10.4414/smf.2023.09490 | 2023;23(40):1342–1345 | Swiss Medical Forum
Übersichtsartikel | Peer reviewed article

Überlegungen aus sozialwissenschaftlicher Sicht

Ambivalenzen: ein verdeckter Schlüsselbegriff medizinischen und pflegerischen Handelns?

Medizinisches und pflegerisches Handeln gehen oft mit Erfahrungen von Ungewissheit und Zweifeln, also Ambivalenzen einher. Häufig werden sie verdrängt, statt sie zur Sprache zu bringen. Wie kann konstruktiv damit umgegangen werden?

Prof. em. Dr. Kurt Lüscher
Zentrum für Kulturwissenschaftliche Forschung (ZKF), Universität Konstanz

Der Text ist die überarbeite Fassung eines Referats gehalten im Kantonsspital Chur am 7.10.2022.

Einleitung

Zum medizinischen Alltag gehört das Entscheiden. In vielen Fällen ist es Routine. Doch es gibt auch Situationen, die ein Zögern, sogar ein Innehalten erfordern, weil zunächst kein eindeutiges Entweder-oder zutreffend scheint. Wir pflegen dann zu sagen, ich bin ambivalent. Nicht selten geht es dabei um schwerwiegende Probleme. Dies legt nahe zu bedenken, worauf Ambivalenzen im Kontext medizinischen und pflegerischen Handelns hinweisen und wie konstruktiv damit umgegangen werden kann. Dazu stelle ich aus sozialwissenschaftlicher Sicht einige Überlegungen zur Diskussion.

Definitionen

Vorab ist daran zu erinnern, dass der Begriff der Ambivalenz erstaunlicherweise erst 1910 – vom Zürcher Psychiater Eugen Bleuler – geschaffen wurde. Er schlug ihn im Zusammenhang mit der Diagnose Schizophrenie vor, einem ebenfalls von ihm stammenden Begriff, der bekanntlich ein komplexes Krankheitsbild bezeichnet [1]. Es betrifft letztlich das Erleben und Erfahren der *Persönlichkeit* eines Menschen. Anders ausgedrückt: Es geht um die Idee eines *Selbst* als Referenz für die Fähigkeit zu fühlen, zu denken und verantwortlich zu handeln. Dieser anthropologische Bedeutungshorizont, auf den Eugen Bleuler und – mit rascher Bezugnahme auf ihn – in verschiedenen Ausprägungen Sigmund Freud [2] hinwies, ist ein Grund, dass der Begriff in zahlreichen Arbeitsfeldern und Disziplinen rezipiert wurde, so auch in den Sozialwissenschaften [3], und er sich für transdisziplinäre Sichtweisen anbietet. Dass er erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts formuliert worden war, kann im Kontext der zunehmenden Infragestellung der Vorstellung individueller und kollektiven Identitäten in der Moderne und der Postmoderne gesehen werden [4]. Das trifft in der Gegenwart gesteigert und in mannigfaltiger Weise zu [5]. Allerdings rekurriert er auf allgemeine menschliche Erfahrungen und Einsichten, die bereits in der Antike und in biblischen Schriften thematisiert werden [6, 7].

Es besteht eine enge inhaltliche Verwandtschaft mit Mehrdeutigkeit, also Ambiguität. Die differenzierte semantische Abgrenzung zwischen den beiden sowie weiteren Begriffen wie zum Beispiel Dialektik, Dilemma, Double Bind ist anspruchsvoll und aufwendig [8–10]. Unter Bezugnahme auf die historische Begriffsanalyse, auf psychoanalytische und sozialwissenschaftliche Arbeiten sowie im Blick auf die Praxis leite ich die folgende *Definition* ab:

- Kennzeichnend für Ambivalenz ist, *erstens*, dass von Erfahrungen gleichzeitiger Gegensätze, also Polaritäten, oder von grundlegenden Differenzen die Rede ist. Naheliegende Beispiele sind Abhängigkeit und Eigenständigkeit im Verhältnis zwischen Eltern und Kindern, Brüche im Selbstbild zwischen Wollen und Sein, im Feld der Medizin Nähe und Distanz zwischen Angehörigen eines Teams oder Sympathie und Antipathie gegenüber einem Patienten oder einer Patientin.
- Kennzeichnend ist, *zweitens*, ein Erleben von Zeitlichkeit, das ein Hin und Her, ein Schwanken, Zögern, Innehalten und Neuansetzen und ein komplexes Verknüpfen dieser Elemente beinhalten kann. Dafür erachte ich die Bezeichnung Vaszillieren als geeignet.
- *Drittens* ist anzunehmen, dass diese Erfahrungen von Belang für das Tun und Lassen und die damit zum Ausdruck kommenden Facetten *persönlicher und kollektiver Identität, insbesondere eines Selbst* und der damit einhergehenden Befähigung zum verantwortlichen Handeln relevant sind. Konkret zeigt sich dies unter anderem in der Art und Weise, wie soziale Rollen verstanden, handelnd gestaltet und gelebt werden [11].

Im Feld ärztlichen Handelns skizziert exemplarisch Robert K. Merton dieses Erleben von Ambivalenzen [12]. Zum medizinische Handeln gehören bekanntlich Tätigkeiten wie Diagnostizieren, Vergleichen, Interpretieren

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

von Befunden und Bildern, Trösten, Mutmachen, Heranziehen und Modifizieren bisheriger Erfahrungen, ferner Riskieren, Abwarten und vieles mehr. Gemeinsam ist diesen Verhaltensweisen: Sie gehen einher mit der Gestaltung von *sozialen Beziehungen* zwischen zwei und mehr Beteiligten. Medizinisches Handeln ist in sozialwissenschaftlicher Sichtweise – nicht nur, aber in der Regel – *Beziehungsarbeit*, eingebettet und strukturiert in sozialen Rollen. Doch was ist mit mit den im Alltag so selbstverständlichen Redeweisen analytisch gemeint?

Soziale Beziehungen zwischen Menschen entstehen, werden entfaltet und verfestigt, wenn (mindestens) zwei Menschen sich wiederholt begegnen, aufeinander reagieren und so miteinander interagieren. Analytisch lassen sich zwei *Dimensionen* von sozialen Beziehungen unterscheiden:

- das *subjektiv* unmittelbar sinnlich erlebte, wiederholte wechselseitige Wahrnehmen und Begegnen,
- die Einbettung in Situationen, Organisation, also die letztlich *institutionalisierte* Rahmung des Begegnens, des Sprechens sowie des Tun und Lassens.

Von Belang sind dabei Erwartungen sowie Vorstellungen darüber, inwiefern und in welchem Masse sie zutreffen oder nicht. Das beinhaltet auch den Umgang mit Unerwartetem und Zufälligem, also mit Kontingenzen. Hier lässt sich systematisch das Erleben von Ambivalenzen als Erfahrungen von Ungewissheiten, Unsicherheiten, Differenzen und Alternativen zum Gewohnten, also von Offenheit verorten. Das geht mit der zeitlichen Dynamik des Vaszillierens einher. Man auch sagen: mit Zweifeln und der Suche nach Sinn und Bedeutung.

Beispielsweise: Die Pflegeperson oder Ärztin kommt beim Klingeln nicht so schnell wie üblich, die Patientin ist nicht ansprechbar wie gewohnt. Alle können sich also auch anders verhalten als erwartet. Es können – sozusagen mikrosozial, also gewissermassen durch das soziologische Mikroskop betrachtet – *Irritationen* entstehen. Diese können ihrerseits Unsicherheiten und Verzögerungen, eben Ambivalenzerfahrungen auslösen. Denn *anderes* ist möglich: Es kommen Zweifel auf: Sieht die Patientin in einer anderen als der bisherigen Behandlung den Hinweis einer Verschlechterung ihres Zustandes? Die Irritationen können kumulieren, zum Beispiel: Eine andere Pflegeperson verabreicht ein anderes Medikament. Was denkt die Patientin? Wem kann, soll sie glauben? Ist das ein Hinweis auf einen Fehler der Pflege? Oder: Was bedeutet es, wenn eine andere Ärztin kommt und neue Fragen stellt? Oder: Wie sich verhalten, wenn die Patientin unerwartet eine bis jetzt übliche Behandlung verweigert?

Werden diese mikrosozialen Irritationen in einen grösseren Kontext gestellt und wiederholen sie sich, werden *Rollenerwartungen* nicht erfüllt, die zum Beispiel die Patientin gegenüber der Pflegeperson hat oder umgekehrt die Pflegeperson oder die Ärztin gegenüber der Patientin. Es kann zu Unklarheiten, Brüchen und es kann zu innovativen Veränderungen im Zusammenspiel sozialer Rollen und ihrer Interpretation kommen. Dies kann bei allen Beteiligten ein Nährboden von Ambivalenzen sein. Hervorzuheben ist: Ambivalenzerfahrungen können sozial fördernd oder behindernd, mit anderen Worten sozial konstruktiv oder destruktiv sein. Insgesamt unterscheidet sich dieses Verständnis von sozialen Beziehungen von anderen, beispielsweise jenem solcher Bindungstheorien, in denen a priori normativ eine Beziehungsform als wünschbar hervorgehoben wird [13].

Anleitung zum Beobachten

Wie können wir dieses Geschehen erfassen? Lassen sich verschiedene Typen des Erlebens von Ambivalenzen und des Umgangs damit umschreiben? – Typologien werden häufig induktiv gebildet, also mittels Verallgemeinerung, ausgehend von einem oder mehreren Fällen und unter Rekurs auf persönliche Erfahrungen. Ich schlage indessen den Weg über eine theoretische Rahmung vor und gehe zu diesem Zweck vom erwähnten analytisch begründeten Begriff der sozialen Beziehung aus. Ich stütze mich dabei auf die Unterscheidung der zwei konstitutiven Dimensionen und postuliere, dass sie als Spannungsfelder polarer Gegensätze gekennzeichnet werden können. Dieses Vorgehen beruht auf der logische begründbaren Einsicht, dass die Aussage über einen Sachverhalt gleichzeitig den Ausschluss seines Gegenteils beinhaltet. Das lässt sich phänomenologisch konkretisieren und im Blick auf praktisches Handeln inhaltlich mit einem Diagramm veranschaulichen:

- Die Dimension *des Subjektiven, also Persönlichen* ist charakterisierbar mit den Ambivalenz generierenden Polen *warm/vertraut versus kalt/fremd*. Beide Bezeichnungen sind gewollt abstrakt. Sie finden sich unter anderem in ethnologischen Untersuchungen. Sie lassen sich – wie zu zeigen sein wird – unschwer auf konkrete Situationen medizinischen Handelns übertragen. Wichtig ist ferner: Da es sich um Spannungsfelder handelt, werden die Gegensätze nicht statisch, sondern dynamisch verstanden, eben als Vaszillieren.
- Die Dimension der *sozialen Rahmung* in Situationen, Organisationen und Institutionen lässt sich analog kennzeichnen mit den abstrakt benennbaren, Ambivalenz generierend gedachten Polen *formell/strikt versus informell/flexibel.* Das Formelle zeigt sich mehr oder weniger deutlich in der Betonung von Hierarchien oder konkreter etwa in der Kleidung sowie im Stil des Auftretens. Auch dieses Spannungsfeld beinhaltet komplexe Dynamiken.
- Die (orthogonale) Verknüpfung der beiden Dimensionen lädt ein, heuristisch *vier Grundtypen* des Erfahrens und Gestaltens von Ambivalenzen zu unterscheiden und sie zu umschreiben.
- Für diese Grundtypen lassen sich durch Bezugnahme auf das situationsbezogene Handeln *Charakteristika des Rollenhandelns* ableiten, das als mehr oder weniger konkreter Ausdruck des Erfahrens von und des Umgangs mit Ambivalenzen interpretiert werden kann.
- Eigeninitiative, Anleitung oder Zwang können Entwicklungen von einem zu einem anderen Typ in Gang setzen.

Für die Übertragung in die Praxis, zum Beispiel in verschiedene Felder der Medizin oder verschiedene Orte der Behandlung und Pflege, sind – wie erwähnt – die Umschreibungen zu adaptieren, zu konkretisieren, dementsprechend zu modifizieren und zu differenzieren. Hier zeigt sich der erkenntnisfördernde Charakter von Diagrammen [14]. *Methodisch* betrachtet sind sie nämlich ein beliebtes heuristisches Hilfsmittel für Praxis und Theorie. Die offene Wechselseitigkeit zwischen Sprache und Zeichnung regt zum Interpretieren und Diskutieren an, dementsprechend zum Modifizieren und Differenzieren. Diagramme sind insofern offen, als ihre theoretische Struktur zwar vorgegeben ist, die konkrete Begrifflichkeit, also die Anwendung auf Umstände und Situationen, jedoch flexibel gehandhabt werden kann.

So lassen sich Typen des Erfahrens und des Umgangs mit Ambivalenzen – wie erwähnt – mit Blick auf alltägliche Situationen im Spital, beispielsweise bei der Patientenaufnahme, im Krankenzimmer oder einer privaten Praxis beschreiben (Abb. 1). Die Typen kann man als Ausdruck einer persönlichen *Haltung* der Beteiligten verstehen, in der sie ihre Erfahrungen aktualisieren.

Typ 1: Ambivalenzen überspielen

- Die Atmosphäre ist insgesamt freundlich-sachlich.
- Das medizinische Personal (*mP*) hat ein klares Rollenverständnis. Es bestimmt die Zuständigkeiten und die Kompetenzen.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

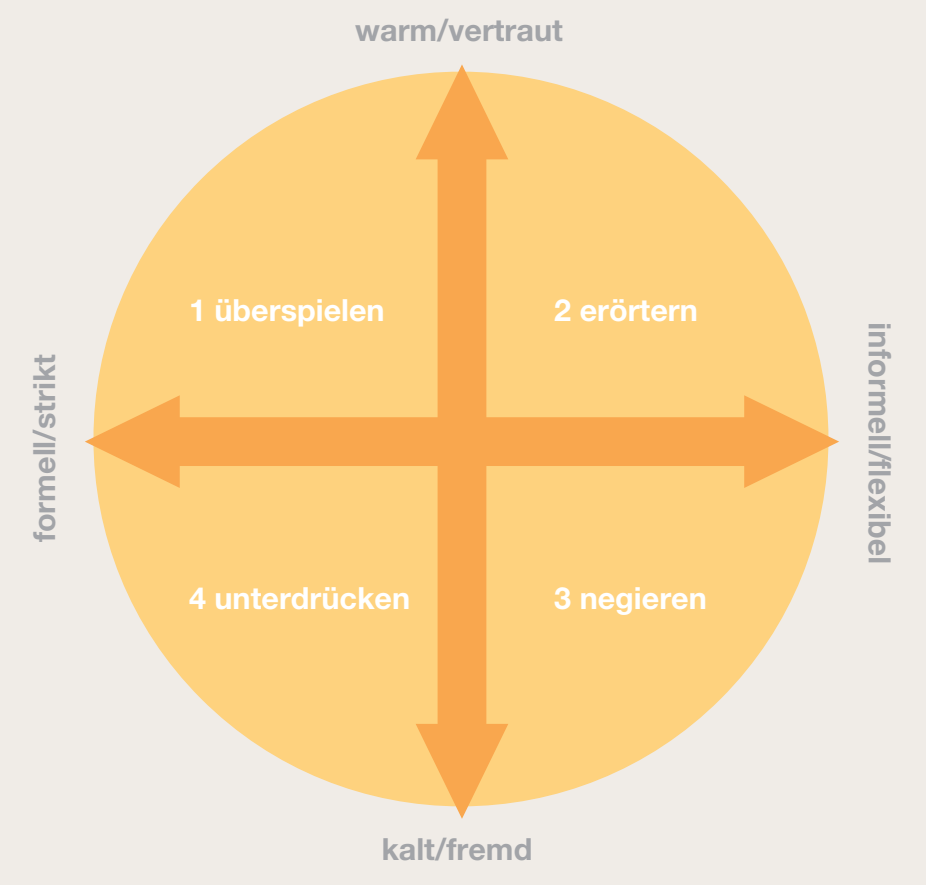

Abbildung 1: Typen des Erfahrens und Gestaltens von Ambivalenzen in Situationen medizinischen und pflegenden Handelns.

- Ambivalenzen werden als unvermeidliche, in gewisser Weise selbstverständliche Aspekte des Berufs angesehen. Sie werden mit Routinen überspielt. Ist das Personal unter sich, werden sie bisweilen mit distanzierender Ironie und mit Humor beschrieben.
- Gegenüber den Patientinnen und Patienten (*Pa*) sind Verhalten und Reden von höflicher Anteilnahme geprägt. Gleiches gilt in den Beziehungen zu deren Angehörigen (*A*). Unterschiedliche Aussagen des *mP* gegenüber *Pa* einerseits und *A* andererseits werden vermieden.
- Ambivalenzerfahrungen der *Pa*, die existentielle Themen wie Lebensrückblick, Sterben, Sinn des Leidens betreffen, werden – wenn überhaupt – nur beiläufig angesprochen und deren vertiefte Erörterung womöglich an Fachleute (zum Beispiel der Seelsorge) delegiert.
- *Pa* bemühen sich um Compliance und respektieren die Regeln des Spitals und der Abteilung. Ihre Ambivalenzerfahrungen gelten als selbstverständlich; sie werden indessen kaum zur Sprache gebracht.
- Die Beziehungen der *Pa* zu den *A* werden beiläufig und zurückhaltend angesprochen.

Typ 2: Ambivalenzen erörtern

- Die Atmosphäre ist insgesamt ungezwungen-locker.
- Das *mP* thematisiert unter sich (und im Kontakt mit den *Pa*) das eigene Rollenverständnis. In beschränktem Rahmen kommt auch Privates sowie persönliches Erleben zur Sprache.
- Ambivalenzerfahrungen alltäglicher Art werden respektiert und einvernehmlich geklärt. Betreffen sie gewichtige Themen, sind sie Anstoss zum Nachdenken und Reden über Lebenslauf und Sterben sowie Sinngebungen des Lebens. Es wird darüber gesprochen. Das gilt unter dem *mP* und in Gesprächen mit den *Pa*. Auf diese Weise kommt gegenseitiges Einfühlungsvermögen (Empathie) zum Ausdruck.
- *Pa* vermögen ihre Wünsche zu äussern. Sie reden offen über Schmerzen und Ängste.
- Die *Pa* berichten freimütig über ihre Beziehungen zu *A*. Diese beinhalten ihrerseits oft Ambivalenzerfahrungen.

Typ 3: Ambivalenzen negieren

- Die Atmosphäre ist sachlich-emotionslos.
- Das *mP* sieht seine Rolle darin, effizient medizinisch zu betreuen und zu behandeln. Unter sich beachtet das *mP* eine strikte Arbeitsteilung.
- Ambivalenzerfahrungen bleiben unbeachtet.
- Persönliche Themen kommen nicht zur Sprache, oder sie werden, falls angesprochen, in genereller Weise erörtert.
- Die *Pa* sind oft schweigend und fügen sich den Umständen. Bisweilen sind sie unstet.
- Der Kontakt mit *A* ist beiläufig.

Typ 4: Ambivalenzen unterdrücken

- Die Atmosphäre ist oft angespannt-fragil. Bisweilen kommt es zu emotionalen Ausbrüchen.
- Das *mP* fühlt sich häufig gestresst. Es findet sich wenig Zeit zum Austausch. Kleinigkeiten können Auslöser für Unstimmigkeiten und Konflikte sein.
- Persönliches kommt weder unter dem *mP* noch mit den *Pa* zur Sprache. Die Gespräche sind kurz und knapp. Längeres Verweilen findet nicht statt.
- Ambivalenzerfahrungen werden verdrängt, können jedoch unvermittelt aufbrechen.
- Die *Pa* sind oft ungeduldig, bisweilen gehässig. Sie bringen Schmerzen und Bedenken ungehemmt zum Ausdruck. Nörgeln und Reklamieren sind häufig.
- Der Kontakt mit *A* ist zufällig und wenn, dann oft gehemmt und beiläufig.

Folgerungen

Phänomenologisch-praktisch betrachtet zeigen sich Ambivalenzerfahrungen in der medizinischen Praxis in der Art und Weise, wie die Beteiligten ihre sozialen Rollen verstehen, in der damit einhergehenden Beziehungsarbeit umsetzen und wie sie dabei mit Ungewissheit, Unsicherheit und Zweifeln umgehen.

Die Erfahrung von Ambivalenzen allgemein und im Besonderen im medizinischen Handeln können – wie erwähnt – sozial *konstruktiv* oder *destruktiv*, für das gemeinsame Tun und Lassen und die Persönlichkeitsentfaltung sowie die Entwicklung der Beteiligten *förderlich* oder *belastend* sein. Diese Effekte können auch für die Gemeinschaften und Organisationen eintreten, die die Beziehungen rahmen. Dementsprechend kann der Umgang damit für den therapeutischen Erfolg von Belang sein. Ich rege darum an, eine über die Routinen hinausgehende *Ambivalenzsensibilität* zu entwickeln. Sie ist Teil einer allgemeinen Sensibilität für die Vielfalt sozialer Beziehungen und ihre Subtilitäten.

Ambivalenzsensibilität lässt sich kultivieren, indem das Gespür dafür gefördert wird, wie Ambivalenzerfahrungen im Verhalten, Reden und Schreiben offen oder verdeckt zum

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Das Wichtigste für die Praxis

- Ungeachtet aller Professionalität geht medizinisches und pflegerisches Handeln oft mit Erfahrungen von Ungewissheit und Zweifeln, also Ambivalenzen einher. Häufig werden sie verdrängt. Sie zur Sprache zu bringen und den Umgang damit systematisch zu bedenken kann für alle Beteiligten hilfreich sein.
- Es lohnt sich, das damit Gemeinte näher zu analysieren, zu bedenken und typische Formen des Umgangs mit Ambivalenzen zu unterscheiden.
- Dies kann dazu beitragen, das Arbeitsklima zu verbessern, schwierige und kritische Situationen zu meistern, kann also das medizinische Handeln unterstützen.

Ausdruck kommen. Dies kann zum Beispiel unter Bezugnahme auf konkrete medizinische Aufgaben geschehen. Sie kann sich unter Umständen auch darin zeigen, dass jemand – wie man sagt – aus der Rolle fällt. Ambivalenzsensibilität lässt sich als eine besondere Form von *Feinfühligkeit* verstehen. Sie beinhaltet oft *Glaubwürdigkeit* und *Lebensnähe*.

Ambivalenzsensibilität können wir über den unmittelbaren beruflichen Kontext hinaus erwerben, indem wir Ambivalenzerfahrungen in unterschiedlichen Lebensbereichen, etwa Arbeit und Freizeit, miteinander vergleichen und indem wir auf Differenzen der Milieus, der Situationen und der Stimmungen achten. Beispielsweise vermögen wir Ambivalenzerfahrungen in literarischen Werken nachzuvollziehen: Im Handlungsbogen einer Erzählung, in einzelnen Figuren, in Situationen und in der Wortwahl. Dabei zeigt sich: Gehaltvolle Werke weisen eine grosse Ambivalenzdichte auf. Auf wieder andere Weise wecken meisterliche malerische Darstellungen und klassische ebenso wie moderne musikalische Kompositionen Ambivalenzerfahrungen. Weitgehende Zustimmung findet die These, ob ein Werk als Kunst gelten kann, hänge davon ab, ob und in welcher Weise darin mannigfaltige Ambivalenzerfahrungen dargestellt und dementsprechend wiederum angeregt werden. Dem Kitsch hingegen sei eigen, Eindeutigkeit zu zelebrieren [15].

Theoretisch und als soziale Logik steht das Ambivalente für ein *offenes Sowohl-als-auch*. Es unterscheidet sich somit vom Denken in einem *geschlossenen Entweder-oder*, mithin dem Drängen auf rasche Eindeutigkeit. Ambivalentes Denken und Reden aktiviert also den *Möglichkeitssinn*, also nicht nur zu denken, was tatsächlich ist, sondern was *auch* denkbar ist, was möglich sein könnte. Das kann kürzer oder länger dauern. Das wiederum lenkt die Aufmerksamkeit auf Zufall und Schicksal. Im Horizont des Ambivalenten sind ferner Utopien und Dystopien. Mit Neil Smelser lässt sich die soziale Logik des Ambivalenten als Alternative zum Entscheiden im Sinne rationalen Wählens («rational choice») verstehen [16]. Dementsprechend verweist die vertiefte Beschäftigung mit Ambivalenzen letztlich auf menschenbildliche Prämissen, nämlich den Umgang mit den Freiräumen des Handeln und der Gestaltung sozialer Beziehungen.

Korrespondenz
Prof. em. Dr. Kurt Lüscher
Humboldtstrasse 15
CH-3013 Bern
kurt.luescher[at]uni-konstanz.de

Verdankung
Ich danke Marietta Buol, Pflegefachverantwortliche in Onkologie, Kantonsspital Chur, Prof. Dr. med. Christian Lüscher, Neurologe am Universitätsspital Genf, Prof. Dr. med. Dr. phil. nat. Lorenz Räber, Kardiologe am Inselspital Bern, Dr. Michael Schwitter, Leitender Arzt Onkologie am Kantonsspital Chur, sowie Dr. theol. Thomas Wild, Institut für Praktische Theologie, Universität Bern, für sachkundige Kommentare aus pflegerischer, ärztlicher und theologischer Sicht.

Disclosure Statement
Der Autor hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur
1 Lüscher K, Studer K. 110 Jahre Ambivalenz. Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother. 2020:190–4.
2 Bourdin D. L'ambivalence dans la pensée freudienne. In: Emmanuelli E et al. (éd.): Ambivalence. L'amour, la haine, l'indifférence. Paris, PUF; 2005:15–43.
3 Merton RK. Sociological Ambivalence. New York: Free Press; 1976.
4 Bauman Z. Moderne und Ambivalenz. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1996.
5 Lüscher K. Ambivalenzen – Beziehungen – Identitäten. Skizze einer transdisziplinären Heuristik. In: Krieger V et al. (Hrg). Ambige Verhältnisse: Uneindeutigkeiten in Kunst, Politik und Alltag. Bielefeld transcript; 2021: 127–50.
6 Lüscher K, Fischer HR. Ambivalenzen bedenken und nutzen. In: Familiendynamik, 2014; 38(3):81–95.
7 Fischer HR, Lüscher K. Ambivalenzen ergründen. Familiendynamik 2014;38(3):122–33.
8 Berndt F, Kammer St. (Hrsg). Amphibolie, Ambiguität, Ambivalenz. Würzburg: Könighausen&Neumann; 2009.
9 Bauer M, Berndt F, Meixner S (Hrsg). Ambivalenz in Sprache, Literatur und Kunst. Würzburg: Könighausen&Neumann; 2019.
10 Bauer T. Die Vereindeutigung der Welt. Stuttgart: Reclam; 2019.
11 Dahrendorf R. Homo sociologicus: Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2006.
12 Merton RK. The Ambivalence of Physicians. In: Merton R K. Sociological Ambivalence. New York: Free Press; 1976: 65–72.
13 Keller H. Mythos Bindungstheorie. Weimar: Verlag das Netz; 2019.
14 Bogen S, Thürlemann F. Jenseits der Opposition von Text und Bild. Überlegungen zur Theorie des Diagramms und des Diagrammatischen. In: Patschovsky A (Hrg.): Die Bildwelt der Diagramme Joachims von Fiore. Ostfildern: Thorbecke; 2003: 1–22.
15 Lüscher K, Roshani A. Interview. Das Magazin. Zürich: Tamedia; 2021: 18–26.
16 Smelser NJ. The Rational and the Ambivalent in the Social Sciences. ASR. 1998;63(1):1–6.

Prof. em. Dr. Kurt Lüscher
Universität Konstanz

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html