenth century, this process took hold following an alliance between the public authority and the medical elite: An alliance that strengthened the professionalization of health before a 'revolution' in the regulation of medicine was produced."¹⁷

Mentre Goubert ha interpretato il processo di medicalizzazione soprattutto in termini di storia del conflitto culturale fra "élite mediche" e "medicina popolare" ascientifica¹⁸, e Frevert ha fatto cadere l'accento sull'aspetto "politico" (e di conseguenza la storia della professione medica) e sugli strumenti del disciplinamento¹⁹, Roy Porter ha utilizzato più il concetto di "mercato". Né va dimenticato che quest'ultimo studioso ha valorizzato la tematica del "rapporto medico-paziente".²⁰

Riassumendo si può dire che sullo sfondo di particolari "presupposti demografici" e tradizioni storiche è stato enucleato e posto in risalto l'aspetto culturale (di tipo conflittuale) del concetto da parte di Jean-Pierre

17 GOUBERT, *Medicalization*, S. 170, zit. in LOETZ, „Medikalisierung“, S. 124.

18 Kritik fand dieser Ansatz bei Olivier Faure, Jacques Gélis und Colin Jones, die argumentierten, dass Medikalisierung nicht allein als obstruktiver Prozess „von oben“, sondern eben auch ein Vorgang „von unten“ gewesen sei, wo sich ein „demande sociale“ bemerkbar gemacht hätte. Vgl. LOETZ, „Medikalisierung“, S. 124.

19 Zur Rezeption der Disziplinierungsdebatte vgl. Martin DINGES, *The Reception of Michel Foucault's Ideas on Social Discipline. Mental Asylums, Hospitals and Medical Profession in German Historiography*. In: Colin JONES/ROY PORTER (Hg.), *Reassessing Foucault. Power, Medicine and the Body*, London 1994, S. 181–212.

20 Vgl. LOETZ, „Medikalisierung“, S. 127.

17 GOUBERT, *Medicalization*, p. 170, cit. in LOETZ, „Medikalisierung“, p. 124.

18 La tesi fu criticata da Olivier Faure, Jacques Gélis e Colin Jones, secondo i quali la medicalizzazione non era da intendersi soltanto come un processo di ostruzione „dall'alto“, ma anche come un processo partito „dal basso“, dove era emersa una „demande sociale“. Cfr. LOETZ, „Medikalisierung“, p. 124.

19 Per la ricezione del dibattito sul disciplinamento cfr. Martin DINGES, *The Reception of Michel Foucault's Ideas on Social Discipline. Mental Asylum, Hospitals and Medical Profession in German Historiography*. In: Colin JONES/ROY PORTER (a cura di), *Reassessing Foucault. Power, Medicine and the Body*, London 1994, pp. 181–212.

20 Cfr. LOETZ, *Medikalisierung* cit., p. 127.

zungen“ und historischen Traditionen in Frankreich Jean-Pierre Goubert die kulturelle (Konflikt-)Seite, in Deutschland Ute Frevert die „politische“ Seite und in Großbritannien Roy Porter die „ökonomische“ Variante des Begriffes herausgearbeitet haben und damit für Jahre Richtung gebend waren. Damit war aber ein gewisses „An-einander-vorbei-reden“ verbunden.²¹ Francisca Loetz schlug deshalb in Anschluss an Georg Simmel vor, die fragliche Entwicklung in einem integrativeren Modell, das mittlerweile als „Konzept der medizinischen Vergesellschaftung“ bekannt ist, zusammen zu fassen. Loetz geht es demnach darum „wechselseitige Beziehungen, in denen [sich] medikalische Aktionen und Reaktionen ‚von oben‘ ebenso wie ‚von unten‘ entfalten, [...] Disziplinierung und Fürsorge, Angebot und Nachfrage, ‚Herrschaft von oben‘ und ‚Druck von unten‘“ als „Produkte wechselseitiger Einflussnahme“ zu interpretieren, in „denen der Staat, die (Gesamtheit der) Heilkundigen und die (potentiellen) Kranken um die in ihren Augen beste medizinische Versorgung rangen“.²²

Die italienische Medizingeschichte hat sich in ihrer Auseinandersetzung mit dem Thema „Medikalisierung“ nicht auf die Rezeption der europaweit geführten Debatte beschränkt: Die italienische Psychiatriereform hat die Auseinandersetzung mit der Problematik stark angeregt. Das 1978 erlassene Gesetz Nr. 180, das sogenannte

Goubert in Francia, quello „politico“ da parte di Ute Frevert in Germania e la sua variante „economica“ da parte di Roy Porter in Gran Bretagna. In questo modo i tre studiosi, senza escludere una certa „sovrapposizione di discorsi“²¹, hanno indirizzato per anni la ricerca nei rispettivi paesi. Perciò Francisca Loetz, riallacciandosi a Georg Simmel, ha suggerito di riassumere l'incerta evoluzione del concetto in un modello più integrativo, conosciuto nel frattempo come „modello di associazione medica“. I „mutui rapporti all'interno dei quali [si] dispiegano azioni di medicalizzazione e reazioni alla medicalizzazione, dall'alto' come dal 'basso', [...] disciplinamento e assistenza, offerta e domanda, 'potere dall'alto' e 'pressione dal basso' vanno interpretati come „prodotti di mutua influenza“ in „cui lo Stato, (tutto) il personale medico e i malati (potenziali) si battono per quella che ai loro occhi è la migliore assistenza sanitaria.“²²

In Italia il confronto sui contenuti e l'articolazione del processo di medicalizzazione, oltre a recuperare quanto messo a fuoco dal dibattito cresciuto all'interno delle più importanti scuole storiografiche europee, ha tratto alimento anche dall'interesse suscitato dalla contemporanea riflessione avviata sulle modalità di riforma dell'assistenza psichiatrica. La cosiddetta legge Basaglia, la n. 180 del 1978, non è stata solo uno strumento che ha consentito di aprire una nuova stagione nella

21 Vgl. ebd., S. 152.

22 Ebd., S. 148.

21 Cfr. ibid., p. 152.

22 Ibid., p. 148.

Basaglia-Gesetz, war nicht nur der Anstoß für einen Paradigmenwechsel im Denken über und im Umgang mit psychischer Krankheit, sondern hat in den unterschiedlichen Phasen – vom Vorschlag bis zur Umsetzung – einen fortschreitenden, nicht ohne polemische Untertöne verlaufenden Umdenkprozess über die gesellschaftliche Funktion des medizinischen Wissens und der medizinischen Praxis eingeleitet. Franca Ongaro Basaglia und Giorgio Bignami haben 1979 einen ersten Beitrag zur Definition des Gegenstandes geliefert, indem sie die Interventionsbereiche der Medizin und der Medikalisierung in ihrer historischen Entwicklung beschrieben haben: „Die Rolle der Magie und der Hoffnung auf Genesung im Prozess des Anvertrauens des eigenen Körpers; die Frage wie stark die vertrauende Hoffnung, die den Heilungsprozess beeinflusst, mit dem Wissen und der Macht des Arztes zusammenhängt; die Frage, ob dieses Anvertrauen und diese Macht die Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit der Realität beeinträchtigt und eine Abhängigkeit von der Hilfe des Arztes schafft; die Frage, wie stark die Verobjektivierung des Menschen und die Macht, die das medizinische Wissen über die Menschen ausübt, dem medizinischen Wissen und der ärztlichen Praxis entgegenkommt; all das gehört zur Medizin. Eindeutig zum Prozess der von der Medizin umgesetzten Medikalisierung gehört die medizinische Verkleidung von Problemen, denen mit sozialen Maßnahmen begegnet werden müsste; die Instrumentalisierung der Abhängigkeit von ärztlicher Hilfe zu Machtzwecken;

concezione e nell'organizzazione del soccorso ai malati di mente, ma anche un'occasione per avviare, attraverso le diverse fasi di proposta ed applicazione, un graduale ripensamento, non privo di spunti polemici, sulla funzione della conoscenza e dell'azione medica all'interno della società. Franca Ongaro Basaglia e Giorgio Bignami hanno offerto nel 1979 un primo contributo alla definizione del concetto fissando i diversi ambiti d'intervento, così come storicamente determinatesi, dei due elementi costitutivi medicina/medicalizzazione: “Quanto giochino – scrivevano i due autori – nell'affidamento del proprio corpo l'elemento magico e la speranza della guarigione; quanto questa speranza fiduciosa che influisce sulla guarigione sia legata al sapere e al potere del medico; quanto questo affidamento e questo potere agiscano nel produrre un indebolimento nella capacità di far fronte al mondo e una dipendenza dall'aiuto medico; quanto il medico sia facilitato nella conoscenza e nell'intervento pratico dall'oggettivazione dell'uomo ai suoi occhi e dal potere che il suo sapere esercita su di lui; tutto questo fa parte della medicina. Fanno parte, invece, esplicitamente del processo di medicalizzazione da questa messa in atto la traduzione in termini medici di problemi che dovrebbero essere affrontati con misure sociali; la strumentalizzazione a scopo di dominio della dipendenza dall'aiuto del medico; l'uso del sapere in termini di potere sul malato; l'identificazione della malattia e il consenso prodotti nei confronti della medicina e dell'organizzazione sociale

die Verwendung des Wissens als Macht über den Patienten; die Identifizierung von Krankheit und das Einfordern von Zustimmung zum medizinischen System und zur sozialen Organisation desselben – sprich die implizite Kontrolle über diesen Vorgang – sobald die Medizin medizinische Antworten auf soziale Bedürfnisse gibt. Aber zur Medikalisation gehören auch – wenn auch aufgrund eines gegenläufigen Prozesses – eine Reihe von außermedizinischen Faktoren, die sich die Medizin angeeignet hat, indem sie sich selbst die erfolgreiche Ausrottung vieler Krankheitsformen zugeschrieben hat: die Veränderung der Lebensbedingungen vieler Menschen und die Verringerung der Ansteckungen und der Sterblichkeit aufgrund hygienischer Maßnahmen und einer besseren Ernährungslage.“²³

In den folgenden Beiträgen geht es nun weniger darum, die Vorzüge der verschiedenen Definitionsvorschläge abzuwägen oder einzelne Modelle zu differenzieren. Der Band soll vielmehr aufzeigen, wie sehr der skizzierte Diskussionsprozess auch die Forschung im österreichischen und italienischen Raum beeinflusst hat. Dies versucht zunächst Rodolfo Taiani in seinem Beitrag zur Entwicklung der Medizingeschichte und der Geschichte des Gesundheitswesens im Trentino in den vergangenen 30 Jahren explizit aufzuzeigen. Auch die folgenden Beiträge kommen anhand spezifischerer Themen immer wieder auf diese Kernfrage zurück.

– quindi il controllo implicito in questa operazione – nel momento in cui essa dà risposte mediche a bisogni sociali. Ma fa parte della medicalizzazione – anche se per un processo inverso – una serie di fattori estranei alla medicina e di cui la medicina si è appropriata, avocando a sé i risultati ottenuti nel debellare molte forme morbose: il mutare delle condizioni di vita degli uomini e la riduzione del contagio e della mortalità avvenuta in seguito alle misure igieniche adottate e alla migliore alimentazione raggiunta.”²³

Nei saggi presentati in questo numero non si cerca tanto di soppesare i vantaggi delle diverse definizioni avanzate o di differenziare i singoli modelli, quanto di mostrare in quale misura il dibattito di cui si è cercato di dar conto abbia influenzato la ricerca anche in ambito austriaco e italiano. È quanto cerca di illustrare nel suo contributo Rodolfo Taiani, che propone un bilancio degli studi che hanno affrontato negli ultimi trent'anni la storia medico-sanitaria in area trentina, ma è quanto si può cogliere per argomenti più specifici nei successivi saggi.

Il vaccino antivaaioloso somministrato dalla fine del Settecento occupa un posto particolare nel dibattito sul processo di “medicalizzazione”. Per la storiografia tradizionale esso costituisce la prima efficace misura preventiva, foriera di un effettivo

23 Franca ONGARO BASAGLIA/Giorgio BIGNAMI, *Medicina/medicalizzazione*. In: *Enciclopedia Einaudi*, Torino 1979, Band VIII, S. 1001.

23 Franca ONGARO BASAGLIA/Giorgio BIGNAMI, *Medicina/medicalizzazione*. In: *Enciclopedia Einaudi*, Torino 1979, vol. VIII, p. 1001.

Die seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert angewandte Pockenschutzimpfung (Vakzination) nimmt in den Debatten um den Prozess der „Medikalisierung“ eine besondere Stellung ein. Für eine traditionale Medizingeschichtsschreibung stellt sie die erste wirksame Präventivmaßnahme mit nachweislich sterblichkeitssenkender Wirkung einer Medizin dar, die bis dahin in der Heilung von Krankheiten nur bescheidene therapeutische Erfolge aufweisen konnte. Gleichzeitig aber können die strengen Restriktionsmaßnahmen und die mit beispielloser Propaganda vorangetriebene Durchimpfung breiter Bevölkerungsschichten als Idealtypus einer „medizinischen Vergesellschaftung“ interpretiert werden. Alois Unterkircher arbeitet in seinem Beitrag am Beispiel Tirol heraus, dass die Ausdehnung der Impfung auf alle Bevölkerungsschichten für regionale Sanitätsverwaltungen eine ungeheure administrative, aber auch wissenschaftliche Herausforderung darstellte. Entgegen den euphorischen Berichten der „Ärzteeliten“ prägten in der Einführungsphase der Vakzination fehlgeschlagene Impfungen, schlechte Versorgung mit Impfstoff, im Umgang mit der Impfung ungeübte oder skeptisch eingestellte Ärzte und Pockenerkrankungen bereits vakzinierter Personen die „gesundheitspolitische Realität“. Trotz dieser Umstände war – und auch dies wird im Beitrag von Unterkircher deutlich – die Pockenschutzimpfung dennoch ein wichtiger Faktor für die Veränderung der Sterblichkeitsverhältnisse im Verlaufe des 19. Jahrhunderts.

Auch der Beitrag von Michael Pammer zum Einfluss der Diphthe-

calo della mortalità, di una medicina che fino a quel momento poteva vantare solo scarsi successi terapeutici nella cura delle malattie. Per contro, una nuova generazione di studiosi vede nelle campagne di vaccinazione di ampi settori della popolazione, condotte con l'ausilio di severe misure coercitive e di una propaganda senza pari, l'idealtipo di una "associazione medica". Alois Unterkircher, nel suo saggio dedicato al Tirolo, giunge alla conclusione che l'estensione della vaccinazione a tutti i settori della popolazione ha rappresentato un'incredibile sfida amministrativa ma anche scientifica per le amministrazioni sanitarie regionali. Di contro agli euforici resoconti delle "élite mediche", nella fase in cui il vaccino fu introdotto la "realtà delle politiche sanitarie" a livello comunale fu caratterizzata da vaccinazioni non riuscite, difficoltà nel rifornimento di siero, incompetenza e scetticismo dei medici nei confronti della vaccinazione e contagio di persone già vaccinate. Ciò nonostante – e anche questo aspetto emerge chiaramente dal saggio di Unterkircher – il vaccino antivaioloso è un fattore importante ai fini del mutamento dei tassi di mortalità nel corso dell'Ottocento.

Anche il saggio di Michael Pammer sull'impatto del vaccino antidifterico sui tassi di mortalità per difterite cerca di valutare gli effetti dell'immunizzazione passiva introdotta nel 1894 tenendo conto del processo di medicalizzazione. Una volta ridotti i casi di vaiolo, la difterite divenne la più pericolosa

rieimpfung auf die krankheitsspezifischen Sterblichkeitsraten, versucht, die Effekte der seit 1894 eingeführten Passivimmunisierung im Kontext der Medikalisierung zu bewerten. Die Diphtherie entwickelte sich nach der Eindämmung der Pocken zur gefährlichsten Kinderkrankheit, auf die gut ein Zehntel aller Todesfälle unter Kindern zurückging. Die Passivimmunisierung setzte sich binnen weniger Jahre durch, die Sterblichkeit durch Diphtherie sank auf etwa ein Sechstel der Werte der frühen 80er Jahre des 19. Jahrhunderts. Die Diphtheriesterblichkeit hing aber nicht, wie Michael Pammer exemplarisch zeigt, ausschließlich von der Verbreitung der Passivimmunisierung ab, sondern wies auch unabhängig davon eine hohe zeitliche und regionale Variabilität auf. Seine Vergleiche zeigen dann auch, dass großflächige und wirtschaftlich schlecht entwickelte Regionen bei der Bekämpfung der Diphtherie im Nachteil waren, nicht zuletzt durch die schlechtere ärztliche Versorgung.

Emanuela Renzetti setzt sich in ihrem Beitrag mit den Ursachen der vielfach betonten Frontstellung zwischen akademischer Medizin und traditioneller medikaler Kultur am Beispiel der durch spezifische Umweltbedingungen charakterisierten alpinen Gesellschaften auseinander. Mit mündlichen und schriftlichen Quellen zeichnet die Autorin die Umrisse einer konkreten Wissenschaft, die über Jahrhunderte durch Wahrnehmung, Intuition und Beobachtung Naturprodukte klassifiziert und ausgewählt hat. Die Tatsache, dass dieser empirische Wissensschatz nur wenig magische Elemente birgt,

fra le malattie infantili, responsabile di più di un decimo di tutti i decessi. L'immunizzazione passiva si affermò nell'arco di pochi anni, i decessi per difterite calarono assestandosi su cifre pari a circa un sesto di quelle dei primi anni ottanta dell'Ottocento. Tuttavia, come evidenzia in maniera esemplare Michael Pammer, anche a prescindere dalla diffusione dell'immunizzazione passiva, la mortalità per difterite rivelava un'elevata variabilità temporale e regionale. La messa a confronto di aree diverse mostra, infatti, che le regioni di ampie dimensioni e scarsamente sviluppate sotto il profilo economico erano svantaggiate nella lotta contro la difterite, non in ultimo a causa della carente assistenza medica.

Partendo dalla constatazione che le sole caratteristiche comuni alle differenti culture alpine si fondano tutte sulla specificità dell'ambiente, Emanuela Renzetti evidenzia come questa stessa specificità ha forti implicazioni anche nella sfera della terapeutica popolare. Tra fonti orali e documentarie l'autrice delinea il quadro di una scienza del concreto che attraverso percezione, intuizione e osservazione ha selezionato e classificato per secoli i prodotti del suolo, li ha impiegati nelle terapie. La scarsa presenza di elementi magici entro questo patrimonio di conoscenze empiriche conferma per il Trentino, ma si può intuire anche per gran parte dell'Arco alpino, la notevole capacità dell'ambiente naturale di svelarsi all'uomo nella sua ricchezza e varietà permettendo l'instaurarsi di un buon numero di pratiche ad azione farmacologica. L'efficacia di queste,

bringt für das Trentino den Nachweis, lässt aber auch für den restlichen Alpenraum den Schluss zu, dass die natürliche Umwelt die Fähigkeit besitzt, den Menschen ihren Reichtum und ihre Vielseitigkeit zu offenbaren, sodass sich zahlreiche medizinisch-pharmakologische Praktiken ausbilden konnten. Die selbst von der Schulmedizin wiederholt anerkannten Erfolge dieser Praktiken trugen dazu bei, die Vorstellung einer unüberbrückbaren Frontstellung zwischen medizinisch-wissenschaftlicher Position und empirisch-volksmedizinischem Wissen aufzuweichen, auf die eine gewisse Darstellung von Teilen des Medikalisierungsprozesses reduziert wurde.

Die psychiatrische Anstalt Pergine Valsugana ist der Gegenstand der Studie von Casimira Grandi. Diese Einrichtung hatte unter anderem auch die offensichtlich nicht erklärte Funktion, als undifferenzierter Behälter für alle physischen und sozialen Pathologien aufzutreten, die eine wohlstrukturierte Gesellschaft nicht akzeptierte: dadurch wurde sie zu einem Ort der Ausgrenzung und der sträflichen Abwesenheit des Staates. Der Aufbau und die Führung dieser Einrichtung wurde im Wesentlichen medizinischem Personal anvertraut und überantwortet, wodurch die Medizin zunehmend breitere Bereiche des Unbehagens in ihren Tätigkeitsbereich aufnahm und aufgrund ihres trennenden Charakters medikalisierte, indem sie sowohl die betroffenen Menschen als auch die krankmachenden sozialen Verhältnisse aus der Verantwortung entließ.

riconosciuta in più di un'occasione dalla stessa scienza medica ufficiale, contribuisce così ad attenuare quell'immagine d'insanabile contrapposizione fra componenti medico-scientifica ed empirico-popolare sulla quale tende ad appiattirsi certa rappresentazione di una parte del processo di medicalizzazione.

Il manicomio di Pergine Valsugana è infine l'oggetto dello studio di Casimira Grandi. Tale istituto aveva fra le proprie funzioni evidentemente non dichiarate anche quella di servire da contenitore indifferenziato di tutte quelle patologie fisiche e sociali che una società ben organizzata non accettava: si rivelava, pertanto, luogo di emarginazione e di colpevole assenza dello Stato. La sua organizzazione e conduzione affidata principalmente alla responsabilità di personale medico fa sì che la medicina si trovi ad inglobare nel suo terreno settori sempre più ampi di disagio che, per la sua stessa natura separata, tende a medicalizzare deresponsabilizzando sia l'uomo con cui ha a che fare, sia l'organizzazione sociale che li produce.

Nella ricca sezione Forum, tra gli altri contributi pubblichiamo un attualissimo studio dello storico Horst Schreiber sulla questione dell'appartenenza al partito nazista dell'ex presidente della giunta provinciale del Tirolo Eduard Wallnöfer. Schreiber presenta la sua ricerca d'archivio che ricostruisce questa vicenda storica e, sulla base della biografia e della carriera di Wallnöfer, svolge delle riflessioni circa la rielaborazione del passato nazista

Im reichhaltigen Forumsteil publizieren wir unter anderen Beiträgen eine topaktuelle Studie des Innsbrucker Zeithistorikers Horst Schreiber zur Frage der NSDAP-Mitgliedschaft des Altlandeshauptmannes von Tirol, Eduard Wallnöfer. Schreiber präsentiert darin seine Archivstudien zur Rekonstruktion der historischen Tatsachen und stellt zudem anhand der Biographie und Karriere Wallnöfers subtile Überlegungen zum Umgang mit der NS-Vergangenheit Tirols seit Kriegsende und der damit verbundenen bis heute wirkenden Erinnerungskultur an.

in Tirol e sulla relativa cultura della memoria dalla fine della guerra fino a giorni nostri.