

Gisela Brünner/Elisabeth Gülich (Hgg.)

Krankheit verstehen

Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache
in Krankheitsdarstellungen

BSLL 18

AV

AV

Bielefelder Schriften zu Linguistik und Literaturwissenschaft

Im Auftrag der Fakultät
für Linguistik und Literaturwissenschaft
der Universität Bielefeld
herausgegeben von Jörg Drews und Dieter Metzger

Band 18

Gisela Brünner/Elisabeth Gülich (Hgg.)

Krankheit verstehen

Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache
in Krankheitsdarstellungen

AISTHESIS VERLAG

Bielefeld 2002

Abbildung auf dem Umschlag:

© Gisela Brünner

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung
der Universität Bielefeld

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Krankheit verstehen : interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in
Krankheitsdarstellungen / Gisela Brünner/Elisabeth Gülich (Hgg.).

– Bielefeld : Aisthesis-Verl., 2002

(Bielefelder Schriften zu Linguistik und Literaturwissenschaft ;
Band 18)

ISBN 3-89528-360-6

© Aisthesis Verlag Bielefeld 2002
Postfach 10 04 27, D-33504 Bielefeld
Druck: Digital PS Druck AG, Birkach
Alle Rechte vorbehalten

ISBN 3-89528-360-6
www.aisthesis.de

Inhaltsverzeichnis

Gisela Brünner/Elisabeth Gülich	
Einleitung	7
Gisela Brünner/Elisabeth Gülich	
Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation	17
Volker Surmann	
„Wenn der Anfall kommt“. Bildhafte Ausdrücke und metaphorische Konzepte im Sprechen anfallskranker Menschen	95
Ingrid Furchner	
„keine absence gleicht der anderen“. Die Darstellung von Bewusstseinslücken in Anfallsbeschreibungen	121
Gunnar Stollberg	
Heterodoxe Medizin, Weltgesellschaft und Glokalisierung: Asiatische Medizinformen in Westeuropa	143
Martin Konitzer/Wiebke Schemm/ Nahid Freudenberg/Gisela C. Fischer	
Funktion und Bedeutung der Metapher in der Homöopathie	159
Mechthilde Küttemeyer	
Metaphorik in der Schmerzbeschreibung	191
Johanna Lalouschek	
Nimmermüde – immer müde? Zur kulturellen Symbolik und medialen Präsentation des Chronischen Erschöpfungssyndroms	209
Wiebke Schemm	
Wie mächtig sind Metaphern? Von metaphorischen Wechselwirkungen oder der Kunst des Stöhnens	235

Michael B. Buchholz	
Metaphern im therapeutischen Kontakt. Qualitative Ergebnisse einer triadischen Studie	263
Nicolas Tsapos	
Die Konstitution von Patientenbildern in Krankenakten betreuter Patientinnen der Anstalt Bethel 1898–1945	301
Iris Hermann	
Krankschreibungen. Krankheit und Tod in Texten von Montaigne, Jean Paul, Kafka, Beckett und Brodkey	319
Über die AutorInnen	341

„Es ist geboten hinzuhören, wenn jemand sagt ‚ich habe Schmerzen‘, und nicht wegzuhören. [...] Schmerzen sind nicht objektive Strafen (wiewohl objektive Strafen Schmerzen sein können), sondern sie sind lediglich Aufgabe. Es ist also nicht geboten über Schmerzen etwas auszusagen, sondern sich ihnen schweigend zuzuwenden, um auf sie zu hören.“ (Viktor von Weizsäcker)¹

Einleitung

Über Krankheiten zu sprechen und Krankheitsgeschichten anzuhören, ist allgegenwärtig und schwierig, entlastend und belastend zugleich. Die Themen Krankheit und Gesundheit begleiten unser Leben, die Kommunikation über sie findet in vielfältigen Lebensbereichen und unterschiedlichen Zusammenhängen statt: im Gespräch unter Freunden und in der Familie, in der ärztlichen Praxis und im Krankenhaus, im Fernsehen und in Zeitschriften, in Kursen und Gruppen, in denen Wissen über Krankheiten vermittelt wird und Ratschläge zu ihrer Behandlung gegeben werden.

Das Sprechen über Krankheit im privaten Bereich schafft Nähe und Erleichterung. In den Institutionen des Gesundheitswesens ist es die Grundlage für Diagnose und Heilung. In den Medien dient es der Weitergabe von Informationen und Erfahrungen an eine breite Öffentlichkeit. Medizinische Experten, Ärzte und Therapeuten haben in diesen Kontexten die schwierige Aufgabe, ihr Fachwissen über Krankheiten so zu vermitteln, dass Betroffene ihre Erklärungen, Ratschläge oder Therapiemaßnahmen verstehen. In den Medien werden dann, wenn es um solche Wissensvermittlung im öffentlichen Raum geht, journalistische Experten hinzugezogen, um die Verständlichkeit zu sichern.

Dass das Sprechen über Krankheiten in alltäglichen Zusammenhängen schwierig sein kann, hat unterschiedliche Gründe: Krankheit ist eng mit unserer Person verbunden und wir geben viel von uns selbst preis, wenn wir anderen davon berichten – und das sind nicht gerade die ange-

¹ Viktor von Weizsäcker (1926): Die Schmerzen. Stücke einer medizinischen Anthropologie. In: Kreatur 1. Hgg.: M. Buber/V. von Weizsäcker. 315-335. (hier: 333).

nehm-normalen oder positiven und starken Seiten unseres Selbst. Bestimmte Krankheiten sind geradezu stigmatisierend, dazu gehören Epilepsie oder psychische Erkrankungen. Darüber zu sprechen kann deshalb als heikel empfunden werden. Andererseits kann das Erzählen von Krankheiten auch eine Entlastung bedeuten; sonst würden Geschichten von gefährlichen Erkrankungen oder schweren Operationen nicht so ausführlich und manchmal zum wiederholten Male erzählt. Da Krankheit und Krankheitserleben etwas sehr Subjektives sind, ist es jedoch nicht einfach, sich anderen verständlich zu machen. Beispielsweise Schmerzen genau zu schildern, wird oft als äußerst schwierig empfunden; Äußerungen wie „Das kann ich gar nicht beschreiben“, können geradezu als typischer Beginn von Schmerzbeschreibungen gelten. Nicht nur im Gespräch mit Freunden oder Angehörigen, sondern auch mit Ärzten sind daher oft besondere Anstrengungen nötig, um die eigenen Wahrnehmungen und Befindlichkeiten klar zu vermitteln.

Auch Krankheitsgeschichten anzuhören, ist oft schwierig und belastend; manchmal möchte man vielleicht lieber „weghören“, wenn jemand sagt „ich habe Schmerzen“. Schmerzen zu *verstehen* ist auch für den Kranken selbst eine Aufgabe: Jeder Körperteil, jedes Organ schmerzt anders; jedes „führt seine eigene Schmerzsprache, spricht seinen eigenen ‚Organdialekt‘“ (von Weizsäcker 1926, 322). Was Krankheit verstehen in einem umfassenden Sinne bedeutet, beschreibt Viktor von Weizsäcker in seinem Aufsatz über Schmerzen folgendermaßen: „nicht die Wahrnehmung, nicht die Phänomenologie, nicht die Analyse der Psychologie allein gestattet zu sagen, was eigentlich ein Schmerz sei, wenn nicht zuvor gesagt ist, *wo*, an welcher Kittlinie der *Lebensordnung* er auftaucht [...]. Dem Sitz des Schmerzes in der Lebensordnung müssen wir also nachspüren“ (1926, 323).

Um die Schwierigkeiten beim Sprechen über Krankheiten zu bearbeiten, stellt die Sprache Mittel, kommunikative Verfahren und Handlungsmuster bereit. Die Fragen, wie solche Mittel und Verfahren eingesetzt werden, welchen Zwecken sie im Einzelnen dienen, was sie für die Gesprächspartner in bestimmten Zusammenhängen leisten und was sie zum Verstehen von Krankheit beitragen, bilden den *thematischen Schwerpunkt* dieses Bandes. Antworten auf diese Fragen geben hier Forscher/innen und Praktiker/innen aus unterschiedlichen Disziplinen, aber in interdisziplinärer Perspektive: Die Beiträge stammen aus der Linguistik (Brüner/Gülich, Surmann, Furchner, Lalouschek, Tsapos) und Literaturwis-

senschaft (Hermann), aus der Medizin (Kütemeyer, Konitzer et al.) und Medizinsoziologie (Stollberg) sowie aus der Psychotherapie (Buchholz, Schemm)². Jeder der hier vertretenen disziplinären Ansätze bringt seine spezifische Sicht auf Krankheit und seine eigene Methode zur Analyse von Kommunikation über Krankheiten ein, konzentriert sich auf bestimmte Aspekte von Krankheit, lässt aber zugleich das Interesse an anderen ergänzenden Perspektiven und den Wunsch nach einem vertieften Verständnis von Krankheit über die eigene Disziplin hinaus erkennen.

Die Mehrzahl der Artikel – Ausnahmen bilden die Beiträge über historische Krankenakten (Tsapos) und über literarische Krankheitsdarstellungen (Hermann) – befassen sich mit mündlicher Kommunikation; in allen wird – über die disziplinären Grenzen hinweg – dem Gespräch ein zentraler Stellenwert für die Beschäftigung mit Krankheit beigemessen. Das gilt ebenso für die Arzt-Patient-Gespräche aus der Epilepsieklinik, die aus linguistischer Sicht analysiert werden (Brünner/Gülich, Surmann, Furchner), für die aus medizinischer bzw. psychosomatischer Sicht analysierten Gespräche mit chronischen Schmerzpatienten (Kütemeyer) und die Gespräche aus der homöopathischen Praxis (Konitzer et al.) wie für therapeutische Gespräche (Buchholz, Schemm). In diesen Gesprächen wird das intensive Bemühen um das Verstehen der Krankheit auf der Grundlage der subjektiven, im Gespräch vermittelten Wahrnehmungen und Empfindungen der Patienten deutlich, das eher „alternative“ oder „heterodoxe“ Medizinformen (im Sinne von Stollberg) als biomedizinische Ansätze kennzeichnet. In medial vermittelter Kommunikation (Brünner/Gülich, Lalouschek), die sich im Wesentlichen an der traditionellen Schulmedizin orientiert, treten hingegen Aspekte der Informationsvermittlung und der Inszenierung von Kommunikation in den Vordergrund.

Als zentrale Darstellungsmittel erweisen sich in einer ganzen Reihe von Beiträgen die Verfahren der Veranschaulichung (Brünner/Gülich), zu denen als prägnanteste Form die *Metapher* gehört. Metaphern werden von den Vertretern der unterschiedlichen Disziplinen einhellig als ein für

² Die hier versammelten Beiträge gehen größtenteils auf Vorträge zurück, die im Rahmen eines von Elisabeth Gülich an der Universität Bielefeld veranstalteten Forschungskolloquiums „Kommunikation über Krankheiten“ (WS 1998/99) sowie in den Workshops „Bildlichkeit in medizinischer Kommunikation“ (Januar 1999) und „Bedeutung und Funktion der Metapher in der Homöopathie“ (Januar 2000) gehalten worden sind.

das Sprechen über Krankheiten und für das Verstehen von Krankheit besonders interessantes und nutzbringendes sprachliches Verfahren eingeschätzt – in alltäglicher mündlicher ebenso wie in literarischer Kommunikation (Hermann). Metaphern helfen Patienten, ihr subjektives Krankheitserleben und ihre individuellen Krankheitserfahrungen darzustellen (Surmann, Konitzer et al., Küttemeyer); sie erleichtern es Experten, ihr professionelles Wissen an Laien bzw. Patienten zu vermitteln (Brünner/Gülich). Dies können Metaphern leisten, weil der Sprecher mit ihnen neue und fremde Sachverhalte und Zusammenhänge auf eine vertraute gemeinsame Basis projiziert.

Darüber hinaus sind die Interpretation, Prozessierung und Bearbeitung von Metaphern und bildlichen Ausdrucksformen in der Interaktion zwischen Ärzten/Psychotherapeuten und Patienten schon wirksame Bestandteile des therapeutischen Prozesses selbst (Buchholz, Schemm). Dies ist möglich, weil Metaphern entsprechend den Erkenntnissen der kognitiven Metapherntheorie nicht nur sprachliche Phänomene sind, sondern Ausdruck kognitiver Konzepte (die kognitive Metapherntheorie von Lakoff/Johnson spielt in mehreren Beiträgen dieses Bandes – Brünner/Gülich, Surmann, Buchholz – eine wichtige Rolle). Die Arbeit mit und an Metaphern in der therapeutischen Interaktion gibt deshalb Auskunft über die innere Welt der Patienten und kann diese verändern. Es liegt nahe, hier auch eine Beziehung zum literarischen Text herzustellen, in dem Krankheit als Metapher fungiert (Hermann). Metaphern können in vielfältiger Weise ein Schlüssel zu dem sein, was von Weizsäcker „die eigentliche Krankengeschichte“ nennt: „diese *eigentliche* Krankengeschichte ist immer ein Stück der Lebensgeschichte“.³ Krankheit verstehen bedeutet also immer, sie in größere und komplexere Zusammenhänge einzuordnen, aus denen heraus sie möglicherweise ihre Bedeutung gewinnt.

Zum Inhalt der Beiträge:

Gisela Brünner und Elisabeth Gülich behandeln Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation mit einem diskurs- bzw.

³ Viktor von Weizsäcker (1929): Epileptische Erkrankungen, Organneurosen des Nervensystems und allgemeine Neurosenlehre. Zit. nach Dieter Janz (Hg.) (1999): Krankengeschichte. Biographie, Geschichte, Dokumentation. Würzburg, 9.

konversationsanalytischen Ansatz. Auf empirischer Grundlage (Transkriptionen authentischer Kommunikation) wird untersucht, wie ExpertInnen/ÄrztInnen und LaiInnen/PatientInnen einander krankheitsbezogenes Wissen vermitteln und dabei komplexe Sachverhalte durch interaktive Verfahren verdeutlichen. Thematisch im Vordergrund stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Anfallskrankheiten (z.B. Epilepsien). Als Formen der Veranschaulichung werden Metaphern und Vergleiche, Beispiele und Beispielerzählungen, Konkretisierungen und Szenarios differenziert. Als ihre Funktionen werden die verständliche Vermittlung komplizierter Sachverhalte, die Herstellung von Alltagsbezug sowie von Adressatenbezug herausgearbeitet.

Volker Surmann untersucht, zu welchen Metaphern und Vergleichen anfallskranke Menschen greifen, und geht der Frage nach, ob die gewählten Bilder auch etwas über die jeweilige Krankheit erzählen. Mittels eines konversationsanalytischen Zugangs stellt er zunächst typische Verfahren in der Verwendung bildhafter Sprache vor, um anschließend differenzialdiagnostische Hypothesen zur Unterscheidung verschiedener Anfallskrankheiten zu formulieren. Bei der Auswertung der Arzt-Patient-Gespräche im Corpus Anfallkrankheiten analysiert er, dem kognitiven Metaphernbegriff von Lakoff/Johnson folgend, die metaphorischen Konzepte im Sprechen anfallskranker Menschen. Ausgehend von einzelnen Transkripten, aber schrittweise davon abstrahierend, stehen am Ende seiner Untersuchung qualitativ aus dem Material abgeleitete, jedoch gleichermaßen quantitativ belegte differenzialdiagnostische Beobachtungen.

Ingrid Furchner untersucht konversationsanalytisch die Darstellung von Absenzen (Bewusstseinslücken) in Anfallsbeschreibungen. Sie greift dabei auf dasselbe empirische Material zu Anfallskrankheiten zurück, das auch von Brünner/Gülich und Surmann verwendet wird. In solchen Anfallsbeschreibungen berichten die PatientInnen über Phasen „eingeschränkter Selbstverfügbarkeit“, d.h. zeitweilige Störungen oder Einschränkungen ihrer Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeit bis hin zum Bewusstseinsverlust. Die Schwierigkeit bei der Darstellung solcher Ereignisse liegt darin, dass die PatientInnen etwas beschreiben, das ihnen selbst nicht oder nur eingeschränkt zugänglich ist, dessen Darstellung aber im Kontext der Behandlung relevant ist. Im subjektiven Bild der Anfälle zeigen sich deutliche Unterschiede, die diagnostisch interessante Hypothesen über die Zuordnung zwischen der Art der „Lücke“-Darstellungen und verschiedenen Anfallserkrankungen erlauben.

Gunnar Stollberg beschäftigt sich aus medizinsoziologischer Sicht mit „heterodoxer“ (herkömmlich auch „alternativ“ genannter) Medizin und besonders asiatischen Medizinformen in der westeuropäischen Gesellschaft. Er vergleicht medizinische Konzepte der traditionellen westeuropäischen, chinesischen und indischen Medizin und zeigt, wie heterodoxe Medizinformen, etwa Akupunktur und Ayurveda, Bestandteil des pluralistischen medizinischen Funktionssystems unserer Gesellschaft geworden sind. Die asiatischen Medizinen sind dabei im biomedizinisch dominierten Westeuropa Prozessen der Glokalisierung und Hybridisierung unterworfen, wie sie umgekehrt die Biomedizin im asiatischen Umfeld erfahren hat. Stollberg gibt sozialwissenschaftliche Erklärungen, warum heterodoxe Medizinkonzepte in der modernen Gesellschaft expandieren.

Martin Konitzer, Wiebke Schemm, Nabid Freudenberg und Gisela C. Fischer untersuchen die Funktion und Bedeutung der Metapher in der Homöopathie anhand von zwei Transkripten aus der homöopathischen Allgemeinpraxis. Sie diskutieren die therapeutischen Effekte der Homöopathie unter dem Gesichtspunkt einer semiotischen Begründung und schlagen ein Verständnis des homöopathischen „Simile“ als Metapher vor. „Ähnlichkeit“ wird als gemeinsamer Modus der Erzeugung von Metaphern wie auch interaktiver Eigenschaften („Regression, Nähe, Identifikation“) oder „homöopathischer Magie“ angesehen. Die Patienten-Metaphern in den Transkripten lassen sich in historisch-intertextueller Sicht auf die Tradition alchemistischer Metaphorik beziehen. Auch das verordnete Heilmittel „Phosphorus“, die arzneiliche Aufbereitung des „Simile“, besitzt diskursiv-interaktive Charakteristika durch seine Bestimmung in der Arzt-Patienten-Beziehung und hat symbolische Momente. Es verweist auf den historischen Hintergrund der Krankheitsbewältigung mittels Homöopathie.

Mechthilde Küttemeyer befasst sich aus psychosomatischer Sicht mit der Metaphorik in Schmerzbeschreibungen. Sie geht der Frage nach, wie sich an der Art der Schmerzbeschreibung und der gewählten Sprachmittel ablesen lässt, ob es sich um einen sensorischen oder einen überwiegend affektiven/seelisch bedingten/somatoformen Schmerz handelt. Hier hat der Schmerz den „Zweck“, vergangenes (und gegenwärtiges) Leiden „mitzuteilen“, das sonst keinen Ausdruck findet. Psychogene Schmerzen werden in affektiv getönter Sprache, dramatisch und in invasiven Metaphern/Bildern beschrieben. Küttemeyer stellt Formen bildhafter Schmerzschilderungen dar, mit denen die Betroffenen verschiedene Aspekte der Schmerzerinnerung, des Wiederauftauchens traumatischer Erfahrungen

einzufangen und zu vermitteln versuchen. Die Metaphorik hilft bereits bei der initialen Schmerzschilderung, „psychogene“ von „organisch“ bedingten Schmerzen zu unterscheiden. Sie macht eine affektive Schmerzordnung, ein „Alphabet“ der Affekte, sichtbar und erlaubt es im Gespräch mit den Patienten, auf die affektive Seite ihrer Schmerzen zu kommen.

Johanna Lalouschek untersucht aus linguistischer und kulturwissenschaftlicher Perspektive die kulturelle Symbolik und mediale Präsentation des Chronischen Erschöpfungssyndroms (CFS) als Prototyp eines „modernen Leidens“. Sie beschreibt zunächst die körperliche Symptomatik, standardmedizinische Diagnose- und Behandlungsformen, psychosomatische Bedeutungen und mögliche soziokulturelle Gehalte. Bildhaft gesprochen setzt CFS dem „chronischen Nimmer-Müde“ einer Erfolgs- und Leistungsgesellschaft ein „chronisches Immer-Müde“ entgegen. Lalouschek analysiert dann anhand von Transkripten einer medizinischen Informationssendung, wie diese Aspekte in die öffentliche Gesundheitsinformation eingehen. Die Sendung bleibt in der Inszenierung der bizarren Symptomatik stehen, statt am Beispiel dieses „neuen Leidens“ zu einem erweiterten Verständnis psychosomatischer und soziokultureller Krankheitszusammenhänge anzuregen und körperliche Symptome auch als Ausdrucksformen für persönliches Leid und soziale Spannungen wahrzunehmen.

Wiebke Schemm beschreibt die Beziehung zwischen Sprechen/Sprache und Körper in dem körperorientierten Therapieansatz der „Funktionellen Entspannung“. Diese fragt, wie ein Patient vor und nach der Behandlung vom Körper spricht, wie sich sein Sprechverhalten und seine Körperhaltung geändert haben. Schemm untersucht, welche Rolle der Körper und körperliches Erleben für die Äußerung von Metaphern und Stöhnen (als präverbale Ausdrucksform) spielen, und illustriert ihre Überlegungen anhand von fünf Fallbeispielen/Gesprächsprotokollen aus therapeutischen Sitzungen und Beratungen. Hier werden die Wechselwirkungsprozesse zwischen dem Sprechen und dem Empfinden des Patienten bearbeitet. Metaphern als sprachliche und Stöhnen als leibliche Ausdrucksformen für das Erleben und die Körpereigenwahrnehmung spielen dabei eine besondere Rolle, weil sie Ausdruck des sog. leiblichen Unbewussten sind; im therapeutischen Gespräch evoziert der Gebrauch von Metaphern wiederum Körperreaktionen, die zu veränderten Metaphern führen.

Michael B. Buchholz berichtet über eine Untersuchung im Rahmen qualitativer Psychotherapieforschung zu Metaphern des Kontakts. Materialgrundlage sind Transkripte narrativer Interviews mit Patienten, Einzel- und Komplementärtherapeuten. Die Patienten wurden u.a. nach ihrer Beziehung zum therapeutischen Personal gefragt. Bei der Beschreibung des Kontakts zueinander spielen Metaphern und metaphorische Sprechweisen eine wichtige Rolle. Buchholz rekonstruiert aus dem Material verschiedene Szenarien des Kontakts, z.B. das Szenario der schrittweisen Annäherung oder das Szenario der elektromagnetischen Kontaktkräfte. Er fragt darüber hinaus nach einem Zusammenhang zwischen den Szenarien des Kontakts und dem Behandlungserfolg. Dieser hängt auch davon ab, ob die individuellen Kontaktszenarien der Therapeuten mit denen der Patienten kompatibel sind, ob eine Passung und damit eine gemeinsame Kontakterfahrung erreicht wird.

Nicolas Tsapos untersucht die Konstitution von Patientenbildern in Krankenakten mit text- und konversationsanalytischen Methoden. Sein Material sind Krankenakten der Abteilung für gemütskranke Frauen in der Anstalt Bethel zwischen 1898 und 1945; diese handschriftlichen Quellen wurden transkribiert. Solche Akten geben Aufschluss über den klinischen Alltag in der Frühphase der Psychiatrie. Tsapos charakterisiert diese Krankenakten und die dazu gehörende Korrespondenz zwischen Ärzten und Angehörigen der Patientinnen. Er stellt am Material verschiedene sprachliche Verfahren vor, die dazu beitragen, dass sich aus der Lektüre einer Krankenakte beim Leser das Bild eines Patienten konstituiert – z.B. Kategorisierung durch Kategorien-Namen oder durch Aktivitäten. Zum Teil werden die Konstitutionsprozesse interaktiv realisiert. Diese Verfahren findet man, wenn auch in sehr unterschiedlicher Ausprägung, zu allen untersuchten Zeiten in vergleichbarer Form.

Iris Hermann untersucht Krankheit und Tod literaturwissenschaftlich in Montaignes „Essais“, Jean Pauls „Leben des Quintus Fixlein“, Kafkas „Ein Landarzt“, Becketts „Malone stirbt“ und Brodkeys „Die Geschichte meines Todes“. Ihre Fragen sind: Wie nimmt der ästhetische Text Krankheit in seinen Blick? Was für ein Text entsteht, wenn in ihm Krankheit an zentraler Stelle auftaucht? Da Krankheit eine Metapher im literarischen Text ist, zumindest aber systematische Funktionen übernimmt, steht die ästhetische Funktion von Krankheitsphänomenen im Mittelpunkt. Wie wird Krankheit rezipiert und ästhetisiert? Alle untersuchten Texte wählen die radikale Perspektive, dass Kranksein die Infragestellung der körperlichen Existenz bedeutet. Das „Thema“ Krankheit

prägt aber auch die Form der Texte selbst: Mit den Krankheitsmetaphern korrespondiert ein „Unwohlsein“ des Textes.

Wir wünschen uns für dieses Buch eine Leserschaft, deren Interessen und Sichtweisen ebenso interdisziplinär sind wie die Beiträge des Bandes. Unser Wunsch und unsere Hoffnung ist, dass der Band durch seine vielfältigen Perspektiven dazu beiträgt, das Verstehen von Krankheit, das Verständnis für kranke Menschen und die Verständigung mit ihnen in einem umfassenden Sinne zu fördern.

Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation

- 1 *Einleitung*
 - 1.1 Untersuchungsgegenstand
 - 1.2 Datenmaterial und theoretisch-methodischer Rahmen
 - 1.3 Vorgehen und Aufbau der Untersuchung
- 2 *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*
 - 2.1 Veranschaulichungsverfahren von Experten
 - 2.1.1 Metaphern und Vergleiche
 - 2.1.2 Beispiele und Szenarios
 - 2.1.3 Verwendung im Kontext
 - 2.2 Veranschaulichungsverfahren von Laien
 - 2.2.1 Metaphern und Vergleiche
 - 2.2.2 Beispiele und Szenarios
 - 2.2.3 Verwendung im Kontext
 - 2.3 Interaktion
- 3 *Anfallskrankheiten*
 - 3.1 Veranschaulichungsverfahren von Patienten
 - 3.1.1 Metaphern und Vergleiche
 - 3.1.2 Beispiele, Konkretisierungen und Szenarios
 - 3.2 Veranschaulichungsverfahren von Experten
 - 3.3 Interaktion und Kontextbezug
 - 3.3.1 Das Zusammenwirken verschiedener Veranschaulichungsverfahren im Gesprächskontext
 - 3.3.2 Die interaktive Konstitution von Veranschaulichung
 - 3.4 Fazit
- 4 *Auswertung*
 - 4.1 Überblick über die Ergebnisse
 - 4.2 Anwendungsperspektiven: „Accounts“ und Experten-Kommentare
- 5 *Zitierte Literatur*
- 6 *Anhang: Transkriptionszeichen und zitiertes Datenmaterial*

1 Einleitung

1.1 Untersuchungsgegenstand

Wir untersuchen, wie Experten mit Laien über Krankheit sprechen, und zwar am Beispiel von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Anfallskrankheiten. Auf empirischer Grundlage (Ton- bzw. Videoaufzeichnungen und Transkriptionen authentischer Kommunikation) und mit gesprächsanalytischer Methodologie wird analysiert, wie ExpertInnen/ÄrztInnen und LaiInnen/PatientInnen einander krankheitsbezogenes Wissen vermitteln und dabei komplexe Sachverhalte durch verschiedene interaktive Verfahren veranschaulichen. Beide Richtungen des Wissenstransfers werden dabei berücksichtigt: von den medizinischen Experten zu den Laien bzw. Patienten, aber auch umgekehrt.

In der Öffentlichkeit wächst die Unzufriedenheit mit der technisch orientierten, nicht-sprechenden Medizin. Empirische Studien zeigen, dass PatientInnen mehr Autonomie und mehr Gespräch mit den Ärzten wünschen und dass insbesondere chronisch Kranke hier hohe Ansprüche haben (Wasem/Güther 1999, 20). Aber auch in der Ärzteschaft selbst hat unter dem Eindruck der kritischen öffentlichen Diskussion das Interesse an mehr und besserer Kommunikation mit den Patienten zugenommen; sogar von einer „kommunikativen Wende“ ist die Rede (Koerfer/Köhle/Obliers 1994, 53). Zentrale Aspekte sind dabei die Bemühungen um größere Mündigkeit und um stärkere Mitarbeit der Patienten durch eine verbesserte gesundheitliche Aufklärung.¹ Wir analysieren anhand empirischer sprachlicher Daten, wie die Wissensvermittlung in der medizinischen bzw. gesundheitsbezogenen Experten-Laien-Kommunikation sprachlich-kommunikativ gestaltet wird, und fragen auch danach, wie sie verbessert werden kann. Dabei beziehen wir ausdrücklich einen bisher noch wenig untersuchten Aspekt ein, nämlich die Wissensvermittlung durch Patienten gegenüber medizinischen Experten. Denn auch Patienten können interaktiv eine Expertenrolle einnehmen, wenn sie ihr spezifisches, ihre Krankheit betreffendes Wissen Medizinern gegenüber formulieren und vermitteln.

Die beiden Krankheitskomplexe, auf die wir uns thematisch konzentrieren, sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Anfallskrankheiten, wie

¹ Einen guten Überblick über Arbeiten zur Gesundheitsaufklärung und zur Gesundheitskommunikation in den Medien bietet Jazbinsek (2000).

z.B. Epilepsien. Erstere stellen in Deutschland die häufigste Todesursache dar. Es handelt sich meist um chronische Erkrankungen, deren Verlauf in besonderem Maße durch die persönliche Lebensgestaltung beeinflusst wird. Die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung als Voraussetzung für compliance bei den Betroffenen besitzt deshalb besondere Relevanz. Dies gilt umso mehr, als die Krankheit durch ein komplexes Zusammenwirken sogenannter Risikofaktoren bedingt ist (u.a. Bluthochdruck, Rauchen, Stoffwechselstörungen, Bewegungsmangel, Stress). Die Kontrolle über sie setzt bei PatientInnen und potenziell Betroffenen Wissen und Verständnis der Zusammenhänge voraus sowie eine dauerhafte Motivation zur gesunden Lebensgestaltung.

Anfallskrankheiten wie Epilepsien stehen weniger im Blickpunkt des öffentlichen Interesses, obwohl etwa 800 000 Menschen in Deutschland an einer Epilepsie erkrankt sind und etwa jeder 25. Mensch mindestens einmal im Leben einen epileptischen Anfall erleidet (Ried/Schüler 1997, 6). Auch hier handelt es sich um chronische Krankheiten, deren Verlauf durch die Lebensgestaltung (z.B. regelmäßige Medikamenten-Einnahme) beeinflusst wird. Darüber hinaus müssen die Kranken einen angemessenen Umgang mit Anfällen erlernen (z.B. rechtzeitiges Erkennen eines drohenden Anfalls). Die Aufklärung über die Krankheit in der Öffentlichkeit zielt besonders auf den Abbau stigmatisierender Vorstellungen, die mit ihr verbunden sind.

1.2 Datenmaterial und theoretisch-methodischer Rahmen

Als Untersuchungsmaterial verwenden wir verschiedene Corpora mündlicher Formen medizinischer Experten-Laien-Kommunikation.² Das Corpus zu Herzkrankheiten (im Folgenden abgekürzt als „Herz-Corpus“) umfasst medizinische Vorträge und Seminare für HerzpatientInnen in einer Rehabilitationsklinik, medizinische Vorträge für nicht-betroffene Laien, Interviews mit HerzpatientInnen, Radio- und Fernsehsendungen (Magazin- und Ratgebersendungen, Talk-Shows).³ Das Corpus zu den Anfallskrankheiten umfasst Arzt-Patient-Gespräche in einem Epilepsie-

² Eine genaue Auflistung der verwendeten Daten findet sich im Anhang.

³ Zu den medientypischen Aspekten der Kommunikation in medizinischen Fernsehsendungen s. Brünner (1999) und Furchner (1999); zu Metaphern für medizinische Sachverhalte in medialen Kontexten s. die Beiträge in Biere/Liebert (1997).

Zentrum sowie Rundfunk- und Fernsehsendungen (Magazin- und Ratgebersendungen, Talk-Show).

Beide Corpora ergänzen sich: Das Herz-Corpus enthält überwiegend expertendominierte und mediale Formen; im Corpus Anfallskrankheiten stehen Arzt-Patient-Gespräche im Vordergrund. In den Corpora sind also die zwei Richtungen des Wissenstransfers in unterschiedlichem Maße repräsentiert: von den Mediziner*innen als Experten zu den Laien/Patienten und umgekehrt. Deshalb gehen wir bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zunächst von den Äußerungen der Experten aus, während die Patienten in den Hintergrund treten, bei den Anfallskrankheiten dagegen von den Äußerungen der Patienten, während die Experten nur am Rande behandelt werden.

Experten-Laien-Kommunikation (ELK) wird allgemein dadurch charakterisiert, dass die beiden Parteien in der Kommunikation über differierende Wissensbestände verfügen und ein Wissenstransfer stattfindet. Folgt man den Unterscheidungen von Rehbein/Löning (1995), so besitzen Experten professionelles, wissenschaftliches Wissen. Laien besitzen nicht-professionelles Alltagswissen. Dazu gehört bei Patienten die Erfahrung der körperlichen und geistigen Zustände, die ein Krankheitserleben ausmachen (partikulares Erlebniswissen).

Die Wissensbestände von Laien bzw. Patienten in ihrer spezifisch strukturierten Form werden auch als „subjektive Theorien“ beschrieben. So charakterisiert z.B. Verres subjektive Krankheitstheorien im Unterschied zu wissenschaftlichen Theorien durch ihre mögliche Inkonsistenz (Nebeneinanderbestehen logisch unvereinbarer Vorstellungen), ihre mögliche Instabilität über die Zeit (Veränderung je nach aktuellem Erfahrungskontext), die mögliche Bedeutung von Affekten (Krankheitsvorstellungen sind durchsetzt von Konnotationen, Symbolik, Metaphorik und Wahrnehmungsabwehr) und durch ihren prozessualen Charakter (Widerspiegelung adaptiver Prozesse wie z.B. Umbewertungen zur Angstbewältigung) (Verres 1991, 312).⁴

In der ELK werden die differierenden Wissensbestände verbalisiert, interaktiv und mental bearbeitet und teilweise ausgeglichen. Wenn die Laien Patienten sind, verfügen sie über ein exklusives krankheitsbezogenes Wissen, das Experten nicht direkt zugänglich ist, aber für Diagnose

⁴ Vgl. Lerch/Kramer (1994) zu subjektiven Theorien über Krebs und Herzinfarkt; Faltermaier/Kühnlein/Burda-Viering (1998) zu subjektiven Theorien von Gesundheit.

und Therapie der Erkrankung benötigt wird. Gerade PatientInnen mit chronischen Erkrankungen haben darüber hinaus oft auch semi-professionelles Wissen⁵, das aus dem Kontakt mit dem Expertenwissen resultiert (z.B. aus Informationssendungen, Arzt-Patient-Gesprächen). Es umfasst selektive Elemente des Expertenwissens, ohne allerdings dessen Komplexität und interne Vernetzung zu besitzen. Solche PatientInnen sind häufig gut über ihre Krankheit informiert und haben eine gewisse Expertise im Umgang mit ihr erworben, was sich beispielsweise an ihren Fragen ablesen lässt.⁶ Die Unterscheidung zwischen Experten und Laien bietet also nur eine grobe Orientierung (vgl. Gülich 1999). Wenn der Experten- und Laienstatus relativ ist, gewinnt die interaktive Konstitution der Beteiligtenrolle als Experte bzw. Laie oder Patient eine wichtige Bedeutung (vgl. Furchner 1999).

Um den Vermittlungsprozessen in der Experten-Laien-Kommunikation in methodischer Hinsicht gerecht zu werden, verfolgen wir ein gesprächsanalytisches Vorgehen. Wir fragen, wie medizinische ExpertInnen Teile ihres professionellen Wissens veranschaulichen und verständlich machen und wie sie sich dabei an Adressatengruppen orientieren. Weiterhin fragen wir, wie PatientInnen und nicht-betroffene LaiInnen ihr krankheitsbezogenes Erlebnis- und Alltagswissen und ihr semi-professionelles Wissen in die Kommunikation einbringen. Die Darstellungen beider Gruppen in der Analyse zu berücksichtigen, heißt in unserem

⁵ Rehbein (1994), Löning (1994) und Rehbein/Löning (1995) unterscheiden im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Krankheits- und Symptombezeichnungen semi-professionelle und pseudo-professionelle Kategorisierungen. Semi-professionell wird für Verbalisierungen von Ärzten gegenüber Patienten verwendet, mit denen eine sprachliche Adaption des professionellen Wissens für Laien geleistet wird, z.B. in Ausdrücken wie Nierenbeckenentzündung, die aus alltagssprachlichen Ausdrücken des Symbolfelds in professioneller Weise zusammengesetzt sind. Als pseudo-professionelle Kategorisierungen gelten krankheitsbezogene Verbalisierungen von Patienten in medizinischen Fachausdrücken; sie täuschen medizinisches Wissen nur vor, ohne dass die Patienten eine professionelle Wissensbasis hätten (Löning 1994, 106; Rehbein/Löning 1995, 11). Wieweit dies tatsächlich der Fall ist, kann offen bleiben. In unserem Zusammenhang sind gerade die Spuren medizinischen Wissens von Interesse.

⁶ Dem entspricht das gesundheitspolitische Ziel, das auch in den Medien immer wieder formuliert wird, dass PatientInnen mündige PatientInnen und ExpertInnen in eigener Sache werden sollen.

Fall nicht, dass wir nur an direkten Interaktionen zwischen Experten und Laien arbeiten. Wir betrachten auch Experten- und Laienäußerungen aus unterschiedlichen Situationen und setzen sie zueinander in Beziehung.

Die Formen und Verfahren der Veranschaulichung bilden nur einen von mehreren Untersuchungsbereichen in der ELK (daneben z.B. Reformulierungen, Umgang mit Fachlexik, Formen der Handlungsanleitung). Veranschaulichung ist ein interaktives Darstellungsverfahren, das in unseren Corpora besonders auffällt. Es operiert auf der Annahme bestimmter Schwierigkeiten in der Verständigung und kann in der ELK unterschiedlichen Zwecken dienen. Veranschaulichungen werden von Experten verwendet, z.B. um Fakten, Gesetzmäßigkeiten oder Handlungsanweisungen, Erklärungen und Begründungen an Laien/Patienten zu vermitteln, aber auch von Laien, um ihre Körperwahrnehmungen, Krankheitserfahrungen und ihr Wissen darzustellen. Wir untersuchen, welches die häufigsten und wichtigsten Verfahren der Veranschaulichung sind, wie sie in den Diskurs eingebracht werden, welche Funktionen sie erfüllen und wie sie rezipiert und ggf. interaktiv weiterverarbeitet werden.

In der Diskussion über Veranschaulichungsverfahren spielt die kognitive Metaphertheorie von Lakoff/Johnson (1980/1998; 1999) eine prominente Rolle.⁷ Die Autoren vertreten ein sehr weitreichendes Konzept von Metapher: „The essence of metaphor is understanding and experiencing one kind of thing in terms of another“ (1980, 5). Häufig kommen Metaphern zu einem Gegenstand nicht isoliert vor, sondern bilden Metaphernsysteme, deren Elemente systematisch aufeinander bezogen sind. Metaphorische Ausdrucksweisen werden als sprachliche Instanzen metaphorischer Konzepte verstanden, die Wahrnehmung, Denken, Handeln und Sprache strukturieren. Metaphern und metaphorische Konzepte sind selektiv, d.h. durch sie werden bestimmte Eigenschaften eines Ge-

⁷ Dies gilt auch für Arbeiten zum medizinischen Bereich. Zum Beispiel analysiert Buchholz (1996; 1998 und i.d.Bd.) Metaphern als Element der psychotherapeutischen Behandlung und rekonstruiert die psychoanalytische Deutungsarbeit als Metaphernwechsel, durch den neue Handlungsspielräume erschlossen werden können.; seine These ist, „Bewusstmachung bestehe darin, einen neuen metaphorischen frame zu finden, der bislang Nicht-Sagbares mitteilbar werden lässt.“ (1998, 565). Mabeck/Olesen (1997) untersuchen das Verständnis körperlicher Vorgänge bei Patienten anhand von Metaphern (z.B. das Herz als Pumpe, der Körper als mechanisches System). Schachtner (1999) analysiert Metaphern, die ÄrztInnen für ihre Tätigkeiten und ihre Patientenbeziehungen verwenden.

genstands hervorgehoben, andere – mit dem metaphorischen Konzept nicht konsistente – Eigenschaften werden verdeckt. Jedes Metaphernsystem impliziert also eine besondere Perspektive, unter der der Gegenstand gesehen wird. Diese Metapherntheorie ist für unsere Untersuchung von besonderem Interesse, da sie einen Zugang zu den konzeptuellen Vorstellungen, Perspektiven und Orientierungen der Interaktionspartner verspricht.

Als Formen der Veranschaulichung differenzieren wir:

- o Metaphern, Vergleiche und Analogien
- o Beispiele und Beispielerzählungen
- o Konkretisierungen (einschließlich Individualisierungen auf bestimmte Personen)
- o Szenarios

Metaphern sind sprachliche Bilder, die auf Ähnlichkeitsbeziehung zwischen Objekten, Ereignissen oder Konzepten beruhen bzw. solche Ähnlichkeitsbeziehungen herstellen. Da wir hier der kognitiv orientierten Perspektive auf Metaphern folgen, konzentrieren wir uns auf solche, die sich zu zusammenhängenden Metaphernsystemen verbinden und als Elemente der gewöhnlichen Alltagskommunikation auftreten, berücksichtigen aber die formalen Unterschiede zwischen Metapher und Vergleich (vorhandene bzw. fehlende Vergleichsausdrücke) nicht systematisch. Analogien sind ausgebaute Vergleiche, in denen strukturelle oder funktionale Beziehungen zwischen Elementen unterschiedlicher Systeme verglichen werden. Ein Szenario ist der verbale Entwurf einer vorgestellten, kontrafaktischen Situation, wobei Ereignisse und Handlungen des Adressaten verbal geschildert und mehr oder weniger ausgemalt werden (Brünner 1987).⁸ Die Charakteristik dieser Formen wird im Folgenden deutlich werden.

Sehr häufig werden in unserem Material nicht nur verbale Veranschaulichungen, sondern auch visuelle Bilder und Mittel der Veranschaulichung (Filme, Bilder, Schemazeichnungen, Tabellen u.ä., aber auch Gestik) zur Unterstützung des sprachlichen Vermittlungsprozesses eingesetzt (Brünner 1999). Sie zu berücksichtigen und ihre komplexen Bezüge zu sprachlichen Formen der Veranschaulichung herauszuarbeiten würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen.

⁸ Der Begriff „Szenario“ wird auch von Buchholz (i.d.Bd.) verwendet, allerdings in einem anderen Sinne als hier.

1.3 *Vorgehen und Aufbau der Untersuchung*

Im Kontext der Forschungen zu ELK lässt sich unser Ansatz durch folgende zentrale Aspekte zusammenfassend charakterisieren: Wir arbeiten empirisch an Corpora authentischer mündlicher Kommunikation; wir beschreiben nicht isolierte sprachliche Mittel, sondern kommunikative Verfahren; diese betrachten wir unter interaktiver Perspektive, d.h. entweder in face-to-face-Interaktionen oder unter dem Aspekt der Adressatenorientierung; wir untersuchen den Einsatz dieser Verfahren in beiden Richtungen, was u.a. heißt, dass wir die Rollen von Experten und Laien/Nicht-Experten nicht einfach als gegeben ansehen, sondern als auch interaktiv konstituiert.

Unser konkretes Vorgehen ist folgendes: Wir haben die mündlichen Corpora zunächst auf Verfahren durchgesehen, mit denen sich die Beteiligten krankheitsbezogenes Wissen und medizinische Sachverhalte vermitteln, und dabei zwei große Gruppen von Verfahren festgestellt: erstens Reformulierungen, Paraphrasierungen, Explizierungen und Erklärungen (besonders von medizinischen Fachbegriffen), zweitens Veranschaulichungen durch sprachliche Bilder unterschiedlicher Art. In Konzentration auf die zweite Gruppe haben wir das Material nach vorverständlichen Fällen von Veranschaulichung durchsucht. In einem weiteren Arbeitsschritt wurden die Belege nach inhaltlichen und formalen Kriterien differenziert und klassifiziert:

- o inhaltliche Aspekte, wie z.B. Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Anfallskrankheiten), Krankheitsaspekte (Krankheitsursachen, Symptome, biologische Prozesse), Organfunktionen
- o formale Mittel der Veranschaulichung: Ausdifferenzierung der oben genannten Mittel, kohärente Metaphernsysteme
- o sprecherbezogene Aspekte: Experten, Laien/Patienten, Interaktion zwischen beiden

In der Darstellung folgen wir zunächst der Einteilung nach Krankheiten. Denn einerseits weisen die betreffenden Teilcorpora eine unterschiedliche Gewichtung der Äußerungen von Experten und von Laien/Patienten auf, andererseits wollen wir – wie oben beschrieben – die Interaktionen und Bezüge zwischen Experten- und Laienäußerungen betrachten.

Wir beginnen mit den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Kap. 2) und hier mit den Experten, die in dem Teilcorpus deutlich das Übergewicht haben, betrachten danach die Laien/Patienten und die interaktiven Aspek-

te. In Kap. 3 untersuchen wir die Belege zu den Anfallskrankheiten, beginnend mit den Laien/Patienten, die hier in der Kommunikation dominant sind; Abschnitte über die Experten und die Interaktionen schließen sich an. Die Darstellung ist ergebnisorientiert, d.h. wir stellen den Analyseprozess selbst nur in Ausnahmefällen und nur partiell vor. Die Belege werden in transkribierter Form präsentiert.⁹ Ausgeklammert haben wir standardisierte metaphorische Redewendungen (Phraseologismen u.ä.) in unauffälliger Verwendung, die sich nicht auf die Erkrankung und das zugehörige medizinische Wissen beziehen. Wenn solche Redewendungen jedoch vom Sprecher reaktualisiert, hervorgehoben und ausdrücklich auf die Krankheit bezogen werden, wie dies gelegentlich der Fall ist, haben wir sie berücksichtigt. In Kap. 4 werden die Ergebnisse zusammenfassend ausgewertet. Wir resümieren sie zunächst in methodischer und inhaltlicher Hinsicht und beziehen sie funktional auf die Experten-Laien-Kommunikation (4.1). Sodann zeigen wir, dass die in der Untersuchung verwendeten Kategorien auch solche der Gesprächsteilnehmer selbst sind und für diese Relevanz besitzen, und thematisieren Anwendungsaspekte unserer Untersuchungen (4.2).

2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

2.1 *Veranschaulichungsverfahren von Experten*

Im Folgenden wenden wir uns den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu und fragen, auf welche Mittel und Verfahren Experten zurückgreifen, wenn sie für Laien oder Patienten medizinische Sachverhalte veranschaulichen. Wir behandeln die Belege geordnet nach zwei großen Gruppen, nämlich erstens Metaphern und Vergleichen (einschließlich Analogien) (2.1.1) und zweitens den übrigen Veranschaulichungsmitteln bzw. -verfahren (Beispiele, Beispielerzählungen, Konkretisierungen, Szenarios), für die wir als Prototypen Beispiele und Szenarios nennen (2.1.2).

⁹ Da es sich um verschiedene Corpora handelt, folgen die Transkripte verschiedenen Konventionen (HIAT für das Herz-Corpus bzw. Bielefelder System für das Corpus Anfallskrankheiten; s. Anhang). Sie wurden für die Darstellung vereinfacht.

2.1.1 Metaphern und Vergleiche

Im Material finden sich vier große Metaphernsysteme, mit denen die normalen Organfunktionen von Herz und Kreislauf beschrieben werden. Solche Metaphernsysteme stellen einen ganzen Komplex von Metaphern dar, dessen Elemente mehr oder weniger kohärent aufeinander bezogen sind. Die vier zentralen Metaphernsysteme für das Herz-Kreislauf-System, die wir aus unseren Daten rekonstruiert haben, lassen sich folgendermaßen formulieren:

- I. Das Herz ist ein Motor.
- II. Das Herz ist eine Pumpe.
- III. Das Herz-Kreislauf-System ist ein Rohr- oder Heizungssystem.
- IV. Das Herz-Kreislauf-System ist ein Verkehrssystem.

Dafür geben wir zunächst einige Belege als Beispiele.¹⁰ Sie stammen teils von Medizинern, teils von Moderatoren der Gesundheitssendungen, die das medizinische Expertenwissen vermitteln.

I. *Das Herz ist ein Motor*

- (H1) All das deutet darauf hin, dass das Herz mehr ist als nur ein Organ . mehr als nur der Motor, der unseren Kreislauf aufrecht erhält. (Herz2, 9ff.)
- (H2) möchten wir Ihnen das Herz, den menschlichen Motor, mit all seinen vielen Facetten vorstellen (Herz3, 45ff.)
- (H3) diesen Motor des Lebens (Gpraxis1, 369)
- (H4) auf seinen eigenen Lebensmotor achten (Gpraxis1, 414)
- (H5) [Das Herz] läuft auf Hochtouren (Gpraxis1, 311)
- (H6) weil man jahrh/tausendlang gerätselt hat, wie das Herz angetrieben wird (Herz2, 47f.)

Die Belege zeigen, dass das Herz nicht nur als der Motor des Kreislaufs veranschaulicht wird (H1), sondern auch in einem weiteren Sinne als Motor des Menschen (H2) und – noch abstrakter – des Lebens (H3, H4). In der Vorstellung als Motor kann das Herz *auf Hochtouren laufen* (H5) und *wird angetrieben* (H6). Die Vorstellung vom Motor kann eng mit

¹⁰ Die Belege aus dem Herz-Corpus werden mit H, die aus dem Corpus Anfallskrankheiten mit A bezeichnet. Die Angaben am Ende verweisen auf die jeweiligen Corpusmaterialien (s. Anhang).

der eines Autos gekoppelt sein, bei dem man den Gang rausnehmen kann und das abgeschaltet oder beschleunigt bzw. angeschoben werden kann:

- (H7) Gönnen Sie daher Ihrem Körper regelmäßige Ruhepausen, nehmen Sie den Gang raus, schalten Sie mal ab. (Gpraxis1, 334ff.)
- (H8) Hundertzwanzigtausendmal so eine stillstehende Blutsäule beschleunigen. . . Sie können sich das vorstellen, wenn Sie . nen Auto anschieben, das Anschieben des Autos, also das . Bringen aus dem Stillstand in die Bewegung hinein, das kostet richtig Kraft. Wenn die Kiste dann rollt, dann kann man sie mit relativ weniger Kraft weiterbewegen. (Vortrag1, 150ff.)

II. Das Herz ist eine Pumpe

- (H9) Sie haben also einen Saft in Ihrem Körper, der dann eben durch das / . die Pumpe in Zirkulation gehalten wird (Vortrag1, 35ff.)
- (H10) da hat man dann gedacht, das Herz ist eben doch nur eine Pumpe. Und wenns eine Pumpe ist, dann muss da ein Druck hinter herrschen. Dann sind wir beim Thema Blutdruck (Herz5, 132ff.)
- (H11) das Wohl und Weh der Lebenspumpe (Herztalk, 6)
- (H12) was passiert denn im Prinzip, wir haben ja leider eine Pumpe, die nicht kontinuierlich pumpt. Wir haben ne Krei/ wir haben keine Kreiselpumpe, die permanent Druck erzeugt, sondern, Sie wissen ja vielleicht, das Herz zieht sich ja immer rhythmisch zusammen, ist also so eine Stoßpumpe, die macht immer ein rau/ einen Stoß raus und dann kommt der nächste (Vortrag1, 86ff.)

Wie beim Metaphernsystem vom Motor ist auch bei dem vom Herz als Pumpe sowohl die engere Bedeutung belegt, die eines technischen Geräts, das Flüssigkeiten *in Zirkulation* hält und einen *Druck* erzeugt (H9, H10), wie auch die allgemeinere und abstraktere Bedeutung einer Lebenspumpe (H11). Die Veranschaulichung als technisches Gerät wird in H12 durch eine ausgebaute Analogie geleistet, in der das Herz mit verschiedenartigen technischen Pumpentypen und deren Leistungsfähigkeit verglichen wird. In diesem Beispiel wird besonders deutlich, dass die Metaphernsysteme vor allem die (normalen, aber u.U. auch die gestörten) Organfunktionen veranschaulichen.

In H13 wird der Ausdruck *pumpt* als Prädikat zum Subjekt *Herz* verwendet und ist darüber hinaus eng mit dem medizinischen Begriff *Blutdruck* verbunden:

- (H13) wie kann ich verhindern, dass in der Phase, wo das Herz nicht pumpt, der Blutdruck wieder runterfällt auf Null (Vortrag1, 163ff.)

Man muss sich deshalb fragen, ob der Ausdruck nicht auch wörtlich gebraucht sein kann, nämlich im Sinne einer terminologisierten medizinischen Verwendung, einer normalen Redeweise von Medizinern gegenüber Laien, die die technische Bedeutung gar nicht mehr enthält. Dieses Problem wird auch in H14 erkennbar:

(H14) Und für mich ist es [das Herz] im Grunde eine Pumpe. Der entscheidende Punkt, eine Muskelpumpe, die relativ robust ist (Herz5, 13ff.)

Der Arzt, der H14 äußert, war gefragt worden, ob das Herz für ihn *mehr als Motor, Organ, Pumpe* sei. Er charakterisiert es darauf als *Pumpe* und spezifiziert dies durch *Muskelpumpe*. Aufgrund dieser Spezifikation sowie des „hedging“ *im Grunde* wird *Pumpe* als allgemeinere – technische wie nicht-technische Bereiche übergreifende – Funktionsbezeichnung interpretierbar, die nicht mehr metaphorisch zu verstehen ist. In dem Kompositum *Muskelpumpe* werden die funktionale Charakterisierung und die Angabe der (biologischen) Substanz, aus der das Herz besteht, zusammengebracht. Wir werden weiter unten sehen, dass das Problem der Unbestimmtheit von Ausdrücken zwischen metaphorischer und wörtlicher, terminologisierter Verwendung nicht auf das Metaphernsystem der Pumpe beschränkt ist.

Zwischen dem Metaphernsystem vom Motor und von der Pumpe gibt es Überschneidungen. Die Vorstellungen liegen manchmal dicht beieinander und können miteinander kombiniert werden oder verschmelzen:

(H15) haben ihm die Chirurgen der Uni München eine Unterstützungspumpe eingebaut, die sein Herz entlastet. [...] Das Prinzip dieser Unterstützungspumpe ist relativ einfach. Wie ein zweiter Motor, gesteuert durch das Herz selbst, schlägt sie in Ron Burger. (Gpraxis1, 353ff.)

(H16) Ihr Herz liebt Bewegung. Dann rostet es nicht. (Gpraxis1, 493f.)

(H17) HELP ist offenbar so etwas wie ein Kick, der ein Rad wieder zum Laufen bringt, und das dann genügend Schwung hat (Fibrino, 315ff.)

In H15 wird zunächst von einer (technischen) *Unterstützungspumpe* gesprochen, die dann ihrerseits mit einem *zweiten Motor* verglichen wird. Damit ist impliziert, dass das Herz der erste Motor ist. Dass die *Unterstützungspumpe wie ein Motor schlägt*, ist eine katachrestische Verschmelzung. In H16 und H17 sind die metaphorischen Ausdrücke nicht spezifisch für Motor oder Pumpe, sondern mit beiden Metaphernsystemen kompatibel.

III. Das Herz-Kreislauf-System ist ein Rohr- oder Heizungssystem

Dieses Metaphernsystem erscheint unschärfer konturiert als das von Motor oder Pumpe. Es schließt sich in einige Belegen unmittelbar an die Pumpen-Metaphorik an:

- (H18) wenn eine Pumpe stoßweise pumpt und wir haben son geschlossenes System, unser Gefäßsystem ist ja wie sonne Heizung, son geschlossenes System (Vortrag1, 96ff.)
- (H19) die großen Gefäße [...] die sind keine starren Röhren, wie unser Heizungssystem (Vortrag1, 168ff.)

Veranschaulicht wird hier die normale Funktion des Herz-Kreislauf-Systems. So wie die Pumpe das Wasser in den (Heizungs)rohren zirkulieren lässt, pumpt das Herz Blut durch die Gefäße (auch wenn in H19 auf Unterschiede in der Art der *Röhren* hingewiesen wird).

In den meisten Belegen werden die Gefäße als (Wasser)rohre veranschaulicht, die normalerweise einen bestimmten *Durchfluss*, *Abfluss* und *Strömung* haben, jedoch im Krankheitsfall, bei Arteriosklerose, *verengt*, *verstopft*, *zugenuchert* oder *verkalkt* sind:

- (H20) dann . hat das Gefäß n sehr schlechten Abfluss, und diese Gefäße . bleiben nich gut offen, . wenn Sie sie offen halten wollen, dann müssen Sie kucken dass Strömung . in die Gefäße kommt, . wenn das n dickes Gefäß is, strömt es von alleine (Herz-OP, 232)
- (H21) verengte und verstopfte Arterien wieder durchgängig zu machen (Bypass2, 9f.)
- (H22) wird die Metallhülse [...] an die ursprünglich verengte Stelle gebracht. Ihre Aufgabe: Die Gefäßinnenwand wie ein Schutzschild zu verkleiden und möglichst dauerhaft offen zu halten. Eine erneute Verengung durch Zuwuchern nach erfolgtem Eingriff kommt dadurch deutlich seltener vor. (Bypass2, 53ff.)
- (H23) dass Umleitungen ja nun auch wieder verkalken können, sag ich mal einfach, dass sich hier was ablagern kann (Herzinfarkt3, 206f.)
- (H24) Waffe gegen harte Kalkablagerungen (Bypass2, 75f.)

Metaphorische Ausdrücke können offenbar terminologisiert werden. Dass man Gefäßen einen Durchfluss, Verengungen und Verstopfungen zuschreiben kann, auch ohne an (Wasser)rohre zu denken, scheint plausibel angesichts der Selbstverständlichkeit und Häufigkeit solcher Redeweisen. Dass die Arterien *verkalken*, wird von Experten allerdings ebenso selbstverständlich und häufig formuliert, ohne dass die Plaques in den

Gefäßen mit dem Kalk in den Wasserrohren identisch wäre. In H23 deutet der metadiskursive Kommentar *sag ich mal einfach* darauf hin, dass der Sprecher *verkalken* als eine nicht ganz normgerechte Ausdrucksweise für *sich ablagern* versteht, ihm also u.U. die metaphorische Qualität präsent ist. In jedem Fall sind die fraglichen Ausdrücke kompatibel und direkt anschließbar an das Metaphernsystem von den Rohren. Wir haben die Hypothese, dass gerade diese Kompatibilität zu ihrem „Erfolg“, zu ihrer Durchsetzung als terminologisierte Ausdrücke beigetragen hat.

IV. Das Herz-Kreislauf-System ist ein Verkehrssystem

Mit diesem Metaphernsystem wird das Herz-Kreislauf-System als ein Straßensystem mit *Umgehungsstraßen* bzw. *Umleitungen*, *Engstellen* bzw. *Engpässen* und *Überbrückungen* veranschaulicht.

- (H25) ruckzuck kann das hier zugehen, diese schmale Straße, und wir haben den schönsten Herzinfarkt. (Angina2/3, 60)
- (H26) Der angenähte Venenbypass funktioniert wie eine Umgehungsstraße. Er überbrückt die lebensgefährliche Verengung in der Herzkranzarterie. (Bypass1, 51ff.)
- (H27) das Blut fließt jetzt . als Umleitung, was ja das Wort Bypass bedeutet, über die Engstellen in das normale Herzkranzgefäß wieder rein (Herzinfarkt, 60f.)
- (H28) die Überbrückung des verkalkten erkrankten Areals (Herztalk, 387)
- (H29) Hierbei wird der Engpass durch ein körpereigenes, anderes Gefäß überbrückt. (Chlamydien, 18f.)

Diese Ausdrücke sind weitgehend terminologisiert. Dabei wird *Umleitung* als Übersetzung des medizinischen Fachbegriffs *Bypass* verwendet, was der Experte in H27 ausdrücklich formuliert.

Anthropomorphisierungen

Eine besondere, häufig vorkommende Form von Metaphorik sind die Anthropomorphisierungen oder Personifikationen (Lakoff/Johnson 1980/1998, Kap. 7). Der Körper als ganzer oder einzelne Körperteile werden als handelnde Personen veranschaulicht, biologische Prozesse als Handlungsprozesse. Dem Körper werden in den folgenden Belegten Handlungen verschiedenen Typs zugeschrieben, praktische (z.B. *gegenregulieren*) und mentale (z.B. *auffassen*, *sich einfallen lassen*):

- (H30) Was muss der Körper machen? Er muss gegenregulieren, er muss aufpassen, dass er den Blutdruck hochhält (Vortrag1, 47f.)
- (H31) der Körper macht das raffiniert, er sorgt dann im Prinzip dafür, dass wieder Ko/Blut in den Kopf kommt (Vortrag1, 66ff.)
- (H32) Das ist also ein Trick, den der Körper sich hat einfallen lassen (Vortrag1, 188f.)
- (H33) Die Mangeldiäten hält der Körper für eine Hungersnot (Fett, 51f.)

Auch für das Herz finden sich Anthropomorphisierungen: Es *kämpft*, *läuft* und kann bei Erkrankungen *stolpern*; es hat einen Willen und Vorlieben und kann *müde* werden:

- (H34) womit sein Herz wohl noch zu kämpfen hat (Bypass1, 9f.)
- (H35) Irgendwo da unten könnten auch wir gehen, laufen, eilen, jagen. [...] Das Herz will nicht mehr laufen, eilen, jagen. (Bypass1, 15ff.)
- (H36) [bei Herzrhythmusstörungen] fängt es an zu stolpern (Angina2/3, 90)
- (H37) Ihr Herz liebt Bewegung (Gpraxis1, 493)
- (H38) ein müdes krankes Herz (Herztalk, 696f.)

Auch Zellen können anthropomorph vorgestellt werden. Sie können z.B. *wiederbelebt* werden (H39).

- (H39) Durch diese vermehrte Sauerstoffdusche kommt es offenbar zu einer Art Wiederbelebung, ich sage jetzt ein bisschen vereinfacht, zu einer Art Wiederbelebung dieser Zellen (Fibrino, 396ff.)

Besonders extensiv wird im Seminar eines Sporttherapeuten in einer Rehabilitationsklinik von Anthropomorphisierungen Gebrauch gemacht (H40 – H44).¹¹

- (H40) sagt die Muskelzelle . zu den Hormonen im Blut, ich brauch das Zeug schneller, also bitte schneller spalten (Fettstoff1, 179ff.)
- (H41) Jetzt signalisiert die Muskelzelle zum Blut natürlich Defizit, das heißt ich/ gib mir das Zeug schneller, die Hormone sagen, wir können nicht schneller spalten. (Fettstoff1, 192ff.)
- (H42) die Muskelzelle, die sacht sich jetzt folgendes . wenn der Kerl morgen noch mal läuft, fang ich jetzt schon ma an weiter Triglyzeride zu spalten und sie schon mal hier in die Muskelzelle einzulagern, damit ich se morgen habe, wenn er noma läuft. Das heißt es gibt beim Fettstoffwechsel eine sogenannte Nachbrennerphase (Fettstoff2, 45ff.)

¹¹ Vgl. dazu auch die ausführlichere Analyse in Gülich (1999, 170f.).

- (H43) Das Gehirn signalisiert jetzt der Muskelzelle, liebe Muskelzelle du krist jetzt kein Blutzucker mehr weil ich den jetzt brauche, . also hol dir was anderes. (Fettstoff1, 143ff.)
- (H44) sagen die Fette auch holla holla (Fettstoff2, 103f.)

In dem Vortrag über Fettstoffwechsel und Sport werden die Stoffwechselprozesse und ihre Regulation als ein Zusammenhandeln verschiedener Personen veranschaulicht: der *Muskelzelle*, der *Hormone*, des *Blutes*, der *Trygliceride*, der *Fette* und des *Gehirns*. Ihnen werden neben praktischen und mentalen auffällig auch sprachliche Handlungen zugeschrieben. Wir finden direkte Rede in fast allen Belegen und sogar gedachte Rede (H42). Solch pointierte Anthropomorphisierungen als Mittel der Veranschaulichung physiologischer Prozesse sind offenbar den Zwecken der Vermittlung geschuldet und dafür speziell ausgebaut. Der Grund dürfte sein, dass das Handlungsmodell für Laien viel vertrauter und verständlicher ist als eine naturwissenschaftlich-kausale Darstellung komplexer Regulationsprozesse.

Schließlich findet man im Corpus terminologisierte Anthropomorphisierungen:

- (H45) einen sogenannten stummen Infarkt (Herzinfarkt 77, 94)
- (H46) die low-density lipoprotein, LDL, die das Unaussprechliche aus der Leber in die Zellen bringen und deshalb selbst in der wissenschaftlichen Literatur schlicht böse heißen, und das high-density lipoprotein, das ganz im Gegenteil für den Abbau überschüssigen Cholesterins sorgt, gutes HDL. (Tagebuch)
- (H47) Abnahme . des bösen Cholesterins [...] während sich das gute Cholesterin HDL wenig geändert hat (Kardio3, 123ff.)

Dass von Experten zwischen *gutem* und *bösem* Cholesterin unterschieden wird, haben wir auch in schriftlichen Aufklärungstexten häufig festgestellt.

Einzelmetaphern

Außer den beschriebenen Metaphernsystemen und Anthropomorphisierungen sind im Corpus Einzelmetaphern belegt, die z.T. sehr interessant sind, die wir aber hier nicht ausführlich behandeln können. Exemplarisch sei hier die Einzelmetapher vom Film- oder Theaterregisseur genannt:

- (H48) [Der Patient als] der Regisseur seiner Krankheit (Angina, 198)

Die Metapher ist deshalb besonders interessant, weil sie die bedeutsame Rolle des Patienten selbst für den Verlauf seiner Erkrankung prägnant veranschaulicht. Dem Patienten wird eine aktive, verantwortliche und gestalterische bzw. wirklichkeitskonstituierende Rolle zugeschrieben. Er erscheint nicht als ein Objekt ärztlicher Anweisungen, sondern als ein Subjekt, als jemand, der die Leitungsfunktion über die Therapie hat. Damit besitzt die Metapher das Potenzial, das Konzept vom mündigen Patienten durchsetzen zu helfen.

2.1.2 Beispiele und Szenarios¹²

Wie bereits gesagt, stehen die Begriffe *Beispiel* und *Szenario* exemplarisch, d.h. untersucht werden hier auch Beispielerzählungen und Konkretisierungen. Klassische Fälle von *Beispielen*¹³ sind die folgenden:

- (H49) Auch hier is ja das Extrembeispiel/. also der der das am extremsten konnte, war der Ex-Radprofi Eddie Merckx . der hatte . eine Fettverbrennung noch bis sechsendneunzich Prozent seiner Maximalleistungsfähigkeit. (Fettstoff2, 144ff.)
- (H50) das is ein relativer Begriff. Ein zu großes Herz. Viele Sportler, wenn ich zum Beispiel an den/ an ein Rad . sportler denke, Eddi Merckx, is ja vielen Leuten bekannt. Der hat ein Herz gehabt, das war drei mal so groß wie das eines . normalen . Bürgers. Und äh der war ja in diesem Sinne nich herzkrank. Also die Definition zu großes Herz is also sehr relativ. (Herz13, 115ff.)

Hier wird eine real existente Person, die *vielen Leuten bekannt* (H50) ist, als Beispiel angeführt, um einen Sachverhalt zu veranschaulichen. Der Sta-

¹² Beispiele und Beispielerzählungen sind in der Forschung zu ELK wesentlich weniger beachtet worden als Metaphern, obwohl das „exemplum“ in der Rhetorik und in der Argumentationstheorie eine wichtige Rolle spielt. Einige neuere Untersuchungen finden sich in Caffi/Hölker (1995), die ebenfalls den Mangel an einschlägiger Forschung im Kontrast zur Häufigkeit von Beispielen in Alltagsgesprächen und zu ihrer zentralen Rolle im Wissenschaftsdiskurs hervorheben. Caffi/Hölker geben in ihrer Einleitung einen differenzierten Überblick über die Bedeutungen von „example“ und die vielfältigen methodologischen, pragmatischen und textuellen Aspekte der Analyse von Beispielen. Dabei unterscheiden sie – beziehnend auf Perelman/Olbrechts-Tyteca (1958) – zwischen „exemplification“ und „illustration“. Im Zusammenhang mit der hier behandelten Funktion der Veranschaulichung scheint uns diese theoretische Differenzierung jedoch verzichtbar.

¹³ Zur Funktion von Beispielen in Gesprächen siehe auch Keppler (1988).

tus der Äußerungen als *Beispiel* wird explizit hervorgehoben. Inhaltlich und funktional ähnlich sind die folgenden Beispiele:

- (H51) Als Beispiel kann man sagen wenn ein Marathonläufer seine vierzig Kilometer in zwei Stunden fünfzehn, muss also zwei Stunden zehn Minuten sind so die Weltklassezeiten läuft, hat der eine Nachbrennerphase von fast einem Monat. (Fettstoff2, 56ff.)
- (H52) äähm . zum Beispiel Fahrradfahrer . und äh . Leute die wirklich . im Hochleistungssport äh Ausdauerbelastung über mehrere Stunden . ausüb'n müssen, . die ham alle . n vergrößertes Herz, . ja? . vergrößertes Herzvolumen (Sport, 442ff.)

Auch diese Belege sind vom Sprecher als *Beispiele* gekennzeichnet. Der wesentliche Unterschied zu den vorherigen besteht darin, dass sie eine Stufe allgemeiner sind, weil statt der realen, bekannten Person (bezeichnet mit einem Eigennamen: *Eddi Merckx*) eine abstraktere Personenbezeichnung (bezeichnet mit einem Gattungsnamen: *Marathonläufer*) verwendet wird. Ein Beispiel braucht also nicht notwendig auf ein konkretes, individuelles Exemplar einer Kategorie zu verweisen. Es erfüllt seine Veranschaulichungsfunktion auch dann, wenn es lediglich konkreter als die jeweilige Kategorie ist, die durch es erklärt oder veranschaulicht werden soll. Es gibt eine Hierarchie jeweils konkreter werdender Kategorien bis hinunter zum individuellen Einzelfall, wobei die jeweils tiefer liegende Kategorie als Beispiel für alle höheren fungieren kann: Menschen mit vergrößertem Herzen > Hochleistungssportler > Radsportler > Eddie Merckx.

Auch Situations- und Handlungstypen werden als Beispiele verwendet. Typischerweise handelt es sich um eine *Situation* aus dem *Alltag* (H53):

- (H53) ich wollte Ihnen mal zeigen, dass man nicht nur im Sport, sondern auch im Alltag Presssituationen hat, ich weiß nicht, ob Sie sich noch an den letzten Kampf mit dem Gurkenglas erinnern . . wo also Ähnliches stattfindet. (Vortrag2, 32ff.)
- (H54) was . natürlich n äh Effekt . bringt, das is soo . . ja so Sachn wie zum Beispiel äähm . . wer eben in der Halle war hats miterlebt, . dass man beim Badminton nich nur immer mit seiner starken Seite spielt, sondern auch ma die schwache Seite nimmt (Sport, 151ff.)

In H54 wird als Beispielsituation für gesundheitsfördernde Effekte eine Situation angeführt, die Sprecher und Adressaten (potenziell) gerade gemeinsam erlebt haben und die deshalb besondere Konturiertheit besitzt.

Veranschaulichungen werden auch durch eine spezielle Form von Beispielen geleistet, nämlich *Beispiel Erzählungen*.¹⁴ Sie teilen die Eigenschaften anderer Alltagserzählungen, d.h. erzählt werden vergangene, für den Sprecher in irgendeiner Weise bemerkenswerte Ereignisse, die er selbst erlebt oder u.U. auch nur von Dritten gehört hat. Beispiel Erzählungen können durch Redewiedergaben und andere Mittel ausgestaltet sein, aber auch in sehr knapper, reduzierter Form auftreten. Letzteres ist bei Experten-Erzählungen normalerweise der Fall. Da Beispiel Erzählungen gegenüber anderen Erzählungen die spezielle Funktion besitzen, einen allgemeineren Sachverhalt zu illustrieren und zu veranschaulichen, werden sie in die Untersuchung einbezogen.

(H55) Kann schon sein, dass einem so etwas zusetzt. . Als wir uns das (da)s letzte Mal ankuckten, wurde es keinem von den Patienten schlecht, aber einem jungen Sportlehrer, ((leicht lachend)) der Gast in unserm Hause war, und der klippte um. . . Ich sag das deshalb, . überlegen Sie son Momentchen, will ichs wirklich sehn (Herz-OP, 16ff.)

Hier soll HerzpatientInnen ein Film über eine Bypass-Operation gezeigt werden. Die Ärztin warnt die PatientInnen, dass der Film *einem zusetzen* kann und illustriert dies durch die Geschichte vom umgekippten *Sportlehrer*. In ihr finden wir auf engstem Raum die für eine Erzählung konstitutiven Elemente: Die Sprecherin hat das Ereignis vor kurzem selbst mit erlebt, dieses wird als erzählenswert betrachtet und mit einer Pointe (vgl. das Lachen) dargestellt. Am Schluss expliziert die Ärztin noch einmal die Funktion der Erzählung (*ich sag das deshalb*) als Warnung.

H56 ist eine Beispiel Erzählung, die die Möglichkeit des Zurückgehens von Stenosen veranschaulichen soll. Nur der letzte Teil der Geschichte wurde vom Sprecher selbst erlebt, der Hauptteil besteht in der Wiedergabe dessen, was er von einem Patienten gehört hat.

(H56) der hat mir erzählt, . dass er nicht imstande war, bei grün . (ner) Ampel über die Straße zu gehn, . weil er auf der Hälfte der Straße schon solche Herzschmerzen hatte, Angina pectoris, dass er stehen bleiben musste, da kamen dann die Autos schon wieder, . . habe hier erlebt, mit ihm wie er . Steigungen geht, wie er über die Treppen hinaufgeht ohne die geringsten Schmerzen (Kardio3, 140ff.)

¹⁴ Vgl. Schwitalla (1991) zum „narrativen Illustrieren“ von etwas Allgemeinem an einem wiederkehrenden oder einem singulären Ereignis; zu Beispiel Erzählungen vgl. auch Müller/di Luzio (1995) und Günthner (1995).

Das Corpus enthält auch *Szenarios* als Mittel der Veranschaulichung. Dies sind verbale Entwürfe einer vorgestellten, kontrafaktischen Situation, wobei Ereignisse und Handlungen des Adressaten verbal geschildert und mehr oder weniger stark ausgemalt werden.

(H57) Also wenn Sie eine statische Haltearbeit lange Zeit halten, dann steigt der Blutdruck in astronomische Höhen. ((2 sec)) Vielleicht haben Sie es am eigenen Leibe schon mal erfahren, es gibt so eine schöne Situation . . . die meisten von Ihnen haben ja wahrscheinlich noch keine eigene Bude, wer also zum ersten Mal in die eigene Bude einzieht, irgendwo im dritten Stock, (doch) die letzte Treppe ist relativ eng und Sie müssen also unbedingt noch den etwas größeren alten Kühlschrank . da oben hoch transportieren . Sie sind unten . Ihr Freund ist oben . Sie schleppen, und auf einmal auf der letzten Treppe, sind eigentlich schon fix und fertig, sagt er ich kann nicht mehr. ((2 sec)) Oder . es geht nicht mehr weiter, die Treppe ist zu eng. . . Und Sie sitzen unten. Da brauchen Sie im Prinzip keinen einzigen Blutdruckmesser um zu wissen, was dann passiert. . . . Wenn Sie da drunter stehen und das Ding halten und an zu zittern fangen, dann merken Sie plötzlich Ihren Blutdruck wie das da oben hämmert. . . Und dann sind Sie in Dimensionen von deutlich über dreihundert. (Vortrag1, 724ff.)

H57 ist ein voll ausgebautes Szenario. Anders als bei einer Beispielerzählung handelt es sich um eine Situation, in die der Adressat (*Sie*), nicht der Erzähler involviert ist. Sie wird nicht als vergangene, real stattgefundenene Situation dargestellt, sondern im Präsens als eine nur vorgestellte, kontrafaktische (*vielleicht ... erfahren; die meisten von Ihnen haben ja wahrscheinlich noch keine eigene Bude*). Es werden hier sogar alternative Verläufe angegeben (*Oder . es geht nicht mehr weiter*).

Anders als beim Beispiel wird im Szenario nicht nur der Situationstyp bezeichnet, wie z.B. der oben angeführte *Kampf mit dem Gurkenglas* (H53). Vielmehr wird die Situation ausgemalt, durch die Angabe von konkretisierenden Details (z.B. *dritter Stock, alter Kühlschrank*) und Redewiedergabe (*sagt er ich kann nicht mehr*). Typischerweise wird sie als eine gegenwärtige vorgestellt. Die allgemeine Information (Blutdrucksteigerung bei *statischer Haltearbeit*) geht dem Szenario voraus und wird durch es veranschaulicht und „erfahrbar“ gemacht. Am Ende wird in H57 – und dies ist typisch für solche *verständnisichernden Szenarios* (Brünner 1987, 325ff.) – ein Fazit gezogen, mit dem der Sprecher die vorgestellte Situation auf die allgemeine Aussage rückbezieht (*Und dann sind Sie in Dimensionen von deutlich über dreihundert*).

Gegenüber H57 stellt das folgende Szenario eine Minimalform dar:

- (H58) Lassen Sie sich die Werte selber geben, lassen Sie sich nicht von der Arzthelferin sagen das is in Ordnung. . Kann ja für den Rest der Bundesrepublik in Ordnung sein, aber nicht für Sie. . . Lassen Sie sich das schriftlich mitgeben. . Kucken Sie sich das selber an . . und sagen nein, ich muss das niedriger kriegen (Herz-OP, 340ff.)

Auch hier wird eine imaginierte Situation geschildert, in der die Adressaten handeln und auch sprechen (*sagen nein, ich muss das niedriger kriegen*). Jedoch ist die Situation nur wenig durch konkrete Details ausgestaltet. Durch das Szenario wird eine allgemeine Handlungsaufforderung der Expertin (selbst Verantwortung zu übernehmen) veranschaulicht und ihr damit größerer Nachdruck verliehen.

Es handelt sich bei H58 um einen Grenzfall zu einer weiteren von uns gefundenen Form von Veranschaulichung, die wir *Konkretisierung* genannt haben. Dafür zunächst zwei Belege:

- (H59) Bevor wir Sie nach Hause entlassen, . setzen wir Sie alle noch mal aufs Fahrradergometer (Herz-OP, 438f.)
- (H60) wir hatten hier große Entsorgungsprobleme. . Wenn wir Blut kommen lassen, das kann man nicht einfach in Müll kippen (Herz-OP, 509)

Auch mit den anderen beschriebenen Mitteln bzw. Verfahren werden Aussagen konkretisiert; dennoch haben wir diesen Begriff eingeführt, um Fälle gesondert zu erfassen, die eindeutig Veranschaulichungsfunktion besitzen, jedoch den anderen Formen nicht zuordenbar sind. Die Ärztin ersetzt in H59 eine mögliche und erwartbare allgemeine Aussage vom Typ *bestimmen wir noch mal ihre Belastungsgrenzen* durch eine konkrete Aussage; in H60 konkretisiert sie *Entsorgungsprobleme* durch *nicht einfach in Müll kippen*. Die Konkretisierung hat anders als die Metapher keine übertragene Bedeutung und ist anders als das Beispiel keine hierarchisch tiefer liegende Kategorie, die das Gemeinte exemplifiziert. Vielmehr scheinen metonymische Relationen, z.B. die pars-pro-toto-Beziehung, eine Rolle zu spielen. Eine Nähe zum Szenario weist die folgende Konkretisierung auf:

- (H61) Sie können alle Ihren Operationsbericht . beim Operateur anfordern. . . Wenn er ihn noch nicht geschickt hat, können Sie ihn anschreiben und sagen ich möchte gern meinen OP-Bericht (Herz-OP, 380ff.)

Die Möglichkeit, den Operateur *anzuschreiben*, auf die die Ärztin hinweist, wird hier durch eine Redewiedergabe konkretisiert. Sie formuliert das betreffende Anliegen in seiner Kernaussage wörtlich. Dabei verweist die

Sprecherdeixis (*ich, mein*) in der Redewiedergabe auf die angesprochenen PatientInnen, nicht auf die Ärztin. Sie macht sie also zu Handelnden, ohne allerdings die Handlungssituation wie beim Szenario auszumalen. Die folgende Konkretisierung weist eine Nähe zum Beispiel bzw. zur Beispielerzählung auf:

(H62) Wenn wir Sie bitten hocken Sie sich unten vorm Fernseher, heut nachmittag sah ich . also bestimmt zehn Leute unten im Halbdunkeln . vorm Fernseher. (In der Zeit) war das Wetter gut und (es) war kein Glatteis draußen, hätte man gehen können und Schwung in die Bypässe kriegen (Herz-OP, 237ff.)

In H62 wird die Aufforderung (*bitten*) der Ärztin, *Schwung in die Bypässe zu kriegen*, durch die negierte Formulierung *nicht unten vorm Fernseher hocken* konkretisiert, also durch eine spezielle Situation. Diese wird zunächst summarisch dargestellt, wie beim Beispiel, jedoch im Folgenden genauer spezifiziert als eine, die vor kurzem real stattgefunden hat und die die Ärztin miterlebt hat, also ähnlich wie bei der Beispielerzählung. Allerdings ist weder ein Handlungsverlauf noch ein Ereignis oder eine Pointe erkennbar.

2.1.3 Verwendung im Kontext

In den vorangegangenen Abschnitten wurden die Veranschaulichungsmittel und -verfahren in den Äußerungen der ExpertInnen schwerpunktmäßig für sich genommen analysiert. Im Folgenden wollen wir sie unter dem Aspekt ihrer Einbettung in den interaktiven sprachlichen wie außersprachlichen Kontext betrachten.

Metaphern und Vergleiche werden gelegentlich in einer Sequenz gehäuft und breit ausgebaut, besonders in Fernsehsendungen (Brünner 1999) oder auch in Vorträgen. Dabei spielt eine Rolle, dass parallel zur Sprache visuelle Bilder eingesetzt werden, die die sprachlichen Bilder unterstützen oder steuern. In H63 zeichnet der Vortragende an der Tafel.

(H63) So jetzt machen wa ma Folgendes, . wir versetzen uns jetzt mal . . in das Erfolgsorgan, . . nämlich die Beinmuskelzelle. ((Einatmen)) Und . . das Ganze sieht so aus, . . dass wir . . uns mal vorstellen einen . elektronenmikroskopischen Schnitt durch die Beinmuskulatur, . . ((Einatmen)) (dann) sieht das Ganze so aus, . . wir haben hier zwei . . ((schneller:)) [schreiben wirs ma so hin] . zwei Arterien . . also zwei Blutgefäße, . und dazwischen . . zwischen diesen Blutgefäßen . liegen . wie Ziegelsteine angeordnet . die Muskelzellen, die Muskelzellen sind . . längliche . Gebilde, . die so immer aneinander liegen, . so . . so muss man sich das ungefähr vorstellen, . im-

mer nach ein Bündel von Muskelfasern kommt ein Blutgefäß, . . . und dieses Blutgefäß versorgt . . . die Muskelzelle mit der nötigen Energie, . . . so. Das Ganze sieht so aus, wenn man das mal son Muskelbündel aufschneidet, . . . äh . . . wie so ne Packung Spaghetti, wenn man so von oben draufguckt diese einzelnen dünnen Fasern, so angeordnet is die Muskulatur. . . ((Einatmen)) Und die Fasern sind sehr lang, . . . und in diesen Fasern, äh in diesen Muskelzellen diesen Muskelfasern . . . sitzen die Energie liefernden Maschinen. Also ((akzentuiert:)) [dass wir gehen können] das bewirkt . . . die Muskelzelle mit ihren Energiedepots. . . ((Einatmen)) . So. Im Blut, . . . da schwimmt jetz allerhand Zeuch drin rum. . . Und zwar . . . einmal . . . als Energie lieferndes System der Blutzucker. . . Ich mach das ma so mit Kästchen wie Würfelzucker . . . ((leise:)) [kann man das . . . etwas . . . anders . . . differenzieren, . . . so.] Als zweites Energie lieferndes System ham wa die Blutfette. . . ((leise:)) [Das mach ich ma . . . so in gelben Kreisen,] . . . so. Das heißt also . . . das sind die Blutfette, . . . bf abgekürzt . . . und das andere war der Blutzucker. . . ((leise:)) [Machen wa] . . . blz . Blutzucker so. Blufette Blutzucker. . . Jetzt ist der Reaktionsmechanismus folgender (Seminar, 6f.)

In diesem Vortrag kompiliert der Experte verschiedene Metaphern (*Energie liefernde Maschinen*) und Vergleiche (*wie Ziegelsteine, wie so ne Packung Spaghetti*). Gesteuert wird seine verbale Darstellung von der Abbildung eines *elektronenmikroskopischen Schnitts durch die Beinmuskulatur*, die er schematisch an die Tafel zeichnet. Die verwendeten Bildelemente vergleicht er – unter dem Aspekt ihrer äußeren Form – mit Objekten des Alltags, um sie für die Adressaten identifizierbar und interpretierbar zu machen und anatomisch beschreiben zu können. Danach verwendet der Experte die umgekehrte Strategie: Zunächst verbal benannte Blutbestandteile werden durch sprachliche Vergleiche sowie Zeichnungen der Vergleichsobjekte veranschaulicht und behaltbar gemacht (*mit Kästchen wie Würfelzucker, gelbe Kreise für Blufette*). Die visuelle Darstellung des Blutzuckers ist dabei durch das Vergleichsobjekt Würfelzucker gesteuert. Beide Strategien entsprechen der pädagogischen Überzeugung, dass die Kombination sprachlicher mit visueller Darstellung für den Vermittlungsprozess wirksamer ist als jede für sich allein.

Auch Beispiele können breit ausgebaut und mit anderen Formen der Veranschaulichung angereichert werden, so z.B. in H64 aus demselben Vortrag:

(H64) Und . . . dieser psychosoziale Stress, da wird immer in der Stressliteratur dies nette Beispiel genannt dass wenn ein . . . ((Einatmen)) Neandertaler auf Futtersuche geht und er trifft auf ein Tier was er erlegen will, da gib't zwei Möglichkeiten, entweder das Tier ist stärker, . . . ((Einatmen)) dann kommt es zu ner Kampfreaktion, oder zu ner Fluchtreaktion. . . Wird man

gefressen erledigt sich das Problem. . Ja is so. .Schafft man aber das Tier zu jagen, dann ist das diese Kampfreaktion (Seminar, 3f.)

Die *körperlichen Reaktionen* bei Stress werden anhand dieses *Beispiels* als Leitvorstellung medizinisch erklärt, wobei das Beispiel durch Metaphern (z.B. *biologische Straße*) und Szenarios (*denken wer ma wieder an den Neander-taler der plötzlich auf n Löwen trifft*) ausgebaut wird.

Im Material werden manchmal alltägliche metaphorische Redeweisen, die nicht spezifisch für die Veranschaulichung medizinischer Sachverhalte sind (und die wir deshalb hier ausgeklammert haben), kontextspezifisch pointiert und in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen umgedeutet:

(H65) Lebensqualität [...] hängt auch von unserer Lebensgeschichte ab, . das heißt von unserer Vergangenheit, . was wir alles ausgefressen ham im wahrsten Sinne des Wortes (Kardio1, 13ff.)

Der ursprünglich metaphorische, aber ganz verblasste Ausdruck *etwas ausgefressen haben* wird in H65 durch die Formulierung *im wahrsten Sinne des Wortes* auf die zugrunde liegende Bedeutung (*fressen*) zurückgeführt. Durch diese Reaktualisierung stellt der Experte die übertragene Bedeutung (*gegen Normen/Regeln verstoßen haben*) in den medizinischen Kontext des Vortrags und macht den Ausdruck als Verstoß gegen Ernährungsregeln interpretierbar.

Im Corpus finden sich verschiedenartige lokale *Anschlusselemente und -verfahren*, mit denen Formen der Veranschaulichung an den Kontext gebunden werden. Drei Typen lassen sich differenzieren: metadiskursive Kommentare, Vagheitsindikatoren und Rückbindungen an einen gemeinsamen Wissens- oder Erfahrungsbereich.¹⁵

Metadiskursive Kommentare heben die Veranschaulichung als solche hervor, z.B.:

(H66) das gesamt Blut is von der Konsistenz her so . Sie müssen sich das vorstellen wie Erbsensuppe und Kraftbrühe (Fettstoff)

(H67) um es drastisch und plastisch zu formulieren, aus Wasser Honig (Fibrino, 7f.)

(H68) sagen wir mal wie Karajan (Herz12, 54f.)

¹⁵ Die beiden ersten Typen werden in Gülich/Kotschi (1996) *Verfahren der Rede-bewertung und -kommentierung* genannt.

Sie treten in verschiedenartigen Formen und in unterschiedlichen Funktionen auf. *Sie müssen sich das vorstellen wie und drastisch und plastisch formulieren* weisen auf Metaphern hin. *Sagen wir mal wie* verweist hier auf ein Beispiel. In H69 und H70 wird der gewählte metaphorische Ausdruck als eine vereinfachende Formulierung gekennzeichnet:

(H69) verkalken können, sag ich mal einfach (Herzinfarkt3, 206f.)

(H70) ich sag's jetzt ein bisschen vereinfacht, zu einer Art Wiederbelebung (Fibrino, 397f)

Stärker formelhaft ist *sogenannten* in H71, das hier einen terminologisierten metaphorischen Ausdruck als solchen kennzeichnet.

(H71) sogenannten stummen Infarkt (Herzinfarkt, 77, 94)

Eine globalere Funktion ist die Situierung im Kontext, d.h. die Indizierung der Funktion, die die Veranschaulichung im jeweiligen kommunikativen Zusammenhang besitzt (als die eines Beispiels, eines Vergleichs usw.):

(H72) Deshalb auch ein aktuelles Beispiel (Bypass1, 15)

(H73) Ein einfacher Vergleich (Gpraxis1, 72f.)

Durch *Vagheitsindikatoren* wird einem Ausdruck eine gewisse Vagheit, Vorläufigkeit und nicht ganz normgerechte Qualität zugeschrieben. Sie signalisieren die Unschärfe des gewählten metaphorischen Ausdrucks in dem Sinne, dass er das zu beschreibende Phänomen nur näherungsweise trifft.

(H74) sozusagen nur noch fadenförmig (Angina, 84)

(H75) in einer Art Blutwäsche (Fibrino, 67f.)

(H76) so etwas wie ein Kick (Fibrino, 315)

In den Expertenäußerungen wird dadurch angezeigt, dass nicht eine strenge medizinische Terminologie gebraucht wird, sondern eine sprachliche Anpassung an die Laien in der Vermittlungssituation vorgenommen wird.

Für *Rückbindungen an einen gemeinsamen Wissens- oder Erfahrungsbereich*, an das Alltagswissen, das Experten und Laien teilen, werden oft Ausdrücke des Kennens, des (gemeinsamen) Wissens, der Vertrautheit usw. (adresatenbezogen) verwendet. Sie reflektieren eine für Veranschaulichungen

konstitutive Bedingung, dass nämlich die Adressaten den für die Metapher oder den Vergleich herangezogene Bereich, das angeführte Beispiel, die Situation des Szenarios usw. kennen, dass sie zum Alltagswissen gehören:

(H77) Eddi Merckx, is ja vielen Leuten bekannt (Herz13, 115f.)

(H78) Sie wissen ja vielleicht (Vortrag1, 86)

(H79) Sie kennen alle den Spruch (Angina2/3, 12)

(H80) Sie ham alle schon mal . . äähm . von dieser . Geschichte gehört (Sport, 395f.)

(H81) Sie können sich das vorstellen (Vortrag1, 151)

Für Rückbindungen an die persönliche Erfahrung und Betroffenheit, die der Sprecher durch die Veranschaulichung leisten will, werden Ausdrücke des Erlebens, Erfahrens, Erinnerns usw. verwendet, die auf den Adressaten bezogen sind. Dies ist besonders bei Szenarios und Beispielen zu beobachten.

(H82) wie Sie dreihundert Meter von hier . jeden Tag beobachten können (Vortrag1, 702)

(H83) Vielleicht haben Sie es am eigenen Leibe schon mal erfahren (Vortrag1, 725f.)

(H84) wer eben in der halle war hats miterlebt (Sport, 153f.)

(H85) ob Sie sich noch an den letzten Kampf mit dem Gurkenglas erinnern (Vortrag2, 34f.)

Die Veranschaulichungsfunktion von Äußerungen bzw. Ausdrücken wird also häufig durch solche Anschlusselemente und -verfahren indiziert. Dabei spielt, wie man sieht, die Rückbindung der Darstellung an gemeinsames Alltagswissen der Interaktanten sowie an den Adressaten und seine persönliche Erfahrungen eine wichtige Rolle. Dies gilt besonders für Szenarios und Beispiele und ist für das Szenario sogar konstitutiv.

Diese Verfahren werden besonders von Experten verwendet, die sich direkt an Interaktionspartner wenden. Sie sind seltener in bericht förmigen Sendungen oder Sendungsteilen im Fernsehen, in denen die Expertenfunktionen von der Redaktion gegenüber einem anonymen Publikum ausgeübt werden; in ihnen wird stärker von (ausgebauten) Metaphern und Vergleichen Gebrauch gemacht (vgl. Brünner 1999). Die beschriebenen Formen der Veranschaulichung sind also zwischen face-to-face-Interaktionen und indirekten Kommunikationsformen ungleichmäßig verteilt.

2.2 Veranschaulichungsverfahren von Laien

Wir betrachten nun die andere Richtung des Wissenstransfers zwischen Experten und Laien. In der Gruppe der Nicht-Experten besteht ein relevanter Unterschied zwischen Laien allgemein und einer besonderen Gruppe, nämlich den Patienten. Diese Differenzierung ist wichtig unter dem Aspekt der Betroffenheit, aber auch unter dem des Wissens. Denn betroffene PatientInnen verfügen, wie in der Einleitung bereits gesagt, über ein Erlebniswissen, über Erfahrungen mit den Prozessen und Zuständen, die ein Krankheitserleben ausmachen. Darüber hinaus besitzen chronisch kranke Patienten häufiger als andere Laien auch ein semi-professionelles Wissen über ihre Krankheit.

Wir konzentrieren uns im Folgenden auf die Gruppe der betroffenen Laien und verwenden nur Belege, die Patienten oder anderen Betroffenen (z.B. Angehörigen) zugeordnet sind. Die Zahl solcher Belege ist im Herz-Corpus viel kleiner als die den Experten zugeordneten. Sie stammen vor allem aus den Fragen, die Patienten im Anschluss an für sie bestimmte Seminare und Vorträge stellen, aus Interviews mit Herzpatienten und aus Fernsehsendungen, in denen sie zu Gast sind oder anrufen. Der methodische Grund ist, dass wir herausfinden wollen, welche Bildlichkeit von Experten und Patienten gemeinsam verwendet wird und wie das Wissen der Betroffenen sich zum Expertenwissen verhält. Trotz der deutlich geringeren Zahl der Belege wählen wir um der einheitlichen Systematik willen dieselbe Untergliederung wie für die Expertenbelege.

2.2.1 Metaphern und Vergleiche

Die Analysen zeigen, dass Patienten an den beschriebenen Metaphernsystemen für das Herz-Kreislauf-System teilhaben.

(H86) Und dann geht natürlich wieder so n bisschen das Herz hoch, das is klar, da muss man einmal zurückschalten in en zweiten Gang um dann die . letzte Kurve auch noch heil zu schaffen. (Gpraxis2, 97ff.)

(H87) (das) Herz der wichtigste Motor des Körpers (Herz3, 9f.)

Diese Belege stehen für das Metaphernsystem vom Herz als Motor bzw. Auto. Auch Metaphern vom Herz als *Pumpe*, von *verstopften* und *verkalkten* Rohren, in denen kein *Fluss* mehr ist, und von *Umleitungen* finden sich. Sie sind jedoch – ebenso wie Anthropomorphisierungen – im Corpus vergleichsweise selten, vermutlich deshalb, weil Patienten wenig Grund

haben, gegenüber Experten die Organ- und Steuerungsfunktionen im Körper verbal darzustellen und zu veranschaulichen. Für Laien sind die Grenzen zwischen wörtlichen und metaphorischen Ausdrucksweisen möglicherweise nicht immer klar, z.B. im Hinblick auf die Vorstellungen davon, ob die Gefäße wirklich nur eine Art von Rohren sind oder die Plaque in den Arterien Kalk wie der in den Wasserhähnen ist.

Von PatientInnen werden häufig Metaphern verwendet, die Angina-pectoris-Anfälle (H88) oder einen Herzinfarkt (H89) als Warnschuss veranschaulichen, z.B.:

(H88) diese Warnschüsse, die schiebt man weg (Angina, 92)

(H89) da kriegt man n Schuss vorn Bug und dann is es vorbei (Angina, 63)

Eine gängige Metapher für die Unerwartetheit des Infarkts ist:

(H90) Es kam wie alle Herzinfarkte aus heiterem Himmel (Infarkt2, 282f.)

(H91) Der kam aus heiterem Himmel um halb drei Uhr nachts, schlagartig (Infarkt2, 286f.)

In dieser Wettermetapher wird veranschaulicht, dass der Infarkt wie ein Blitz aus heiterem Himmel niederfährt, für ihn also keine Vorzeichen, Ursachen und Erklärungen existieren. Damit wird eine in präventivmedizinischer Hinsicht sehr problematische Vorstellung zum Ausdruck gebracht, denn in aller Regel gibt es für einen Infarkt durchaus Ursachen, Erklärungen und vorangehende Symptome (vgl. Gülich 1999, 177f.). Das Problem vieler Infarktpatienten und Infarktgefährdeter liegt genau darin, dass sie die Ursachen und Vorzeichen nicht kennen oder systematisch verdrängen.¹⁶

Häufig wird das Empfinden bei einem Anfall von Angina pectoris oder der Infarktschmerz als Druckausübung auf den Körper oder auch als Tod veranschaulicht.

(H92) Oder dann dieses Gefühl wie wenn jemand auf der Brust sitzen würde. (Angina, 78)

(H93) da hat sich . n Rus/ Bruststring gebildet, . . und den drehte einer immer weiter . zu, der wurde immer enger, und dann auf einmal . is der Bruststring geplatzt, . . und dann war nur noch n Gefühl als wenn irgendwie was Loses inner Brust hängt aber kein/ bei mir kein Schmerz (Interview5, 14ff.)

¹⁶ „Es ist ein gut dokumentierter Befund, dass Herzinfarkt Kranke die Arztkonsultation verzögern und initiale Beschwerden ‚übersehen‘“ (Faller 1989, 56).

- (H94) dass ich sofort äh einen äh Schmerz verspürte in der Form, dass ich eine Eisenstange, ja, vom/vom/vom äh Magen nach oben in die Kehle gerammt kriegt hab, wirklich wahr, so is es, und dann nach links und rechts wie a Panzer, die Ritterrüstung, wenn man so sieht, ja, diese äh Starre gekriegt hab, und den linken Arm, der war sofort äh tot, ich hab nur gespürt en klirrenden Holzscheit . liegen. (Infarkt2, 291ff.)
- (H95) die/ des Gefühl, wenn ma äh so einen Infarkt erleidet, ich kann nur von mir sprechen, ist, man is praktisch tot. Ma hat weder a Willen, ma hat weder Gefühl, man hat weder a Kraft, ma hat kein Energie, man hat gor nichts, ja. Ma is a willenloses Bündel und/ und/ und lasst alles mit sich geschehen und is praktisch gor nit da, auch der Geist nit, ja, der is eh ganz einfach weggetreten. (Infarkt2, 309ff.)

In H92 und H93 wird diese Druckausübung durch ein *Auf-der-Brust-Sitzen* bzw. einen *Brustring* veranschaulicht, in H94 als *Panzer* und *Ritterrüstung*. H93 ist auch insofern interessant, als es sich hier um eine Hybridform zwischen Metapher und Erzählung handelt; man könnte von einer narrativen Metapher oder einer metaphorischen Erzählung sprechen. Sowohl in H94 wie in H95 wird die Metapher vom Tod verwendet; in der medizinischen Literatur wird in diesem Zusammenhang von Vernichtungsgefühlen gesprochen.

Anthropomorphisierungen sind wie gesagt selten. Zu den wenigen Fällen gehören:

- (H96) fängt es [das Herz] an zu stolpern (Angina2/3, 94)
- (H97) Es gibt verschiedene Arten von Herzinfarkt, stille, leise (Infarkt2, 284)

In H97 handelt es sich vermutlich um einen Reflex des Ausdrucks *stummer Infarkt*. Dieser Fachausdruck, mit dem der Patient sicherlich konfrontiert wurde, hat bei ihm eine Spur hinterlassen. Er verwendet den Ausdruck selbst zwar nicht, jedoch Synonyme davon, die von derselben Metaphorik Gebrauch machen.

2.2.2 Beispiele und Szenarios

In den Äußerungen von Patienten dominieren Beispiele und Beispielerzählungen. In H98 wird durch ein *Beispiel* beschrieben, wie die Ärzte die Leistungsfähigkeit überprüfen:

- (H98) die gehen bis zum Äußersten und probieren wie weit man wieder . leistungsfähig wlrld, ne . zum Beispiel beim beim Ergometer, Sie müssen ja ne bestimmte Wattzahl fahren, und merken Sie . ob Sie viel oder wenig

schaffen, schaffen Sie viel dann wissen sie, . sind halt wieder topfit, ne (Interview5, 294)

Eine Beispielerzählung ist H99:

(H99) über seinen Körper vorher weiß man so gut wie nix und das gibt äh die Ärzte klären einen auf, die reden dann darüber [...] hier hat mich der Arzt zum . Beispiel darüber informiert, dass meine Diabetes zum größten Teil zurückgehen kann, . durch Gewichtsabnahme, . durch große Gewichtsabnahme natürlich, nicht nur paar Gramm jetzt, dass man zum Beispiel . Insulin weglassen kann, . . wusst ich vorher nicht, bin neunzehn Jahre Diabetikerin, ich wusste nur immer wenn wenn du dat einmal hast, dat geht nie mehr weg, ne kann nur noch schlimmer werden, und hier wird man dann aufgeklärt dass es nicht schlimmer werden muss sondern dass wirklich, . . das sich bessern kann (Interview5, 153ff.)

Statt des verallgemeinernden *Sie* wie in H98 wird hier *Ich* verwendet. Die medizinische Aufklärung, die den Zustand der Unwissenheit verändert, wird als konkretes individuelles Erlebnis erzählt und dadurch veranschaulicht. Durch Erzählungen Veranschaulichungen zu leisten, wird manchmal in der Interaktion explizit eingefordert, wie z.B. in H100. Die Expertin klärt in einem Seminar HerzpatientInnen über Stress auf; ein Patient spricht *Hoffnungslosigkeit* als Stressfaktor an, worauf die Expertin äußert:

(H100)

Exp.: in dem Fall fänd ichs gut wenn Sie jetzt ne Situation schildern, . dann könn wir eher drauf eingehn . . was . mit der Situation . zu machen is . überhaupt, nich?

Pat.: Ja, nehm wa ma so a/ nehm wa ma n Beispiel ausm Beruf, wie ichs selbst erlebt habe (Stress, 18ff.)

Der Patient liefert auf diese Anforderung hin eine ausgebaute Beispielerzählung, die es den Beteiligten erlaubt, konkret auf die stresserzeugenden Situationsbedingungen einzugehen. Diese Leistung der Erzählung wird von einem anderen Patienten ausdrücklich ratifiziert und honoriert:

(H101) Also ich persönlich äh hab für die Situation Verständnis und finde es toll, dass mal . so ein Beispiel konkret . äh geschildert wird. Da kann man was dran festmachen (Stress, 69ff.)

Eine Konkretisierung finden wir in H102; hier ersetzt der Patient eine allgemeine Beschreibung durch eine spezielle, konkrete Aussage darüber, was man *nicht einfach sagen kann*:

(H102) im Krankenhaus könn Se nich einfach sagen ich hau ab ich geh jetzt (l)/geh jetzt spazieren (Interview5, 480ff.)

Ein Beleg, der der Form des Szenarios jedenfalls nahe kommt, ist H103:

(H103) die Zeit hat mir schon, Sicherheit gegeben. Ja, . . . denn wenn Sie zu Hause sind, . . . da bleibt die Angst wohl, und dann überlegen Sie schon kannst du das jetzt machen oder kannst das wirklich, . . . und so wissen wir einfach du kannst das oder du kannst das nicht (Interview5b, 604ff.)

Die Patientin hat mittlerweile *Sicherheit*; die Situation der Angst und Ungewissheit *zu Hause* ist also eine nicht (mehr) reale, sie wird jedoch als eine gegenwärtige vorgestellt und durch gedachte Rede ausgemalt. Nachdem die Sprecherin in der vorangehenden allgemeinen Aussage von sich selbst gesprochen hat, verwendet sie im Szenario für die kontrafaktische Situation dann die Hörerdeixis (*Sie, du*).

2.2.3 Verwendung im Kontext

Es lässt sich feststellen, dass bei den Herzpatienten die Formen der Veranschaulichung weniger stark ausgebaut vorkommen als bei den Experten. Metaphernsysteme z.B. werden eher punktuell in Anspruch genommen als breit eingeführt. Ausgebaute Vergleiche, Analogien oder Anthropomorphisierungen fehlen im Material ganz. Dies hängt sicherlich mit den Zwecksetzungen in der Experten-Laien-Kommunikation zusammen, damit, dass Patienten normalerweise wenig Anlass haben, gegenüber Experten ihr semi-professionelles Wissen darzustellen und Organfunktionen, körperliche Prozesse u.ä. durch solche ausgebauten Formen zu veranschaulichen. Zu prüfen wäre diese These an Diskursen, in denen Patienten ihr Wissen an andere Laien vermitteln. Ist dann die in der Interaktion eingenommene Expertenrolle mit denselben Veranschaulichungsverfahren verbunden? Veranschaulichen und Erklären könnten sich als Tätigkeiten zur Konstitution der Expertenrolle erweisen.

Wie die Belege zeigen, spielen jedoch Metaphern und Vergleiche bei der Verbalisierung der Krankheitssymptome und -umstände eine Rolle. Interessant ist die Verwendung der Metapher vom *Blitz aus heiterem Himmel* im Kontext, die wie gesagt bei Patienten häufig ist und zur Veranschaulichung der Unerwartetheit des Infarkts dient.

- (H104) Es kam wie alle Herzinfarkte aus heiterem Himmel. Es gibt verschiedene Arten von Herzinfarkt, stille, leise, eh weniger schmerzhaft. Ich hatte leider das Pech, einen äh schmerzhaften Infarkt zu haben. Der kam aus heiterem Himmel um halb drei Uhr nachts, schlagartig (Infarkt2, 282ff.)

Die Metapher wird zunächst in einfacher Weise für Infarkte allgemein verwendet. Im Fortgang wird sie noch einmal in emphatischer Verwendung für den eigenen Infarkt wiederholt, kombiniert mit *schlagartig*, einem in der Bedeutung ähnlichen stereotypen metaphorischen Ausdruck. Typisch ist die Angabe eines genauen Zeitpunkts für das Geschehen, hier durch eine Uhrzeitangabe realisiert. Der *heitere Himmel* ist, wie der erste, verallgemeinernde Teil der Darstellung zeigt, nicht einfach der friedliche, nichtsahnende Schlaf dieses individuellen Patienten. Der Sprecher scheint vielmehr auf Krankheitserzählungen anderer Patienten Bezug zu nehmen, die die Metapher ebenfalls verwendet haben, um sie als charakteristisch und verallgemeinerbar einzuschätzen.

Die gesprächsanalytische Methode, nicht nur die Metapher selbst zu betrachten, sondern auch ihren Kontext, ihr vorausgehende und folgende Äußerungen, um ihre Funktion zu rekonstruieren, erweist, dass die Metapher vom *heiteren Himmel* hier nicht einfach eine stereotype Redewendung ist. Wiederholung und Emphase deuten darauf hin, dass sie vielmehr bei diesem Patienten zentral für sein Erleben der Krankheit ist. Die Verallgemeinerung zeigt darüber hinaus, dass er sich mit diesem Erleben in Übereinstimmung mit anderen PatientInnen sieht und seine Sichtweise für die generell angemessene hält. Da die Metapher zudem mit anderen Ausdrücken ähnlicher Bedeutung kombiniert verwendet wird, steht offenbar ihre Funktion im Vordergrund, gemeinsames Alltagswissen zu aktualisieren. Demgegenüber tritt die Verdeutlichungs-funktion im Prozess der Vermittlung zurück.

Die Darstellung der Krankheit durch Patienten führt u.a. zur Differenzierung verschiedener Patiententypen in der medizinischen Wissenschaft und den Lehrbüchern und besitzt damit auch praktische Relevanz. Dass ein Herzinfarkt von den Betroffenen typischerweise als *ein Blitz aus heiterem Himmel* gesehen wird, kann für Kardiologen und Präventivmediziner u.U. eine Bestätigung der Theorie bieten, dass gerade solche Patienten infarktgefährdet sind, die von sich das Selbstbild eines nie kranken Menschen haben und vorhandene Symptome systematisch ignorieren und verdrängen.

Die folgenden Äußerungen von Experten machen deutlich, dass die Metaphorik teilweise das Produkt komplexer Wechselwirkungen zwischen Experten- und Laiendarstellungen ist.

- (H105) Patienten berichten immer wieder von einem sogenannten Schraubstockphänomen. Es ist wie wenn der Brustkorb von einer unsichtbaren Faust zusammengepresst wird. (Herzstiftung, 113ff.)
- (H106) denken Sie nur an den Schraubstockschmerz (Herzstiftung, 171)

Die Metapher der Druckausübung für die Gefühle bei Angina-pectoris-Anfällen oder Herzinfarkt ist offenbar in der Medizin terminologisiert worden. Darauf weisen *sogenannten* in H105 und die nicht indizierte Verwendung von *Schraubstockschmerz* in H106 hin. Ihre Basis ist, wie H105 zeigt, genau die Druck-Metaphorik (*zusammengepresst*), die Patienten benutzen, um die Symptome zu veranschaulichen. Hier handelt es sich also um das Beispiel eines Rücktransfers, dessen Spuren gut zu erkennen sind. Erlebensschilderungen von Patienten werden von medizinischen Experten aufgegriffen, terminologisiert und dann wieder als Expertenwissen in den Vermittlungsprozess eingebracht. Dabei kann die Patientenmetaphorik selbst schon durch den medizinischen, aber auch allgemein kulturellen Hintergrund beeinflusst sein. In H107 zitiert ein Experte Senecas *berühmte Darstellung*, der offenbar an Angina pectoris litt und seine Anfallsschmerzen ebenfalls mit einem *Ring um die Brust* und einem *kleinen Tod* vergleicht – metaphorische Darstellungen, die wir bei heutigen Patienten immer wieder finden:

- (H107) da gibts eine berühmte klassische Darstellung von Seneca. Der hat an seinen Freund einen Brief geschrieben und geschrieben: Ich habe einen furchtbaren Schmerz, wie ein Ring um die Brust zieht er sich mir, der kommt plötzlich und geht wieder weg. Es ist, als ob ich einen kleinen Tod erleide. (Herz11, 96ff.)

Bei den Formen der Veranschaulichung durch Herzpatienten überwiegen in unserem Corpus Beispiele und Beispielerzählungen. Letztere stehen auch funktional im Vordergrund, vermutlich deshalb, weil durch Ich-Erzählungen das Leben und Erleben der betroffenen Individuen besonders gut veranschaulicht werden kann. Selten sind im Corpus Szenarios; sie sind besonders für die Darstellung von Zukunftsvorstellungen und -wünschen der PatientInnen geeignet. Die Formen der Veranschaulichung sind in den Patientenäußerungen tendenziell weniger indiziert als bei den Experten. Es finden sich zwar die beschriebenen Anschlussle-

mente und -verfahren, sie scheinen jedoch seltener und diffuser zu sein. Häufig ist nur *zum Beispiel* als Einleitung von Beispielen oder Beispielerzählungen.

2.3 Interaktion

Wir haben in den vorangegangenen Analysen bereits interaktive Aspekte der untersuchten Äußerungen und ihre Adressatenorientierung berücksichtigt sowie Spuren vergangener Interaktionsprozesse aufgesucht. Im Folgenden sollen Belege für Veranschaulichungen analysiert werden, in denen direkte Interaktionen und Bezugnahmen zwischen Experten- und Laienäußerungen vorliegen. An ihnen lässt sich beobachten, wie Veranschaulichungsmittel rezipiert und ggf. interaktiv weiterverarbeitet werden, wo Laien bzw. Patienten Expertenwissen übernehmen und es dann ihrerseits verbalisieren. Das Herz-Corpus liefert hier nur wenig Material; es stammt aus Fragen von PatientInnen in Seminaren oder Vorträgen, aus Interviews und aus Fernsehsendungen mit direkten Interaktionen zwischen Experten und Laien. Da in den Interviews und Fernsehsendungen die Interaktion stark durch Interviewer bzw. Moderatoren gesteuert ist, sind zukünftig weitere Untersuchungen an einem großen Materialfundus notwendig.

Der folgende Beleg stammt aus einer call-in Sendung, die am Tag nach der dazugehörigen Informationssendung über Angina pectoris ausgestrahlt wurde.¹⁷

(H108) (Angina3, 32ff.)

P: gestern war bei Ihnen ein Patient, der hat gesagt, er fühlt sich immer so, als	
P: wenn einer auf ihm sitzen würde.	Auf der Brust.
A:	Auf <u>ihm</u> sitzen würde, jaja. Und zwar
P: Auf der Brust sitzen würde.	Und dieses Gefühl hab
A: hier, [aufm Brustbein.] Da sitzt son Teufel und [()] ja? Und drückt hier	
<i>zeigt auf Br.bein</i>	<i>benegt Hände ruckartig auf und</i>
P: ich auch.	
A: drauf.	
<i>nieder</i>	

¹⁷ Die Transkription folgt hier der Partiturschreibweise nach HIAT. Gleichzeitig Gesprochenes steht innerhalb einer Partiturfläche übereinander.

Der Anrufer P bezieht sich hier auf einen Vergleich, den ein Studiogast am Vortag verwendet hatte, um seine Empfindungen zu veranschaulichen (*als wenn einer auf ihm sitzen würde, und zwar auf der Brust*); er formuliert, dass er *dieses Gefühl auch* habe. P kann das Bild, das der Studiogast verwendet hatte, auf sich selbst beziehen; es hilft ihm, seine eigenen Symptome von Angina pectoris zu erkennen und zu beschreiben. Wir finden hier also Spuren des Verstehens einer Gesundheitsinformations-sendung, das sich offenbar wesentlich auf die bildliche Darstellung stützt.

Der Arzt-Moderator A wiederholt einen Teil der Formulierung des Anrufers. Indem er ihn unterbricht, greift er die Druckmetaphorik seinerseits auf, verändert sie jedoch: *Brust* spezifiziert er zu *Brustbein*; aus *einer* wird *son Teufel*; aus *auf ihm sitzen* wird *hier draufdrücken*, gestisch illustriert durch eine iterierte Auf-und-nieder-Bewegung beider Hände. Bei dieser Umformulierung und Veränderung des Vergleichs ignoriert er, dass der Anrufer bei seiner Formulierung bleibt.

Dieses Verhalten scheint wenig sinnvoll. Denn weder ist klar, ob P das Gefühl nur am *Brustbein* spürt, noch, ob er (und die Fernsehzuschauer) mit diesem anatomischen Begriff etwas anfangen können. Ein *Teufel* auf der Brust liegt viel weiter von Alltagsvorstellungen und -erfahrungen entfernt als ein Mensch (*einer*), der auf einem sitzt. Schließlich trifft der gestische Illustrator, die nonverbale Veranschaulichung des *Drückens* durch kurze Auf-und-nieder-Bewegungen, nicht die Empfindungsqualität des *Sitzens*, die der Vergleich des Anrufers impliziert (und die für Angina-pectoris-Anfälle typischer ist). Die Umformulierung zeigt, dass dem Arzt-Moderator die Metaphorik der Druckausübung für Angina-pectoris-Beschwerden vertraut ist. Dass er den speziellen Vergleich des Auf-der-Brust-Sitzens, der P bei der Wiedererkennung seiner eigenen Symptome gerade hilfreich war, in dieser Weise verändert, kann für den Verstehensprozess in der Experten-Laien-Kommunikation nur als kontraproduktiv bezeichnet werden. Der Anrufer bestätigt die Umformulierung nicht und nimmt sie auch nicht auf. Man muss schließen, dass A hier gerade nicht in seiner Rolle als Arzt handelt, sondern in der des Moderators. Nur unter medialen Aspekten (Moderatorenkontrolle über die Interaktion, Unterhaltungsfunktion) erfüllt die Umformulierung einen Zweck.

Die Analyse der Interaktionen zeigt, dass terminologisierte Verwendungen metaphorischer Ausdrücke gewisse Risiken für die Zwecke der Veranschaulichung bergen. Denn bei den Laien können Unklarheiten

über den Status des Ausdrucks (metaphorische oder wörtliche Bedeutung) und Missverständnisse entstehen:

- (H109) *Experte:* um äh . Gewichts äh . abnahme zu erzielen,
Pat.1: Optimal zu . (verbrenn)
Pat.2 . . ja wird das verbrannt? oder was.
Experte: Fett nich . nicht Kohlen äh hydrate (Sport, 672ff.)

Hier wird der terminologisierte Ausdruck *verbrennen*, den der Sporttherapeut häufig für Stoffwechselprozesse verwendet hat und den Patient 1 hier aufgreift, von Patient 2 in seiner Bedeutung thematisiert und in Frage gestellt – allerdings ohne dass der Experte dies erkennt und angemessen beantwortet.

Die Analysen zu den veranschaulichenden Äußerungen von Herzpatienten und den direkten Interaktionen zwischen Experten und Betroffenen zeigen, dass beide Gruppen an den beschriebenen Metaphersystemen für das Herz bzw. Herz-Kreislauf-System teilhaben. Patienten verwenden sie jedoch ebenso wie Anthropomorphisierungen vergleichsweise selten, weil die Veranschaulichung von Organ- und Steuerungsfunktionen im Körper eher eine Expertenaufgabe in der Interaktion ist. Demgegenüber steht bei ihnen die Funktion im Vordergrund, gemeinsames Alltagswissen zu aktualisieren. Unter den Formen der Veranschaulichung spielen Beispiele und Beispielerzählungen aus dem Leben und Erleben der Betroffenen die wichtigste Rolle.

Patienten veranschaulichen vor allem ihr Erleben der Krankheit (z.B. den Infarkt als Warnzeichen oder unerwarteten Blitzschlag) und Empfindungen bei Angina pectoris und Infarkt (z.B. als Druckausübung auf den Körper oder Tod). Die Analysen zeigen, dass in dieser Metaphorik sich Experten- und Patientendarstellungen überlagern in dem Sinne, dass typische Patientenmetaphern aufgegriffen und terminologisiert werden und dann ihrerseits wieder die Darstellung der Patienten beeinflussen können. Die Analyse von Interaktionen lässt darüber hinaus erkennen, dass Metaphorik nicht nur ein wirksames Mittel im Verständigungsprozess ist, sondern dass stereotype und terminologisierte Metaphern auch Verständigungsrisiken bergen können.¹⁸ Die gesprächsanalytische Methode, Veranschaulichungen auch durch längere interaktive Sequenzen hindurch zu verfolgen und ihre interaktive Behandlung bzw. Prozessierung zu betrachten, erweist sich für die Klärung ihrer Funktionen als

¹⁸ Dazu Hülzer (1999).

besonders geeignet. Hier sind weitere Untersuchungen auf einer breiteren Basis wünschenswert.

Exemplarisch sei hier die Frage genannt, wie Veranschaulichungen interaktiv relevant gesetzt werden. Wir haben Hinweise, dass dies erhebliche Auswirkungen auf ihre Verarbeitung durch die Adressaten hat. Die Durchsicht von schriftlichen Notizen, die Studierende während eines Vortrags über Stress¹⁹ anfertigten, zeigt, dass Metaphern, Vergleiche und Beispiele – anders als allgemeine wissenschaftliche Aussagen – relativ selten schriftlich festgehalten wurden. Das Potenzial solcher Veranschaulichungsformen für das Behalten medizinischer Sachverhalte und die spätere Rekonstruktion von Einzelinformationen wurde also von den Studierenden nur wenig genutzt. Ein Grund könnte sein, dass der Experte die Veranschaulichungen nicht ausreichend relevant gesetzt hat. So hat er den *Neandertaler auf Futtersuche* als *nettes Beispiel* eingeführt (vgl. H64) und ihm damit den Stellenwert einer bloßen Ausschmückung oder Auflockerung des Vortrags zugeschrieben statt den eines systematisch bedeutsamen Exempels. Trotz seiner Ausführlichkeit wurde das Beispiel nur in 3 von 16 Mitschriften festgehalten. Es liegt auf der Hand, dass sich aus solchen Beobachtungen sehr praxisrelevante Anwendungsaspekte ergeben.

3 Anfallskrankheiten

Für die Kommunikation über Anfallskrankheiten ist die Ausgangssituation eine andere als bei Herzkrankheiten. Zwar sind Epilepsien und andere anfallsartige Störungen in der Regel ebenfalls chronische Krankheiten, mit denen die Betroffenen leben müssen. Auch in diesem Fall müssen sie also Wissen über die Krankheit aufbauen, sich in ihrem Verhalten an bestimmten Richtlinien oder Vorschriften orientieren, mit dem behandelnden Arzt zusammenarbeiten. Aber Anfallskrankheiten sind keine „Volkskrankheiten“, über die wie bei Herzerkrankungen öffentliche Aufklärung für erforderlich gehalten würde. Wenn Epilepsien – von anderen Anfallserkrankungen ist selten die Rede – öffentlich behandelt werden, z.B. in Rundfunk- oder Fernsehsendungen, dann werden im Allgemeinen andere Zielsetzungen verfolgt: Es geht weniger um Aufklärung im Sinne von Wissensvermittlung als darum, Vorurteile abzubauen

¹⁹ Es handelt sich um die Aufnahme „Seminar“.

und die soziale Integration zu fördern, um der Stigmatisierung der von dieser Krankheit Betroffenen entgegenzuwirken.

Das sprachliche Datenmaterial, das diesem Teil der Untersuchung zugrunde liegt, ist – wie schon eingangs erwähnt – anders zusammengesetzt als das aus dem Bereich der Herzkrankheiten. Im Mittelpunkt steht ein umfangreiches Corpus von Arzt-Patient-Gesprächen, das im Rahmen des Forschungsprojekts „Linguistische Differenzialtypologie epileptischer und anderer anfallsartiger Störungen: diagnostische und therapeutische Aspekte“ erhoben wurde.²⁰ In diesem Projekt richtet sich die Aufmerksamkeit auf die Äußerungen der PatientInnen bei der Darstellung ihrer Anfälle: Es geht darum herauszufinden, ob die Formulierungs- und Darstellungsverfahren, auf welche sie bei der Lösung dieser kommunikativen Aufgabe rekurren, in irgendeiner Weise mit der jeweiligen Anfallserkrankung zusammenhängen, also Hinweise darauf geben können, ob es sich um epileptische oder dissoziative Anfälle handelt, ob ggf. eine fokale oder eine generalisierte Epilepsie vorliegt.

Da in den hier untersuchten Gesprächen ein grundsätzliches Interesse der ÄrztInnen an den subjektiven Wahrnehmungen und Empfindungen besteht²¹, wird den PatientInnen hierfür im Gespräch relativ viel Raum gegeben.²² Insofern bietet sich dieses Corpus – im Unterschied zum

²⁰ Das Projekt, das in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Peter Wolf und Dr. Martin Schöndienst (Epilepsie-Zentrum Bethel) durchgeführt wird, wurde vom 01.03.1999 bis 28.02.2001 von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert; es arbeiten oder arbeiteten mit: Ingrid Furchner, Elisabeth Gülich, Martin Schöndienst, Meike Schwabe, Volker Surmann, Nicolas Tsapos, Melanie Werner. Das Corpus besteht aus ca. 115 Gesprächen unterschiedlicher Dauer (von ca. 10 Min. bis ca. 45 Min.). Für eine Vorstellung der Herangehensweise und der grundlegenden Hypothesen vgl. Gülich/Schöndienst (1999).

²¹ Dieses Interesse ist in ähnlicher Weise auch in Arzt-Patient-Gesprächen in psychosomatischen (vgl. dazu Kütemeyer, i.d.Bd.) und in homöopathischen Kontexten (vgl. Konitzer, i.d.Bd.) gegeben; es stellt einen der wesentlichen Unterschiede zwischen der Biomedizin und der „heterodoxen“ Medizin dar; vgl. Stollberg (i.d.Bd.).

²² Dies gilt ebenso für Gespräche in der Chefarztvisite wie in der Ambulanz; ein großer Teil der Gespräche wurde auf der von Martin Schöndienst geleiteten psychotherapeutisch orientierten Modellstation geführt. Es handelt sich ausnahmslos um authentische Gespräche, die im normalen Klinikalltag geführt wurden, also nicht um Interviews, die nur zu Forschungszwecken erhoben würden.

Corpus Herzkrankheiten – besonders für die Analyse von PatientInnen-Äußerungen und von interaktiven Prozessen an. Die Verfahren der Veranschaulichung – so werden wir zeigen – sind auch ein wichtiges Darstellungsmittel der PatientInnen. Ein ebenfalls vorhandenes kleineres Corpus von Rundfunk- und Fernsehsendungen zu Epilepsien, aus dem – vergleichbar zur Wissensvermittlung über Herzkrankheiten – an ein breiteres Publikum gerichtete Äußerungen von ExpertInnen über Epilepsien analysiert werden können, wird im vorliegenden Beitrag nicht systematisch ausgewertet.

Da die mediale Wissensvermittlung von Experten an Laien am Beispiel der Herzkrankheiten bereits relativ ausführlich behandelt wurde, soll sie hier zu Gunsten der Analyse von PatientInnen-Äußerungen und der Interaktion, die vorher weniger ausführlich behandelt wurden, in den Hintergrund treten. Im Folgenden wird um der besseren Vergleichbarkeit willen die Gliederung der Analyse im Wesentlichen beibehalten; allerdings wird die Analyse der Äußerungen der PatientInnen diesmal an den Anfang gestellt; und da es sich um face-to-face-Kommunikation handelt, wird die Verwendung von Veranschaulichungsverfahren im Kontext von vornherein mitbehandelt.

3.1 Veranschaulichungsverfahren von Patienten

In den zugrunde gelegten Gesprächen kommen in aller Regel Phasen vor, in denen der Arzt die Patienten auffordert, aus ihrer Sicht die subjektiv erfahrenen Empfindungen vor oder während eines Anfalls zu beschreiben. Selbst wenn der Patient, wie es z.B. zu Beginn des Gesprächs, aus dem der folgende Ausschnitt stammt, der Fall ist, auf schriftliche Notizen oder ein Tagebuch verweist, bittet der Arzt ausdrücklich um eine solche Beschreibung:

(A1) (Vielfalt I, 1995, 3-7)²³

Herr Vielfalt: also WANN die anfälle warn' . was es für anfälle warn' und ungefähr . wie VIELE, ne'

Arzt: 'mhm'

²³ Die Transkriptionszeichen, die im Corpus Anfallskrankheiten verwendet werden, finden sich im Anhang. Alle in den Transkripten verwendeten Namen sind erfunden.

- Herr Vielfalt:* und die ‚stärke= das hab ich also alles mit aufgeschrieben‘ ..
wenn sie=s gebrauchen können is gut'
- Arzt:* .. ja, das is natürlich sehr hilfreich' .. äh:m .. trotzdem .. äh .. wärs
schön' wenn sie JETZT' nochma .. was sie SELBST' im moment'
von den anfällen mitbekomm, .. beschreiben würden

Hier zeigt sich deutlich, dass der Arzt – ohne dies weiter zu begründen – der unmittelbaren mündlichen Darstellung des Patienten (er betont *jetzt* und *selbst*) einen grundsätzlichen Wert beimisst, der über die reine Sachinformation hinausgeht.

Auffällig in den Darstellungen der PatientInnen sind nun die Schwierigkeiten, die viele von ihnen manifestieren, wenn sie ihre Anfälle und die damit verbundenen Befindlichkeiten, Wahrnehmungen und Gefühle beschreiben sollen. Diese Formulierungsschwierigkeiten sind auch von Epileptologen beobachtet worden. Besonders Janz geht in seinem Buch „Die Epilepsien“ ausführlich darauf ein, wie die PatientInnen nach Worten und nach Vergleichen suchen, „wenn sie zur Schilderung ihrer Sensationen ansetzen. Formulierungen wie ‚Es ist etwa wie...‘ oder ‚Nein, eher wie...‘ oder ‚Ungefähr wie...‘ zeugen von Erfahrungen, für die es an Worten gebricht“ (Janz 1969/1997, 181). Linguistisch betrachtet äußern sich die Schwierigkeiten also in intensiver Formulierungsarbeit, in der immer wieder erneuten Bearbeitung und Kommentierung von Formulierungen oder Formulierungsversuchen (vgl. Gülich/Schöndienst 1999). Janz weist auch darauf hin, dass die PatientInnen oft geradezu Hemmungen haben, davon zu sprechen, „weil sie ihre Erlebnisse für so unnatürlich halten, dass sie befürchten, für verrückt angesehen zu werden“ (ebd.). Sie stehen also nicht nur vor einem Formulierungs-, sondern auch vor einem Vermittlungsproblem.²⁴

²⁴ Ausführlicher wird die Problematik der „Unbeschreibbarkeit“ in Gülich/Furchner (im Druck) behandelt. – Dass es sich hier jedoch nicht nur um ein Problem bei der Darstellung von Anfällen handelt, sondern um eine sehr grundlegende Schwierigkeit, die z.B. auch bei der Beschreibung von Schmerz zu beobachten ist, darauf weist Ehlich (1985, 185) hin; er sieht die Verwendung von Metaphern geradezu als unumgänglich an: „The vagueness or even absence of words hinders a clear verbalization; the underdevelopment of the semantic field of expressions for pain forces S to speak with unclear metaphors“. Da mit dem Ausdruck von Schmerz grundsätzlich ein interaktives Ziel verfolgt wird, wird damit zugleich auch der Vermittlungsaspekt deutlich: „The addressee of a description of pain easily gets lost when he demands preciseness on the part of the speaker“ (ebd.).

3.1.1 Metaphern und Vergleiche

Der Patient aus dem oben zitierten Gespräch, Herr Vielfalt, gibt auf die Aufforderung des Arztes hin zunächst eine allgemeine Beschreibung seiner Anfälle; der Arzt lenkt dann die Aufmerksamkeit auf ganz bestimmte einzelne Anfälle, u.a. auf den letzten, den Herr Vielfalt daraufhin folgendermaßen beschreibt:

- (A2) ich war geistig da' ich hatte vielleicht ma ne SEHstörung'. das ist ne (schneller) sehstörung, w(ie)=soll ich das beschreiben, + .. stellens(e)=sich ne KAMERA vor die urplötzlich GANZ nah auf ein motiv DRAUF geht'. und ursprünglich wieder zurückgerissen wird, ne' .. diesen effekt' son effekt, hab ich bei: den SEHstörungen, .. das geht dann so drei vier mal'. immer schnell hinternander, ne' .. und dann so schwindelig (...)
(Vielfalt I, 1994, 55-59)

Der Patient erläutert seine Sehstörung mit Hilfe eines Vergleichs, den er durch den metadiskursiven Kommentar (*wie soll ich das beschreiben*) als Lösung eines Formulierungsproblems einführt und ausdrücklich als Mittel der Veranschaulichung kennzeichnet (*stellnse sich (...) vor (...)*). Dieses Bild scheint seine Sinneswahrnehmungen beim Anfall besonders gut zu treffen: In einem Gespräch, das vier Jahre später geführt wurde, benutzt Herr Vielfalt denselben Vergleich, den er diesmal noch weiter ausführt:

- (A3) das sind die sehstörungen die wie ich inner visite auch schon sachte, .. is das gefühl'. man schaut irgendwo hin und kuckt inne gegend und auf und auf einmal. WIE mit einer kamera, das is ganz schnell, . nahe ran' und wieder ganz schnell . weit wech, . und das ratz fatz, ratz fatz, . und das etliche male hinternander' innerhalb von n paar sekunden' und dann is auf einmal alles wieder gut:, . und dann muss man . erstmal kucken. dass man wieder n klaren blick kriegt, (...) und dann fehlt n stückchen, ... das wärn so die sehstörungen die ich ungefähr so beschreiben . beschreiben möchte wie ich sie empfinde, .. also immer wie so, . wie so mitem zoom mit so ner kamera, .. ran'/ (Vielfalt II, 1999, 106-110 u. 115-117)

Dass der Vergleich mit der Kamera eine Formulierungsroutine dieses Patienten darstellt, signalisiert er selbst mit dem Hinweis auf seine Äußerungen in der Visite. Seine metadiskursiven Kommentare lassen sein Problem erkennen, nämlich die subjektiven Eindrücke und Empfindungen dem ärztlichen Gesprächspartner zu vermitteln, der sie nicht kennt und auch auf keine andere Weise erfahren kann. Hier ist also der Patient „Experte“ für sein „partikulares Erlebniswissen“ (Rehbein). Diese doppelte Schwierigkeit, nicht nur ein Formulierungsproblem lösen zu müs-

sen, sondern auch ein Vermittlungsproblem, lässt sich aus vielen Bemerkungen von PatientInnen entnehmen; in einigen Fällen wird das Vermittlungsproblem ausdrücklich als solches thematisiert (vgl. dazu unten 3.3).

Das Bild der Kamera nehmen auch andere PatientInnen bei der Beschreibung von Wahrnehmungsstörungen zu Hilfe bzw. rekurren in irgendeiner Form auf das Bildfeld; so auch die Patientin im folgenden Beispiel, die ebenfalls eine Sehstörung beschreibt:

(A4) (Reifen, 43-45)

Frau Reifen: (...) dieses komische dass . da auf einmal was REINKommt . beim anfall . das hab ich erst seit kurzem.

Therapeut: können sies noch mal beschreiben!

Frau Reifen: dies das=(e)s wie n bild'. is das reinprojiziert wird' (4 sec) ich SEH das alles und auf einmal taucht nen andres bild auf ja'

Eine – allerdings relativ konventionelle – Metapher, die man in diesem Kontext ebenfalls findet, ist der „Filmriss“:

(A5) *Frau Kasia:* is das . wie filmriss, . bin auf einmal gar nich mehr ganz da, : und wenn ich mich hinlege' oder wenn ich sitze . dann GEHT es, . aber . wenn ich AUF bin' oder mich mit andern unterhalte'. (Kasia II, 16-18)

Während der Vergleich mit der Kamera und der Bildprojektion zur Veranschaulichung von Wahrnehmungsstörungen dient, steht der Filmriss für einen plötzlichen Ausfall oder eine Einschränkung des Bewusstseins. Der bildspendende Bereich der Kamera oder des Films ist also mit einem bestimmten bildempfangenden Bereich systematisch verbunden, so dass man von einem Bildfeld (im Sinne von Weinrich 1958) oder einem Metaphernsystem (im Sinne von Lakoff/Johnson 1980) sprechen könnte. Wahrnehmen ist quasi technisch vermittelt und wird damit technisch verändert. Filmriss heißt, die Wahrnehmung ist ausgeschaltet, und dies impliziert die Ausschaltung des Bewusstseins.

Der Ausfall bzw. die Einschränkung des Bewusstseins wird häufig auch durch räumliche Metaphern wie ‚weg sein‘, ‚nicht ganz da sein‘ u.ä. veranschaulicht, wie es schon in Beispiel (A5) als Reformulierung des Bildes vom ‚Filmriss‘ der Fall war: *das ist alles wie . weit weg* (Kasia I, 10).

(A6) ach GROSSE' KLEINE anfälle kann man sagen . also ich/dass ich nich so WEG bin' wies NEULICH gewesen (Kasia I, 12-13)

(A7) das sind die KLEINEN anfälle . sehr . massig . häufig was mein mann auch . nich sieht' . ich weg bin' (Kasia II, 6-7)

- (A8) ich SEH schon noch alles aber ich bin doch nicht mehr DA hab ich das gefühl ja' (...) irgendwie . hab ich das gefühl ja ich bin woANDERS: .
(und auf Nachfrage des Therapeuten): als ob ich n stück weggerückt wär ja, .. (Reifen, 18-24)

Ähnliche Beispiele ließen sich auch aus anderen Gesprächen zitieren. Hier liegt offenbar ein Metaphernsystem zugrunde, das man etwa so formulieren könnte: „Bewusstseinsverlust ist physische Abwesenheit“. In dieses System gehört auch der als Terminus gebrauchte Ausdruck „Absence“ für kurze generalisierte epileptische Anfälle, deren Hauptmerkmal die Bewusstseinsstörung ist (vgl. z. B. Ried/Schüler 1997, 32, die im Übrigen bei der Beschreibung auch auf einen Vergleich zurückgreifen: „Es ist wie das An- und Ausknipsen einer Lampe“).

Bewusstseinsstörungen oder Bewusstseinsverlust erweisen sich bei der Durchsicht des Corpus als ein zentraler, aber schwer vermittelbarer Bereich (vgl. dazu Furchner, i.d.Bd.). Bei der Beschreibung solcher Phänomene eingeschränkter Selbstverfügbarkeit rekurren PatientInnen häufig auf Metaphern und Vergleiche. Dabei fungiert als weiterer bildspendender Bereich häufig elektrischer Strom bzw. Elektrizität. So wird in den beiden folgenden Äußerungen der Bewusstseinsverlust als *Ab-schalten* des Gehirns beschrieben:

- (A9) also ich war wohl KÖRPERlich, .. da'. bloß eben dass das gehi/gehirn eben ma kurz . ‚abgeschaltet war (Kranen, 68-70)
(A10) ich kriege alles mit, (schneller) das heißt ich kann alles hören und auch das nicht . GANZ normal, aber . es ist als ob als ob (AA) mein gehirn . zu viel ei/auf einmal zu viel gehabt hat u:nd . schaltet ab, irgendwie, (Lerens, 304-307)

Ein anderer Patient beschreibt die Anfälle, die ihn oft überraschen, mit der Metapher

- (A11) dass da: . sich dann irgendwo . ein KURZschluss entwickelt, oder sowas (Keller, 192)

Die Patientin in dem folgenden Gesprächsausschnitt, Frau Johannis, verwendet mehrere Metaphern aus diesem Bereich; auf die Frage des Arztes, ob ihre Anfälle immer gleich ablaufen, antwortet sie, dass sie zwei verschiedene Formen unterscheidet, die sie dann folgendermaßen beschreibt:

- (A12.1) ja das eine geht los ziemlich schnell und heftig . aussem bAUch raus' . hier n bisschen unterhalb vom MAGEN' ... es steigt dann GANZ schnell

hoch' hier . bis hierher ungefähr' .. und manchmal bleibts dann hier, ne'
 un:d und manchmal fährt's dann so richtig REIN . wie so wie: .. [a] also
 als würd man halt halt an die steckdose fassen .. so was, .. kommt dem
 am nächsten, .. (lacht kurz) (Johannis, 5-9).

Auf eine Nachfrage des Arztes hin beschreibt die Patientin die zweite Form:

(A12.2) (Johannis, 15-17)

Frau Johannis: ja und das Andere sind so sekunden blackouts, ..

Arzt: hm, hm'

Frau Johannis: (8 sec.) wusst ich selber eigen(t)lich GAR nischt mehr . davon, (5 sec.)

Arzt: wie fängt das an' .

Frau Johannis: ja, . hm .. kein vorgefühl nix . GAR nix, (7 sec.) hm, .. ja und dann dann ble/ also WIE ein und ausschalten, .. (leiser) is das,+ ..

Arzt: hm, hm'

Frau Johannis stellt hier also zwei subjektiv unterscheidbare Formen von Anfällen mit Hilfe von Metaphern aus demselben Metaphernsystem dar. Der eine Anfallstyp wird als so etwas wie ein Stromschlag beschrieben; damit wird offenbar der Aspekt der Heftigkeit in den Vordergrund gerückt. Bei dem anderen Typ (*Sekundenblackout, wie ein- und ausschalten*) werden die Kürze und die Plötzlichkeit des Bewusstseinsverlusts akzentuiert. Beide Anfallstypen werden auch im weiteren Verlauf des Gesprächs in ähnlicher Weise bezeichnet, z.B. wenn es heißt, dass es *schlagartig* losgeht, oder wenn die Patientin den zweiten Typ durchgehend als *die blackouts eben* benennt. Allerdings kommt Frau Johannis dann auch noch auf frühere Anfallsformen zu sprechen, die sie ebenfalls mit Elektrizitätsmetaphern beschreibt:

(A12.3) dann wa:r . is das so als würde jemand (da)s licht langsam WEGdrehn, . so mitten mit dem potentiometer (...) und dann is man da wie wie AUFgetaucht wieder ... und das potentiometer wieder andersrum gedreht (Johannis, 21-25)

Dieser dritte Anfallstyp zeichnet sich also offenbar durch andere Eigenschaften aus, nämlich durch eine langsame, allmähliche Veränderung der Wahrnehmung bzw. der Empfindungen.

In diesem Ausschnitt kommt außer der Elektrizitätsmetapher noch eine Metapher aus einem anderen Bildfeld vor: das Bild des Auftauchens, dem an anderen Stellen *abtauchen* oder *wegtauchen* entspricht. Auch in

diesem Fall werden die bildlichen Ausdrücke *wegtauchen* oder *abtauchen* im weiteren Verlauf des Gesprächs geradezu wie Termini verwendet; z.B. spricht die Patientin später einmal von *den Abtauchgeschichten* (Z. 126). An einer anderen Stelle wird die Metapher weiter ausgeführt und dabei zugleich auch als habituelle Lösung der Formulierungs- und Vermittlungsaufgabe gekennzeichnet (*hab ich immer gesagt*):

(A12.4) das wegtauchen ... ja das war wie . hab ich immer gesagt wie aquarium,
 ... als würde man drinne sitzen und nach draußen gucken, . so ungefähr
 so verschwommen . son bissel . (?...) wie wenn man unter wasser taucht
 . und die augen auf hat . so irgend/ so ungefähr .. (Johannis, 73-76)

Hier wird ein neues Metaphernsystem verwendet („der Anfall ist ein Wegtauchen“), das es erlaubt, wieder andere Aspekte des Anfallserlebens zu veranschaulichen: Nicht nur der allmähliche Veränderungsprozess wird durch die Metapher verdeutlicht, sondern auch der Zustand, zu dem der Prozess führt. Im Bild des Potentiometers lag dieser Zustand im „toten Winkel“ (Brünner 1987, 107); hier wurde nur der Prozessaspekt durch die Metapher erfasst.²⁵ Die verschiedenen Metaphernsysteme bei Frau Johannis entsprechen also nicht – wie man zunächst annehmen könnte – verschiedenen Anfallstypen, sondern innerhalb der beiden hier belegten Metaphernsysteme werden verschiedene Aspekte des jeweiligen Anfallstyps beleuchtet.

Inwieweit es sich hier um allgemein zur Beschreibung von Anfällen herangezogene Metaphernsysteme handelt und welches überhaupt die wichtigsten Metaphernsysteme in Patienten-Darstellungen von Anfällen sind, diese Frage ist selbst auf der Grundlage eines umfangreichen Corpus schwer zu beantworten; die Metaphorik erweist sich als ausgesprochen vielfältig und die Untersuchungen im Rahmen des oben erwähnten Forschungsprojekts (s. Anm. 1) sind noch nicht abgeschlossen. Zu den relativ gängigen Redeweisen über Bewusstseinsstörungen bei Anfällen gehören konventionalisierte Metaphern wie „Filmriss“ oder „Fadenriss“ ebenso wie „abschalten“, „blackout“, „wegtauchen“ bzw. „auftauchen“, „weg“ bzw. „nicht ganz da sein“. Dazu kommen Metaphern und Vergleiche für Wahrnehmungsstörungen in anderen Sinnesmodalitäten, z. B. im Bereich des Geschmackssinnes: es wird von einem *metallischen Geschmack* gesprochen (Reifen); von einem solchen metallischen Geschmack heißt es in einem Gespräch, es schmecke *wie Blut* (Asig), oder

²⁵ Zur Selektivität von Metaphern vgl. oben Kap. 1.2.

der Geschmack wird mit dem einer Zitrone verglichen (*als wenn man inne zitrone beißt*, Asig). Wahrnehmungen im motorischen Bereich werden z.B. beschrieben als *starr vor Schreck* oder *wie gelähmt* (Asig), aber es zeichnen sich in dieser Hinsicht keine besonderen Metaphernsysteme ab.

Die bisherigen Untersuchungen haben jedenfalls gezeigt, dass PatientInnen Metaphern als individuelle Formulierungsressource und Verfahren der Vermittlung nutzen, d.h. dass sie u.U. mit Hilfe bestimmter Metaphern oder Vergleiche Formulierungsroutinen entwickeln (*hab ich immer gesagt*), die ihnen die schwierige Aufgabe der Anfallsbeschreibung erleichtern. Diese Metaphern können in Verbindung zu einem etablierten Metaphernsystem stehen, werden aber u.U. doch in innovativer und kreativer Weise weiterentwickelt. Beispielsweise ist ein traditionelles Metaphernsystem, auf das in anderen Kontexten sehr häufig zurückgegriffen wird, um Epilepsie zu definieren: „Epilepsie ist Gewitter im Gehirn“. Es wird von einer Patientin genutzt, um die Veränderung der Wahrnehmungen vor einem Anfall und die Gleichzeitigkeit sich widersprechender Wahrnehmungen zu beschreiben:

(A13) wie soll ich das beschreiben, . am besten nenn ich jetzt n gewitter, . wenn . oder kurz vorm gewitter ja' .. da sehn die bäume noch genauso aus wie sonst . und sie sehn doch ANDERS aus, . als (e)s irgen(d)wie . die ladung oder die spannung . die schon: . irgen(d)wie . (?die schon noch) . man merkt sof/ wenn ngewitter kommt' als(o) Ich merk das .. auf jeden fall' . es is zwar . schaut noch alles genauso aus und doch hats nen andern .. doch sch/doch is des grün ANDERS grün ja' . wenn ichs so sagen darf ja' (lacht ein wenig) + (Reifen, 31-36)

Das traditionelle Metaphernsystem, das auf Paracelsus zurückgeht, bildet nur den Hintergrund, denn die Aspekte, die hier akzentuiert werden, sind andere als die üblicherweise mit der Metapher erfassten (vgl. zur Analyse dieses Beispiels Wolf/Schöndienst/Gülich 2000 und Gülich/Schöndienst 1999, 210-212). Im Sinne der üblichen Veranschaulichung „exzessiver Entladungen von Neuronen“ (Pschyrembel) als Gewitter im Gehirn haben wir in den Patientenäußerungen keine Metaphern aus diesem Bildfeld gefunden.

3.1.2 Beispiele, Konkretisierungen und Szenarios

Auch die Verwendung von Beispielen, Konkretisierungen und Szenarios durch PatientInnen bekommt im Zusammenhang mit Anfallsbeschreibungen einen bestimmten Stellenwert, weil sie ebenfalls Verfahren zur

Lösung der oft von den PatientInnen selbst als schwierig definierten Formulierungs- und Vermittlungsaufgaben darstellen. Dabei wird vielfach auch deutlich, dass der ärztliche Gesprächspartner wie im Corpus Herzkrankheiten (s.o. Beleg H100) geradezu Konkretisierungen oder Beispiele hervorlockt. In dem Gespräch, aus dem der folgende Ausschnitt stammt, versucht der Arzt dies mehrfach, indem er nach bestimmten einzelnen Anfällen, dem ersten, letzten oder dem schlimmsten, fragt. Die Patientin antwortet aber meist in verallgemeinernder Form. Auf die Frage nach einem ganz markanten Ereignis antwortet sie zunächst auch allgemein, setzt dann mehrfach neu an und äußert schließlich auf eine Nachfrage hin:

(A14) (Asig, 104-117)

F.A.: es könnte vielleicht sein' dass es . inner bestimmten situation schlimmer is wenn ich zum beispiel in gesellschaft bin oder so aber das is

Arzt: vielleicht fällt ihnen dann irgendne bestimmte situation ein ...

F.A.: (leise) nee,+

Arzt: wos besonders blöd war (7 sec.)

F.A.: ja' . klar wenn man in gesellschaft is dann kriegt das hinterher immer ne andere wertung

Arzt: (ʔerzählen sie davon') ..

F.A.: ja wenn ich mich in in gesellschaft [n] ne aura bekomme ne isolierte aura und ,äh: dann bekommt das natürlich ne andere wertung ich ich

Arzt: & (kurz) ja+ . ich hab so den eindruck sie sie denken an ne bestimmte situation, und wär ihnen dankbar' . äh wenn sie nochmal kurz .

F.A.: ja' da warn: ,öh:m verschiedene . mh . bekannte bei uns und wir ham irgend etwas gefeiert' . und ich merkte dann dieses . , öh: . mh . panik-artige gefühl und .

Arzt: was ham sie grad gemacht, saßen sie oder

Arzt: auf der couch oder so hm, hm'

F.A.: ich saß . ja' wir ham uns unterhalten und ich hörte zu'.

Arzt: wie gings los'

F.A.: und dann ,äh:m . trat diese aura auf' und . (ʔ...) ja:, . äh

F.A.: so wie ich det beschrieben hab, ne' dieses panikartige gefühl' . (...)

Arzt: WIE lang is das jetz her' hm .

F.A.: ... das war im letzten jahr .

F.A.: aber solche situationen die . gibts schon öfter,

Hier wird der Konkretisierungsgrad der Anfallsbeschreibung zwischen Arzt und Patientin geradezu ausgehandelt. Frau Asig wird durch die Nachfragen des Arztes stufenweise zu Konkretisierungen veranlasst: Erst bringt sie ein Beispiel, immer noch in verallgemeinernder Form (*wenn ich zum beispiel in gesellschaft bin*); dass es sich um eine typisierte Situation handelt, wird durch den Vagheitsindikator *oder so* unterstrichen. Erst nach zweimaliger Nachfrage nach einer *bestimmten Situation* folgt eine Beispielerzählung einer konkreten Situation (*da warn: ;öh:m verschiedene . mb . bekannte bei uns* usw.). Dadurch, dass Frau Asig nach Beendigung der Erzählung sofort wieder auf die allgemeine Ebene zurückgeht (*solche situationen die . gibts schon öfter*), wird der Beispielcharakter der Erzählung noch einmal deutlich.

Im Unterschied zu PatientInnen wie Frau Asig, die nur auf Aufforderung des Gesprächspartners – also fremdinitiiert – Konkretisierungen oder Beispiele bei der Darstellung ihrer Anfälle bringen, rekurrieren andere von sich aus auf diese Veranschaulichungsverfahren. Solche selbstinitiierten Beispielerzählungen finden sich im folgenden Ausschnitt:

- (A15) *Herr Mandar*: ich war in L-stadt. das war anfang . diesen jahres, .. und DA is mir das zum beispiel DA kann ich mich wieder ran, . rinnen . eine . sache . dort is . bin ich äh: . da hab ich morgens wie gesacht da . kaffee eingegossen und . hab dann . <EA> ich mein etwas VIEL eingegossen, . das: lief über ne' und: (d) . hab mich dann hinterher nur gewundert' . (?kommt) da is nen flecken wo kommt der her und hab . das in DEM moment also praktisch nich registriert . dass ich das selber gewesen bin, na,ja' ,un:(d) . dann sin(d) halt .. wie gesacht so kleinigkeiten' aber da . da . würd ich dann sagen' das war jetzt' . das war nichts' oder . das hab ich gar nich mitgekriegt' . und dann . zum beispiel jetz vo:r einer woche' . vor vierzehn tagen das war auch nur so . hat man . das jetzt wird meine mutter gleich ihnen erzählen' . <EA> da warnwer in: eine woche im bodensee' .. son paar tage . (...) (Mandar I, 39-47)

Herr Mandar bringt hier zuerst das Beispiel des Kaffee-Einschenkens, wertet es dann in verallgemeinernder Form aus (*sind halt (...) so kleinigkeiten*) und schließt daran wieder ein neues Beispiel an. Für ihn ist die Beispielerzählung – das lässt sich durch das ganze Gespräch hindurch verfolgen – eine bevorzugte Darstellungsform. Er steht für eine Gruppe von PatientInnen, bei denen sich das Bild, das sie von ihrer Erkrankung vermitteln, im Grunde aus einer Vielzahl von als Beispiele präsentierten Einzelepisoden zusammensetzt, die häufig auf eigene Initiative erzählt und entweder als singuläre Ereignisse oder als wiederkehrende Handlungsfolgen präsentiert werden (vgl. Schwitalla 1991).

Andere PatientInnen versuchen eher, die – oft diffusen und immer wieder als schwer beschreibbar bezeichneten – Gefühle und Empfindungen bei einem Anfall verallgemeinernd zu beschreiben und sie dann u.U. in einem zweiten Schnitt zu konkretisieren. Im folgenden Ausschnitt fordert der Arzt, ähnlich wie in Beispiel (A14), ausdrücklich zu einer Veranschaulichung oder Konkretisierung auf. Die Patientin, Frau Kasia, hat bei der Beschreibung ihrer *kleinen Anfälle* gesagt, dann seien *die gefühle alle weg*. Diese Bemerkung veranlasst den Arzt zu einer Nachfrage:

(A16) (Kasia II, 11-13)

Arzt: sie spüren sich nich äh oder wie muss man sich das VORstellen,
Frau Kasia: die ganze feinfühligkeit, . das is alles weg, auch wenn ich koche ich muss zu den anderen sagen also . ich hoffe jetz is es gut' ich SCHMECKE auch nichts, .

Im Unterschied zu Frau Asig (A14) konkretisiert Frau Kasia bereitwillig und prompt; sie reformuliert zunächst *gefühle* durch *feinfühligkeit* und veranschaulicht dann das Fehlen der Feinfühligkeit durch die Situation des Abschmeckens beim Kochen. Kurz darauf im selben Gespräch, nachdem sie ihren Zustand durch die Metapher des Filmrisses und des „nicht mehr ganz da“ Seins (s.o. Bsp. A5) illustriert hat, bringt sie ebenfalls eine konkrete Situation als Beispiel, diesmal von sich aus, also ohne ausdrückliche Aufforderung des Arztes:

(A17) wenn ich AUF bin' oder mich mit andern unterhalte' is das .. wie FILM.riss, . bin auf einmal GAR nich mehr ganz .. da .. und wenn= ich dann irgnwie inner STADT' ich wohne mitten in= der stadt' in R-stadt, äh spazierengeh oder einkaufen will . <EA> weiß ich manchmal NICH' wie ich wieder zurück, komm . ToTAL verwirrt, dann ... (Kasia II, 17-20)

Der Beispielcharakter wird hier nicht wie in (A14) durch die Einleitungsform *zum Beispiel* signalisiert. Durch Verallgemeinerungsindikatoren, in diesem Fall: *wenn, manchmal* und die Verbformen in der 1. Person Präsens kommt es – im Unterschied zu (A14) und (A15) – nicht zu einer Beispielerzählung, in der eine einzelne Anfallsepisode rekonstruiert wird, sondern das Kochen bzw. das Spaziergehen werden als typische, sich wiederholende Aktivitäten bzw. Situationen präsentiert. Gleichwohl stellt die Äußerung gegenüber dem *weg* oder *nicht mehr ganz da* Sein eine Kon-

kretisierung dar. Diese Form der Konkretisierung ist also von der Beispielerzählung deutlich zu unterscheiden.²⁶

Ähnlich wie in (A17) folgt auch im nächsten Ausschnitt eine solche exemplifizierende Konkretisierung auf eine vorausgegangene Metapher (vgl. oben Bsp. A4):

- (A18) *Frau Reifen*. dies das= (e)s wie n bild'. is das reinprojiziert wird (4 sec.) ich SEH das alles und auf einmal taucht nen anderes bild auf ja' wie wenn ich auf einmal jetzt da meine mutter sehen würde ja' . ja, . die is ja nicht DA . aber ich seh die trotzdem . und auf einmal seh ich da zum beispiel jetzt nicht SIE sitzen sondern jemand anders ja' . da SEH ich einfach .. ja' . sie kenn ich und so weiter aber . auf einmal kriegen sie nen anderes gesicht . ja' . oder sie sind . es sitzt dann jemand anders dort . (Reifen, 44-48)

In beiden Fällen, (A17) und (A18), wird die Metapher für die Wahrnehmungsstörung (*filmriss, n bild das reinprojiziert wird*) durch das Beispiel auf eine konkrete Situation bezogen. Gerade wenn Metapher und Beispiel nebeneinander stehen, erkennt man, dass sie unterschiedliche Formen der Veranschaulichung darstellen, die auch unterschiedliche Funktionen haben. In beiden Belegen wird das Beispiel in einer bestimmten Form ausgestaltet, aber nicht zu einer Episode, die sich zu einem bestimmten Zeitpunkt zugetragen hat (wie die Beispielerzählungen in A14, A15), sondern in (A17) zu einem typischen Ablauf, in (A18) dagegen zu einer vorgestellten Szene, die sich zutragen könnte: einem Szenario.

Ein deutlicheres Beispiel für ein Szenario findet sich im Gespräch mit Herrn Mandar (s.o. Bsp. A15), als er über die Möglichkeit spricht, wieder in seinen Beruf als Altenpfleger zurückzukehren:

- (A19) also ich persönlich würde mir das SCHON wieder zutrauen so [z] . praktisch so zur arbeit . nur . klar, was ich natürlich gern hab . wäre dass jemand irgendwo im hintergrund steht . der WENN ich zum (beispiel) irgend(d)was vergesse oder so . dann ma:(l) guckt und sagt HALT das haste vergessen oder so . das hört sich vielleicht nen bisschen banal an aber . das ist schon . entscheidend für mich irgendwie (Mandar, 67-71)

Herr Mandar vermittelt dem Arzt eine persönliche Einschätzung seiner Leistungsfähigkeit, indem er in einem Szenario die für ihn wünschenswerte Arbeitssituation veranschaulicht. Durch das Mittel der direkten

²⁶ Vgl. zu dieser Unterscheidung Schwitalla (1991), der die beiden Formen – das Illustrieren durch wiederkehrende Handlungsfolgen und das Illustrieren durch ein singuläres Ereignis – als zwei Varianten einer Textsorte, nämlich des narrativen Illustrierens beschreibt.

Rede, die den Kern der vorgestellten Szene bildet, wird noch eine zusätzliche Konkretisierung erreicht. Der exemplarische Charakter der vorgestellten Äußerung (*halt das haste vergessen*) wird durch den Vagheitsindikator *oder so* abschließend noch einmal verdeutlicht.

Als *Fazit* lässt sich festhalten: Während Metaphern und Vergleiche von den PatientInnen insbesondere dazu eingesetzt werden, ihre Empfindungen, Wahrnehmungen und Wahrnehmungsstörungen bei Anfällen in ihrer charakteristischen Qualität zu veranschaulichen und dem ärztlichen Gesprächspartner so zugänglich zu machen, werden Beispiele, Konkretisierungen und Szenarios vor allem in der Funktion verwendet, persönliche Erfahrungen mit der Krankheit dem Interaktionspartner dadurch nachvollziehbar zu machen, dass sie an konkrete, vorstellbare Situationen oder Handlungen rückgebunden werden, die allgemein bekannt sind.

3.2 Veranschaulichungsverfahren von Experten

In den Gesprächen zwischen Anfallskranken und Ärzten haben wir zunächst unsere Aufmerksamkeit auf die „Expertise“ der Patienten gerichtet. Wendet man sich nun dem Arzt in seiner Expertenrolle zu, so zeigt sich von vornherein deutlich, dass er in diesen Gesprächen kaum in die Lage kommt, den PatientInnen Fachwissen über epileptische und andere Anfälle zu vermitteln, sondern wenn er auf Veranschaulichungsverfahren rekurriert, dann tut er es eher, um den PatientInnen zu signalisieren, dass oder wie er ihre Anfallsbeschreibung versteht. Das kann z.B. wie im folgenden Ausschnitt aus dem Gespräch mit Herrn Mandar (s.o. A15, A19) mit Hilfe einer Metapher geschehen:

(A20) (Mandar, 15-19)

Herr Mandar: ich hab also . äh=einen . den Ersten GROßEN anfall gehabt' das war im: . sechsundachtzig' . den hab das/da bin ich: vor ner telefonzelle umgekippt das war eindeutig das (lacht kurz) das war also nich: irgen(d)wie: ... das konnt= ich/da war ich/dann hab ich mich halt in einem krankenhaus wiedergefunden, das war dann

Arzt: da ham sie gar nichts gemerkt' davor das kam aus heiterem himmel oder

Herr Mandar: eindeutig das kam . aus HEITEREM himmel, das heißt . ich hab mich da zu der zeit auf mein . theologie-examen vorbereitet' . (...)

Hier zieht der Arzt mit Hilfe der metaphorischen Redewendung *das kam aus heiterem himmel* ein Fazit aus der kurzen Erzählung des Patienten, der

in der Tat keinerlei Vorzeichen für einen Anfall erwähnt. Der Arzt interpretiert diese Darstellungslücke durch die Metapher, die offenbar genau das trifft, was der Patient zum Ausdruck bringen wollte, denn sie wird von ihm unmittelbar, nachdem sie geäußert wurde, aufgegriffen und betont. Eine ähnliche Situation ergibt sich im Gespräch mit Frau Asig (s.o. Beispiel A14); hier kommt es zu einer gemeinsamen Metaphernproduktion:

(A21)

Arzt: und das lähmt sie dann auch' oder da könnse dann ähm etwas. IEichter mit umgehen, .

F.A.: lähmt nich in dem maße aber äh . . son bißchen wie n kaninchen komm ich mir dann schon' vor, ne'.

F.A.: das so vorm abschuss steht hm...

Arzt: (?...)schlange der . in der luft liegenden aura,

Die Patientin beschreibt ihr Gefühl mit Hilfe eines Vergleichs (*wie n Kaninchen*), den der Arzt mit ihr zugleich vervollständigt; dabei wandeln beide in verschiedener Weise die konventionelle Form *wie ein Kaninchen vor der Schlange* individuell ab.

Das Aufgreifen einer Metapher des Patienten durch den Arzt als eine Form von Verständigungssicherung ist auch im Gespräch mit Frau Johannis (s.o. A12) zu beobachten. Nach dem Vergleich mit dem Potentiometer (A12.3) führt die Patientin noch zwei weitere Vergleiche ein:

(A22) (Johannis, 22-30)

F.J.: dann wa:r . is das so als würde jemand (da)s licht langsam WEGdrehn, . so mittem mit dem potentiometer (lacht kurz) .. (?so langsamer) und dann is alles alles wie so=äh in mehr in GRAUtöne . übergegangen .. und mehr so als wärn mer im film ..

Arzt: naJA (?...)

F.J.: alles weit weg gewesen, (9 sec.) und (e)s hat ne weile angehalten und dann is ma(n) da wie wie AUFgetaucht wieder ... und das potentiometer wieder andersrum gedreht ...

Arzt: ich dachte der film andersrum gedreht (?...)

F.J.: (lacht leicht) + (hustet kurz) NEE das poten-

Arzt: JA', als hätt man ihnen die Spannung

F.J.: tiometer (?...) nützt ja nichts,

Arzt: abgedreht, mit dem effekt' dass die farben . verblassen sagen sie

F.J.: &ja ...

Arzt:	aber man dann . durch die film . (schneller) metaphor kam ich dann
F.J.:	hm,hm'

Arzt: irgendwie so als würde dass die normale farbigkeit in richtung von schwarz weiß aber so Isses ja nich, +

F.J.: &ja gAnz in schwarz weiß isses nitt gegangen, ..

Arzt: hm, hm'

Der Arzt äußert hier sein abweichendes Verständnis der von der Patientin verwendeten Bilder, indem er die Film-Metapher aufgreift, weiterführt (*ich dachte der film andersrum gedreht*) und sein Verständnis dann auch metadiskursiv kommentiert. Hier wird also die angemessene Metaphorik zwischen Patientin und Arzt ausgehandelt.

Auch Beispiele, Konkretisierungen oder – wenn auch eher selten – Szenarios kommen gelegentlich in den Äußerungen der Ärzte vor. Beispielsweise im Gespräch mit Frau Asig (s.o. A14) versucht der Arzt herauszufinden, welche Rolle Panik im Leben der Patientin spielt, da sie mehrfach von Panikgefühlen gesprochen hatte. Nachdem er auf die Frage nach einem besonderen Anlass oder Grund für Panik nur eine relativ allgemeine Antwort erhalten hat, konkretisiert er mögliche Situationen folgendermaßen:

(A23) (Asig 90-93)

Arzt: also es fällt ihnen nich irgendwie nen ereignis ein .. sozusagen von der qualität . mal vonner lawine verschüttet worden zu sein . oder irgendetwas anderes wo einem noch beim bloßen gedanken das blut in den . adern gerinnt,

Frau Asig: nee (12 sec.)

Hier wird zunächst durch ein Beispiel der Typ von Situation veranschaulicht, an den hier zu denken wäre (*vonner lawine verschüttet*), dann wird dieser Typ von Situation nach einmal in verallgemeinerter Form durch einen vorgeformten metaphorischen Ausdruck (*beim bloßen gedanken das blut in den adern gerinnt*) veranschaulicht. Die Veranschaulichung soll offenbar als Vorschlag oder Anregung dienen, um eine konkretere Darstellung von Paniksituationen durch die Patientin zu erreichen. Dieser Versuch führt allerdings nicht zum Erfolg.

Während sich in diesem Corpus von Arzt-Patient-Gesprächen die Veranschaulichungsverfahren des Arztes im Wesentlichen auf die Äußerungen der Patienten beziehen, sei es um Verständnis zu signalisieren bzw. zu sichern oder um für notwendig gehaltene Konkretisierungen zu

erreichen, lassen sich in dem Rundfunk- und Fernseh-Corpus zu Epilepsien Veranschaulichungsverfahren finden, die der Vermittlung medizinischen Wissens dienen. Da dieser Aspekt anhand des Corpus zu Herzkrankheiten ausführlich dargestellt wurde, soll er hier nicht noch einmal im Detail behandelt werden. Es sei nur darauf hingewiesen, dass eines der zentralen Metaphernsysteme bei der Beschreibung von Epilepsien die schon erwähnte Konzeptualisierung als „Gewitter im Gehirn“ ist bzw. moderner: des Gehirns als elektrischer Anlage. In Fernsehsendungen wird das oft auch durch Bilder (z.B. Computersimulationen) dargestellt. Metaphern wie „Blitze“ oder „Funkenflug im Gehirn“, das Gehirn als „Steuerzentrale“ u.ä. kommen in dem Zusammenhang mit einer gewissen Regelmäßigkeit vor.²⁷ Wie geläufig sie sind, zeigen z.B. auch die Titel von Zeitschriften- oder Zeitungsartikeln über Epilepsie: „Im Gewitter der Neuronen“ (Focus 47/1999, 236ff.), „Wenn die Blitze im Gehirn zucken“ (TAZ 2.6.1999), „Blitzableiter im Kopf“ (Die Zeit Nr. 18, 9.4.1999). Das hier zugrunde liegende Metaphernsystem scheint wesentlich für die anschauliche Vermittlung von epilepsiespezifischem Wissen zu sein, weil es sich auf die elektrischen Gehirnvorgänge beziehen lässt. Dagegen kommen solche Metaphern in den Äußerungen der Patienten wie auch generell in den Arzt-Patient-Gesprächen kaum vor (eines der wenigen Beispiele wurde oben in A13 zitiert).

3.3 *Interaktion und Kontextbezug*

In den letzten Abschnitten ist bereits deutlich geworden, dass sich in der face-to-face-Kommunikation des Corpus Anfallskrankheiten kontextbezogene und interaktive Aspekte besonders gut beobachten lassen, ja dass sie von den Beobachtungen zu Veranschaulichungsverfahren gar nicht zu trennen sind, während in der medial vermittelten bzw. stärker monologisch geprägten Kommunikation im Corpus Herzkrankheiten zwar die Ausrichtung auf Gruppen von RezipientInnen erkennbar ist, direktes Interagieren oder gar Aushandlungsprozesse mit ihnen aber kaum zu beobachten sind. Das Corpus Anfallskrankheiten bietet also die Möglichkeit, zentrale Charakteristika unseres diskursanalytischen Ansatzes in der Beschreibung von Veranschaulichungsverfahren – die Berücksichtigung der Verwendung im Kontext und der Interaktion zwischen „Ex-

²⁷ So beispielsweise in einem den Epilepsien gewidmeten Ausschnitt aus der Sendung „Schreinemakers live“ (Sat 1, 15.6.1995).

perten“ und „Nicht-Experten“ (wobei diese Bezeichnungen nicht an soziale Rollen wie Arzt oder Patient gebunden sind) – exemplarisch herauszuarbeiten.

Obwohl die Aspekte der Verwendung im Kontext und der Interaktion bei der Analyse der bisher zitierten Gesprächsausschnitte teilweise schon mitbehandelt worden sind, sollen hier abschließend anhand einiger weniger Belege zwei zentrale Aspekte – das Zusammenwirken verschiedener Veranschaulichungsverfahren (3.3.1) und die interaktive Konstitution von Veranschaulichung (3.3.2) – noch einmal systematisch dargestellt werden.

3.3.1 Das Zusammenwirken verschiedener Veranschaulichungsverfahren im Gesprächskontext

Dass die verschiedenen Typen von Veranschaulichungsverfahren – Metaphern/Vergleiche, Beispiele/Beispielerozählungen, Szenarios und Konkretisierungen – nicht unbedingt isoliert voneinander auftreten, sondern häufig miteinander verbunden werden, hat sich vor allem in den in Abschnitt 3.1.2 analysierten Belegen gezeigt. So werden beispielsweise verschiedene Metaphern aneinandergereiht oder miteinander kombiniert (vgl. etwa die Belege A5, A9, A12.3, A22) oder Metaphern werden zusätzlich durch Beispiele konkretisiert (A17, A18).

Wir hatten oben den Rekurs auf Veranschaulichungsverfahren in den Beschreibungen von Anfällen und Auren durch PatientInnen als eine „Methode“ zur Bewältigung einer als schwierig empfundenen bzw. als schwer lösbar dargestellten Formulierungs- und Vermittlungsaufgabe interpretiert. Diese Schwierigkeit kann dazu führen, dass nacheinander mehrere Verfahren eingesetzt werden. Angesichts der diffusen, ungewöhnlichen, eigentlich unbeschreibbaren Empfindungen vor oder während der Anfälle müssen die PatientInnen besondere Formulierungsanstrengungen unternehmen, um dem ärztlichen Gesprächspartner einen Eindruck von ihrem Erleben zu vermitteln. Diese Anstrengungen hinterlassen in ihren Redebeiträgen deutliche Spuren; oft werden auch durch metadiskursive Kommentare die Unbeschreibbarkeit oder das Bemühen um die Vermittlung des schwer Beschreibbaren ausdrücklich thematisiert (vgl. Gülich/Furchner, im Druck). In dem folgenden Ausschnitt bezeichnet der Patient, Herr Reger, seine Beschreibungs- und Erklärungsversuche als „laienhaft“ und kombiniert verschiedene Veranschauli-

chungsverfahren, die sich an den möglichen Erfahrungen des Adressaten orientieren:

(A24.1) <EA>, äh daas fängt an'. mit . (ʔhä) einem gefühl unangenehmer wärme, das (ʔm b) <EA> . äh sich im ganzen oberkörper ausbreitete'. <EA> und ., ähm . meine erfahrung'. hat mir gesagt, äh . da KOMMT vielleicht was' <EA> <AA> <EA> u:nd ., ähm . wenn ich das: ., äh nochmal etwas LAIENhaft <EA> ., äh beschreiben darf, . ., äh ich weiß nich ob sie jemals das gefühl hatten dass sie .. (schnalzt) <EA>, äh: . mal. einige tage'. mit irgend . einer krankheit im bett gelegen haben' <EA> dann AUFgestanden sind; und . ähm . momente später <EA> gemerkt haben jetzt hab ich mir aber ZUviel ZUGemutet, <EA> . und . irgendwo, . hört man dann noch ne stimme, und äh <EA> . . die: . manchmal . nimmt man den: . sinngelt da auch nich mehr, . <EA> WAHR . was da noch zu einem gesagt wird is ,äh <EA> , und . alles DREHT sich und=, ähm <EA> und <AA> multi .plizieren sie das: . mit dem faktor X dann: . ham se UNgefähr das gefühl, <EA> ., äh:m . das . das ich da: bei der aura habe, ja ja, (Reger, 85-93)

Herr Reger antwortet hier auf die Frage des Arztes, wie eine bestimmte zuvor erwähnte Absence angefangen hatte. Er wählt als Veranschaulichungsform zunächst ein Szenario, das durch die direkte Anrede des Gesprächspartners (*ich weiß nich ob sie jemals das gefühl hatten dass...*) als eine Form ausdrücklicher Adressatenorientierung erscheint. Diese Form wird dann vorübergehend zugunsten von Verallgemeinerungen (*man, zu einem*) aufgegeben, dann aber wieder aufgenommen (*multiplizieren sie das mit..., dann ham se...*) Auf eine Nachfrage des Arztes rekurriert der Patient auf einen Vergleich, um das zuvor schon erwähnte Wärmegefühl erneut zu beschreiben:

(A24.2) das nimmt man <EA> dann . auch dieses gefühl der UNangenehmen wärme als: ob da so etwas <EA>, oder im anderen <AA> <EA> im anderen zusammenhang auch noch laienhaft erklärt als <EA> ob man irgendetwas: ,mh: . gegessen hat, was einem nich bekommt, oder irgendwie denkt man, . mir mir is jetzt übel, und ., ähm . das ZIEHT ., äh äh . für momente im ganzen körper . so als ,äh [m] man man spürt da IS etwas, ne' (Reger, 97-101)

Das Bemühen um eine adäquate Beschreibung ist hier besonders auffällig, weil Herr Reger mehrmals zu einem Vergleich ansetzt: Der erste Ansatz (*als: ob da so etwas*) wird abgebrochen; nach der Wiederaufnahme des metadiskursiven Kommentars *laienhaft erklärt* setzt der Sprecher neu an und vervollständigt den ersten Ansatz (*als ob man irgendetwas gegessen hat...*). Ein dritter Ansatz nach Abschluss dieser Vervollständigung (*so*

als...) wird wiederum abgebrochen, und mit einem Konstruktionswechsel folgt eine sehr allgemeine abschließende Beschreibung (*man spürt da is etwas*). Nach zwei kurzen thematischen Exkursen, in denen es um andere Probleme geht, kommt Herr Reger noch einmal auf seine Absenzen zurück und erzählt eine kurze Episode, die er abschließend als *ein typisches Beispiel* bezeichnet:

(A24.3) und das . ANDERE wenn ich das AUCH sage von heute morgen'
 <EA> <AA> ‚ähm <AA> . . der mieter, . im haus, . der . <EA> be-
 kommt ne neue wohnungseinrichtung, und, . . es laufen etliche leute
 auch, . über den flur, die ich nich . kenne, ich habe heute morgen <EA>
 EIN zimmer abgeschlossen' <EA> und wusste . fÜNF minuten später
 nicht mehr <EA> wo ich den schlüssel hingetan hatte, . ich <EA> hab
 ihn auch nich wieder gefunden, auch eben nicht, <EA> eben: noch mal
 durch . gesehn, . jackentasche, anoraktasche, <EA> aktentasche, .
 <EA> hab den schlüssel nich gefunden, ne' <EA> . ja, . <AA> so. ty-
 pische, <EA> <AA> (7 sec.) ein typisches beispiel, . ja (Reger, 113-
 118)

Ähnlich wie in den oben besprochenen Ausschnitten aus dem Gespräch mit Frau Johannis (s.o. 3.1.1, Belege 12.1-12.4) unterschiedliche Aspekte des Anfallserlebens durch Rekurs auf verschiedene Metaphern verdeutlicht wurden, werden hier verschiedene Veranschaulichungsverfahren herangezogen, um die ungewöhnlichen und daher schwer vermittelbaren Empfindungen dem Gesprächspartner nahe zu bringen: Sowohl das Szenario als auch der Vergleich (bzw. die Ansätze zu Vergleichen) lassen sich als Bemühungen des Patienten verstehen, seine subjektiven Empfindungen an einen gemeinsamen Erfahrungshintergrund zu binden, während die Beispielerzählung eher das Unnormale und Unzumutbare der von ihm erlebten Zustände in den Vordergrund stellt, wie z.B. an den Reformulierungen (das Nicht-Wiederfinden des Schlüssels wird dreimal mitgeteilt) sowie den Detaillierungen (vgl. z.B. die Aufzählung *Jackentasche, Anoraktasche, Aktentasche*) erkennbar ist.

In beiden Fällen hängt das Zusammenwirken mehrerer Veranschaulichungsverfahren eng mit dem Interaktionsverlauf zusammen: Frau Johannis entwickelt, modifiziert und präzisiert die Metaphorik für ihre Anfallstypen auf Fragen und Nachfragen des Arztes (vgl. auch oben 3.2, Beleg A22). Herr Reger präsentiert seine Veranschaulichungen ausdrücklich als auf den Adressaten ausgerichtet, auch wenn dieser selbst in der hier besprochenen Sequenz verbal kaum in Erscheinung tritt. Im Fol-

genden soll die Aufmerksamkeit noch einmal ausdrücklich auf die interaktive Seite der Veranschaulichung gelenkt werden.

3.3.2 Die interaktive Konstitution von Veranschaulichung

Bei der Beschreibung der Veranschaulichungsverfahren der „Experten“ in Abschnitt 3.2 ist schon auf Fälle eingegangen worden, in denen der Arzt durch eine Metapher sein Verständnis der Beschreibung des Patienten veranschaulicht (vgl. Belege A20 und A21). Die Veranschaulichung erscheint dort als Verfahren zur Sicherung des Verstehens (im Unterschied zu den Fällen im Corpus Herzkrankheiten, in denen der Experte Metaphern einsetzt, um seine eigenen Äußerungen verständlich zu machen). Im Folgenden soll gezeigt werden, wie Metaphern, die der Patient eingesetzt hat, vom ärztlichen Gesprächspartner wieder aufgenommen werden. Dies ist z.B. mehrfach der Fall in dem Gespräch mit Frau Kosch, die sich selbst als *fabrig* bezeichnet und dadurch den Arzt zu einer Nachfrage veranlasst:

(A25.1) (Kosch, 4-6)

Arzt:	bißchen FAHRIG?..
F.K.:	ja so daß ich so spreche und den faden verliere so' ne'.

Arzt:	hm'	doch ANDAUERND' aber .. ehm
F.K.:	ham sie das nich mal' (lacht). +	ja' .. hm'..

(gemeinsames Lachen)

Arzt: aber bei mir wächst es sich halt nich in diese: . e:hm [m] nahezu halbtage-
gelangen . ausnahmezustände aus

Das Aufgreifen des Ausdrucks *fabrig* durch den Arzt führt zu einer näheren Erläuterung von Frau Kosch; sie rekurriert dabei auf eine metaphorische Redewendung (*den Faden verlieren*), mit der sie offenbar eine Bagatelisierung ihres Zustands vornehmen will, denn sie unterstellt eine geteilte Erfahrung mit dem Arzt, die dieser jedoch zurückweist. Nach einem kurzen Austausch über die Wirkungen der Medikamente nimmt der Arzt (nach einer Pause) die Metapher in veränderter Form wieder auf:

(A25.2) (Kosch, 13-16)

Arzt: faden, .. reißt mal (schnell) wissen sie noch das letzte' das war am: +
.. fünfzehnten? . was da so (?...) war ...

Frau Kosch: also während des gesprächs' wie gesagt ich unterhalte mich' und dann auf einmal' . hör ich auf' . ,u:nd .. (sich selbst imitierend) was wollt ich jetzt sagen' . ,ja und dann muß man mir so weiterhelfen

Die Wiederaufnahme der Metapher dient als Initiierung einer Frage, die auf das letzte singuläre Anfallsereignis zielt; dieses wird daraufhin von der Patientin konkretisiert: Sie erzählt die Episode allerdings nicht als singuläres Ereignis, sondern wählt eine verallgemeinernde Form der Darstellung und präsentiert damit eine typische oder zumindest wiederholte Erfahrung. Erst als der Arzt sie im weiteren Gesprächsverlauf direkt auf eine Situation während einer Urlaubsreise anspricht, reagiert sie mit der Erzählung einzelner Anfallsepisoden (vgl. dazu Gülich/Schöndienst 1999, 212-214).

Zu einem späteren Zeitpunkt kommt Frau Kosch auf die Angst vor Anfällen zu sprechen, für die sie zwar keine Auslöser kennt, die sie aber doch im Voraus ahnt:

(A25.3) (Kosch, 69-73)

Frau Kosch: jedenfalls WEISS ich nich dass irgendwie das ausgelöst wurde durch irgendwas und .. merk ich das vorher schon so dass irgendwie . ,ja wie son . tiefes loch, is das so wenn ich so AUFstehe schon so . kann ich gar nich beschreiben . ich merks sofort, .

Arzt: wie son tiefes loch,

Frau Kosch: ja'. aber ich ich hab ja n laden da' und ich muß dann ich denk immer ich muß ja runter aber das: mach ich jetzt nich mehr also . das: tu ich mir nich mehr an, . weil das SO' furchtbar war, ne' die kunden dann ich hab gearbeitet wie ne marionette' . ich hab alles gemacht'

Auch hier greift der Arzt das Bild des Lochs, das die Patientin durch den metadiskursiven Kommentar (*kann ich gar nich beschreiben*) als Lösung einer Formulierungsschwierigkeit präsentiert, wieder auf und löst damit die Konkretisierung durch eine Situationsschilderung aus, in der dann wiederum neue Metaphern verwendet werden (*gearbeitet wie ne marionette, als wenn ich so drogen genommen hätte*).

Die Rolle der Metapher bei der Lösung eines Formulierungsproblems, an der sich beide Partner beteiligen, tritt im folgenden Gesprächsausschnitt besonders in den Vordergrund, weil die Patientin die Metapher hier in relativ aufwendiger Weise metadiskursiv einleitet:

(A26) (Nieder, 98-113)

<i>Arzt:</i>	...geht=s damit los'
<i>F.N.:</i>	mAnchmal atme ich schnEller, . nee' .. NICHT ..

F.N.: DAMit gehts nicht los, . es is nur' einfach', es: . es kommt plötzlich'.
 <EA> wie so: . wie so=ne ne:belwand, wie so: .. kommt da: was::
 =sitzt im magen', in der brust'. GANZ LEICHT ... und =<AA> ..
 <schnupft> öh: .. äh:=<AA>. ich hab=s ma beschrieben, . aber das
 hab=ich nur zu <leicht lachend> meim mann gesacht, + <EA> das:
 sach ich sonst NICH so gerne, weil. des is:=<AA> .. öh... komisch .
 <leicht lachend> weiß nich ob + ich das sagen kann .. <EA> . öh...
 <sehr leise> das: + .. is=n bisschen blöd das hab ich noch <leicht la-
 chend> NIEmanden + gesagt, <EA> es IS: .. wie: ,öh: . wenn jemand
 wie öh .. ein orgasmus' .. im schlechten sinne, ... hab ich gesacht,

Arzt: im SCHLECHten' Sinne,
 F.N.: ja,=<AA>. DAS is ja SCHÖN, .. und das was

Arzt: . <tonlos> ah + ja'
 F.N.: ICH hab is NICH schön, .. das spür ich komm(en)'

F.N.: und das is dann plötzlich GANZ kräftich da'.. NIMmt im ganzen kör-
 per besitz:?' und geht dann wieder ,weg ... so hab ich das ma meim
 mann beschrieben, . <schnupft>

Arzt: aber es: is an KEIner stelle des zustandes so dass=es sozusagen auch in
 richtung eines: . sch/einer SCHÖN(en), . äh erleichterung, gehn könnte
 WIE bei eim: . orgasmus,^

F.N.: nee ..,nee . <EA> nur wenn=s dann wieder . weg geht . dann
 merk=ich jetzt . <tiefes EA> 'gehts wieder ,un dann . bin ich wieder .

Arzt: <EA> also es hat sozusagen die dynamik' . ähm: einer: . sexuellen
 F.N.: er.leichtert

Arzt: . erregung die sich langsam 'aufbaut , und zu irgendeiner spitze hin-
 F.N.: ja ja

Arzt: drängt <EA> um dann: <schnell> sich AUFzulösen & aber es is + a:n
 F.N.: ja

Arzt: KEIner stelle: schön, ja
 F.N.: schön nein, . ich hab ja gesacht grad i/. nur im .

F.N.: umgekehrten sinne,

Frau Nieder rekurriert zunächst bei der Beschreibung des Beginns ihrer Anfälle auf eine Metapher, die sie zuvor schon einmal im Gespräch verwendet hatte, das Bild einer Nebelwand. Nach mehreren Pausen und Verzögerungssignalen setzt sie dann zu einem metadiskursiven Kommentar an, der auf frühere Beschreibungssituationen verweist und – an mehreren Stellen von Lachen begleitet und durch Verzögerungen (Dehnungen, Pausen, Ein- und Ausatmen, Signalen wie *öb*) unterbrochen –

den besonderen Status eines zunächst noch nicht genannten, aber schon als *komisch* und *bisschen blöd* bewerteten Vergleichs (*wie so..*) hervorhebt (*nur zu meinem Mann gesagt, sach ich sonst nicht so gerne, hab ich noch niemandem gesagt*). Schließlich folgt, durch mehrfache Fehlstarts eingeleitet, der Vergleich: *wie ein Orgasmus im schlechten Sinne*. Nachdem der Arzt die Qualifizierung *im SCHLECHTEN Sinne* reformuliert hat, versucht die Patientin erneut, ihre Empfindungen zu beschreiben. Beide Male distanziert sie sich von der Beschreibung dadurch, dass sie sie als Redewiedergabe kennzeichnet, d.h. in diesem Fall: zwar als eine eigene Äußerung, die aber an einen anderen Gesprächspartner gerichtet war (*hab ich gesagt und so hab ich das mal meinem Mann beschrieben*).

In seiner anschließenden Rückfrage nimmt der Arzt den Vergleich mit dem Orgasmus wieder auf; gemeinsam werden Parallelen und Unterschiede formuliert, d.h. der Arzt beteiligt sich an der Bedeutungskonstitution. Der Vergleich *wie ein Orgasmus im schlechten Sinne* gewinnt erst in der Interaktion bzw. durch die Interaktion eine genauere Bedeutung. Wenn die Patientin abschließend reformuliert *ich hab ja gesagt grad i/ nur im . umgekehrten Sinne* (Z. 113), dann bestätigt sie damit, dass die mit dem Gesprächspartner gemeinsam erarbeitete Bedeutung des Vergleichsausdrucks der von ihr anfänglich intendierten entspricht. Nicht nur die aufwendige metadiskursive Einleitung, sondern vor allem die interaktive Bedeutungskonstitution geben der Veranschaulichung mit Hilfe des Vergleichs hier einen besonderen Stellenwert.

3.4 Fazit

Um die Funktionen von Veranschaulichung einigermaßen differenziert herausarbeiten zu können, genügt es nicht, nur die Verfahren selbst zu beschreiben. Ihre diskursive Einführung, Wiederaufnahme und Weiterverarbeitung im Gespräch sind ebenfalls zu berücksichtigen. Dadurch dass eine Metapher durch beide Gesprächspartner fokussiert wird, zeigt sich deutlich, dass „Veranschaulichung“ interaktiv konstituiert und auch interaktiv relevant gesetzt wird.

In einigen Gesprächen wird diese Kategorie vom Arzt ausdrücklich benannt, so z.B. im Gespräch mit Frau Kosch, in dem der Arzt nach den – durch die Wiederaufnahmen der Metapher ausgelösten – Schilderungen der zentralen Anfallsepisode zu der zusammenfassenden Bewertung kommt: *Ja, . da wird noch mal so anschaulich wie: verstörend das: auch sein kann* (Frau Kosch, Z. 63). Ähnliche Kommentare finden sich im Gespräch

mit Frau Tolkow (ausführlich analysiert in Gülich/Schöndienst 1999): Hier fasst der Arzt in einem Teil des Gesprächs, an dem auch der Ehemann der Patientin teilnimmt, seinen Eindruck von den vorangegangenen Beschreibungen durch Rekurs auf die Kategorie der Anschaulichkeit zusammen: *Ja; . äb:m . ihre frau hat das ja so <4 sek p> ANschanlich in aller . erschwernis gewisse dinge . ehm beschreiben zu können . äb: . erzählt' . dass ... ich mir jetzt glaube das richtig vorstellen zu können?* (Tolkow 2, 247-249). Die Patientin hat also offenbar erreicht, dass ihr Gesprächspartner ihre schwer beschreibbaren, subjektiven Empfindungen kognitiv verarbeitet hat. Damit haben die Veranschaulichungsverfahren ihre Funktion erfüllt, die ausdrücklich als *sich vorstellen können* benannt wird. Anschaulichkeit erscheint als Resultat der kommunikativen Interaktion.

Veranschaulichungsverfahren erfüllen aber nicht nur im Vermittlungsprozess zwischen Arzt und Patient wichtige Funktionen. Wenn sie im Gespräch vom Arzt z.B. durch Nachfragen oder durch die Initiierung von Beispielen oder Konkretisierungen relevant gesetzt werden, dann geschieht dies nicht nur zum besseren Verständnis, sondern zum einen auch deshalb, weil PatientInnen auf diese Weise zu genauer Selbstbeobachtung angeregt werden; diese kann u.U. im Rahmen einer Behandlung zur Entwicklung von Techniken genutzt werden, mit deren Hilfe sich die Anfälle verhindern oder unterbrechen lassen.

Zum anderen sind besonders von Metaphern Aufschlüsse über die Krankheit zu erwarten, die diagnostisch relevant sein könnten. Da Metaphern im Sinne der Theorie von Lakoff/Johnson sehr wesentlich für das Konzept sind, das wir von einem Sachverhalt haben und unsere metaphorische Ausdrucksweise Konsequenz der metaphorischen Konzepte ist, kann man über die Art und Weise, wie Anfallsranke ihre Beschwerden konzeptualisieren, viel über ihr subjektives Erleben und über die Strukturierung ihrer subjektiven Erfahrung²⁸ lernen. Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil – wie oben gezeigt – Metaphern und metaphorische Konzepte selektiv sind, d.h. bestimmte Eigenschaften eines Gegenstandes hervorheben und andere verdecken. Die Anwendung dieser Theorie in der Psychotherapieforschung durch Buchholz (z.B. 1998)²⁹ zeigt, dass Patienten u.U. auf bestimmte Bildbereiche fixiert sind und dass sie oft Therapie anders konzeptualisieren als der Therapeut. Ent-

²⁸ Vgl. Lakoff/Johnson (1999, 72): „A metaphor may play a significant role in structuring one's experience“.

²⁹ Vgl. u.a. Buchholz (1996; 1998 und i.d.Bd.); Buchholz/Kleist (1995).

sprechend können auch die Anfalls-Konzeptualisierungen von Arzt und Patient verschieden sein. „Anfall“ ist möglicherweise auch, wie Buchholz es für „Therapie“ zeigt, ein „leeres Konzept“, über das zumindest von Patienten gar nicht anders als mit Hilfe – im weitesten Sinne – metaphorischer Konzepte gesprochen werden kann.

Im Rahmen des Forschungsprojekts zu Anfallserkrankungen (s.o. Anm. 1) wurde der Frage der differenzialdiagnostischen Relevanz des Metapherngebrauchs bzw. allgemeiner: des Rekurses auf Veranschaulichungsverfahren nachgegangen.³⁰ Zunächst war in den Anfallsbeschreibungen mancher PatientInnen wiederholt der intensive Gebrauch von metaphorischen Wendungen und Vergleichen aufgefallen, aber die Verwendung bestimmter Bildbereiche oder die Neigung zu metaphorischen Ausdrücken an sich erwies sich differenzialdiagnostisch nicht als fruchtbar. Vielmehr scheint es, dass Patienten bildhafte Sprache oder andere Veranschaulichungsverfahren (Szenarios, Beispiele) unabhängig davon, ob ihre Anfälle epileptischer oder dissoziativer Natur sind, im Zusammenhang mit der Markierung von Darstellungsproblemen einsetzen.

Geht man jedoch dazu über, nicht die einzelnen Metaphern, sondern die Metaphernsysteme und die diesen zugrunde liegenden „Konzepte“ zu betrachten, zeichnet sich ab, dass Patienten mit einer fokalen Epilepsie ihre Anfälle deutlich konzeptualisieren, und zwar meist als eine außen verortete, eigenständig und dynamisch agierende Entität, der sie sich gegenübergestellt bzw. ausgeliefert sehen. Patienten mit dissoziativen Anfällen hingegen konzeptualisieren ihre Anfälle in wesentlich geringem Maße, die verwendeten Metaphern verdichten sich nicht zu einem kohärenten Metaphernsystem, und eine Konzeptualisierung des Anfalls als dynamisch und von außen kommend tritt nicht ähnlich prägnant hervor wie bei den analysierten Schilderungen fokal epileptisch erkrankter Patienten.³¹

Diese an einem Teil des Corpus entwickelten Hypothesen, die in diesem Rahmen natürlich nur angedeutet werden können, müssen noch durch die Analyse des restlichen Corpus gefestigt und ausdifferenziert werden, z.B. für weitere Formen der Epilepsie.

³⁰ Vgl. die Auswertungen, die Volker Surmann im Rahmen des DFG-Projekts durchgeführt hat (Surmann, i.d.Bd.).

³¹ Vgl. Surmann, i.d.Bd.

4 Auswertung

4.1 Überblick über die Ergebnisse

Wir haben mit einem diskurs- bzw. konversationsanalytischen Ansatz an Daten aus der Experten-Laien-Kommunikation gearbeitet; das führte notwendigerweise dazu, dass wir nicht nur einzelne sprachliche Verfahren oder gar Ausdrücke der Experten isoliert ins Auge gefasst haben, sondern die Interaktion zwischen *beiden* Partnern. Wir haben versucht zu rekonstruieren, was die Kommunikationspartner unternehmen, um komplexe medizinische Sachverhalte zu veranschaulichen, und zwar in beide Richtungen. Dabei sind wir von der Voraussetzung ausgegangen, dass auch die Nicht-Experten/Laien über ein spezifisches, ihre Krankheit betreffendes Wissen verfügen. Dies beinhaltet einerseits ihre subjektiven Wahrnehmungen und Empfindungen, andererseits aber auch medizinisches Wissen (professionelles oder pseudoprofessionelles im Sinne von Löning 1994, s.o. Anm. 5), das sie durch die Vermittlung durch Experten (Fernsehsendungen, Vorträge, Seminare, Lektüre) erworben haben. Dies gilt insbesondere für chronisch Kranke (vgl. Willems 1992): Sie bringen häufig neben ihren persönlichen Erfahrungen auch eine gewisse fachliche Expertise in die Kommunikation ein.

Abschließend wollen wir noch einmal die *Arbeitsschritte* vergegenwärtigen, die wir bei der Arbeit an den Daten vollzogen haben:

- (1) Wir sind mit einem intuitiven Vorverständnis von Veranschaulichung an unsere Daten herangegangen.
- (2) Wir haben aus dem Material Einteilungskategorien herausgearbeitet: Metaphern und Vergleiche, Beispiele und Konkretisierungen, Beispielerzählungen und Szenarios. Mit dieser Grobgliederung, die vor allem funktionale Unterschiede berücksichtigt, haben wir uns vorerst begnügt und keine Binnendifferenzierung z.B. nach Metapher und Vergleich vorgenommen. Die Grenzen zwischen den verschiedenen Typen von Verfahren erweisen sich ohnehin als fließend, sobald man an größeren Interaktionssequenzen arbeitet.
- (3) Bei den Analysen sind wir erstens nach Krankheiten getrennt (Herzkrankheiten, Anfallskrankheiten) vorgegangen, zweitens haben wir entweder die Verfahren der Experten oder die der Nicht-Experten fokussiert. Um diese ergebnisorientierte Darstellung zu

- relativieren, haben wir jeweils in eigenen Abschnitten die Verwendungsweisen im Diskurs und die interaktiven Aspekte analysiert.
- (4) Wir haben ferner am Material geprüft, ob Veranschaulichung von den Beteiligten auch als konversationelle Aufgabe präsentiert wird und inwieweit die von uns gefundenen Kategorien auch als Teilnehmer-Kategorien aufgefasst werden können.
 - (5) Im letzten Schritt haben wir versucht, aus *unserer* Perspektive – also der der Analysierenden – die interaktiven Aufgaben der Kommunikationsbeteiligten zu rekonstruieren, für die Veranschaulichungsverfahren eingesetzt werden. Dabei haben wir nicht nur Kommentare der Beteiligten zu ihren Aufgaben (des Erklärens usw.) berücksichtigt, sondern auch unsere eigenen Beobachtungen zur Art und Weise, *wie* die Interaktanten Sachverhalte oder Empfindungen veranschaulichen.

Unseres Erachtens lassen sich drei große Gruppen von (mehr oder weniger komplexen) *konversationellen Aufgaben* erkennen:

- I. komplizierte Sachverhalte einfach bzw. verständlich zu vermitteln; geeignete Verfahren dafür sind besonders Metaphern und Vergleiche;
- II. Alltagsbezug herzustellen; geeignete Verfahren sind hier vor allem Beispiele und Konkretisierungen;
- III. Adressatenbezug herzustellen; geeignete Verfahren sind Beispielerzählungen und Szenarios.

Dabei leisten die unter II und III genannten Aufgaben auch einen Beitrag zu I, weil komplexe Sachverhalte verständlicher werden, wenn sie exemplarisch oder konkretisierend dargestellt werden. Darüber hinaus stellen sie aber auch eigene Aufgaben dar und spielen bei der Anleitung zu Handlungs- und Verhaltensweisen und bei der Motivation zu Verhaltensänderungen eine wichtige Rolle. Die genannten Typen interaktiver Aufgaben lassen sich sowohl bei Experten als auch bei Patienten finden.

In der folgenden Tabelle haben wir die Haupt-Verfahren des Veranschaulichens (Metaphern und Vergleiche, Beispiele und Konkretisierungen, Beispielerzählungen und Szenarios) den beiden Typen von Kommunikationsteilnehmern (Experten und Patienten) zugeordnet und versucht, die Funktionen, die wir herausgearbeitet haben (s.o. 2.1.3 und 2.2.3), zusammenfassend zu formulieren.

FUNKTIONEN VON VERANSCHAULICHUNGS-VERFAHREN

Metaphern und Vergleiche:

ExpertInnen	PatientInnen
Erklärung von Abläufen und Sachverhalten Relevantsetzungen von Inhalten	Vermittlung schwer zugänglicher Empfindungen

Beispiele und Konkretisierungen:

Aktualisierung geteilten Wissens und Herstellung einer gemeinsamen Wissensbasis Übermittlung von Erfahrungen	(i.Allg. auf Anforderung) Vermittlung einer detaillierten und präzisen Vorstellung von Krankheitssymptomen Trainieren der Fähigkeit zur Selbstbeobachtung (um Kontrolle über die Krankheit zu erwerben)
---	---

Beispielerszählungen und Szenarios:

Vermittlung von Betroffenheit Motivierung der Adressaten Anleitung zu bestimmten Verhaltensweisen	Vermittlung/Erschließung von Erleben u. Alltagsleben Relevantsetzungen Darstellung von Plänen bzw. Wünschen für die Zukunft
---	---

Die Tabelle zeigt, dass Veranschaulichung keineswegs nur mit Wissenstransfer zu tun hat, also nicht nur dem Ausgleich von Wissensdifferenzen dient, sondern auch bei der Herstellung sozialer Gemeinschaft eine wichtige Rolle spielt. Dies kam in denjenigen Belegen aus Interaktionssequenzen besonders gut zum Ausdruck, in denen z.B. eine Metapher oder ein Vergleich vom Gesprächspartner wieder aufgenommen – und dadurch relevant gesetzt – wurde. Die tabellarische Darstellung fasst das Repertoire der Verfahren (die „Ethno-Methoden“) zusammen, die Ex-

perten *und* Nicht-Experten zur Verfügung haben. Man erkennt, dass beide nicht unterschiedliche Verfahren benutzen, sondern dass sie vielmehr dieselben Verfahren unterschiedlich nutzen.

Allerdings hat sich auch gezeigt, dass weder die Experten noch die Nicht-Experten eine homogene Gruppe sind: Auch innerhalb der beiden Gruppen sind deutliche Unterschiede erkennbar. Die Fernseh-Moderatoren und -Experten bevorzugen ausgebaute Vergleiche und Analogien, die durch Bild- und Filmmaterial unterstützt werden. Weil sie ihre Veranschaulichungen in weit stärkerem Maße vorher überlegen und planen können bzw. müssen als Ärzte oder Therapeuten, die direkt mit Patienten interagieren, sind ihre Vergleiche ausgebauter und komplexer. Man erkennt oft auch ein Bemühen um Originalität. Die Experten in face-to-face-Interaktionen tendieren hingegen eher dazu, den Alltagsbezug in den Vordergrund zu stellen.

Aber auch bei den Experten aus den Seminaren für Herzpatienten lassen sich verschiedene „Stile“ erkennen, die sich durch die bevorzugte Selektion bestimmter Verfahren aus dem Repertoire der zur Verfügung stehenden Verfahren definieren. So bevorzugt der oben (in 2.1) mehrfach zitierte Sporttherapeut („Fettstoffwechsel“, vgl. z.B. die Belege H63 und H64) Metaphern, die wir als Anthropomorphisierung bezeichnet haben (*dann sacht sich der Muskel...*); die Metaphorik wird häufig ausgebaut, und es kommt dabei auch zur Mischung von Metaphern aus verschiedenen Systemen.

Die Kardiologin hingegen („Bypass“, vgl. z.B. die Belege H58-H62) und die Medizinsoziologin („Stress“, vgl. Belege 100, 101) arbeiten hauptsächlich mit Beispielerzählungen, Konkretisierungen und Szenarios; manchmal fordern sie PatientInnen ausdrücklich auf, eigene Beispiele zu bringen (Beleg 100).³²

³² Es wäre lohnend, die Expertenstile und ihre Auswirkungen für das Verstehen komplexer fachlicher Inhalte genauer zu untersuchen. Zu erwarten wären Erkenntnisse über die Leistungsfähigkeit der Verfahren und über ihren Erfolg bei der Wissensvermittlung. Mögliche praktische Konsequenzen, die sich daraus ergeben könnten, könnten in einem linguistischen Beitrag zur Entwicklung geeigneter Metaphorik für bestimmte Bereiche bestehen (vgl. weiter unten die Diskussion über das Metaphernsystem „Das Herz ist ein Motor“). Um den Erfolg der Metaphorik zu evaluieren, wäre den Präsentationsformen besondere Beachtung zu schenken, also beispielsweise der Einführung einer Metapher oder eines Beispiels. Zu berücksichtigen wären ferner der Zusammenhang mit visuellen Mitteln (Filme, Schemata, Folien, Dias bei Vorträgen;

Auch bei Patienten lassen sich verschiedene Stile beobachten, d.h., auch sie nutzen das Repertoire von Verfahren in unterschiedlicher Weise. Am Beispiel der Anfallsdarstellungen wurde diskutiert, inwieweit die unterschiedliche Verwendung der Veranschaulichungsverfahren sich in Zusammenhang mit verschiedenen Krankheitsbildern bringen und diagnostisch und therapeutisch nutzen lässt (s.o. 3.4). Diese Frage ist derzeit noch nicht in vollem Umfang beantwortbar, aber eine in diese Richtung weisende Auswertung wird durch bisherige Ergebnisse in Bezug auf andere Formulierungsverfahren nahegelegt (vgl. die differenzialdiagnostische Auswertung von Reformulierungen in Gülich/Schöndienst 1999). Auch hinsichtlich der Darstellung von Beschwerden bei Herzkranken ist in einer kardiologischen Untersuchung (Stauder et al. 1996) zumindest der hohe medizinische Stellenwert ausführlicher sprachlicher Beschreibungen deutlich geworden: Es konnte gezeigt werden, dass es bei PatientInnen mit unklaren Angina-pectoris-Beschwerden durch eine vertiefte Form der Anamneseerhebung in Form halbstrukturierter Interviews möglich war, diagnostisch zwischen einer koronaren Herzkrankheit und funktionellen Störungen zu unterscheiden. Bei mehr als 80% der interviewten Patienten konnte so bereits auf der Grundlage des Gesprächs die richtige Diagnose gestellt werden, ohne dass eine Koronar-Angiographie durchgeführt werden musste.

4.2 Anwendungsperspektiven: „Accounts“ und Experten-Kommentare

Wir haben uns anhand von Belegen aus dem Corpus Anfallskrankheiten die Frage gestellt (s.o. 3.4), ob und wie die Kommunikationsbeteiligten ihre Veranschaulichungsaktivitäten selbst als solche präsentieren und interpretieren, d.h. in welcher Weise und in welchem Maße sie das Veranschaulichen als eine konversationelle Aufgabe präsentieren und zu erkennen geben, dass sie die Verfahren zielgerichtet einsetzen. Dieser Frage wollen wir abschließend noch einmal im Zusammenhang nachgehen. Wir beschäftigen uns also mit der Art von Äußerungen, die in der Konversationsanalyse „accounts“ genannt werden – im Deutschen oft durch „Darstellungen“ (so z.B. in Weingarten/Sack 1979) übersetzt. Der Grundgedanke bei diesem viel diskutierten und bis heute in seiner präzi-

Nutzung der besonderen Möglichkeiten des Fernsehens) und die Möglichkeiten der gegenseitigen Stützung wie auch der Störung der kognitiven Verarbeitung durch Inkonsistenzen oder durch zu viel Input.

sen Bedeutung umstrittenen Konzept³³ ist der, dass die Verfahren, derer sich die Gesellschaftsmitglieder bei der Durchführung ihrer Aktivitäten bedienen, ihnen zugleich auch dazu dienen, diese Aktivitäten erklärbar bzw. „darstellbar“ zu machen.

Für den vorliegenden Zusammenhang, in dem auf eine ausführlichere Darstellung dieses Konzepts verzichtet werden muss, bedeutet das, dass die Aufmerksamkeit sich auf solche metadiskursiven Äußerungen und Kommentare (als besonders deutliche und auffällige Formen von „accountings“) richtet, die sich auf die Vermittlung von krankheitsspezifischem Wissen und die Tätigkeit des Veranschaulichens selbst beziehen. Die Beschäftigung mit „accounts“ halten wir aus zwei Gründen für geboten: Zum einen wollen wir auf diese Weise sicherstellen, dass wir nicht an den Relevantsetzungen und dem Verständnis der Teilnehmer von dem, was sie tun, vorbei analysieren, sondern dass wir mit linguistischen Beschreibungsverfahren Probleme bearbeiten, die sich den Teilnehmern selbst auch stellen. Zum anderen sehen wir in der Analyse solcher Kommentare auch einen Weg zur Ermittlung der Funktionen von Veranschaulichungsverfahren. Beide Gründe stellen aus unserer Sicht auch wichtige Voraussetzungen für Anwendungsmöglichkeiten und damit auch für die Zusammenarbeit mit Vertretern der betreffenden Disziplinen dar.

In beiden hier zugrunde gelegten Corpora kommen Kommentare dieser Art relativ häufig vor. Versucht man die Belege zu ordnen, so lassen sich die folgenden *vier Fälle* unterscheiden, die wir jeweils durch ein Beispiel illustrieren (die entsprechenden Kommentare sind unterstrichen):

1. Fall: Der Experte thematisiert/kommentiert:

- o seine eigene Aufgabe/Schwierigkeit, medizinische Sachverhalte zu veranschaulichen

Beispiel: (Fibrinogen) beeinflusst den Gefäßinhalt, also das Blut, das macht, um es drastisch und plastisch zu formulieren, aus Wasser Honig. Das Blut wird also zähflüssig. (Herz/Fibrino, s.o. Beleg H67)

- o die Schwierigkeit für den Rezipienten, sich die medizinischen Sachverhalte vorzustellen

Beispiel: es gibt . zuerst eine ganze menge RI:siken, dabei die man sich als laie gar nich vorstellen kann (Herz/Bypass, 488f.)

³³ Vgl. dazu z.B. Weingarten/Sack (1979, 17 und Anm. 20), Bergmann (1981, 13) oder ten Have (1999, 187ff.), der „accounts“ im Zusammenhang mit „applied CA“ behandelt.

2. Fall: *Der Laie/Patient thematisiert/kommentiert die Schwierigkeit, dem Gesprächspartner Krankheitsaspekte zu vermitteln:*

Beispiel: das ist ne (schneller) sehstörung, w(ie)=soll ich das beschreiben, + .. stellens(e)≡ sich ne KAMERA vor die urplötzlich GANZ nah auf ein motiv DRAUF geht'. und ursprünglich wieder zurückgerissen wird, ne' (Vielfalt I, s.o. Beleg A2)

3. Fall: *Der Experte thematisiert/kommentiert seine Rezeption der Äußerung des Patienten:*

Beispiel: Arzt (zur Patientin, die gerade ihre Zustände geschildert hat): da wird nochma(l) so anschaulich wie: e . verstÖrend das: auch sein kann' und dass . sie jetzt wahrscheinlich auch nochmal ne weile brauchen? bis (...) (Kosch, s.o. Kap. 3.4)

4. Fall: *Der Laie/Patient thematisiert/kommentiert seine Rezeption der Expertenäußerung:*

Beispiel: Die Ärztin hatte über die Lagerung von Eigenblut für die Operation gesprochen:

P: Aber . äh Sie sprechen von Lagerung, . mir hatte man das einen Tag vorher abgenommen (Herz-OP, 527f.)

Aus der Analyse der „accounts“ lässt sich folgendes Fazit ziehen: Anschaulichkeit, Bildlichkeit, Konkretheit, Beispielhaftigkeit ebenso wie Alltags- und Erfahrungsbezug sind Teilnehmerkategorien³⁴, die in der Situation selbst, also in den Gesprächen zwischen Experten und Laien bzw. zwischen Ärzten und Patienten eine Rolle spielen. Dies ist nicht zuletzt auch daran zu erkennen, dass sie u.U. von einem der Gesprächsteilnehmer ausdrücklich eingefordert werden, dass also zur Konkretisierung oder zur Exemplifizierung aufgefordert wird und es ausdrücklich anerkannt wird, wenn jemand in dieser Weise Anschaulichkeit herstellt.

Die Beobachtungen zu „accounts“, die unmittelbar in der Kommunikation zwischen Experten und Laien gegeben werden, findet man bestätigt, wenn man Experten Gelegenheit zu „handlungsentlasteter Sprachreflexion“ (Paul 1999) gibt, indem man sie beispielsweise über ihre Verfahren befragt. Solche Experteninterviews sind im Rahmen eines Seminars zur Experten-Laien-Kommunikation von Bielefelder Studie-

³⁴ „Teilnehmerkategorie“ ist im Sinne der „members' categories“ zu verstehen, die Sacks (1992) in zahlreichen seiner Vorlesungen beschrieben hat (vgl. z.B. die Einführung des Konzepts in Bd. I, I.6).

renden durchgeführt worden.³⁵ In ihnen wird nicht nur die Auswahl der Metaphern kommentiert, sondern manchmal auch ein Metaphernsystem im Einzelnen dargestellt. So geht z.B. ein Sporttherapeut in einem der Interviews darauf ein, dass er das Herz mit einem Motor zu vergleichen pflegt und führt den Vergleich im Einzelnen aus: Der Herzmuskel entspricht dem Motor, die energieliefernden Systeme dem Tank usw. Dass dieses – wie oben gezeigt wurde (vgl. 2.1.1, Belege H1-H8) – sehr häufig benutzte Metaphernsystem jedoch keineswegs in jeder Beziehung zur Veranschaulichung geeignet ist, zeigt ein Ausschnitt aus einer Seminardiskussion mit der Kardiologin Dr. Carola Halhuber³⁶, die auf kritische Nachfragen von linguistischer Seite ausführt, warum ihr dieses Metaphernsystem trotz seiner Mängel unvermeidbar erscheint und wozu genau es benötigt wird:

wir haben ein ganz großes problem' wir brauchen=s in einer ganz bestimmten situation, und mir ist noch NIE was besseres eingefallen, (?...) und zwar immer dAnn – wenn wir versuchen' (.) müssen KLAR zu bekommen mit den patienten, dass die bypass.operation, NICHT den muskel heilt, den pump/ den herzmuskel, sondern ALLER (.) höchstens, (.) die drei Zuleitungsarterien, (.) und da bieten sich eben (.) die drei benzinleitungen, die dieses herz hat,/ wirhaben keinen guten anderen vergleich, (.) ich wäre froh' es fiele ihnen einer ein, (.) wie erkläre ich' wie mache ich verständlich' dass diese operation' an der man (.) einiges erlitten hat' (.) nur ein(en) schmalen bereich bessern kann, & nämlich(.) eng gewordene oder verstopfte koronararterien, & jetzt muß er wieder denken, wo sind die' <EA> führn die in den körper' wo sind diese dummen dinger, <EA> dass der DIE (.) umgehen kannn, dass aber das was VORher am herzmuskel/ne wichtige information, wenn der vorher sehr' (.) zerstört war' große narben hatte wird er NIE wieder leistungsfähig, . (die) vorstellung is (schnell) jetzt bin ich operiert'+ (.) jetzt muss ich doch wieder , (.) irgendwas LEIsten können, . und da benutzen wir diesen vergleich, . die benzinleitung ist wieder durchgängig, aber der motor is ein

³⁵ Es handelt sich um ein Seminar von Elisabeth Gülich und Ingrid Furchner, das im Wintersemester 1995/1996 an der Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft der Universität Bielefeld stattfand. Vgl. dazu auch Liebert (1997, 190ff.), wo über einen workshop berichtet wird, auf dem Virologen über die Metaphern ihrer Wissenschaft diskutieren.

³⁶ Die Diskussion fand an der Universität Dortmund im Rahmen eines Parallelseminars zur Experten-Laien-Kommunikation statt, das im Sommersemester 1995 von Gisela Brüner in Dortmund und Elisabeth Gülich/Ingrid Furchner in Bielefeld durchgeführt wurde.

oldtimer, oder (.) er hat (.) doch schon einiges hinter sich, (.) der wird=s nich mehr, . und (.) vieles in ihrer lebensgestaltung richtet sich nach der kraft dieses motors,

Dieses Zitat ist in besonderer Weise geeignet, einige wesentliche Punkte aus den vorangegangenen Analysen noch einmal deutlich zu machen:

- o Der Rekurs auf ein bestimmtes Metaphernsystem kann immer nur bestimmte Aspekte beleuchten, bringt aber u.U. auch unerwünschte andere Aspekte mit sich;
- o das gewählte Metaphernsystem prägt in einer so entscheidenden Weise die Vorstellungen von der dadurch veranschaulichten Sache, dass es schwer fällt, die unerwünschten Aspekte auszublenden, auch wenn sie sie durchaus als störend empfunden werden;
- o Metaphern werden von denen, die sie gebrauchen, hier: der medizinischen Expertin, als unverzichtbar angesehen, wenn es um die Vermittlung bestimmter komplexer fachlicher Inhalte geht; selbst angesichts störender Begleitaspkte kann nicht auf sie verzichtet werden;
- o die Entwicklung einer adäquaten Metaphorik ist als eine wichtige Aufgabe in der Experten-Laien-Kommunikation zu sehen, zu deren Lösung es u. U. interdisziplinärer Bemühungen bedarf.

5 Zitierte Literatur

Bergmann, Jörg R. (1981): Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Schröder, Peter/Steger, Hugo (Hgg.): Dialogforschung. Düsseldorf. 9-51.

Biere, Bernd Ulrich/Liebert, Wolf-Andreas (Hgg.) (1997): Metaphern, Medien, Wissenschaft. Zur Vermittlung der AIDS-Forschung in Presse und Rundfunk. Opladen.

Brünner, Gisela (1987): Kommunikation in institutionellen Lehr-Lern-Prozessen. Diskursanalytische Untersuchungen zu Instruktionen in der betrieblichen Ausbildung. Tübingen.

Brünner, Gisela (1999): Medientypische Aspekte der Kommunikation in medizinischen Fernsehsendungen. In: Bührig, Kristin/Matras, Yaron (Hgg.): Sprachtheorie und sprachliches Handeln. Festschrift für Jochen Rehbein zum 60. Geburtstag. Tübingen. 23-42.

Buchholz, Michael B. (1996): Metaphern der ‚Kur‘. Eine qualitative Studie zum psychotherapeutischen Prozess. Opladen.

Buchholz, Michael B. (1998): Die Metapher im psychoanalytischen Dialog. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Jg. LII, H.6, 545-571.

Buchholz, Michael B./v. *Kleist*, Cornelia (1995): Metaphernanalyse eines Therapiegesprächs. In: Psychotherapeutische Interaktion. Qualitative Studien zu Konversation und Metapher, Geste und Plan. Opladen. 93-125.

Caffi, Claudia/*Hölker*, Klaus (Hgg.) (1995): Examples. Versus. Quaderni di studi semiotici, 70/71, gennaio-agosto.

Ehlich, Konrad (1985): The language of pain. In: Theoretical Medicine 6, 177-187.

Faller, Hermann (1989): Subjektive Krankheitstheorie des Herzinfarkts. In: Bischoff, Claus/Zenz, Helmuth (Hgg.): Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern usw. 49-59.

Faltermaier, Toni/*Kühnlein*, Irene/*Burda-Viering*, Martina (1998): Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Weinheim usw.

Furchner, Ingrid (1999): Medizinische Aufklärung im Fernsehen. Die Rolle der Moderatorin zwischen Expertin und Nichtexpertin. In: Becker-Mrotzek, Michael/Doppler, Christine (Hgg.): Medium Sprache im Beruf. Eine Aufgabe für die Linguistik. Tübingen. 179-197.

Gülich, Elisabeth (1999): „Experten“ und „Laien“: Der Umgang mit Kompetenzunterschieden am Beispiel medizinischer Kommunikation. In: Werkzeug Sprache. Sprachpolitik, Sprachfähigkeit, Sprache und Macht. Hg.: Union der deutschen Akademien der Wissenschaften und Sächsische Akademie der Wissenschaften. Hildesheim usw. 165-196.

Gülich, Elisabeth/*Furchner*, Ingrid (im Druck): Zur Beschreibung von Unbeschreibbarem. Eine konversationsanalytische Annäherung an Gespräche mit Anfallskranken. In: Keim, Inken/Schütte, Wilfried (Hgg.): Soziale Welten und kommunikative Stile. Festschrift für Werner Kallmeyer zum 60. Geburtstag.

Gülich, Elisabeth/*Kotschi*, Thomas (1996): Textherstellungsverfahren in mündlicher Kommunikation. Ein Beitrag am Beispiel des Französischen. In: Motsch, Wolfgang (Hg.): Ebenen der Textstruktur. Sprachliche und kommunikative Prinzipien. Tübingen. 37-80.

Gülich, Elisabeth/*Schöndienst*, Martin (1999): „Das ist unheimlich schwer zu beschreiben“. Formulierungsmuster in Krankheitsbeschreibungen anfallskranker Patienten: differentialdiagnostische und therapeutische Aspekte. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für Qualitative Forschung Bd. 1/3, 199-227.

Günthner, Susanne (1995): Exemplary stories: the cooperative construction of moral indignation. In: Caffi/Hölker. 147-175.

Hülzer, Heike (1999): Verständigungsfälle und Verstehenshilfe. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für Qualitative Forschung Bd. 1/3, 187-198.

Janz, Dieter (1969/1997): Die Epilepsien. Spezielle Pathologie und Therapie. Stuttgart.

Jazbinsek, Dietmar (Hg.) (2000): Gesundheitskommunikation. Wiesbaden.

Keppeler, Angela (1988): Beispiele in Gesprächen. Zu Form und Funktion exemplarischer Geschichten. In: Zeitschrift für Volkskunde 84, 39-57.

Koerfer, Armin/Köhle, Karl/Obliers, Rainer (1994): Zur Evaluation von Arzt-Patienten-Kommunikation. Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In: Redder, Angelika/Wiese, Ingrid (Hgg.): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen. 53-94.

Lakoff, George/Johnson, Mark (1980/1998): *Metaphors we Live by*. Chicago usw. (Dt. Übers.: *Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern*. Heidelberg 1998).

Lakoff, George/Johnson, Mark (1999): *Philosophy in the Flesh: The Embodied Mind and its Challenge to Western Thought*. New York.

Lersch, Johannes/Kramer, Patrick (1994): *Laientheorien zu Krebs und Herzinfarkt*. Münster usw.

Liebert, Wolf-Andreas (1997): Interaktion und Kognition. Die Herausbildung metaphorischer Denkmodelle in Gesprächen zwischen Wissenschaftlern und Wissenschaftsjournalisten. In: Biere/Liebert, 180-209.

Liebert, Wolf-Andreas (1999): Erhellende und mystifizierende Metaphern im Wissenschaftsjournalismus. In: Niederhauser, Jürg/Adamzik, Kirsten (Hgg.): *Wissenschaftssprache und Umgangssprache im Kontakt*. Frankfurt a.M. usw. 173-192.

Löning, Petra (1994): Versprachlichung von Wissensstrukturen bei Patienten. In: Redder, Angelika/Wiese, Ingrid (Hgg.): *Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Opladen. 97-114.

Mabeck, Carl Erik/Olesen, Finn (1997): *Metaphorical transmitted diseases. How do patients embody medical explanations?* In: *Family Practice* Vol.14, No.4, 271-278.

Müller, Frank Ernst/di Luzio, Aldo (1995): *Stories as examples in everyday argument*. In: Caffi/Hölker. 115-145.

Paul, Ingwer (1999): *Praktische Sprachreflexion*. Tübingen.

Rebbein, Jochen (1994): *Widerstreit. Semiprofessionelle Rede in der interkulturellen Arzt-Patienten-Kommunikation*. In: *Zeitschrift für Linguistik und Literaturwissenschaft* 93, 123-151.

Rebbein, Jochen/Löning, Petra (1995): *Sprachliche Verständigungsprozesse in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Linguistische Untersuchung von Gesprächen in der Facharzt-Praxis*. Hamburg (= *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit* 54).

Ried, Sibylle/Schüler, Gisela (1997): *Epilepsie. Vom Anfall bis zur Zusammenarbeit*. 2., durchgesehene Auflage. Berlin usw.

Sacks, Harvey (1992): *Lectures on Conversation*. 2 vol. Ed. by Gail Jefferson. Oxford (1964-1972).

Schachtner, Christina (1999): *Ärztliche Praxis. Die gestaltende Kraft der Metapher*. Frankfurt a.M.

Schmitalla, Johannes (1991): *Das Illustrieren – eine narrative Textsorte mit zwei Varianten*. In: Dittmann, Jürgen/Kästner, Hannes/Schmitalla, Johannes (Hgg.): *Erscheinungsformen der deutschen Sprache. Literatursprache, Alltagssprache, Gruppensprache, Fachsprache*. Festschrift zum 60. Geburtstag von Hugo Steger. Berlin. 189-204.

Stander, Heribert et al. (1996): Der Stellenwert der Anamneseerhebung in der Differenzierung unklarer peptischer Beschwerden. In: *Kliniker* 6/25, 196-202.

Ten Have, Paul (1999): *Doing Conversation Analysis. A Practical Guide*. London.

Verres, Rolf (1991): Gesundheitsforschung und Verantwortung. Gedanken zur Differenzierung und Vertiefung der Rekonstruktion subjektiver Gesundheits- und Krankheitstheorien. In: Flick, Uwe (Hg.): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg. 305-317.

Wasem, Jürgen/Gütther, Bernd (1999): *Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Eine Bestandsaufnahme*. Neuss.

Weingarten, Elmar/Sack, Fritz (1979): Ethnomethodologie. Die methodische Konstruktion der Realität. In: dies./Schenkein, Jim (Hgg.): *Ethnomethodologie. Beiträge zu einer Soziologie des Alltagshandelns*. Frankfurt a.M. 7-26.

Weinrich, Harald (1976): Kap. XVII. Münze und Wort. Untersuchungen an einem Bildfeld (ursprünglich 1958 erschienen; hier: erweiterte Fassung). In: ders.: *Sprache in Texten*. Stuttgart. 276-290.

Willems, Dick (1992): Susan's breathlessness. The construction of professionals and laypersons. In: Lachmund, Jens/Stollberg, Gunnar (Hgg.): *The Social Construction of Illness. Illness and Medical Knowledge in Past and Present*. Stuttgart. 105-115.

Wolf, Peter/Schöndienst, Martin/Gülich, Elisabeth (2000): Experiential auras. In: Lüders, Hans O./Noachtar, Soheyl (Hgg.): *Epileptic Seizures: Pathophysiology and Clinical Semiology*. New York usw. 336-348.

6 Anhang: Transkriptionszeichen und zitiertes Datenmaterial

6.1 Transkriptionszeichen in HLAT (Auswahl)

()	Wortlaut unverständlich
(Steuer)	vermuteter Wortlaut
((lachend:)) [ja]	Kommentar (()) und seine Erstreckung []
Ich will/ ich bin	Wort- oder Konstruktionsabbruch
.	kurze Pause in einer Äußerung
..	längere Pause in einer Äußerung
((2 sec))	2 Sekunden Pause
bei <u>beiden</u>	auffällige Betonung von Silben oder Wörtern
<u>Nee!</u>	besonders emphatisch

6.2 Transkriptionszeichen des Bielefelder Forschungsprojekts „Linguistische Differenzialtypologie“

┌	überlappendes Sprechen (Partiturschreibweise)
/	hörbarer Abbruch ohne Pause
.	kurzes Absetzen innerhalb einer Äußerung oder zwischen zwei Äußerungen
..	kurze Pause
...	mittlere Pause
(x sec)	Pause von x Sekunden Dauer
&	auffällig schneller Anschluss
=	auffällige Bindung
<EA>	Einatmen
<AA>	Ausatmen
nich' 'doch	steigende Intonationskurve; hoher Einsatz
nicht, ,er	fallende Intonationskurve; tiefer Einsatz
FRAge	auffällige Betonung
ja: ach so::	Dehnung einer Silbe, eines Lautes
(?ersmal)	unsichere Transkription
(?.....)	unverständliche Passage
<lachend> +	Kommentar; geht dem entsprechenden Segment voraus und gilt bis +

6.3 Verzeichnis der zitierten Aufnahmen

Corpus Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Sigle H):

<i>Angina:</i>	Gesundheit! Hörertelefon zu Angina pectoris (Moder. Dr. med. Gerhardt). ZDF, 6.11.1996.
<i>Bypass:</i>	Gesundheitsmagazin Praxis: Thema Herzinfarkt. ZDF, 2.10.1996
<i>Chlamydien:</i>	Gesundheitsmagazin Praxis: Thema Herz. ZDF, 8.4.1998
<i>Fett:</i>	ZDF-Info Gesundheit: Thema Fett. ZDF, 20.2.1996
<i>Fettstoff:</i>	Fettstoffwechsel und Sport: Seminar für Herzpatienten in einer Reha-Klinik, 4/1994
<i>Fibrino:</i>	„Dimensionen“: Fibrinogenarmes Blut. Österreich 1, 27.6.1996
<i>Gpraxis:</i>	Gesundheitsmagazin Praxis: Herz ist Trumpf. 3sat, 24.1.1997
<i>Herz:</i>	Mittwochs live: Thema Herz. WDR, 22.05.96
<i>Herzinfarkt:</i>	Gesundheit! Thema Herzinfarkt (Moder. Dr. med. Gerhardt). ZDF, 12.12.1996

- Herz-OP:* Vortrag einer Kardiologin für Patienten in einer Herzkreislaufklinik. Anschließend an einen Film über eine Bypass-OP beantwortet die Ärztin Fragen von Patienten. 1/1993
- Herzstiftung:* Deutsche Herzstiftung: Herzinfarkt. Was nun? – Was tun? (Godamed Prophylaxe-Service)
- Herz-talk:* Streitfall: Herz. N3, 1996
- Infarkt:* Schiejok täglich. Thema Herzinfarkt. ORF, 1996
- Interview:* Interviews mit Herzpatienten im Rahmen des Modellprojekts „Kardiologische Rehabilitation“ (B. Badura, G. Grande, T. Schott; Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften)
- Kardio:* Vortrag eines Kardiologen vor Herzpatienten in einer Reha-Klinik
- Sport:* Seminarvortrag eines Sporttherapeuten vor Bielefelder Studierenden, 11/1995
- Stress:* Vortrag einer Medizinsoziologin in einem Seminar für Herzpatienten über Stress, 10/1995
- Tagebuch:* Kritisches Tagebuch. WDR 3, 6.2.1995
- Vortrag:* Vortrag eines Arztes vor jungem Laienpublikum über Blutdruck im Alltag und beim Sport auf den 2. Dortmunder Forschungstagen, 28.1.1997

Corpus Anfallskrankheiten (Sigle A):

Gesprächscorpus des DFG-Projekts „Linguistische Differenzialtypologie epileptischer und anderer anfallsartiger Störungen. Diagnostische und therapeutische Aspekte“: Arzt-Patient-Gespräche aus der Ambulanz und aus der Chefarztvisite. Bei den zitierten Ausschnitten wird jeweils das Pseudonym des Patienten angegeben.

„Wenn der Anfall kommt“¹ – Bildhafte Ausdrücke und metaphorische Konzepte im Sprechen anfallskranker Menschen

“The contemporary theory of metaphor is thus not only interesting for its own sake. It is especially interesting for the challenge it presents to other disciplines.”

George Lakoff²

- 1 Einleitung
- 2 Der kognitive Metaphernbegriff
- 3 Bildhafte Sprache bei anfallskranken PatientInnen
 - 3.1 Metaphern und Darstellungsprobleme
 - 3.2 Rekonkretisierung konventioneller Metaphern
 - 3.3 Exkurs: Zum metaphorischen Konzept ‚Bewusstlosigkeit = physische Abwesenheit‘
 - 3.4 Scheitern in der Metaphernwahl
 - 3.5 Kohärenzbildung
- 4 Metaphern in der Differenzialdiagnostik
- 5 Zitierte Literatur
- 6 Transkriptionszeichen

1 Einleitung

Wenn von Epilepsie die Rede ist, kommt kaum eine populärwissenschaftliche Publikation ohne die Metapher vom „Gewitter im Gehirn“ aus, um sich dieser rätselhaften Erkrankung zu nähern.³ Doch entspricht

¹ Zitat aus dem Gespräch „Frau Reifen“ (Z.73); die Namen aller in diesem Aufsatz zitierten Patientinnen und Patienten sind Pseudonyme.

² Lakoff (1993, 249).

³ Stellvertretend für diese Beobachtungen seien die Überschriften einiger überregionaler Medien angeführt: „Im Gewitter der Neuronen“ (Focus 47/1999), „Wenn die Blitze im Gehirn zucken“ (taz, 2.6.1999), „Blitzableiter im Kopf“ (Die Zeit 18/1999).

dieses Bild auch der Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten? Wie beschreiben die Betroffenen selbst ihre Anfälle? Zu welchen Metaphern und Vergleichen greifen sie? Verraten uns die gewählten Bilder auch etwas über ihre Krankheit?

Diesen Fragen möchte ich im Folgenden nachgehen. Dabei werde ich Arzt-Patient-Gespräche untersuchen, die im Rahmen des Projektes „Linguistische Differenzialtypologie epileptischer und anderer anfallsartiger Störungen“ im Epilepsie-Zentrum Bethel in den Jahren 1996 bis 2001 aufgenommen wurden.⁴

In diesem umfangreichen Corpus, genauer in den Beschreibungen, die die PatientInnen von ihren Anfällen geben, sticht die Gewitter-Metaphorik, die die populärwissenschaftliche Diskussion dominiert, nicht hervor.⁵ Offensichtlich empfinden anfallskranke Menschen sie nicht als adäquat zur Schilderung ihrer spezifischen Wahrnehmungen.⁶ Hingegen fallen andere, zum Teil außergewöhnliche metaphorische Wendungen und Vergleiche auf, die Anlass zur systematischen Untersuchung geben. Die folgende Auswahl soll dies verdeutlichen:⁷

⁴ In dieser (zeitweise DFG-geförderten) Kooperation der Universität Bielefeld mit dem Epilepsie-Zentrum Bethel wird ein Corpus aus über hundert im Klinikalltag aufgezeichneten Gesprächen mit betroffenen Menschen untersucht. Typische Formulierungs- und Beschreibungsmuster werden konversationsanalytisch herausgearbeitet und differenzialdiagnostisch ausgewertet. Zu den Grundannahmen siehe Gülich/Schöndienst (1999), Wolf/Schöndienst/Gülich (2000). Eine wichtige Untersuchungsebene ist die der verwendeten Veranschaulichungsverfahren (siehe auch Brünner/Gülich i.d.Bd.).

⁵ Auch in den 68 Anfallserzählungen, die Schachter (1997) veröffentlichte, taucht sie nicht auf.

⁶ Lediglich zweimal wird im Corpus Anfallskrankheiten auf die Gewitter-Metapher Bezug genommen. Im ersten Fall leidet der Patient jedoch nicht an einer Anfallserkrankung, sondern an einer anderen Störung; im zweiten Fall benutzt die Patientin nicht Blitz und Donner als bildspendend, sondern die atmosphärische Stimmung *vor* einem Gewitter. Drei der Schachter-PatientInnen wählen Blitz-Metaphern für die Plötzlichkeit des Auftretens der Anfälle, nicht jedoch zu deren Charakterisierung.

⁷ Transkriptionszeichen am Ende dieses Aufsatzes. Zu Gunsten der Lesbarkeit habe ich die Transkripte geringfügig vereinfacht: Bloße Hörersignale des Arztes werden nur im Ausnahmefall wiedergegeben. Die Zeilenangaben im Kopf jedes Ausschnittes beziehen sich auf das Original-Transkript.

- (B1) *Frau Heming, Z.147ff.*
son . WArmes äh gefühl so wie so=ne WArme Welle [...] als ob einer
so=ne <EA> so ne hEIße flüssigkeit durchkippt
- (B2) *Frau Tell, Z.164*
es fühlt sich so an als ob ich da so=n bAseballschläger vorgekriecht hab
- (B3) *Herr Rbeinländer, Z.45*
als hätt ich noch ne zweite person in mir⁶
- (B4) *Frau Costa, Z.137*
das gefühl⁶ . als wÜrd=ich etwas in zeitlupe machen⁶
- (B5) *Frau Johannis, Z.74*
das war wie . hab ich immer gesagt wie aquarium, . . . als würde man
drinne sitzen und nach draußen gucken, . so ungefähr so verschwommen
. son bissel . (?...) wie wenn man unter wasser taucht .
- (B6) *Frau Erle, Z.148*
is auch wie=n nervöser MAgn, den ich dann im KOPF hab, ne⁶

Sehr viele Patientinnen und Patienten neigen deutlich zur Verwendung bildhafter Sprache oder anderer ‚Techniken‘ (Szenario, Beispiel).⁸ Das verwundert nicht, eröffnen diese Veranschaulichungsverfahren doch Möglichkeiten, sehr schwer vermittelbare Erfahrungen im Anfall überhaupt mitzuteilen und an sich Unbeschreibbares zu beschreiben.⁹

Damit ließe sich das Corpus Anfallskrankheiten als buntes Feld beschreiben, auf dem die verschiedensten Metaphern, Vergleiche und Allegorien blühen. Dieses möchte ich im Folgenden näher untersuchen. Meine Absicht ist jedoch nicht, lediglich einzelne Metaphern zu ernten und dann ggf. überzuinterpretieren,¹⁰ sondern vielmehr das Feld bild-

⁸ Zur Begrifflichkeit siehe Brünner/Gülich (i.d.Bd.).

⁹ Vgl. Brünner/Gülich (i.d.Bd.) und Gülich/Furchner (im Druck).

¹⁰ Auf diese Gefahr weist Schmitt (2000) hin. Meines Erachtens neigt die psychoanalytische Metaphernanalyse ab und an zu Überinterpretationen einzelner metaphorischer Wendungen, so z.B. Thomä/Kächele (1989, 303ff.), wengleich die beiden Autoren der „interdisziplinären Zusammenarbeit“ mit der Linguistik grundsätzlich hohe Bedeutung beimessen (322). Da Metaphern jedoch selten eindeutig sind, sollte der Therapeut sichergehen, „daß er, wenn er Interpretationen bzw. Sichtweisen des Patienten ändern will, diese auch tatsächlich genau und nicht nur vage oder in Ansätzen kennt“ (Hülzer 1999, 193). Die interaktive Klärung benutzter auffälliger Metaphern ist ein gangbarer Weg, die Analyse der Gesamtheit der metaphorischen Wendungen ein anderer.

hafter Ausdrücke in seiner Gesamtheit zu betrachten, die Metaphern an ihren Wurzeln zu packen und unterirdische Verflechtungen aufzuspüren. Dabei werde ich mich der kognitiven Metapherntheorie von George Lakoff und Mark Johnson bedienen, die (schon 1980 im Original erschienen) durch die seit 1998 vorliegende deutsche Übersetzung hierzulande an neuer Popularität gewonnen hat und hinsichtlich einiger Punkte von Lakoff (1993) sowie Lakoff/Johnson (1999) ausdifferenziert wurde. Nach einem groben Abriss dieser Theorie (Abschnitt 2) werde ich einige Beobachtungen zur Verwendung bildhafter Sprache im Corpus Anfallskrankheiten vorstellen (Abschnitt 3). Abschließend möchte ich der Frage nachgehen, ob derartige bildhafte Ausdrücke nicht nur etwas über das subjektive Erleben der Anfälle, sondern auch über die Art der Erkrankung aussagen. In Abschnitt 4 werde ich entsprechende Ergebnisse differenzialdiagnostischer Auswertungen präsentieren.

2 Der kognitive Metaphernbegriff

Lakoff/Johnson definieren Metaphern wie folgt: „The essence of metaphor is understanding and experiencing one kind of thing in terms of another“ (1980, 5). Grundlegende Annahme ist, dass Metaphern nur selten isoliert vorkommen, sondern es ganze Komplexe gibt, die ein Metaphernsystem bilden.¹¹ Fehlte zunächst noch der Anschluss an die neuere kognitive Sprachwissenschaft, gibt es mittlerweile mehrere Versuche, dies zu leisten, z.B. durch Baldauf (1997). Auch Lakoff/Johnson (1999) untermauern ihr metapherntheoretisches Konzept mit Rekurs auf neue Ergebnisse der ‚cognitive science‘, v.a. der Neurolinguistik. Dabei gehen sie aus von der Prämisse „Living systems must categorize“ (1999, 19). Diese Kategorienbildung sei Teil der menschlichen Erfahrung; durch sie formten sich neurale Strukturen, „concepts“ genannt, „that allow us to mentally characterize our categories and reason about them“ (ebd.). Doch wie läuft der Prozess des Konzeptualisierens ab? Für Lakoff/Johnson „[it] is hard to think of a common subjective experience

¹¹ Baldauf (1997, 285ff.) und Hülzer (1987, 244ff.) haben zurecht darauf hingewiesen, dass der Lakoff/Johnsonsche Metaphernbegriff nicht grundlegend neu ist, sondern vielmehr eine Reformulierung bzw. Weiterentwicklung älterer europäischer Studien ist (z.B. Weinrich 1958; 1967). Die amerikanische Untersuchung wurde jedoch ungleich stärker rezipiert.

that ist not conventionally conceptualized in terms of metaphor“ (1999, 45). Im Anschluss an neuere neurolinguistische Forschung entwickeln die beiden Autoren den Begriff der „primary metaphor“, definiert als „from a neural perspective [...] neural connections learned by coactivation“ (1999, 57). Das bedeutet: In unserer Entwicklung durchlaufen wir ein Stadium, in dem sich basale metaphorische Konzepte bilden, etwa dass Mengen auf einer vertikalen Skala angesiedelt werden: ‚mehr = höher‘ (was z.B. durch die Erfahrung erlernt wird, dass mehr Flüssigkeit in einem Behälter einen höheren Pegel ergibt).¹² Solche Primärmetaphern bestimmen unser Denken und gehen wiederum ein in die Strukturierung komplexerer Erfahrungen: Sie werden kombiniert zu komplexen konzeptuellen Metaphern. Erst in der Kombination vollzieht sich der Schritt von gemeinhin intersubjektiv geteilten, mitunter kulturtypischen Primärmetaphern zu individueller persönlicher Erfahrung. Die Metaphern, die wir im Sprachgebrauch wählen, sind dabei wesentlich für unser Konzept dieses Sachverhaltes, unsere metaphorische Ausdrucksweise Konsequenz der metaphorischen Konzepte.

„[A] metaphor may play some significant role in structuring one’s experience“ schreiben Lakoff/Johnson (1999, 72). Dieser Punkt ist für meine Fragestellung von besonderem Interesse, denn im hier verhandelten Zusammenhang bedeutet dies: Durch die Art und Weise, wie anfallsranke Menschen ihre Anfälle konzeptualisieren, können wir mehr über ihr subjektives Erleben erfahren. Denn Metaphern und metaphorische Konzepte sind selektiv, d.h. durch sie werden bestimmte Eigenschaften eines Gegenstandes hervorgehoben, andere verdeckt, weil sie mit dem metaphorischen Konzept nicht konsistent sind. Hier erlaubt also die gezielte Analyse mitunter Blicke auf das ganz *spezifische* Erleben einer Erkrankung oder den Umgang damit (z.B. als Angehöriger, Ärztin, Therapeut etc.). In der Psychotherapieforschung erwies sich der Ansatz von Lakoff/Johnson daher als wertvoll. Buchholz (1998, 560) hat etwa beobachtet, dass PatientInnen unter Umständen auf bestimmte einzelne Bildbereiche stark fixiert sind, was wiederum „die exquisite Chance eines therapeutischen Eingriffs“ biete. Metaphernanalyse wird bei ihm bestimmt als „methodischer Versuch, die Imagination in der Kommunikation, die Interaktion der Bilder wieder sichtbar und hörbar zu machen“; Metaphern gelten dabei als „unsere sozialen Sinnesorgane“ (Buchholz

¹² Eine sehr anschauliche Kurzfassung dieses Lernprozesses findet sich in Lakoff (1993, 239ff.).

i.d.Bd.). Schmitt (2000) arbeitet für den Sektor psychischer Erkrankungen an einem Lexikon vorherrschender metaphorischer Konzepte.¹³ Auch bei Schachtner (1999) zeigt sich trotz Unterschieden im Detail eine deutliche Anlehnung an Lakoff/Johnson. Für sie stellen die metaphorischen Konzepte der PatientInnen „Produkte ihrer kognitiv-emotionalen Verarbeitung von Erfahrung dar und [sind] somit ein Bestandteil ihrer Subjektivität“ (51). Die von ihr gewonnenen Erkenntnisse – bezogen auf ein ärztliches Selbstverständnis Erkrankten gegenüber – legen die Frage nahe, ob und inwieweit das Selbstverständnis von PatientInnen ihrer Krankheit gegenüber auch von konzeptuellen „Schlüsselmetaphern“ (52)¹⁴ geleitet wird.

Dabei möchte ich, Lakoff/Johnson folgend, nicht nur kreative, neu geprägte Metaphern betrachten, sondern auch konventionelle, sog. ‚verblasste‘ Metaphern; denn auch sie strukturieren Erfahrung. Für meinen Untersuchungsgegenstand bedeutet das, auch auf scheinbar willkürliche Formulierungsroutinen, v.a. im Bereich der Verbalphrasen, zu achten. Es macht einen Unterschied, ob eine Patientin ihre Anfälle durchgängig als ‚kommend‘ beschreibt, sie ihr stets ‚passieren‘ oder sie sie einfach nur ‚hat‘, verweisen diese Ausdrücke doch auf unterschiedliche zugrunde liegende Konzepte (andere Person/Entität, Ereignis, Besitz). Hochgradig habitualisierte Wendungen wie ‚Anfall haben‘ oder ‚Anfälle kriegen‘ sollten jedoch nicht überinterpretiert werden, da sie im alltäglichen Sprachgebrauch nahezu alternativlose ‚Standardformulierungen‘ darstellen und von daher auf gesellschaftlich vorherrschende Konzepte, z.B. ‚Krankheit = (zeitweiliger) Besitz‘ verweisen. Erst die Abweichung oder Variation erlaubt den Blick auf das individuelle Erleben.

3 Bildhafte Sprache bei anfallskranken PatientInnen

Ich möchte nun einige Verfahren im Umgang mit bildhafter Sprache darstellen, die mir im zur Verfügung stehenden Corpus aufgefallen sind. Dabei vermute ich, dass sie nicht an die Epilepsie-Problematik gebunden

¹³ Zur Rezeption von Lakoff/Johnson in der Psychologie siehe die Überblicke von Schmitt (2001) und Moser (2001).

¹⁴ Schachtner hat solche „Schlüsselmetaphern“ aus der ärztlichen Praxis extrahiert. Sie sind für die jeweiligen Mediziner leitend in ihrem beruflichen Handeln und „repräsentieren verschiedene Möglichkeiten, wie sich ÄrztInnen in ihrem Aufgabenfeld zurechtfinden“ (1999, 52).

sind, sondern durchaus auch an anderen Stellen des (alltäglichen) Sprachgebrauchs nachweisbar sein könnten.

3.1 Metaphern und Darstellungsprobleme

Bildhafte Sprache wird von PatientInnen vor allem eingesetzt, um Darstellungsprobleme zu lösen: „Metaphern entstehen in Gesprächen häufig [...] bei der Suche nach einer Bezeichnung für das Neue, bis dahin Unbekannte und eigentlich Unsagbare“ (Hülzer 1999, 189). Ihre Anwendung ist doppelt schwierig, denn zu lösen ist sowohl ein Formulierungs- als auch ein Vermittlungsproblem (vgl. Brünner/Gülich i.d.Bd.). Anzeichen dafür ist oftmals eine intensive Reformulierungstätigkeit, verbunden mit Unsicherheitsmarkierungen und nicht selten unterbrochen oder gerahmt von metadiskursiven Kommentaren zur schweren Beschreibbarkeit.¹⁵ Folgendes Beispiel soll dies verdeutlichen:

(B7) *Frau Heming, Z. 35-42*¹⁶

auf einmal fin:(gen) an: äh <EA> sich alles bei=mir so 'zu drEhen es wurde . mir wurde schwindelich ich hatte das gefühl dass der boden . . so wie wAtte war so=äh <EA> ja äh: schwAmmich ich/ also=äh wenn man auftritt dass da kein boden IS obwohl da=ja n boden=WAR' . das
 5 lässt sich immer so schlEcht beschreiben <EA> u:nd=ä/ ich hatte so das gefühl dass das was ich SEhe so mein umfeld auf mich äh eben einkippt und äh <EA> dabei hatt=ich ne stArke übelkeit <schluckt> so=n HIT-ZEwelle gefühl vom hals bis in den bauchraum rein <EA> und so ungefähr als also also ich hatte das gefühl jetzt äh ja fließt kein blut mehr
 10 durch dein körper nö:=ich äh <EA> jetzt kippste 'UM oder . . ne' JA fast so=n gefühl jetzt würd ich sterben müssen'=äh als wenn kein blut mehr durch=n körper fließt . .

Diese lange Reformulierungskette nimmt bei dem Versuch der Beschreibung einer physischen Empfindung (Schwindelgefühl) ihren Ausgangspunkt. Ein Vergleich wird eingeleitet (*ich hatte das gefühl*), zögerlich mit *wAtte* als bildspendendem Bereich fortgeführt, dann sofort reformuliert (*schwAmmich*). Zur Verdeutlichung wird in der nächsten Reformulierung mittels eines kurzen Szenarios an das gemeinsame Alltagswissen der Interaktionspartner appelliert, bei der v.a. die adversative Struktur hin-

¹⁵ Vgl. dazu Gülich/Furchner (im Druck).

¹⁶ Frau Hemings Sprechstil wird in der hier zitierten Gesprächssequenz immer schneller, hektischer.

sichtlich des gleichzeitigen Nicht- und Vorhandenseins des Bodens ins Auge sticht (Z.4). Ein metadiskursiver Kommentar zur schweren Beschreibbarkeit macht explizit, was die Formulierungstätigkeit schon andeutet: *das lässt sich immer so schlecht beschreiben*. Dennoch setzt Frau Hemming ihre Versuche zur Beschreibung der Wahrnehmungsveränderung fort. Erneut werden bildhafte Ausdrücke vielfach reformuliert.¹⁷

Deutlich macht dieses Zitat, wie sehr die verschiedenen Formen der Veranschaulichung ineinander fließen, wie schwer sie einzeln exzerpierbar sind und damit wie wenig bedeutsam literaturwissenschaftliche Trennlinien (z.B. zwischen Metapher und Vergleich) für die Analyse gesprochener Sprache sind. Auch in dieser Einschätzung schließe ich mich Lakoff/Johnson an. Hinzu kommt, dass oftmals (wie in diesem Gesprächsausschnitt) vergleichseinleitende Formulierungen verkürzt werden. *fast so=n gefühl jetzt würd ich sterben müssen*='äh ist gerahmt von einem Vergleichsansatz (*so ungefähr als*, Z.8f.) und einem Vergleich (*als wenn kein blut mehr durch=n körper fließt*, Z.11f.) und beginnt selbst wie ein Vergleich. Doch statt einer vergleichseinleitenden Partikel wird direkt eine Rede- (bzw. Gedanken-)wiedergabe angeschlossen, die zu dem Vergleich in Z.12f. reformuliert wird. Die Frage, ob es sich bei dem genannten Gefühl, sterben zu müssen, um einen Vergleich oder die Wiedergabe des in dem Moment gedachten Gedankens handelt, kann nicht abschließend geklärt werden. Die Stellung dieses Ausdrucks innerhalb einer Vergleichskette, der schnelle Anschluss der Reformulierung in einen (weiteren) Vergleich und die Möglichkeitsform scheinen mir ersteres nahe zu legen. Die enge Verknüpfung zwischen sprachlicher Metaphorik und innerem Erleben (in diesem Fall: großer Angst) belegt dieses Beispiel nachdrücklich.

3.2 *Rekonkretisierung konventioneller Metaphern*

Verblasste oder konventionelle Metaphern werden in den untersuchten Gesprächen gelegentlich kreativ verwendet, zum Beispiel durch die Zuschreibung einer neuen Bedeutung (mitunter sogar der alten). Im Aus-

¹⁷ Auf eine ausführliche Analyse dieses Beispiels verzichte ich an dieser Stelle, da die vorkommenden Formulierungsverfahren andernorts hinreichend publiziert sind. Die Bedeutung adversativer Strukturen und metadiskursiver Kommentare im Umfeld schwerer Beschreibbarkeit heben Gülich/Furchner (im Druck) hervor. Auf intensive Reformulierungstätigkeit gehen Gülich/Schöndienst (1999) und Brünner/Gülich (i.d.Bd.) ein.

schnitt B7 beschreibt Frau Heming, dass der Boden *schwAmlich* werde; im Körper habe sie *so=n HITZEwelle gefühl*. Beide Ausdrücke sind konventionell. Doch ‚schwammig‘ wird gewöhnlich nur noch im übertragenen Sinn, z.B. für eine unpräzise Aussage o.ä., verwendet. ‚Hitzewelle‘ ist bekannt als Wetterabnormität oder als populäre medizinische Metapher für ein körperliches Phänomen (z.B. auftretend bei Frauen in den Wechseljahren). Frau Heming benutzt beide Begriffe anders. In gewisser Hinsicht geht sie zurück zu den Wurzeln der Metapher, denn sie greift zu den ursprünglich bildspendenden Bereichen, um ihr Erleben auszudrücken: Der Boden kommt ihr vor wie ein Schwamm, auf dem sie herumläuft. Die Hitzewelle wird zwar wie bei der populären Metapher als Phänomen im eigenen Körper geschildert. Später im Gespräch wird dieses Bild jedoch wieder aufgegriffen und rekonkretisiert, indem ein Wiedereintritt in das Bildfeld der Flüssigkeit geschieht:

(B8) *Frau Heming, Z.147-151*

<langsamer> son son . WArmes äh gefühl so wie so=ne+ WArme WELLE
 aber das is AUCH nich immer . ne' [...] das fängt im hAls an und geht so
 richtig so . einmal durch <EA> also als ob einer so=ne <EA> so ne
 heiße flüssigkeit durchkippt ne die so durchläuft

Für die Metaphernanalyse folgt hieraus die Erkenntnis: Auch konventionelle Metaphern können kreativ eingesetzt werden; eine spezielle Variante kann dabei sein, zur ursprünglichen Bedeutungsübertragung zurück zu gehen. Doch ist dies tatsächlich ein Weg zurück oder eine spontane Neuerfindung der Metapher?

Frau Heming will eine Wahrnehmung beschreiben: Der Boden scheint nachzugeben (B7, Z.2f.). In der Reformulierungsarbeit kommt sie auf einen Schwamm als Vergleichspunkt; die Verbalisierung dieses Vergleichs nimmt jedoch, so ist zu vermuten, den sprachlich ‚ausgetretenen‘ Pfad (d.h. die kognitiv bereits vorhandene Struktur) eines konventionellen metaphorischen Ausdrucks. Der anschließende Abbruch und der Neuansatz (B7, Z.3) könnten Belege dafür sein, dass Frau Heming ‚spürt‘, dass dem Begriff *schwAmlich* faktisch eine andere Bedeutung zukommt und er sie von daher zur Reformulierung führt.

Das *HITZEwelle gefühl* hingegen verknüpft zwei physische Wahrnehmungen miteinander und wird zusammengezogen zu dem ebenfalls im Sprachschatz verankerten konventionellen Ausdruck, der sogar noch einem medizinischen Kontext entstammt. Die Adäquatheit dieses Begrif-

fes wird in der Reformulierung bzw. dem späteren Wiederaufgriff durch die Rekonkretisierung hergestellt.

Meine Vermutung geht also dahin, dass konventionelle Metaphern sich aufgrund einfacherer kognitiver Verknüpfungen vor den kreativen Neubildungsprozess schieben bzw. den (Re-)Formulierungsprozess abkürzen. Für diese Hypothese spricht auch das folgende Beispiel, in dem über den Weg einer konventionellen Metapher eine kreative entwickelt wird. Hier bildet ein Homonym die Brücke der Bedeutungstransformation:

(B9) *Frau Bäcker, Z.134-139*

ich hAb' . mAnchmal so äh: . eine erInnerung, aber ich . ich kann es nIcht' . mit gewIssheit sagen, . als . als ob so' . die dEcke heruterkommt, dass es plötzlich schwA:rz um mich wird, dass: das Irgendwie:' . aber das wei/ das kann ich nIcht äh: . mit bestimmtheit sa:gen, . s=is genAU wie dieses pA:nikgefühl äh: . das wird . irgendwie plÖtzlich als ob ne dEcke runterfällt, irgendwie so=ne . äh schwArze decke über mich fällt und dann äh bin ich wEg' . das is . gAnz plÖtzlich, . ich geh nich lAngsam: . weg sondern, . is gAnz schnEll' . . .

Frau Bäcker, die im gesamten Gespräch zur Verwendung konventioneller Metaphern neigt, greift auch hier zunächst zu einem gebräuchlichen Vergleich (herunterfallende Zimmerdecke). Doch in den Reformulierungen mutiert die Zimmerdecke zu einer Decke aus Stoff; gleichzeitig wird aus dem gleichfalls konventionellen ‚Schwarz-vor-Augen‘-Werden die Farbgebung der Decke entlehnt. Die Patientin fühlt sich, als werde sie im Anfall von einer plötzlich auf sie herabfallenden schwarzen Decke umhüllt.

3.3 *Exkurs: Zum metaphorischen Konzept ‚Bewusstlosigkeit = physische Abwesenheit‘*

Zur Schilderung ihrer Bewusstlosigkeit benutzt Frau Bäcker eine der im Corpus Anfallskrankheiten populärsten Metaphern: *dann äh bin ich wEg*. Bewusstlosigkeit wird immer wieder als eine körperliche Abwesenheit beschrieben.¹⁸ Graduierungen sind dabei nicht unüblich:

¹⁸ Siehe dazu auch Brünnler/Gülich (i.d.Bd.); ausführlich mit Beschreibungen von Phasen eingeschränkter Selbstverfügbarkeit beschäftigt sich Furchner (i.d.Bd.).

(B10) *Frau Fisch, Z.18-25*

ich war kurzzeitig ‚im ZUG‘ . bei mir . dann war ich wieder bewUsstlos
 [...] un=denn WEIß ich noch dass der zug zurückgefahren is‘ [...]
 ja=un=denn war ich wIEder kurz weggewesen‘ . und dann bin ich AUf
 der pritsche halt wieder ZU mir gekommen, [...] war ich AUCh . ja die
 fAhrT über‘ . . war ich so HALbwegs bei mir‘¹⁹

(B11) *Frau Kakia I, Z.13f.*

dass ich nIch so weg bin wie=s nEUlich‘ gewesn . sondern ich bin noch
 ,ANsprechbar

(B12) *Frau Hugenoth, Z.23-26*

meine schwester die hat auch schon so=n anfall mitgekrickt, . [...] die hat
 gesacht ich war zwar noch DA:: <EA> <leiser> so mit offenen augen
 und so+ ABER sie hat mich dann was gefrAgT und ich hab halt nicht
 geantwortet

Diese Abstufungen sind besonders interessant, denn die völlige Bewusstlosigkeit wird meistens als totale Abwesenheit umschrieben. Die Bewusstseinstäubung hingegen wird nicht selten als Entfernung im Raum gekennzeichnet:

(B13) *Frau Johannis, Z.22-25¹⁹*

is das so als würde jemand (da)s licht langsam wEGdrehn, so mitten mit
 dem potentiometer <lacht kurz> . . (?so langsamer) und dann is alles alles
 wie so=äh in mehr in grAUtöne . übergegangen . . . und mehr so als wärm
 mer im film . . alles weit weg gewesen, (9 sec) und (e)s hat ne weile ange-
 halten und dann is ma(n) da wie wie AUfgetaucht wieder . . . und das po-
 tentiometer wieder andersrum gedreht

(B14) *Frau Reifen, Z.19-23*

P: son seltsames gefÜhl im kopf als ob ich . . . ,ja . . ich sEH noch alles
 aber ich bin doch nich mehr dA hab ich das gefühl ja‘ . .

A: hm‘ . was sEhn sie dann noch‘ . .

P: ja ich sEH schon die die umgebung nOch‘ aber aber irgendwie hab
 ich das gefühl‘ . . .

A: hm,hm‘ . .

P: ja ich bin woANders

[...]

P: als ob ich n stück weggerückt wär ja,

¹⁹ Ausführlich analysiert haben diesen Fall Brünnler/Gülich (i.d.Bd.).

Das Weggerücktsein bzw. das Auftauchen/Abtauchen beschreiben jeweils ein getrübt, eingeschränktes Bewusstsein, und lassen sich auffassen als Bewegungen im Raum, als Entfernung von sich selbst. Im Grunde basieren diese Beobachtungen auf Ableitungen aus dem Metaphernsystem: ‚Bewusstsein ist Hier-Sein‘. Bin ich nicht bei Bewusstsein, bin ich nicht da, bin ich weg oder nicht bei mir. Interessant ist an diesen Metaphern das darin deutlich werdende Ich-Konzept, v.a. die Aufspaltung des Selbst in Geist und Körper, eine klassische Dualität, die uns auch in vielen populären Metaphern begegnet (z.B. ‚mit den Gedanken woanders sein‘). Die Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeit wird dabei dem Geist zugeordnet. Frau Hugenoth malt später einen solchen Zustand, ihn gleichzeitig reflektierend, aus:

(B15) *Frau Hugenoth, Z.36-38*

ich=kam mir so VOR . als: würd ich in DEM moment so:: ah, . . zwAr in
meim KÖRPER sein‘ . aber dadurch dass ich halt nich ,sprechen kann .
DOCH nich,

Auffällig ist dabei, wie oft das Bewusstsein an die visuelle Wahrnehmungsfähigkeit geknüpft wird: Licht wird weggedreht, man sieht alles nur noch grau (B13); es ist noch alles zu sehen, aber irgendwie von weiter weg (B14); auch die offenen Augen (B12) passen in diesen Kontext. Frau Bäcker (B9), die erst in dem Moment *wEg* ist, als die herabgefallene Decke sie umhüllt, lässt gar an Kinder im Vorschulalter denken, die glauben, sich dadurch verstecken zu können, dass sie sich die Augen zuhalten. Mitunter lohnte es sich hier weiter zu fragen. Kann es sein, dass bestimmte konzeptuelle Metaphern zurückverweisen auf die (nach Piaget) prä-operationale Entwicklungsstufe eines egozentrisch ausgerichteten Kindes ohne Vorstellung einer Objekt-Konstanz? Schließlich funktioniert das Denken in diesem Alter über Kontiguität, also das raumzeitliche Zusammenfallen von Ereignissen. Mitunter könnte die Kognitionspsychologie die von Lakoff/Johnson explizit gemachte, die „empirischen Wurzeln von Metaphern“ (2000, 28) betreffende „Unkenntnis“ zu beseitigen helfen, gehen die beiden Autoren doch selbst davon aus, dass eine Vielzahl basaler Metaphern in der frühen Kindheit erlernt wird:

We acquire a large system of primary metaphors automatically and unconsciously simply by functioning in the most ordinary of ways in the everyday world from our earliest years. (1999, 47)

Zieht man hinzu, dass Metaphern zwar tief im Denken des Menschen verankert, jedoch stets sprachgebunden sind, und beachtet ferner, dass die Sprachentwicklung des Kindes gleichfalls im prä-operationalen Alter beginnt, sollte es nicht verwundern, wenn Spuren der in dieser Zeit gelernten metaphorischen Konzepte als verblasste Metaphern den Sprung in die Entwicklungsstufen konkreten und später formalen Operierens überdauern und uns von daher wieder begegnen können.

3.4 Scheitern in der Metaphernwahl

Metaphern dienen nicht selten der Veranschaulichung von schwer Beschreibbarem. Es verwundert daher nicht, dass Sachverhalte sich als tatsächlich unbeschreibbar erweisen, indem die Verwendung von Metaphern ‚scheitert‘, z.B. dass Sinn verloren geht oder eine Verständigung misslingt. Insofern muss dem Optimismus mancher MetaphernanalytikerInnen widersprochen werden, die mitunter zu selbstverständlich davon ausgehen, dass durch die Übertragung einer Erfahrungskonzeption von einem in einen anderen Bereich der „neue Bereich zugänglich und verständlich wird“ (Buchholz, i.d.Bd.). Dass eine Metapher auch eine „Verständigungsfall“ sein kann, beschreibt hingegen Hülzer (1999).

Ein Beispiel für eine zweifach gescheiterte Verwendung von Metaphern ist der folgende Gesprächsausschnitt. Herr Keller beschreibt ein Vorgefühl, das verbunden ist mit der optischen Wahrnehmung eines sich bewegenden Punktes im Blickfeld:

(B16) *Herr Keller, Z.96-101*

P: und das is ‚äh=eh: . hEller pUN:kt' . der sich dreht, <AA> des/ der macht so ne drEhende bewegung,

A: .. hat der ne fArbe‘

P: .. hEll . <EA> und wenn ich jetz: sagen wer mal ins: . wenn ich
5 lIcht guck oder lIcht schau . und jetz . wenn (?se) zum beispiel jetz
Abends amal=,äh . nachttischlampe AU's macht und . es is rIchtig
hEll' un:d da/ es dann fInster ist' dann . is das so (?...) grün (?...)
grün (?...), . wie ein grünlicher= (?bUnkt/mOnd),

A: wie ein rUnder mo:nd, . oder was

10	P: äh . mh=ja, . mh äh . pUnkt, praktisch	nen punkt,
	A: ach	pUnkt ich hatte mOnd verstanden‘

P: mh,mh' . grÜner punkt, . grÜner punkt, .

Herr Keller versucht, den Punkt in seinem Blickfeld anschaulich zu machen. Die Frage des Arztes nach der Farbe wird knapp beantwortet, dann aber mittels eines kurzen, mehrfach reformulierten Szenarios (ins Licht schauen, Z.4f.) verdeutlicht. Die Empfindung, die man in der im Szenario erlebten Erfahrung gewöhnlich hat, v.a. die Frage der Farbwahrnehmung, soll in einem Vergleich veranschaulicht werden, der bildspendende Bereich bleibt aber – bedingt durch die undeutliche Aussprache und die sächsische dialektale Färbung – im Undeutlichen (Z.8). Der Arzt versucht, den Vergleich zu rephrasieren, wird aber korrigiert. Das Missverständnis wird metadiskursiv geklärt. Herr Keller wiederholt mehrfach seine Wahrnehmung: *grÜner punkt*.

Die Verwendung bildhafter Sprache führt hier zu einem Verständigungsproblem, denn der bildspendende Bereich wird nicht deutlich. Die Einführung des Vergleichs legt allerdings eine entsprechende Erwartungshaltung beim Arzt nahe, die nicht erfüllt wird. Die Interjektion *ach* des Arztes (Z.11) markiert die Überraschung darüber, dass an die Stelle des bildspendenden Bereichs wieder der bildempfangende tritt. Der Arzt fühlt sich zu einer Klärung des Missverständnisses veranlasst. Ursache dieses Verständigungsproblems ist die tautologische Dimension des Vergleichs: Indem bildspendender und -empfangender Bereich identisch sind, entsteht folgende Struktur: ‚Der helle Punkt ist wie ein grüner Punkt.‘ Dass ich eine solche Form des tautologischen Vergleichs als gescheiterte Metaphorik bezeichne, soll keine qualitative Wertung sein, denn auch wenn diese Metapher in sich redundant ist und mehr ‚verhüllt statt zu veranschaulichen‘ (Hülzer 1999, 194), erfährt der Arzt mit Nachdruck: Die Beschreibung dieses optischen Phänomens ist schwer, der Punkt scheint farblich im hellen Grünbereich angesiedelt zu sein. Der Formulierungsaufwand zeigt, dass es eine weitere, jedoch kaum verbalisierbare Dimension der Wahrnehmung geben muss. Er weist also auf einen für den Patienten relevanten Punkt hin (hier sogar im Wortsinne). Jedoch steht am Ende langer Reformulierungsketten in der Regel eine Sachverhaltsdifferenzierung. Das ist bei Herrn Keller kaum der Fall, denn im Vergleich zum sprachlichen Aufwand ist der Ertrag gering: Interaktiv geklärt wird lediglich die Farbe des Punktes.

Ein weiteres Beispiel für solche Verschleierungstendenzen durch Veranschaulichungsverfahren ist der folgende Ausschnitt:

(B17) *Frau Thiess, Z.62-66*

P: und wenn DAS kam und ich dann dieser balken auch überm linken ,auge war <EA> dass ich denke/ da=dachte oh gott jetz: kommt n=ANfall . aber WAR nich(t)s,

A: mhm' <hustet> . BALken über=m linken auge:

5 P: ja das is wie so=n <EA>ÄH manchmal kann ich Oben dann sehen manchmal ,unten . oder es is <tonloser>ganz weg ganz grau . . n schleier+ . das=is richtig EIne gerade linie, . so

A: so in der mitte praktisch des blickfeldes

P: ja ja ja es is . in der mitte' mal nach unten'

10 P: und mal nach oben, . 'ganz eigenartig, & erst sind so . ringsrum so alles so wie wie . blitzlichter'

Erneut (wie schon in B7) zeigt sich die Tendenz zum Shift zwischen einzelnen Veranschaulichungsverfahren, wengleich hier die Verständigung nicht gelingt. Es zeigt sich folgende Struktur (Z.5ff.): begonnener Vergleich mit Vagheitsmarkierung, Abbruch, Häsitiationssignal, eine Beispielaufzählung, deren drittes Glied formal ein Neuansatz ist, dann vier Reformulierungen, von der die dritte (*schleier*) auf jeden Fall, die vierte (*gerade linie*) wahrscheinlich metaphorisch aufzufassen ist. Die interaktive Klärung führt zu einem bewertenden Kommentar (*ganz eigenartig*). Frau Thiess schließt mit einem weiteren Vergleich (Z.11). Doch die Elemente (Balken in/über/unterm Auge, mittig, oben, unten, ganz weg, ganz grau, Schleier, Linie, ringsum Blitzlichter) tragen in ihrer Fülle und Widersprüchlichkeit kaum zur Erhellung des Sachverhaltes bei.

3.5 Kohärenzbildung

Wichtig ist in Fällen wie in dem gerade beschriebenen, nach gemeinsamen Ableitungen verschiedener Metaphern Ausschau zu halten; erst an ihnen schärft sich die Kontur eines Metaphernsystems. Dabei bekommt das Kriterium der Stimmigkeit besonderes Gewicht. Oft ist jedoch zu beobachten, dass innerhalb von Anfallsschilderungen Metaphern aus verschiedenen Bildbereichen miteinander vermischt werden, mitunter in Konflikt zu kommen scheinen. Das ist nicht weiter verwunderlich, rekurrieren wir doch im alltäglichen Sprachgebrauch nur selten auf Metaphern aus ein und demselben bildspendenden Bereich. Eher fiele wahrscheinlich auf, bliebe man konsequent in ein und demselben Bildfeld. Lakoff/Johnson ist dieser Hang zur Inkonsistenz aufgefallen. Für sie ist

aber nicht Konsistenz, sondern Kohärenz das entscheidende Kriterium, in dem Sinne, dass gemeinsame Ableitungen der Metaphern herstellbar sein müssten (vgl. ²2000, 53ff.). Nicht immer ist dies so einfach, wie im folgenden kurzen Beispiel:

(B18) *Frau Nieder, Z.100*

,es: . es KOMmt plötzlich' . <EA> wie so: . WIE so=ne NE:belwand,

Die Plötzlichkeit im Kontext mit Nebel überrascht zunächst, zieht jener doch gewöhnlich langsam auf, oder man kennt ihn als ‚wunderbar aus den Wiesen steigend‘. Der scheinbare Widerspruch lässt sich jedoch auflösen, wenn man sich unsere alltäglichen Erfahrungen vergegenwärtigt: Nebelwände kennen wir aus dem Straßenverkehr und nehmen sie wahr als plötzlich auftauchende, schnell auf uns zukommende Gefährdungen.

Andere Fälle sind vertrackter: Herr Keller konzeptualisiert seine Anfälle nicht sehr deutlich. Sie gehen einher mit deutlich spürbaren Vorgefühlen, die offensichtlich eine gewisse Zeitspanne andauern. Schon in dieser Zeit kommt es zu einem partiellen Kontrollverlust über den eigenen Körper und dem Auftauchen des schon bekannten Punktes (B17). Als typisch wird immer das plötzliche Auftreten herausgestellt. Im nun folgenden Ausschnitt allerdings greift Herr Keller zu einem Bild, das zunächst überrascht, läuft es doch überhaupt nicht konform mit diesen Beobachtungen. Er äußert die Vermutung, dass er sich vielleicht in Anfälle hineinsteigere. Der Arzt verneint dies:

(B19) *Herr Keller, Z.187-198*

- A: also dass SIE sich da reinsteigern' . glaub ich überhAUpt nich, . sondern ich glaube e/ . . ,wahrscheinlicher ist dass <EA> . diese erINnerungen so: . . . ,unabwEIsbar noch irgendwo in ihnen . . äh rUmgeistern . dass die dann immer wieder zwischendurch
- 5 P: . . zwei drähte
- A: sich
- P: ,zwei drähtchen hier irgendwie [ch:t] zum kUrzschließen bring(e)n <leise> oder sowas+
- A: ja irgendwie sowas,
- 10 P: <EA> ja <lachend> äh ich weiß=et natürlich nich ich frag (?.....)+ aber sO jetz mal <EA> vom lAien zu sehen' . sagn wer ma so . dass da: . sich dann irgendwo . ein kUrzschluss entwickelt, oder sowas' . <EA> aber . was=i(ch) dann natürlich nIch gAnz verstehe' <EA> äh::m . grad jetz bei Arbeiten oder so .
- 15 dass dann . grAd so=n anfall wieder (?bei.....)

- A: sie hAttn den eindruck' dass das vor Allem bei konzentrat:Ion oft ir-
gendwas . passiert,
- P: tja also die Anfälle' die äh . tun mich gAnz, . manchmal über'rA-
schen, also . das kann jetzt im lAUfen kommen . ,wie der hIEr'
20 <EA> es kAnn: n . . ,bei gArtenarbeit kommen, . oder ich hatt ma(l)
mein=auto saubergemacht' inne drin'
- A: mhm
- P: . und . blUbb zAck . ging das wieder lO:s' . oder . ich hab jetzt vor-
gesma(l) so so . papIEre hier sortiert' <EA> abends . und dann
25 [tschupp] <AA> . gings wieder lOs

Zwei Punkte halte ich für beachtenswert: den ungewöhnlichen Rekurs auf die Kurzschluss-Metapher sowie den Einsatz onomatopoetischen Sprechens.

Erstens überrascht die Kurzschluss-Metapher, denn im Gegensatz zum Entwicklungscharakter der Anfälle sind Kurzschlüsse wesentlich plötzlichere Ereignisse. Es fällt jedoch auf, dass Herr Keller diese Metapher als Vervollständigung eines Satzes des Arztes konzipiert. Subjekt in Herrn Kellers Syntax bleibt das vom Arzt eingebrachte *diese erINnerungen* (Z.2f.). Wir erhalten die folgende komplexe Aussage: „Wahrscheinlicher ist, dass diese Erinnerungen zwei Drähtchen zum Kurzschließen bringen“. Der Kurzschluss hat also Verursacher, nämlich *diese erINnerungen*, die in dieser Metapher personifiziert werden. Auf diese Weise wird das Ereignis *kUrzschluss* (Z.12) zu etwas innerlich mutwillig Verursachtem. Die Erinnerungen werden selbsttätig. Die Verlaufsform *zum kUrzschließen bring(e)n* (Z.7) impliziert ferner das Prozesshafte dieses Kurzschlusses. Deutlicher noch wird dies in der von offensichtlichen Unsicherheitsmarkern und metadiskursiven Kommentaren gerahmten Reformulierung: *sich dann irgendwo . ein kUrzschluss entwickelt, oder so was* (Z.12f.). Hier wird – völlig entgegen dem Bildgehalt der Metapher, denn Kurzschlüsse sind plötzliche physikalische Ereignisse – der Kurzschluss als Prozess geschildert. Insofern ist diese Metapher weder in sich noch mit den anderen Konzeptualisierungen im Gespräch konsistent. Jedoch schwingen auch in ihr dieselben Elemente mit: ein Ereignis, dessen Entwicklung einen plötzlichen Ausgangspunkt nimmt. Deutlich wird das in den nächsten Zeilen: Das Überraschende der Anfälle (Z.18) wird mit dem eher prozesshaften „kommen“ (Z.20) verknüpft.

Zweitens löst sich in der Verknüpfung der lautmalerischen Wendungen mit den Nachsätzen derselbe Widerspruch auf (Z.23: *blUbb zAck* → Plötzlichkeit; *ging das wieder lO:s* → Prozess, genauso konstruiert wie die

nachfolgende Wendung, Z.24f.): Das Vorgefühl überwältigt den Patienten plötzlich, der Anfallsprozess setzt damit ein.

Diese Analyse zeigt: Scheinbare Widersprüche oder Metaphernbrüche lösen sich mitunter in Kohärenz auf, wenn man den Blick auf die verschiedenen Ebenen und Hintergründe der verwendeten bildhaften Ausdrücke lenkt.

4 Metaphern in der Differenzialdiagnostik

Die wichtigen Fragen, denen ich mich nun abschließend zuwenden möchte, sind die folgenden: Offenbaren die im Gespräch verwendeten Metaphern mehr als den eigenen individuellen Umgang mit der Anfallserkrankung? Gibt es hinsichtlich der Konzeptualisierungen Grenzfällen, die kongruent zu medizinischen Diagnosen verlaufen?

Zunächst muss festgestellt werden, dass es unabhängig von ihrer jeweiligen Symptomatik in jeder untersuchten Patientengruppe Menschen gibt, die zu bildhafter Sprache neigen. Die eingangs zitierten Ausschnitte B1 bis B3 stammen z.B. aus Gesprächen mit Menschen, die fokale verursachte Anfälle haben (d.h. durch eine organische, lokale begrenzte Störung im Gehirn); die PatientInnen der Beispiele B4 bis B6 leiden demgegenüber unter dissoziativen Anfällen (d.h. ein nicht bewältigter psychischer Konflikt äußert sich in epilepsie-ähnlichen Anfällen).²⁰

Es war stets und ursprüngliches Anliegen des DFG-Projekts, in dem auch diese Arbeit ihren Ausgangspunkt nahm, differenzialdiagnostische Hinweise aus dem Gesprächsmaterial abzuleiten. Erste Hypothesen wurden von Wolf (2000) und Schöndienst (2000) formuliert, deutliche Ergebnisse präsentieren Furchner (i.d.Bd.) für den Bereich der Darstellung von Bewusstseinslücken sowie Schöndienst (2001) für die Bereiche der Schilderung der subjektiven Symptomatik, der Reformulierungsarbeit

²⁰ Die dritte große Gruppe stellen PatientInnen mit generalisierten Epilepsien dar (d.h. nicht nur ein Teil, sondern das gesamte Gehirn ist betroffen). Diese sind vergleichsweise leicht zu diagnostizieren und werden daher selten ans Epilepsie-Zentrum Bethel überwiesen. Im Corpus des Projekts überwiegen folglich die beiden anderen Großgruppen sowie unklare Fälle und diverse „Misch-Erkrankungen“. Gemein ist den in Bethel behandelten Fällen die oftmals schwierige diagnostische Situation; z.B. bleiben sowohl fokale als auch dissoziativ erkrankte PatientInnen trotz aufwendiger apparativer Diagnostik oft ohne eindeutigen Befund.

und der Fokussierbarkeit auf Anfallsdarstellungen im Gespräch. Ich möchte nun den Kanon der linguistischen Merkmale in der epileptologischen Differenzialdiagnose um das Feld der Metaphorik erweitern.

In der Analyse zahlreicher Gespräche mit anfallskranken PatientInnen hat sich nämlich gezeigt, dass Menschen, die eine fokale verursachte Epilepsie haben – unabhängig vom jeweiligen Alter und der Dauer der Erkrankung – ihre Anfälle ähnlich konzeptualisieren, und zwar als deutliche Bedrohung. Einige Beispiele:

(B20) *Herr Rheinländer, Z.33-38*

VOr den anfällen hab ich ja immer n jewisset vOrgefühl gehabt <langsamer> und das fi:ng ja meist so: an' . indem so:n krIbbeln also+ erst son kribbeliget gefühl und der kopf sich erwärmt dat kribbeln dat gi:ng so hinten kam hinten vom nAcken' zog sich dann von hinten . umn kOpf rum' . ja und dAnn war das so als wü: rde ne innere stImme zu mir sprechen . früher wars n jAnz brutaler text früher hießet . <mit bedrohlicher Stimme> pass auf ich bring dich um' du sollst wieder nen anfall kriegen+ und sowatt . <EA> datt war schon manchmal ganz schön har:rt,

(B21) *Frau Vogel, Z.78-81*

un=d=nn hab ich gemerkt OH, . jetz kOmmt wieder einer' . un denn hab=ich mich HINgesetzt' ganz ruhig' und so: versucht RUhig zu Atmen' . denn ha(b)=ich mich no(ch) einma verkrampt' und denn kam noch Einer' der war=n büschen: da hab=ich=n büschn geschrIEn und dann: warn die wieder vorbei,

(B22) *Herr Stricker, Z.99f.*

es STEIGT:/ . so empfinds ich . steigt In mir hoch . geht über=in/ und GREIFT=so an, . in mein ge'hirn also . <EA> (un) des in Kurzen STÖßen immer,

(B23) *Frau Reifen, Z.28*

da hab ich auf einmal angst dass mich jemand . . <leiser> umbringen will ja'

(B24) *Frau Rapper, Z.86f.*

heute . mUss ich diese anfälle . richtig abwehren . weil sonst' . wenn ich das jetz so: gEhen lasse' . den anfall' . dann . <schluckt> hat der . . verwirrung'

(B25) *Frau Obnesorg, Z.73-78*

also kurz vorm einschlafen' ,un:d . . najA ,öh dann kam Auch' . . äh . so=n vorgefühl' . ,also n AUFsteigenden' . hab ich schnell das Licht angemacht' . und denn (4 sec) MEInt=ich so: . Nich JEtzt <leicht lachend> irgendwie+ hab=ich das gesacht NIch Jetzt, <EA> und da is=s wieder weggegangen . . und d=n hatt=ich erstma ne ganze weile das licht an' . ,(?)und da hab) ich irgendwie was . gelesen oder so' . ABlenkung' <EA> . ja, und dEnn ging das, . . dann kam ka/ . also nix mehr

(B26) *Frau Tell, Z.163f.*

es fühlt sich an als ob ich da so=n bAseballschläger vorgekriecht hab

Alle hier zitierten PatientInnen leiden an einer fokalen Epilepsie, wobei der Begriff ‚leiden an‘ fast symptomatisch ist: Menschen mit dieser Erkrankung nehmen ihre Anfälle wahr als Bedrohung für Leib und Leben, das kann bis hin zu Gefühlen von Todesangst gehen (wie in B20 und B23).

Auffällig ist die Häufigkeit von Personalisierungen: Die Anfälle werden sehr oft als selbstständig ‚kommend‘ (B21, B25) und als sich eigenständig bewegend (B23, B26) beschrieben. Dabei gewinnen die Anfälle nicht immer eine personale Kontur wie in den genannten Mord-Bildern oder bei Frau Rapper, die dem Anfall *verwirrung* zuschreibt (B24), oder bei Frau Ohnesorg, die ihn direkt anredet (B25). Die Bedrohung kann auch immaterieller Natur sein, wie wir schon bei Frau Heming (B7, Z.10ff.) gesehen haben: *fast so=n gefühl jetz würd ich sterben müssen*='äh als wenn kein blut mehr durch=n körper fließt, wenngleich auch sie in der Rekonkretisierung des Vergleichs einen personalen Gegner etabliert (B8). Dass auch diese Patientin ihre Anfälle als Gegner konzeptualisiert, wird zudem durch ihre häufig verwendete Anfallsbezeichnung *attAcken* deutlich.

Nicht verwunderlich, sondern eher folgerichtig werden die Anfälle als eine Bedrohung von außen beschrieben. Es gehört beispielsweise zum Bildgehalt einer Attacke oder eines Angriffs, dass diese Aktionen von außen kommen. Auch die häufige Verwendung der Personifizierungen indiziert diese Außenverortung. Die Anfälle *kommen, treten auf, tauchen auf, gehen wieder weg* etc. Standardisierte Wendungen wie *Anfälle kriegen* oder *bekommen* schreiben dem Subjekt ebenfalls eine empfangende Rolle zu, der Erkrankung gleichzeitig eine Herkunft von außen. Auch in der zitierten Transkriptstelle aus dem Gespräch mit Frau Heming (B7) markiert das *sterben müssen* einen äußeren Zwang.

Im Ergebnis konzeptualisieren *fokale EpilepsiepatientInnen* ihre Anfälle in der Regel als eine meist von außen kommende, eigenständig handelnde, personelle oder immaterielle bedrohliche Entität, der sie sich allerdings – und dies ist ebenfalls distinktiv – aktiv entgegenstellen. Kampfmetaphern sind daher nicht selten: Anfälle werden mit Mord-Metaphern belegt, sie werden beschrieben als *quälend*, benannt als *Attacken*, sie *greifen an*, man versucht die Anfälle *in (den) Griff zu kriegen, abzuwehren*, zu *unterdrücken*, oder man *kämpft* mit der oder gegen die Erkrankung oder *wehrt sich* gegen sie. All diesen bildhaften Ausdrücken ist gemein, dass in ihnen

eine aktive, oft kämpferische Auseinandersetzung mit der eigenen Anfallserkrankung zum Ausdruck kommt.²¹ Es verwundert daher nicht, dass nicht wenige dieser PatientInnen auch erfolgreiche Abwehr- oder Unterbrechungsstrategien entwickelt haben (B21, B24, B25) – eine Beobachtung, die schon Schöndienst (2001, S35) formuliert und die in der Anfallskonzeptualisierung ihren Ausgangspunkt haben dürfte und konform geht mit dem Befund von Moser (2001), dass metaphorische Strukturierungen Teil von Problemlösestrategien darstellen.

Vergleicht man nun das fokale Anfallskonzept mit Anfallsbeschreibungen eindeutig *dissoziativ diagnostizierter PatientInnen*, zeichnen sich jene durch ein Fehlen dieser Merkmale aus. Menschen, deren unbewältigte psychische Konflikte sich in dissoziierten Anfällen ausdrücken, haben von diesen Anfällen gewöhnlich kein deutliches Konzept. Die metaphorischen Konzepte bleiben nebulös, eine außenverortete Herkunft wird für gewöhnlich nicht hervorgehoben.²²

Obwohl auch dissoziative PatientInnen die Erfahrung eines sich selbstständigenden Körpers mit der Personalisierung dieser Bewegungen verknüpfen, gewinnen die Anfälle selbst nie die Kontur einer Bedrohung oder gar eines personalisierten Gegners.

Ursächlich verwoben ist das Fehlen einer eindeutigen Anfallskonzeption mit der schon von Schöndienst (2001) beschriebenen Tendenz dissoziativer PatientInnen, sich Fokussierungsbestrebungen seitens des Arztes auf Darstellungen der eigenen Anfälle oder Schilderungen der subjektiven Wahrnehmung zu widersetzen:

Bittet man Patienten mit dissoziativen Anfällen um narrative Schilderungen einzelner Anfallsereignisse, so gelingt eine solche Fokussierung entweder gar nicht oder die gegebene Schilderung bleibt blass und hinterlässt beim Zuhörer Eindrücke teils verwirrender, teils unvollständiger Information. (ebd., S35)

Der Eindruck der durch die Schilderung hervorgerufenen Verwirrung wird nicht selten auch durch unklare Konzeptualisierungen oder einander widersprechende Bildlichkeiten verursacht; auffällige Metaphernbrü-

²¹ ‚Aktive Auseinandersetzung mit einer Bedrohung‘ ließe sich daraus als „Schlüsselmetapher“ im Schachtnerschen Sinn formulieren (vgl. 1999, 52).

²² Laienpsychologisch neigte man schnell dazu, die Ursache dafür in dem Faktum zu sehen, dass ja eben ein *innerer* Konflikt bewältigt wird und insofern eine *außenverortete* Herkunft der Anfälle kaum zu erwarten ist. Ob diese Annahme haltbar ist, kann nicht linguistisch geklärt werden.

che sind ein Indiz für derartige ‚Verhüllungsbewegungen‘. Ein Beispiel habe ich mit dem Ausschnitt aus dem Gespräch mit Frau Thiess schon angeführt (B17). Im Hülzerschen Sinne können Metaphern unbewusst verhüllend eingesetzt werden:

(B27) *Frau Hoffmann, Z.43-47*

das Is nen druck' der wird immer stärker [...] wenn der druck gAnz stark wird' . [s] sind also keine kOpfschmerzen' . wie viele das immer meinen es is . (ich) kann das so gar nich beschreiben, . als wenn son: . mann mit=em hÄmmerchen: immer drin wär. und würd ständig klopfen, sag ich ma(l)

Frau Hoffmann schildert ein anschwellendes Druckgefühl im Kopf, welches den Anfall begleitet. Zur Verdeutlichung der explizit als schwer beschreibbar bezeichneten Empfindung, wählt sie einen anschaulichen Vergleich (in diesem Fall und nicht unüblich eine Personalisierung): einen Mann, der mit einem Hämmerchen im Kopf klopft.²³ Für sich genommen sind beide Schilderungen aussagekräftig und in der medizinischen Anamnese als drückender oder pochender Schmerz bekannt. Zusammen genommen als Ausdrücke für ein und dasselbe Phänomen führen sie zurück ins Unergründliche, denn Druck ist per definitionem etwas zeitlich konstant Gefühltes, Hämmern hingegen etwas Intervallartiges. Wie oder was fühlt nun Frau Hoffmann? Dem ärztlichen Gesprächspartner bliebe nur die Kapitulation vor der Verworrenheit der Beschreibung, wäre nicht eben diese schon ein differenzialdiagnostisches Indiz. Gülich/Schöndienst (1999) haben darauf hingewiesen, dass intensive Reformulierungstätigkeit auf fokale Epilepsien hindeutet. Trägt sprachlicher Aufwand hingegen zur Verschleierung des Sachverhaltes bei, ist er ggfs. noch variationsarm und wenig ertragreich, deutet er eher auf dissoziative Anfälle hin.

Die dritte große Gruppe von Anfallserkrankungen ist die der *generalisierten Epilepsien*. Wie schon oben beschrieben, sind entsprechende PatientInnen im Corpus Anfallskrankheiten bislang unterrepräsentiert. Die Analyse schon weniger Transkripte offenbart jedoch deutliche Unterschiede zur Gruppe der fokalen PatientInnen. Keiner der vier Erkrankten tendierte auch nur ansatzweise zu einem fokalen Anfallskonzept.

²³ Ein Bedrohungsgefühl wird an dieser Stelle jedoch weder auf verbaler noch auf prosodischer Ebene zum Ausdruck gebracht.

Schwerer hingegen dürfte die Abgrenzung zu den dissoziativen PatientInnen werden, zeigen sich hier doch bislang keine großen Unterschiede. Meine vorsichtige Vermutung geht dahin, dass Menschen mit generalisierten Epilepsien ihre Anfälle weniger stark als Bedrohung empfinden, Normalität im Umgang mit ihnen demonstrieren und weniger Darstellungsprobleme haben (wodurch wiederum metaphorische Konzepte schwerer auszumachen sind). Eine Mutmaßung, wieso dies so ist, äußert eine Patientin von Schachter (1997,94):

(B28) Es gab Zeiten, da wünschte ich mir, ich hätte tonisch-klonische Anfälle²⁴ [...]. Da weiß man sozusagen, was man hat. Sie sind gefährlich, gewiss, aber immer dieselben. Mit komplex fokalen Anfällen dagegen ist das Leben voller Überraschungen! Und das kann sehr unheimlich, furchteinflößend und frustrierend sein!!!

Die nachfolgende Tabelle gibt abschließend einen Überblick über die von mir analysierten 26 Gespräche.

METAPHORISCHE MERKMALE BEI ANFALLSKRANKEN

Diagnose: Merkmal	dissoziativ n = 11	fokal n = 11	generalisiert n = 4
Anfall = Bedrohung	0	10	0
= personeller Gegner	0	8	0
= immaterielle Bedrohung	0	3	0
dynamische Entwicklung des Anfalls	2	9	0
selbsttätig agierender/ personifizierter Anfall	6-7 ²⁵	10	0
außen-verortete Herkunft	1	11	1
Kampf/aktive Auseinander- setzung mit dem Anfall	0	8	0
Unterbrechungsstrategie	1	7	2
Erfahrung eines sich verselbstständigenden Körpers	4	7	2

²⁴ Das sind generalisierte Anfälle.

²⁵ Ein Fall ist hinsichtlich dieses Punktes sehr unklar.

Fazit: Bestimmte Erfahrungen äußern sich oftmals in spezifischen Formulierungsverfahren; diesen Zusammenhang deutet schon Schachter (1997, 3) an, wenn er berichtet, dass PatientInnen mit komplexen fokalen Anfällen häufig zur ‚Blackout‘-Metapher greifen. Die in der Tabelle zusammengefassten Ergebnisse belegen erneut, dass die gesprochene Sprache von Menschen mit Anfallserkrankungen klare differenzialdiagnostische Hinweise enthält.²⁶ Wir nähern uns damit der Methodik einer linguistischen Diagnostik an, die der apparativen die Hand reichen kann, vor allem in Fällen, wo letztere nicht zum gewünschten eindeutigen Ergebnis führt. Dies ist vorrangig bei fokalen Anfällen der Fall (Schöndienst 2001, S28, Tab. 2). Mit der Intensität der Formulierungsarbeit (Gülich/Schöndienst 1999), dem Detaillierungsgrad der Erzählung (Wolf 2000), der Relevantsetzung der Anfallssymptomatik und dem Hinweis auf Unterbrechungsmöglichkeiten (Schöndienst 2001), dem Bestreben, Bewusstseinslücken zu füllen (Furchner i.d.Bd.), sowie dem hier beschriebenen fokalen Anfallskonzept wurde inzwischen eine Reihe wesentlicher Merkmale vor allem der fokalen Anfallsschilderung beschrieben, die – so ist zu hoffen – mittelfristig in die klinische Praxis Eingang finden.

5 Zitierte Literatur

Baldanf, Christa (1997): Metapher und Kognition: Grundlagen einer neuen Theorie der Alltagsmetapher. Frankfurt a.M. (=Sprache in der Gesellschaft, Bd. 24); zugleich: Diss. Uni Saarbrücken 1996.

Buchholz, Michael B. (1998): Die Metapher im psychoanalytischen Dialog. In: *Psyche* 52, 545-571.

Gülich, Elisabeth/*Furchner*, Ingrid (im Druck): Zur Beschreibung von Unbeschreibbarem. Eine konversationsanalytische Annäherung an Gespräche mit Anfallskranken. In: Keim, Inken/Schütte, Wilfried (Hgg.): *Soziale Welten und kommunikative Stile*. Festschrift für Werner Kallmeyer zum 60. Geburtstag.

Gülich, Elisabeth/*Schöndienst*, Martin (1999): „Das ist unheimlich schwer zu beschreiben“. Formulierungsmuster in Krankheitsbeschreibungen anfallskranker

²⁶ Es ist zu überlegen, inwieweit die Analyse von Arzt-Patient-Gesprächen ergänzt werden könnte durch eine Analyse *schriftlicher* Erlebnisberichte, wie sie z.B. Schachter (1997) anfertigen ließ, offenbaren diese doch zum Teil sehr ähnliche Tendenzen wie die gesprochene Sprache (z.B. Detailliertheit der Erzählungen, Füllen von Lücken, metaphorische Konzepte). Im medizinischen Alltag könnten solche Methoden etwas einfacher einzusetzen sein, wenngleich auch inhaltliche Verluste (z.B. hinsichtlich der Reformulierungstätigkeit) auftreten würden.

Patienten: differentialdiagnostische und therapeutische Aspekte. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung 1, 199-227.

Gülich, Elisabeth/Schöndienst, Martin (2000): Ansätze zu einer linguistischen Differentialtypologie epileptischer und anderer anfallsartiger Störungen. Methodologie und Anwendungsperspektiven. Vortrag auf der Tagung „Qualitative linguistische Verfahren und klinische Forschung“, Zentrum für interdisziplinäre Forschung der Universität Bielefeld, 16.-18.11. 2000.

Hülzer, Heike (1999): Metapher: Verständigungsfall und Verstehenshilfe. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung 1, 187-198.

Lakoff, George (1993): The Contemporary Theory of Metaphor. In: Ortony, Andrew (Hg.): Metaphor and Thought: Second Edition. Cambridge. 202-251.

Lakoff, George/Johnson, Mark (1980): Metaphors We Live By. Chicago. Deutsch: (2000). Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern. Heidelberg.

Lakoff, George/Johnson, Mark (1999): Philosophy In The Flesh: The Embodied Mind And Its Challenge To Western Thought. New York.

Moser, Karin S. (2001): Metaphernforschung in der Kognitiven Psychologie und in der Sozialpsychologie – eine Review. In: Journal für Psychologie 4, 17-34.

Schachter, Steven C. (1997): Über Epilepsie sprechen: Persönliche Berichte vom Leben mit Anfällen. Berlin usw.

Schachtner, Christina (1999): Ärztliche Praxis: Die gestaltende Kraft der Metapher. Frankfurt a.M.

Schmitt, Rudolf (2000): Fragmente eines kommentierten Lexikons der Alltagspsychologie: Von lichten Momenten, langen Leitungen, lockeren Schrauben und anderen Metaphern für psychische Extremzustände. <http://www.inf.hs-zigr.de/~schmitt/aufsatz/grenzen.htm> (Zugriff am 11.7.2001).

Schöndienst, Martin (2000): Von einer sprachtheoretischen Idee zu einer klinisch-linguistischen Methode. Vortrag auf der Tagung „Qualitative linguistische Verfahren und klinische Forschung“ am Zentrum für Interdisziplinäre Forschung der Universität Bielefeld, 16.– 18.11.2000.

Schöndienst, Martin (2001): Zur Differenzialdiagnose nächtlicher anfallsartiger Störungen: Apparative vs. kommunikative Möglichkeiten der Diagnostik. In: Aktuelle Neurologie 2001, Supplement 1, S33-S36.

Thomä, Helmut/Kächele, Horst (1988): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Band 2: Praxis. Berlin usw.

Weinrich, Harald (1958): Münze und Wort: Untersuchungen an einem Bildfeld. In: Lausberg, Heinrich (Hg.): Romanica: Festschrift für Gerhard Rohlfs. Halle. 508-521.

Weinrich, Harald (1967): Semantik der Metapher. In: Folia Linguistica I, 3-17.

Wolf, Peter (2000): Epileptologie: Semantik sprachlicher Formen und klinische Semiologie. Vortrag auf der Tagung „Qualitative linguistische Verfahren und klinische Forschung“ am Zentrum für Interdisziplinäre Forschung der Universität Bielefeld, 16.– 18.11.2000.

Wolf, Peter/*Schöndienst*, Martin/*Gülich*, Elisabeth (2000): Experiential auras. In: Lüders, Hans O./Noachtar, Soheyl (Hgg.): *Epileptic Seizures: Pathophysiology and Clinical Semiology*. New York usw. 336-348.

6 Transkriptionszeichen

┌	überlappendes Sprechen (Partiturschreibweise)
/	hörbarer Abbruch ohne Pause
.	kurzes Absetzen innerhalb einer Äußerung oder zwischen zwei Äußerungen
..	kurze Pause
...	mittlere Pause
(x sec)	Pause von x Sekunden Dauer
&	auffällig schneller Anschluss
=	auffällige Bindung, Zusammenziehen
<EA>	Einatmen
<AA>	Ausatmen
nich' 'doch	steigende Intonationskurve; hoher Einsatz
nicht, ,er	fallende Intonationskurve; tiefer Einsatz
jA FRAge	dynamische Hervorhebung eines Wortes, einer Silbe, eines Lautes
ja: ach so::	Dehnung einer Silbe, eines Lautes
(?ersmal)	unsichere Transkription
(?.....)	unverständliche Passage
<lachend> +	Kommentar; geht dem entsprechenden Segment voraus und gilt bis zum +

„keine absence gleicht der anderen“. Die Darstellung von Bewusstseinslücken in Anfallsbeschreibungen

- 1 Einleitung
- 2 „wie ein- und ausschalten is das“. Darstellung einer Bewusstseinslücke im Gespräch
- 3 Sprachliche Verfahren zur Darstellung von Bewusstseinslücken
- 4 Unterschiede in der Darstellung von Bewusstseinslücken
- 5 Überlegungen zu differenzialdiagnostischen Auswertungsmöglichkeiten
- 6 Literatur
- 7 Transkriptionszeichen

1 Einleitung

Den Hintergrund dieses Beitrags bildet ein interdisziplinäres Forschungsprojekt (Medizin/Epileptologie und Linguistik/Konversationsanalyse), in dem linguistisch untersucht wird, wie anfallskranke PatientInnen ihre Anfälle oder Auren¹ den ärztlichen oder therapeutischen GesprächspartnerInnen beschreiben.² Der Grundgedanke liegt in der Annahme, dass die Darstellungs- und Formulierungsmuster, mit denen PatientInnen ihre subjektiven Empfindungen, Erfahrungen und Anfallsverläufe schildern, etwas mit der Art ihrer Anfallserkrankung zu tun haben. Das Ziel des Projektes ist, herauszufinden, ob verschiedene Anfallsformen auch in unterschiedlichen sprachlichen Erscheinungsweisen ihren Ausdruck finden, ob also umgekehrt die von den PatientInnen bei der Darstellung ihrer Auren bzw. Anfälle gewählten Formulierungs- und Darstellungsverfahren Rückschlüsse auf die Art ihrer Anfallserkrankung erlauben.³

¹ „Aura“ wird die Phase genannt, die PatientInnen zu Beginn eines komplex fokalen Anfalls bewusst erleben und die oft das mögliche Auftreten einer Bewusstseinsstörung ankündigt. Im Grunde handelt es sich bei einer Aura um einen einfachen fokalen Anfall.

² Siehe auch den Beitrag von Brünner/Gülich (i.d.Bd., Kap. 3).

³ Für ausführlichere Informationen über das Projekt und erste Ergebnisse siehe Gülich/Schöndienst (1999); Wolf/Schöndienst/Gülich (2000); Gülich/Furchner (im Druck).

In solchen Beschreibungen ihrer Anfälle berichten die PatientInnen auch über Phasen „eingeschränkter Selbstverfügbarkeit“, wie wir es zusammenfassend nennen: zeitweilige Störungen oder Einschränkungen ihrer Wahrnehmungen, Bewegungsfähigkeit, Handlungs-, Sprach- oder Reaktionsfähigkeit bis hin zu einem zeitweiligen Bewusstseinsverlust.

Ich werde mich in diesem Beitrag mit der Darstellung von Bewusstseinslücken oder zeitweisigem Bewusstseinsverlust als einem Prototyp bzw. einer extremen Form eingeschränkter Selbstverfügbarkeit befassen. Hierbei handelt es sich nun keineswegs um ein einheitliches Phänomen. Die PatientInnen unterscheiden nicht nur zwischen Bewusstsein und Nichtbewusstsein. Zum einen beschreiben sie auch Zwischenformen, bei denen sie offenbar keinen kompletten Bewusstseinsverlust erleiden, sondern die Ereignisse bruchstückhaft wahrnehmen bzw. erinnern. Zum anderen schildern sie unterschiedliche Arten von Ereignissen oder Abläufen, in denen ein Wahrnehmungs- oder Bewusstseinsverlust eine Rolle spielt. Sie beschreiben Ereignisse, in denen ein Bewusstseinsverlust mit physischer Ohnmacht, d.h. mit Fallen gekoppelt ist, andere mit körperlicher Immobilität (starr oder reglos sitzen bleiben u.ä.) und auch solche, bei denen sie während der Bewusstseinslücke in unterschiedlichem Ausmaß körperlich aktiv sind. Schließlich kommt es vor, dass die PatientInnen nicht nur Teile der Ereignisse nicht wahrnehmen, sondern manchmal selbst nicht wissen, dass überhaupt ein Anfallsereignis stattgefunden hat.

In jedem Fall liegt die besondere Schwierigkeit bei der Darstellung solcher Ereignisse darin, dass die PatientInnen etwas beschreiben, das ihnen selbst nicht oder nur eingeschränkt zugänglich ist, dessen Darstellung aber im Kontext der Behandlung relevant ist.

Um einen Einblick in diese Art von Gesprächen zu geben und die Darstellung solcher Phänomene zu illustrieren, werde ich zunächst einen Gesprächsausschnitt wiedergeben und analysieren, in dem eine solche Phase behandelt wird (2), um daran anknüpfend einen systematischen Überblick zu geben über die verschiedenen sprachlichen Verfahren, derer sich PatientInnen zur Darstellung von Bewusstseinslücken bedienen (3). Anschließend werden einige Unterschiede in der konversationellen Darstellung und Behandlung von Bewusstseinslücken durch verschiedene PatientInnen herausgearbeitet (4). Schließlich sollen erste Auswertungshypothesen in differenzialdiagnostischer Hinsicht skizziert werden (5).

2 „wie ein- und ausschalten is das“. Darstellung einer Bewusstseinslücke im Gespräch

Das zitierte Beispiel entstammt einem Gespräch, das im Epilepsie-Zentrum Bethel zwischen einer stationär aufgenommenen Patientin (Frau Johannis) und einem behandelnden Arzt geführt wird.⁴ Zu Beginn des Gesprächs schildert Frau Johannis die verschiedenen Arten von Anfällen, die sie erlebt; sie hat eine erste Anfallsform beschrieben und wird nun vom Arzt nach ihren anderen Anfällen befragt:

Beispiel 1a: Frau Johannis (Z. 13-18):

- A: sie sagten ja . eingangs . sie würden zwei verschiedene formen unterscheiden, und die eine⁶ . ham sie grade beschrieben⁶
- J: mhm⁶ . . ja und das ANdere das sind so sekUNden blackouts, . . (8 sec) wusst ich sElber einklich gAr nischt mehr . davon,
- A: (5 sec) wie fängt das an⁷ .
- J: ja, . hm . . kein vorgeföhl nIx . gAr nix, (7 sec) hm, . . ja und dann dann ble/ also wIE ein und ausschalten, . <leiser> is das, + . . . <räuspert sich> (6 sec) ja und die ANDren dinge die da: da so gewEsen sind (...)

Frau Johannis benennt eine zweite Anfallsform mit dem metaphorischen Begriff „sekunden blackouts“, der einen kurzfristigen Bewusstseinsverlust impliziert und den sie nach einer langen Pause (8 Sekunden) mit der Benennung fehlender eigener Erinnerung expliziert.

Die nach einer Pause erfolgende Frage des Arztes nach dem Beginn solcher Ereignisse beantwortet Frau Johannis mit Verneinungen („kein vorgeföhl nIx . gAr nix“). Nach weiteren 7 Sekunden Pause reformuliert sie (nach einer abgebrochenen Äußerung) mit einem Bild: „wie ein- und ausschalten“. Indem sie nach einer erneuten langen Pause (6 Sekunden) zu einem anderen Thema überleitet, macht sie deutlich, dass sie hierzu nichts Weiteres zu sagen hat.

In einer späteren Gesprächsphase kommt der Arzt auf diesen Anfallstyp zurück:

⁴ Unser Corpus besteht aus Gesprächen verschiedener Art (Erstgespräche in der Ambulanz, Chefarztvisiten, Stationsgespräche), die sämtlich im Rahmen der klinischen Routine – also nicht zu Forschungszwecken – geführt werden. Die hier verwendeten Namen der PatientInnen sind selbstverständlich erfunden. Die verwendeten Transkriptionszeichen finden sich am Ende des Beitrags.

Beispiel 1b: Frau Johannis (Z. 44-55):

- A: und der zwEItE da sagten sie ja der besteht eigentlich nur . darin
- J: . . die die blackouts eben, also die die ich dann . dann nur von ANdern . gesagt kriege
- A: &die merken sie auch nich wenn sie abgelaufen sInd dass ihnen dann son:: stück fehlt
- J: ein mal . hab ich=s gemerkt letztens . da ham mir dann n paar meter weg gefehlt, . m:=unterwegs m:: <pustet aus> (e)s is eigentlich (?...) ja und mal nachts jetzte, . vor paar tagen . da wusst ich überhaupt nich was abgelaufen is
- A: . . . da sind sie . ja, . wie war das'
- J: ja <lacht kurz> . ich hab mich dann jetzt sitzend auf=m bett wiedergefunden' und die <leicht im Lachen> nachtschwestern saßen neben mir' + . und ham mich nach=m zEUg gefragt aber ich wusst nich was . was IOs war eigentlich . ich wär rUmgelaufen hamse gesagt dort un: und hätte irgendwelches zeug gequatscht
- A: . ah=so ich hätte mir das so vorgestellt dass das praktisch nur ein . ne weile . rEglos sein, . . wäre . was andern: nur auffällt wenn sie mit ihnen im gespräch sind,
- J: ja dAs auch, als(o) das is meinem mAnn ja auch immer aufgefallen zu hause, . er hat ja auch dann gedacht ich ich . tu ihm nich mehr zUhören, (10 sec)

Frau Johannis benennt den Anfallstyp wiederum mit dem Ausdruck „blackouts“, den sie als einen eingeführten Begriff markiert („eben“). In einer unmittelbar angeschlossenen Präzisierung verweist sie auf Aussagen anderer als Quelle ihres Wissens über solche Ereignisse und damit implizit auf fehlende eigene Wahrnehmung.

Auf Nachfrage des Arztes gibt Frau Johannis an, solche Ereignisse auch schon rückwirkend wahrgenommen zu haben; dabei greift sie seine Formulierung „dass ihnen dann son:: stück fehlt“ auf und präzisiert sie mit „n paar meter weg gefehlt“. Sie deutet also ein während dieser Phase ablaufendes Geschehen an, von dem sie keine Kenntnis hat. Dann verweist sie auf ein weiteres entsprechendes Ereignis, wobei sie wiederum ihre fehlende eigene Erinnerung oder Wahrnehmung ins Zentrum stellt („da wusst ich überhaupt nich was abgelaufen is“). Auf Nachfrage des Arztes schildert sie das Ereignis: Sie benennt die wieder einsetzende Wahrnehmung mit einer Formulierung, die eine Lücke im Ereignisablauf andeutet („ich hab mich ... wiedergefunden“), schildert ihre Desorientierung und rekonstruiert das Geschehen, indem sie ihre Ausführungen als

Wiedergabe von Zeugenaussagen markiert („ich wär ... hätte ...“, „hamse gesagt“).

In einer indirekten verständnissichernden Rückfrage zeigt der Gesprächspartner einen Widerspruch an zwischen dem beschriebenen Ereignis und seinem bisherigen Verständnis dieses Anfallstyps, das er expliziert mit „ne weile reglos sein“. Frau Johannis bestätigt, dass dies auch vorkomme, und illustriert das mit einer minimalen iterativen Erzählung, in der sie über das Aufrufen eines Zeugen („mein mann“) wiederum indirekt ihre fehlende eigene Wahrnehmung zum Ausdruck bringt. Die GesprächsteilnehmerInnen entwickeln also interaktiv, dass der als „blackout“ bezeichnete Anfallstyp verschiedene Ablaufformen umfasst.

Im weiteren Gespräch verwendet Frau Johannis, wenn sie sich auf diesen Anfallstyp bezieht, durchgängig den Begriff „blackout“ ohne weitere Differenzierungen oder Präzisierungen („vorher war=s dann ab und zu ma auch mittem . blackout verbunden“; „also die blACKouts hatt ich ja zu hause schon,“ usw.).

3 Sprachliche Verfahren zur Darstellung von Bewusstseinslücken

Das Beispiel von Frau Johannis zeigt bereits verschiedene Verfahren, mit denen PatientInnen Bewusstseinslücken im Gespräch darstellen. Diese Verfahren, die sich aus der Auswertung der Gespräche ergeben haben, möchte ich im Folgenden im Überblick darstellen. Sie lassen sich in drei Gruppen unterteilen:

- o Formulieren einer Lücke
- o „Abbilden“ einer Lücke
- o Rekonstruktion

Das „*Formulieren einer Lücke*“ bezeichnet Äußerungen oder Begriffe, mit denen ein Bewusstseinsverlust mehr oder weniger deutlich zum Ausdruck gebracht, d.h. ein Wahrnehmungs- oder Bewusstseinsverlust, ein Zustand physischer Ohnmacht oder eine Erinnerungs- bzw. Wissenslücke über einen Teil der Ereignisse benannt wird. Die folgenden Beispiele für solche Formulierungen sind zahlreichen verschiedenen Gesprächen entnommen:

dann merk ich nichts mehr – ich kriege nichts mehr mit – dann is bei mir aus / schluss / dunkel / feierabend – ich bin dann irgendwie abgeschaltet – dann bin ich weg / geistig weg – dann fall ich um – bin da zusammen-

gefallen – bin ich abgeklappt – da kipp ich um – wo n moment pause is – dann werd ich bewusstlos / ohnmächtig

Abwesenheit, Aussetzer, Wegtreter, Fadenriss, Filmriss, Bewusstlosigkeit, Bewusstseinsverlust; Ohnmacht(sanfall), Absence, Grand-mal-Anfall, Anfall

von da an kann ich mich nicht mehr erinnern – mir fehlen dann sekunden oder minuten – ne lücke, n stück zeit was weg is – n zeitraum der mir fehlt

Neben solchen direkten Benennungen oder Formulierungen stellen die PatientInnen einen Bewusstseinsverlust auch indirekt dar, indem sie wieder einsetzendes Bewusstsein benennen und so in einem pars-pro-toto-Verfahren das Konzept „Bewusstseinsverlust“ durch die Benennung eines Elements daraus aufrufen:

wenn ich dann wieder zu mir komme – dann bin ich auf einmal wieder da – bis ich wieder zur besinnung komm – als ich wieder wach werd

Wie die aufgeführten Beispiele deutlich machen, verwenden die PatientInnen zur Darstellung von Bewusstseinslücken sowohl fachsprachliche als auch Alltagssprachliche sowie metaphorische Ausdrücke. Dabei zeigen sich hinsichtlich der Präsentation und Verwendung der Ausdrücke im Gespräch keine systematischen Unterschiede: Begriffe aus allen Bereichen werden von den PatientInnen zum Teil wie klare, eindeutige, unproblematische Ausdrücke verwendet und zum Teil markiert oder kommentiert eingeführt und verwendet (*n filmriss sag ich mal – ne art absence – irgendwie so ne lücke – praktisch n moment pause – so weggetreten*).

Alltagssprachliche Begriffe wie *umfallen*, *hinfallen*, *irgendwo liegen*, *wach werden* beziehen eine Bedeutung von „Bewusstseinsverlust“ offensichtlich zum Teil aus dem Kontext „Anfallsbeschreibung“: Die interaktive Behandlung solcher Ausdrücke macht deutlich, dass die SprecherInnen sie im Rahmen von Anfallsdarstellung ausschließlich in dieser Bedeutung verwenden und dass die ärztlichen GesprächspartnerInnen sie in diesem Kontext mehr oder weniger automatisch in dieser Bedeutung verstehen.

Hinsichtlich des konkreten Phänomens, das sie benennen, sind die verwendeten Begriffe und Ausdrücke oft uneindeutig. Auf welche der verschiedenen Formen von Bewusstseinsverlust Bezug genommen wird, ergibt sich nicht aus den Ausdrücken selbst: Zum einen sind sie semantisch nicht eindeutig; das wird im oben zitierten Gespräch mit Frau Johannis durch die Rückfragen des Arztes beispielhaft deutlich. Zum anderen bezeichnen PatientInnen manchmal verschiedene Formen mit

demselben Begriff (so wie Frau Johannis). Schließlich lässt sich auch in den Gesprächen, in denen das beschriebene Phänomen durch Präzisierungen, Illustrationen, Erzählungen deutlich wird, keine systematische oder einheitliche Verwendungsweise erkennen. Manche der aufgeführten Begriffe scheinen durchaus eindeutig zu sein (z.B. „ohnmächtig“, „umfallen“). Doch zeigt sich beispielsweise, dass PatientInnen mit dem Begriff „umfallen“ nicht notwendig auch eine physische Ohnmacht meinen. Auch finden in Bezug auf solche eindeutig erscheinenden Ausdrücke in den Gesprächen manchmal interaktive Aushandlungen statt, wie die folgenden Beispiele deutlich machen. Im ersten Beispiel (einem Ausschnitt aus einem Gespräch in der Chefarztvisite) befragt der Chefarzt den Patienten (Herrn Kranen) zu einem Ereignis, das in den schriftlichen Unterlagen erwähnt wird:

Beispiel 2: Herr Kranen (Z. 61-69):

- A: am dOnnerstag, heißt=s hier (?das eine mal) dass sie: . . äh ne hAlbe minute lang . stArr durch jemand dUrch ‚gekuckt habm
- K: [...] ja frau NAME hat das einge[tragen] die hat=es gesehn . dIE saß mir gegenüber,
- A: . ja: . . un:d=öh: hAt ‚sie aber nich Angesprochen, <leiser> in dem moment (?ich meine ..)+ . also dA könnte es sEIn, dass sie da nicht dUrchgehend bei bewUsstsein, warn . <leise> nach dem was hier (?steht) +
- K: kommt drauf an wie man das bewUsstsein (?sIEht), & also ich war wohl kÖrperlich, . . da’ . bloß ebm dass das gehi/ gehIrn eben ma kUrZ . ‚Abgeschaltet war
- A: . . . ja,‘ das würde man mit bewUsstsein, meinen ne’

Als der Arzt für das Anfallsereignis, das er aus den Unterlagen zitiert, die Interpretation und Benennung „nicht durchgängig bei bewusstsein“ vorschlägt, problematisiert Herr Kranen zunächst die Bedeutung des Begriffs „Bewusstsein“ und präzisiert dann den Zustand, den er in der betreffenden Situation erlebt hat. Er weist den Begriff damit als uneindeutig aus und zeigt an, dass seine Angemessenheit für das von ihm Erlebte erst ausgehandelt werden muss. Einen anderen interessanten Umgang mit demselben Begriff zeigt Herr Länger, der Patient im folgenden Beispiel:

Beispiel 3: Herr Länger (Z. 29-35):

- A: und wie gehts dann weiter’ . . was is das nächste nach diesem . . komischen gefühl

- P: . . mh.; . ja dann geht das wieder Über dann . in den Anfall dann sElber dann, . also dann bis zUr' . bewUsstlosigkeit auch, . äh: ab dA' . krieg ich dann auch dann' . den Anfall nich mehr mIt, . kAnn ihn aber teilweise so im nAchhinein noch Etwas so' . äh rEKonstruieren, . die LÜCKe sozusagen . die dann bei mir is, . die fEHlt mir dann ja, . nech' . tEIlweise kann ich mich im nAchhin auch noch Etwas so an' . an . kleINE stückchen dann noch erInnen dAnn' . [mh'] tEIlweise aber auch n bisschen MEHR wenn das nIch' . wenn ich nich sO sehr bewusstlos war, . . oder nur kURz' . das (? krIEg ich da) sozusagen nochmal wieder in son zusAmmenhang,

Herr Länger stellt eine Phase im Anfallsverlauf dar, die er zunächst u.a. mit „Bewusstlosigkeit“ benennt. Im Weiteren präzisiert er seinen Zustand während dieser Phase: Er beschreibt eine Art fragmentarischer Wahrnehmung, die unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann. In seiner Erklärung nimmt er den Begriff „bewusstlos“ wieder auf und bearbeitet ihn („nich SO sehr bewusstlos“), wobei er „Bewusstsein/ Bewusstlosigkeit“ als ein graduelles Phänomen behandelt.

Die zur Darstellung verwendeten Begriffe unterliegen also potenziell immer der interaktiven Aushandlung. Wir sehen, dass die PatientInnen bei der Bearbeitung ihrer Beschreibungsaufgaben und -probleme zum Teil die Bedeutung von Begriffen modifizieren, um diese ihren spezifischen Empfindungen und Erlebnissen anzupassen.

Die bisher genannten Verfahren des „Formulieren“ einer Bewusstseinslücke verwenden die PatientInnen sowohl in verallgemeinerten Beschreibungen von Anfallsabläufen als auch in narrativen Rekonstruktionen von Anfallsereignissen. Die im Folgenden dargestellten „Methoden“ (im ethnomethodologischen Sinne) werden eher in der episodischen Rekonstruktion singulärer Ereignisse eingesetzt.

Das „Abilden einer Lücke“ besteht darin, dass die PatientInnen in der Schilderung eine Diskontinuität der Ereignisse, eine Lücke im Ablauf darstellen. Dies tun sie beispielsweise dadurch, dass sie eine Lücke „konturieren“, indem sie eine letzte Wahrnehmung bzw. Erinnerung vorher und eine erste danach beschreiben, wie die Sprecherin im folgenden Beispiel:

Beispiel 4: Frau Lübke (Z. 12-15):

beim wALdlauf bin ich auf einmal stehengeblieben' . un:d dann hab ich gemerkt so die: rechte hand' . die . ging so hoch' und . irgendwie das WEIß ich noch . jedenfalls bin ich dann das muss nicht lange gedauert haben weil hinter mir liefen ja Auch noch welche, . und ich hab nur gemerkt wie ich dann im sANdboden da war

Typische Formulierungen für solche „Grenzmarkierungen“ sind „dann weiß ich nur/noch wie“ – „ich kann mich nur/noch erinnern dass“ und „ich weiß erst wieder als“. Tatsächlich müssen nicht notwendig beide Grenzmarkierungen realisiert sein; offensichtlich reicht auch eine der beiden aus, um eine Lücke zu markieren.

Andere PatientInnen stellen einen Zeit- oder Ereignissprung dar, indem sie zwei zeitlich aufeinander folgende Ereignisse oder Zustände unter Auslassung der Entwicklung oder Verbindung dazwischen schildern. Einige Beispiele sollen dieses Verfahren illustrieren:

Beispiel 5a: Herr Vielfalt I (Z. 15-16):

also ich sItze hier ich gEhe' und auf einmal machts platsch' . und dann
bin=ich aufm boden'

Beispiel 5b: Herr Vielfalt I (Z. 21-23):

das war aufer arbeit das gleiche' ich bin am büRO gesessen also aufm
stUhl'=n=hab gearbeitet . hab telefoniert' und als ich wieder wAch werd
ha/ lieg ich Immer noch so' den hörer noch inner hand'

Beispiel 5c: Frau Berg (Z. 57-59):

da bin ich mit dem bus: oder . und u-bahn unterwegs gewe:sen' . habe
drei stat/ bUsstationen' . Ausgelassen' . wollte eigentlich auch in ein and-
res geschÄft noch gehen und fand mich zuhause wie:der,

Beispiel 5d: Frau Birke (Z. 71):

ich weiß dann:: dass ich was trinken wollte' und dass ich dann mit=m glas
(?...) und das glas eben kaputt is,

Die Lücke bzw. der Sprung zwischen den beiden Zuständen oder Ereignissen wird mehr oder weniger deutlich markiert: Im ersten Beispiel deutet Herr Vielfalt unspezifisch ein Geschehen zwischen den beiden Ereignissen an („machts platsch“); im zweiten formuliert er eine Bewusstseinslücke indirekt. In den beiden letzten Beispielen hingegen reihen die Patientinnen die beiden Zustände direkt aneinander. In solchen Fällen wird der Sprung oder die Lücke zwischen den Ereignissen oft zusätzlich sprachlich markiert. So lässt sich häufig zwischen dem ersten und dem zweiten Teil ein Umschalten von Aktion zu Zustand, von dynamisch zu statisch, ein Tempuswechsel o.ä. beobachten. Zudem zeich-

net sich der zweite Teil, d.h. der geschilderte Endzustand, häufig durch irgendeine Art von Ungewöhnlichkeit aus (vor dem Bett liegen, Glas kaputt, mit dem Kopf im Wäschekorb, mitten inner Nacht barfuß im Treppenhaus vor der Wohnungstür u.a.). Schließlich wird in diesem Kontext häufig die Formulierung „ich fand mich wieder“ verwendet, die einen Sprung oder eine Lücke in den Ereignissen offenbar so deutlich impliziert, dass sie allein als Markierung ausreicht (Bsp. 5c; vgl. auch Frau Johannis, Bsp. 1b).

Eine dritte Methode der Darstellung einer Bewusstseinslücke besteht in der Markierung der Darstellung als „Rekonstruktion“: Die PatientInnen machen deutlich, dass das, was sie schildern, nicht auf ihrer eigenen Wahrnehmung beruht. Bei solchen als Rekonstruktion ausgewiesenen Darstellungen der Ereignisse verweisen die PatientInnen auf zwei Quellen: Zum einen rekurrieren sie auf Aussagen von Zeugen, d.h. Personen, die während des Ereignisses anwesend waren, und markieren dies als Redewiedergabe. Im Gespräch mit Frau Johannis (s.o. Bsp. 1b) findet sich eine kurze Rekonstruktion dieser Art (für ein ausführliches Beispiel siehe auch unten Bsp. 10).

Zum anderen stellen die SprecherInnen dar, dass sie die Ereignisse aus situativen Fakten rekonstruieren, was sie in der Regel durch Modalverben oder Adverbien und durch Anführen von Begründungen und Vorführung ihrer Schlussverfahren markieren: „ich muss vOrne rüberjekippt sein‘ und da war=n rAsn, oder was . . weil hier vOrne alles: . rAsn, drauf war bei mir“ (Herr Igel). Der Patient im folgenden Beispiel führt seinem ärztlichen Gesprächspartner seinen eigenen Rekonstruktionsprozess der Ereignisse detailliert vor:

Beispiel 6: Herr Rheinländer (Z. 83-91):

bin ich richtung bad gegangen und als ich unterwegs war zum bad plÖtzlich musses dann zum Anfall gekommen sein‘. denn als ich wieder ZU mir kam befand ich mich auf einmal . im schlafanzug barfuß oben aufm speicher, . und da:n wurde mir erst so nach circa . [z] . (?was) FÜNF bis zehn minuten bewusst was einglich passIert wa:r . bis: . bis ich was mitjekriegt hatte datt ich n anfall jehabt habe und . während dett anfalls nich ins bAd jegangen bin . sONdern: . die wohnungstür au:fjemacht habe . draußen ins treppenhaus jegangen bin . auf=en spEIcher marsch:iert bin und hINter mir . <EA> de wohnungstür ZUjemacht habe . denn als ich auf jeden fall wieder rUNter zu meiner wohnung, . kam . war de wohnungstür verschlossen und ich . stand mItten inner nacht barfuß im treppenhaus vor der wOHnungstür,

Damit, dass die SprecherInnen die Darstellung der Ereignisse als Rekonstruktion markieren, implizieren sie, dass sie darüber kein eigenes Wissen direkt zur Verfügung haben. Indem sie von den dargestellten Möglichkeiten der Rekonstruktion konkret und praktisch Gebrauch machen, versuchen sie darüber hinaus auch, diese Lücke zu „füllen“.

4 Unterschiede in der Darstellung von Bewusstseinslücken

Die vorangegangenen Ausführungen dienten dazu, einen Überblick zu geben über die verschiedenen sprachlichen Verfahren, derer sich die PatientInnen zur Darstellung von Bewusstseinslücken bedienen. Interessant ist nun, wie die einzelnen Verfahren in der Darstellung und interaktiven Behandlung des Phänomens eingesetzt werden, zu welchen Gesamtdarstellungen sie sich verbinden und welche Relevanzen und Präferenzen sich dabei ausmachen lassen. Hier zeigen sich in den Gesprächen sehr deutliche Unterschiede.

In dem Gespräch mit Frau Johannis (s.o. Bsp. 1a und 1b) war zu sehen, dass diese Patientin die Bewusstseinslücke zunächst mit einem Begriff benennt („Blackout“). Ausgelöst durch Nachfragen des Arztes oder längere Pausen bearbeitet sie ihn mehrfach, aber immer mit (direkten oder indirekten) Benennungen („wie ein- und ausschalten“, „die ich nur von anderen gesagt kriege“). Erst auf Nachfragen und explizite Aufforderung des Arztes detailliert sie die Lücke, indem sie exemplarisch schildert, was während dieser Phase geschieht. Frau Johannis benennt zudem solche Ereignisse im ganzen Gespräch durchgängig mit demselben Etikett. Dass sie ganz verschiedene Ablaufformen solcher Ereignisse erlebt, stellt sie nicht in eigener Initiative dar, sondern es wird erst auf Nachfragen und unter starker Mitwirkung des Gesprächspartners interaktiv erarbeitet (dies führt aber nicht dazu, dass Frau Johannis sie in der Folge differenziert benennt).

Insgesamt lässt sich also festhalten, dass Frau Johannis selbstinitiiert zu einer eher „holistischen“ Darstellung der Bewusstseinslücke tendiert. Während sich im Verlauf des Gesprächs zeigt, dass sie durchaus einiges Weitere dazu sagen kann, setzt sie selbst weder eine Detaillierung noch eine Differenzierung solcher Ereignisse relevant.

Eine vergleichbare Darstellung von Bewusstseinslücken zeigen die beiden in den folgenden Ausschnitten zitierten Patientinnen:

Beispiel 7: Frau Leysen (Z. 15-19):

- L: ich mein: ich kriegs halt nur erzählt wie=s aussieht und . . aber: . ich bi=ja kein Arzt, ich kann das nich <leicht lachend> beURteilen, +
- A: (7sec) mmh' (7sec) aber sie: . . mErken, sie . und (7sec) kriegn mit was davOr is' ,was d/ . danAch is' ,vielleicht auch manchmal was dabEI is'
- L: . . <EA> na:, dabei krie=ich einglich nIchts ,mit . . <Hüsteln> . . ja ,aber vOrher . merk ich ja auch . GAr nichts' . . . öh . . . (i)ch=weiß halt nur dass ich danach halt . sEhr . m/ mAtschich, bin (4sec)

Frau Leysen stellt auf die Aufforderung des Arztes, ihre Anfälle zu schildern, eine Bewusstseinslücke ebenfalls dar, indem sie sie mit entsprechenden Ausdrücken zusammenfassend benennt („ich kriegs nur erzählt“, „krieg nichts mit“). Auch in Schilderungen singulärer Anfallsereignisse, die sie im weiteren Gespräch fremditiert unternimmt, resümiert sie das Anfallsgeschehen und die Bewusstseinslücke durchgängig mit Formulierungen wie „da war ich halt AUch für=n moment wEg“, „da ham die: . <EA> ,ähm: . mich da irgendwie eh ,aufgesammelt also=ich hab das . . ähm . nich mItgekrich“, usw. An keiner Stelle im Gespräch strengt Frau Leysen eine Detaillierung an oder setzt sie relevant.

Beispiel 8: Frau Erle (Z. 4-20)

- E: naja so richtig irgndwo die symptOme (?klärn), ne'
- A: (6sec) richtig die symptOme . klÄrn'
- E: mmh' . ich mein ich fall immer um und . MErks ni un:d . . . es dauert dann auch ne gANze weile bis ich wieder DA ,bin [...] die könn auch praktisch ma/ mit mir machn was se wOlln, ne' letztens ham=se im krankenhaus mir . <EA> wieder n zÄpfchen eingeführt' hab ich ni gemErkt, . also, . die kriegen mich auch gANz schwer mUnter, [...] ja isch kann mir auch nit viel drunter vOrstellen, ne' . Weil=isch ebmd auch nie MErke, jetz: dass mir jetz vorher schwIndlich wird <EA> . oder schLESCHt wird oder was ,gAr ,nischts . urplötzlich: . lIEg=,isch dann irgnwo,

Frau Erle, die gleich zu Beginn des Gesprächs selbstitiert ihre Anfälle thematisiert, benennt eine Bewusstseinslücke im Gespräch durchgehend mit den Ausdrücken „umfallen“ und „irgendwo liegen“, den Wahrnehmungsverlust selbst hauptsächlich mit „nicht/s merken“. Auch in sowohl selbst- als auch fremditierten Rekonstruktionen singulärer Anfallsereignisse stellt sie den Anfall bzw. den Bewusstseinsverlust durchgängig mit resümierenden Formulierungen dar bzw. deutet ihn nur an („da tat=s n schlag“, „das wAr=s ,dann“ usw.).

Ebenso wie Frau Johannis stellen diese beiden Patientinnen also eine Bewusstseinslücke holistisch dar; sie setzen weitere Detaillierungen nicht relevant und nehmen solche im Gespräch nicht vor. Die drei Gespräche zeigen dabei deutlich, dass diese sparsame und holistische Darstellung der Lücke nicht davon abhängig ist, ob die PatientInnen im Gespräch überhaupt eher aktiv sind, ob sie viel oder wenig über ihre Anfälle reden. Denn in dieser Hinsicht unterscheiden sich besonders die beiden letzten Patientinnen recht deutlich: Frau Leysen zeigt sich im Gespräch eher passiv und wenig initiativ; diese Zurückhaltung beschränkt sich nicht auf das Thema Anfälle. Frau Erle dagegen ist im Gespräch insgesamt sehr aktiv, sie thematisiert auch selbstinitiiert verschiedenste Aspekte im Zusammenhang mit ihren Anfällen. (Frau Johannis' Gesprächsverhalten liegt zwischen diesen beiden relativ extremen Formen.)

Andere PatientInnen behandeln Bewusstseinslücken im Gespräch in einer Weise, die sich von der oben gezeigten sehr deutlich unterscheidet. Der Patient im folgenden Ausschnitt, Herr Rheinländer, formuliert eine Bewusstseinslücke zunächst ebenfalls mit einem Begriff, doch unternimmt er es auch in eigener Initiative, sowohl die Lücke selbst – in diesem Fall ihre Dauer – als auch das, was während dieser Zeit mit ihm geschieht bzw. was er tut, genauer zu beschreiben:

Beispiel 9: Herr Rheinländer (Z. 24-27):

- R: wenn ich da so irgendwo jesEssen habe . oder die (?...) jemacht hatt . ich war vielleicht . so sagen wer mal sEchzich bis nEUnzich sekunden bewusstlos . also bewusstlosigkeit war Immer mit im spiel' . aber es is eben nichts anderes passiert als dass ich . sItzengeblieben bin . nur bewusstlos war . vielleicht mitten hÄNden am körper son bissel rUmgenestelt habe
- A: ham sie selbst das mitgekriegt . (?...)
- R: nÄ nä nä datt weiß ich nur von irgendwelchen erzÄHlungen,

Die Rückfrage des Gesprächspartners lässt erkennen, dass für diesen aus der detaillierten Darstellung nicht eindeutig ersichtlich ist, inwieweit der Patient die geschilderten Dinge selbst mitbekommt.

Im weiteren Verlauf des Gesprächs schildert Herr Rheinländer mehrfach von sich aus Anfallsereignisse mit Bewusstseinsverlust sehr detailliert, indem er aus situativen Fakten den Ablauf der ihm nicht erinnerlichen Teile der Ereignisse rekonstruiert (ein Beispiel dafür wurde schon zitiert, s.o. Bsp. 6).

In ähnlicher Weise beschreibt Herr Vielfalt (den wir bereits aus Bsp. 5a und 5b kennen) Anfallsverläufe zunächst detailliert in verallgemeinerter Form und illustriert diese anschließend selbstinitiiert mit minutiösen Schilderungen von Anfallsereignissen, indem er sich für die Fakten, die seinem eigenen Bewusstsein nicht zugänglich sind, auf Aussagen von Zeugen beruft. Der folgende Ausschnitt gibt davon einen anschaulichen Eindruck:

Beispiel 10: Herr Vielfalt (II, Z. 59-75):

und dann gibt es diese glEiche sache . die ich als nummer zwEI im anfallskalender . notiere' . schwere arme' . schwere beine' . und dAs is dann so' . dass dann . meistens . bEIde beine schwer sind, . . . hab ich dann das so das gefÜHL und dA is es dann so . so dass ich dAnn . wenn ich dAnn stehe' . dann kann ich mich sElbst . an einer . (?..) nicht mehr festhalten, . das zieht mich dann . trotz . obwohl ich festhalte . zu boden, und dann geht das so . hab=ich das gefühl so inne knie . und da is dann keine hilfe mehr nö/ von nöten, . un(d) das is mir am samstag passiert als ich mit meiner frau in die stadt war' . und da is mir ne . sache passiert' . <EA> da: . hat meine frAU mich wieder erst . dran erinnert' . wir warn . (wir) wollten ins kino gehn' . hab=ich gekuckt wann der film beginnt' und wollten dAnn . bei (?...) über die fußgängerampel' . in der innenstadt' . und warn auffem weg zur fußgängerampel' und dann: . sagt sagtse zu mir wie gesagt meine frau' . du musst gemerkt haben dass du irgendwie n Anfall bekommst, . (?..) schwere arme' schwere beine, wo ich zu boden gehe sagtse . denn du bist . nicht zur fußgängerampel du bist grAdeaus weiter auffen bAUstellenzei/ sch zaun zugelaufen, . . das hab ich aber nich mitgekriegt, davon wEiß ich nichts, . denn erst . erst als ich . da . vOr stand' . und hatte da auf einmal zwei . diese starken rohre von dem zaun in der hand' . . beide füße so verkrampft' . stand ich sO' . hatte mich gehalten und merkte erst wieder als . son junges pärchen son junger mann mich noch mit hIElt davon' . meine frau sagte können sie mir ma kurz helfen und ich so inne knie ging und dachte nur noch . hoffentlich . wird mein hinterteil jetzt nich nass der boden war nass, . dAs merk ich dann wieder, . von dem dazudrauflaufen . davon weiß ich nichts,

Diese PatientInnen stellen also ebenso wie die zuvor zitierten einen Bewusstseinsverlust dar, indem sie ihn mehr oder weniger explizit benennen. Darüber hinaus detaillieren und präzisieren sie selbstinitiiert verschiedene Aspekte solcher Ereignisse wie z.B. ihre Dauer oder ihre Qualität (wobei sie teilweise das verfügbare sprachliche Material kreativ handhaben, um es ihren spezifischen Erlebnissen und Darstellungsbedürfnissen anzupassen, s.o. Bsp. 3), und sie zeigen ein deutliches Bemühen, die durch den Bewusstseinsverlust entstehende Lücke in den Ereignissen

nissen zu „füllen“, d.h. auch den ihnen nicht direkt zugänglichen Teil der Ereignisse möglichst präzise und detailliert darzustellen.

Diese PatientInnen setzen also eine möglichst detaillierte und vollständige Beschreibung selbst relevant. Diese Relevanzsetzung führt mitunter sogar dazu, dass der Modus der Rekonstruktion, d.h. die deutliche Darstellung eines sich ereignenden Bewusstseinsverlustes, hinter der detaillierten Darstellung der Ereignisse zurücktritt.

Es scheint so, dass PatientInnen diese Relevanzsetzung manchmal auch auf andere Arten zum Ausdruck bringen – offenbar dann, wenn es ihnen nicht möglich ist, die Lücke mit Fakten zum Ereignisverlauf zu füllen. So detailliert beispielsweise Herr Gonzales in der Rekonstruktion eines Anfallsereignisses sein Nichtwissen über eine Phase des Ablaufs, indem er verschiedene Aspekte aufzählt, über die er keine Kenntnis hat:

Beispiel 11: Herr Gonzales (Z. 45-48):

ich weiß gAr nichts mehr davOn, . . ich weiß nich wie ich ausm wAsser rausgekommen bin, . wie ich wEggegangen bin, [mb] wie: ich mitm krAnkenwagen nach m . ins krAnkenhaus gebrAcht wurde' . ich weiß von nNichts, . nur wie ich eben Aufgewacht bin im krAnkenhaus,

Eine etwas andere Methode zeigt Herr Vielfalt im folgenden Ausschnitt: Während er singuläre Ereignisse meist detailliert rekonstruiert (z.B. durch Zeugenaussagen, s.o. Bsp. 10), füllt er in dieser verallgemeinerten Anfallsbeschreibung stattdessen die in der Beschreibung entstehende Lücke oder Leerstelle sprachlich, indem er wie Herr Gonzales sein Nichtwissen detailliert, aber vor allem indem er seinen Zustand sehr intensiv reformuliert:

Beispiel 12: Herr Vielfalt (II, Z. 138-146):

großer anfall mit bewusstseinsverlust' das is dann das . . der mIt . und OHne vorgeföhl kommen kann' . wenn er mit vorgeföhl kommt is es als wenn n stöckchen . . das vorgeföhl aussem bi/ . . aussem: kÖrper das bewusstsein hochgezogen wird' . nur dass es dAnn nich zurückschnellt' . es geht dann hOch' . . aber dann merk ich ja auch schon nichts mehr, . ich merk nich wie=s rausfährt' . es geht dann hoch' und dann is bei mir aus, . . dann is schluss' . . dann is bei mir dunkel' . möcht=ich ma sagen' . dann hab ich nämlich das bewUsstsein verloren, . . und dann merk ich auch nich mehr großartig ob jetzt irgendwas . was tOt is aber dann müssen ja wohl die bEIne auch schon tot sein undsoweiter . nehm ich mal an' . ich kann=s nich sagen' . ich merke ja nichts mehr, das das bewusstsein is dann weg'

Dieses intensive sprachliche Füllen der Leerstelle wirkt wie das gegenläufige Verfahren zu Frau Johannis (s.o. Bsp. 1a), bei der die Ausdrücke (kein, nix), die kurzen Äußerungen und die langen Pausen dazwischen fast wie eine Abbildung der „Sekunden-Blackouts“ wirken – wie eine Inszenierung von „Kürze“ und „Nichts“.

Neben der Detaillierung der Bewusstseinslücke setzen manche dieser PatientInnen auch eine Differenzierung verschiedener Verlaufsformen selbst relevant. Herr Vielfalt unterscheidet beispielsweise Formen eingeschränkter Selbstverfügbarkeit wie Schweregefühl in einem Bein, Schweregefühl in beiden Beinen, Ganzkörperlähmung, Bewusstseinsverlust mit und ohne Vorgefühl (s.o. Bsp. 12) und differenziert diese verschiedenen Formen im Gespräch, indem er sie durchnummeriert (s.o. Bsp. 10, erste Zeile). Ein anderer Patient, Herr Reger, der seinen Zustand während einer Absence mit „begrenzt handlungsfähig“ beschreibt und dabei auch verschiedene Verläufe unterscheidet und illustriert, gibt für diese Relevanzsetzung im Laufe des Gesprächs auch einen expliziten account mit der Äußerung „keine Absence gleicht der anderen“.

In diesen verschiedenen Darstellungen einer Bewusstseinslücke zeichnet sich noch ein anderer deutlicher Unterschied ab hinsichtlich dessen, wie PatientInnen die Phase der Bewusstseinslücke in Bezug zum Anfallsgeschehen insgesamt darstellen.

Manche PatientInnen stellen einen Bewusstseinsverlust als Teil eines umfassenderen Anfallsgeschehens dar (z.B. Herr Länger, s.o. Bsp. 3): Sie schildern Empfindungen und Wahrnehmungen vor und auch nach der Bewusstseinslücke, beschreiben die Trübung sowie das Wiedererlangen des Bewusstseins und verorten diese Phase in einem größeren Ablauf.

Andere PatientInnen (wie z.B. Frau Johannis, Frau Erle, Frau Leysen, s.o. Bsp. 1, 7, 8) setzen dagegen den eigenen Bewusstseinsverlust mit dem Anfallsgeschehen gleich bzw. stellen ihn dar als das, was den Anfall wesentlich ausmacht. Dies tun sie in recht offensichtlicher Weise, wenn sie Anfälle mit Begriffen definieren oder erklären, die einen Bewusstseinsverlust zum Ausdruck bringen. Doch geht es dabei nicht einfach um die Abbildung eines Phänomens, das eben so oder anders sich ereignet und entsprechend zwangsläufig zu unterschiedlichen Darstellungen führt – dass also manche PatientInnen einfach nichts mitbekommen und von daher auch nichts Weiteres schildern können. Wesentlich sind vielmehr die Relevanzsetzungen und Gewichtungen, die in den Beschreibungen zum Ausdruck kommen. So wurde bereits am Beispiel von Frau Johannis deutlich, dass sie unabhängig von dem jeweiligen Ereignisverlauf den

eigenen Bewusstseinsverlust als das dominante, wesentliche und relevante Element ihrer Anfälle behandelt, indem sie diesen immer wieder benennt, die Ereignisse währenddessen aber weder detailliert noch differenziert (obgleich sie dazu offensichtlich in der Lage ist). Eine solche Relevanzsetzung und Gewichtung kann auch durch andere Arten der Darstellung erzielt werden. Dies soll am folgenden Beispiel verdeutlicht werden:

Beispiel 13a: Frau Hoffmann (Z. 41-64):

A: .. wAs merken sie denn davo:r,

H: ja nur die vorgefühle, .. das: das Is ne Unruhe' . im mAgen' . und steigt höher' . und . verteilt sich ,sag ich ma im kOpf fängt an der stIRne an <EA> bis . innen halben hINterkopf und danach wEiß ich nichts mehr, und datt <EA> das Is n druck' der wird Immer stärker, . und dann schau ich auf einen pUNkt' . und . sagt mein mAnn immer, . un dann wEiß ich auch nichts mehr, . wenn der [sch]druck gANz stark wird' . s sind also keine kOPfschmerzen' . ,wie viele das immer meinen es is . (ich) kann das so gar nich beschreiben, . als wenn so=n: . mann mit=m hÄmmerchen: immer drin wär . und würd ständig klopfen, sag ich ma . . und danach wEiß ich auch nix mehr, . ich kann es einglich sO nit beschrEiben weiter [...]

A: was is=n das Erste,

H: zuerst kommt das weinen, . und dAnn kurz dadrauf kommt diese UNruhe, . . und die steigt Immer höher, . . und dann . dIE verteilt sich dann im kOpf . . un=dann . kommt dieser stArke druck . der wird also Immer stärker' zuerst n leichten' . und der wird immer stärker' . und danach wEiß ich halt nix mehr, . und wenn ich dann wieder zu mir komme' [...]

Frau Hoffmann leitet ihre Antwort auf die Frage des Arztes nach Empfindungen „davo:r“ ein mit einer Einschränkung: „nur die vorgefühle,“ – sie hört bzw. interpretiert die Frage offensichtlich als Frage danach, was sie *überhaupt* merkt. Mit dem „nur“ verweist sie indirekt auf etwas, das sie *nicht* merkt, und legt die Betonung darauf. Dann stellt sie in zwei parallel konstruierten Beschreibungsschüben jeweils zunächst – durchaus detailliert – Vorgefühle dar und endet mit einer holistischen Darstellung eines Bewusstseinsverlustes („und danach weiß ich nichts mehr“). Sie schließt ihre Darstellung mit einem metadiskursiven Kommentar zu ihrer Unfähigkeit zur weiteren Beschreibung ab.

Ein fremdinitiiertes erneuter Bearbeitungsschub verläuft nach demselben Muster: detaillierte und zumindest leicht variierte Beschreibung der

Vorgefühle, dann eine holistische Darstellung der Lücke mit derselben stereotypen Formulierung.

Eine Detaillierung solcher Phasen von Bewusstseinsverlust liefert Frau Hoffman selbstintitiert nicht. Dies tut sie erst (exemplarisch), als der Arzt sie etwas später im Gespräch zur Schilderung eines singulären Anfallsereignisses auffordert. Diese Rekonstruktion rahmt Frau Hoffmann in ganz ähnlicher Weise wie die obige verallgemeinerte Anfallsbeschreibung:

Beispiel 13b: Frau Hoffmann (Z. 71-90):

- A: an wElchen können sie sich noch gut erinnern,
 H: . . . ja den ich jetz . zu hAUse . hatte, . wie ich schlafen gegangen bin aber wie der gewesen is' <EA> nur vom . hÖren . von meinem mann' . da bin ich ins bett gegangen' . hatte schon vOrher . ‚sag ich ma diese klEInen absencen' [...] un=dann . hab ich dann . auf der cOUch diese . absencen' . gehabt mEHrere hinternander is das meistens' . . und dann . nach bin ich dann auch sEHr . unruhig und kann dann auch noch nit grad ins bett gehn' <EA> und=,äh . so wie die unruhe dann . nAchlässt' dann geh ich . bin ich dann schlAfen gegangen mein mann der guckt dann immer zwischendurch . und . auf EInmal sagt=er . hätt=ich im bett gelegen ,un:d . hätt ge/ . . gezIttert mit Armen un: . bEInen . . und ,äh . . hätte auch . a auf die zÄHne gebissen . . hat er gesagt und s hätt auch . n paar minuten fünf . sechs minuten gedAUert' . sagt=er und . danach sind halt . die ganzen glIEder schwer, . und . konnt nit allein auffe toilette nachher gehen so . schwach und . schwINdelig ,sag ich ma war=s mir danach . und da hat er mich begleitet bis zur let/ zur toilette, . un dAs weiß ich halt, nUr vom erzählen, sag ich ma, . . wie das gewesen is, . und dAs is im sommer gewesen,

Frau Hoffmann verweist gleich einleitend auf einen Zeugen (ihren Mann) als Quelle ihres Wissens über den Anfall und betont ihr eigenes Nichtwissen („nur vom . hÖren“). Die Schilderung des Ereignisses markiert sie teilweise als ihre eigenen Aussagen, teilweise als Redewiedergabe („sagt=er“, „hat er gesagt“; Konditional). In einem abschließenden Kommentar, der an ihre Einleitung anknüpft, betont sie wiederum die fremden Aussagen und ihr eigenes Nichtwissen über das Ereignis – obgleich ein größerer Teil der Erzählung als ihre eigene Sicht präsentiert ist. Mit dieser Art der Darstellung hebt sie die Bewusstseinslücke sehr hervor: Sie macht das „Nichtwissen“ sehr dominant; das selbst Gewusste und Mitbekommene tritt dahinter stark zurück.

Auch Frau Hoffmann setzt eine Detaillierung der Bewusstseinslücke im Gespräch nicht selbst relevant, ebenso wenig wie eine Differenzie-

rung solcher Ereignisse (im weiteren Gesprächsverlauf zeigt sich, dass sie eben unterschiedliche Abläufe solcher Bewusstseinslücken erlebt). Obgleich sie – im Gegensatz beispielsweise zu Frau Johannis, Frau Erle und Frau Leysen – durchaus ein umfassenderes Anfallsgeschehen beschreibt, in dem die Lücke (nur) eine Phase bildet, hebt sie durch die Art ihrer Darstellungen die Bewusstseinslücke sehr hervor und gestaltet das Nicht-Wissen und Nichts-Mitbekommen als das wesentliche Element ihrer Anfallserlebnisse.

Was den Unterschied zwischen den verschiedenen Darstellungen ausmacht, ist also nicht so sehr, dass manche PatientInnen einen Anfallsverlauf beschreiben, der umfassender ist als eine Bewusstseinslücke, sondern vielmehr, wie die einzelnen Anfallselemente in der Darstellung betont oder gewichtet werden und ob andere Aspekte ebenso als wesentliche Bestandteile eines Anfalls dargestellt werden. Oft zeigt die Art der Darstellung auch andere Gewichtungen als etwa bei Frau Johannis oder Frau Hoffmann: So legt beispielsweise Herr Länger das Gewicht viel mehr auf die Vorgefühle (die er als nicht beschreibbar darstellt) als auf den Bewusstseinsverlust; andere PatientInnen setzen Relevanzen durch explizite Bewertungen (wie z.B. „die eigentliche Absence ist nicht so quälend wie dieses Vorgefühl“).

Wichtig ist also vor allem das individuelle, subjektive Bild der Anfälle, das in der Darstellung insgesamt zum Ausdruck kommt. Denn auf dieser Ebene zeigen sich deutliche Unterschiede: Die Einen machen eine Konzeption deutlich, nach der – überspitzt formuliert – die Welt still steht, während sie nichts mitbekommen. Was ohne ihr Bewusstsein abläuft, ist nicht von Bedeutung – beziehungsweise das wollen sie auch gar nicht wissen. Andere dagegen zeigen ein deutliches Bewusstsein, dass etwas geschieht – mit ihnen selbst und in der Welt –, während sie nichts mitbekommen; sie geben ein Display ihres Wunsches und ihres Bemühens, dies zu erfahren und so trotz des zeitweiligen Bewusstseinsverlustes Zugriff zu erhalten oder zu behalten auf das, was ihnen entgeht.

5 Überlegungen zu differenzialdiagnostischen Auswertungsmöglichkeiten

In diesem Forschungsprojekt beschäftigt uns vorrangig die Frage, ob sich im Formulierungsverhalten der PatientInnen systematische Unterschiede feststellen lassen, die möglicherweise mit bestimmten Anfallser-

krankungen zusammenhängen (s.o. 1). Dabei bildet die Darstellung einer Bewusstseinslücke nur ein Mosaiksteinchen in dem gesamten Komplex von Anfallsdarstellungen. Es ist aber möglich, erste Hypothesen über die Zuordnung zwischen verschiedenen Lücke-Darstellungen und verschiedenen Anfallserkrankungen zu formulieren.

So scheint eine intensive sprachliche Arbeit am Phänomen der Bewusstseinslücke, ein Bemühen um möglichst präzise und detaillierte Beschreibung sowie ggf. eine Differenzierung verschiedener Ablaufformen von Bewusstseinslücken derzeit eher typisch für PatientInnen mit epileptischen Anfallserkrankungen zu sein – besonders wenn sie dies im Gespräch von sich aus tun. Dazu gehört auch das (selbstinitiierte) Bemühen darum, die Lücke zu „füllen“, d.h. die nicht bewusst erlebten Momente der Ereignisse zu rekonstruieren. Eher typisch für diese PatientInnen ist auch die Darstellung, dass die Lücke nur ein Element des Anfalls bildet, das in einem größeren Ablauf verortet wird, und dass andere Elemente in den Anfällen ebenso eine Rolle spielen. Ebenso findet sich eher bei dieser Gruppe ein Display von „genau wissen wollen“, von im Anfallsalltag unternommenen Anstrengungen, in Erfahrung zu bringen, was mit ihnen und um sie herum passiert, während sie selbst nichts mitbekommen.

Eine sehr holistische, summarische, eher benennende als differenziert beschreibende Darstellung von Bewusstseinslücken – besonders wenn sie (durch die Begriffe) den Akzent deutlich auf das eigene Nicht-Wissen und/oder Nicht-Mitbekommen legt – und das Ausbleiben selbstinitiiertter Anstrengungen zur Detaillierung und Präzisierung solcher Ereignisse scheinen hingegen eher für PatientInnen charakteristisch zu sein, die an dissoziativen Anfällen leiden. Auch die Darstellung, dass ein Bewusstseinsverlust mit dem Anfall identisch oder aber das den Anfall deutlich dominierende Element ist, zeichnet sich als eher typisch für PatientInnen mit diesem Krankheitsbild ab. Die in Gesprächen mit Epilepsie-PatientInnen anlässlich detaillierter Schilderungen von Anfällen gelegentlich zu beobachtende Unsicherheit des Gesprächspartners, ob im Anfallsablauf ein Bewusstseinsverlust vorlag bzw. vorliegt oder nicht, konnte in Gesprächen mit PatientInnen mit dissoziativen Anfällen noch nicht beobachtet werden; die in den Darstellungen oft geleistete starke Betonung und Hervorhebung des Bewusstseinsverlustes lässt Zweifel in dieser Hinsicht nicht aufkommen.

6 Literatur

Gülich, Elisabeth/Furchner, Ingrid (im Druck): Die Beschreibung von Unbeschreibbarem. Eine konversationsanalytische Annäherung an Gespräche mit Anfallskranken. In: Keim, Inken/ Schütte, Wilfried (Hgg.): Soziale Welten und kommunikative Stile. Festschrift für Werner Kallmeyer zum 60. Geburtstag.

Gülich, Elisabeth/Schöndienst, Martin (1999): „Das ist unheimlich schwer zu beschreiben“. Formulierungsmuster in Krankheitsbeschreibungen anfallskranker Patienten: Differentialdiagnostische und therapeutische Aspekte. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung Bd. 1/3, 199-227.

Wolf, Peter/Schöndienst, Martin/Gülich, Elisabeth (2000): Experiential auras. In: Lüders, Hans O./ Noachtar, Soheyl (Hgg.): Epileptic Seizures: Pathophysiology and Clinical Semiology. New York usw. 336-348.

7 Transkriptionszeichen

[bin ich jetzt*	gleichzeitiges Sprechen: der Beginn ist durch eckige Klammern
ja:*	in übereinander stehenden Zeilen gekennzeichnet, das Ende ggf. durch *
/	hörbarer Abbruch ohne Pause
.	kurzes Absetzen innerhalb einer Äußerung oder zwischen zwei Äußerungen
..	kurze Pause
...	mittlere Pause
(x sec)	Pause von x Sekunden Dauer
&	auffällig schneller Anschluss
=	auffällige Bindung, Zusammenziehen
<EA>	Einatmen
<AA>	Ausatmen
nich' 'doch	steigende Intonationskurve; hoher Einsatz
nicht, ,er	fallende Intonationskurve; tiefer Einsatz
jA FRAge	dynamische Hervorhebung eines Wortes, einer Silbe, eines Lautes
ja: ach so::	Dehnung einer Silbe, eines Lautes
(?ersmal)	unsichere Transkription
(?.....)	unverständliche Passage
<lachend> +	Kommentar; geht dem entsprechenden Segment voraus und gilt bis +

Heterodoxe Medizin, Weltgesellschaft und Glokalisierung: Asiatische Medizinformen in Westeuropa

- 1 *Einleitung: Weltgesellschaft und heterodoxe Medizin*
- 2 *Medizinischer Pluralismus*
- 3 *Globalisierung medizinischer Konzepte*
- 4 *Glokalisierung und Hybridisierung medizinischen Wissens*
- 5 *Schlussbetrachtungen*
- 6 *Literatur*

1 Einleitung: Weltgesellschaft und heterodoxe Medizin

Was ist „Weltgesellschaft“? Luhmann definiert „Welt“ als „Gesamthorizont alles sinnhaften Erlebens, mag es sich nach innen oder nach außen richten und in der Zeit voraus oder zurück“. – „Weltgesellschaft ist das Sich-Ereignen von Welt in der Kommunikation“ (Luhmann 1997, 153, 150). Dieser Begriff von Weltgesellschaft trifft sich mit dem von Beck (1997, 61) darin, dass er die These von der Dominanz des Ökonomischen ablehnt und die Perspektive eines Pluralismus ökonomisch-sozial-kultureller Ansätze im Themenfeld der Globalisierungssoziologie zulässt. Er unterscheidet sich von Beck darin, dass er Welt und damit Weltgesellschaft nicht vorrangig als reales Phänomen (etwa das Betroffensein des Weltklimas von den tropischen Regenwäldern),¹ sondern als Ereignis von Kommunikationen fasst. Der globale Charakter hängt damit nicht von physikalischen, sondern von sozialen Phänomenen ab, eben von der Kommunikation.

Was aber hat heterodoxe Medizin (mit diesem Begriff belege ich die „alternative“ Medizin, was ich gleich begründen werde) mit Weltgesellschaft zu tun? Nun, erstens stellt die Medizin eines der Funktionssysteme der modernen Gesellschaft dar, wie dies auch für das politische, wirtschaftliche, das Wissenschaftssystem etc. gilt. Insofern ist also Medi-

¹ So aber Beck (1997, 74).

zin Teil der Gesellschaft. Zweitens geht es hier um einen speziellen Teil der heterodoxen Medizin, nämlich um deren asiatische Formen im europäischen und US-amerikanischen Umfeld.

Doch warum spreche ich von heterodoxer Medizin? In Deutschland bildeten nach dem Zweiten Weltkrieg neben der akademischen oder Schulmedizin – ich nenne sie in sozialanthropologischer Tradition „Biomedizin“ (vgl. auch Hahn/Kleinman 1983), da sie die Biologie oder die Naturwissenschaften im allgemeinen zur Referenz nutzt – die Homöopathie, die Naturheilverfahren, die anthroposophische Medizin und die Volksmedizin das plurale Geflecht medizinischen Wissens und medizinischer Praktiken. Die Nachfrage nach entsprechenden Praktiken ist in den letzten Jahren bedeutsam gestiegen.²

Während die in agrarisch-traditionalen Milieus praktizierte Volksmedizin zurückging, sind im Verlauf des letzten Jahrzehnts die chinesische Akupunktur und auch der indische Ayurveda dazugekommen. All diese medizinischen Konzepte³ werden häufig „alternativ“ genannt, da Aspekte der Biomedizin kritisiert und Handlungsalternativen eröffnet werden. Mit der Integration mancher Inhalte der Neuen Sozialen Bewegungen in die Gesellschaft sowie aus Gründen der Nicht-Identifikation vieler Vertreter der hier thematisierten medizinischen Konzepte mit der Grünen Partei oder mit politischen Zielen allgemein⁴ ist dieser Begriff jedoch in den letzten Jahren zunehmend durch andere ersetzt worden. Von *unkonventioneller* Medizin wird gesprochen und damit ein Gegensatz zur Biomedizin als

² Brauchbare Statistiken sind in diesem Bereich selten. Eine zuverlässig scheinende Studie geht für die Jahre zwischen 1986 und 1991 von einer Verdoppelung des Gebrauchs „komplementärer“ Medizin in Großbritannien aus (vgl. Fulder 1996, 32).

³ Medizinische Konzepte „beinhalten einen durchgängigen Begründungszusammenhang zwischen einer bestimmten ‘Physiologie’, einer bestimmten Krankheitslehre und dem daraus herzuleitenden Therapieprogramm“ (Rothschuh 1978, 9).

⁴ Die Begründer des anthroposophischen medizinischen Konzepts, der philosophisch wie naturwissenschaftlich gebildete Rudolf Steiner (1861–1925) und die niederländische Ärztin Ita Wegman (1876–1943), sprachen 1925 von einer „Erweiterung der Heilkunst“, da sowohl eine universitäre medizinische Ausbildung als auch geisteswissenschaftliche anthroposophische Studien Voraussetzung für die anthroposophisch ärztliche Tätigkeit seien. Der Begriff „alternative Medizin“ wird für dieses Konzept von heutigen Anthroposophen ausdrücklich abgelehnt (vgl. Zentrum 1991, 221).

konventioneller, etablierter Wissenschaft eröffnet;⁵ der Begriff scheint jedoch problematisch, da er impliziert, dass die „alternativen“ Konzepte oder zumindest die Praktiken nicht an Konventionen gebunden sind. Dies ist jedoch nicht der Fall. Biomedizinische wie andere Verfahren werden zwar situativ angewandt und damit verändert, sind aber jeweils an Konventionen orientiert. Ähnlich liegt die Problematik des Begriffs *unorthodoxe* Medizin;⁶ auch die „alternativen“ Verfahren haben durchaus ihre *δοξα*.

Die angelsächsische Literatur spricht in ihrer pragmatischen Orientierung von *komplementärer* Medizin, da sie die Biomedizin um bestimmte Perspektiven, Verfahren oder Aspekte ergänzt oder zu ergänzen beansprucht.⁷ Im Deutschen findet dieser Begriff zunehmend Anklang,⁸ birgt jedoch das Problem, dass die entsprechenden Verfahren zwar häufig, aber eben nicht nur komplementär zu biomedizinischen angewandt werden. Vielmehr gibt es auch Nutzer, die eines oder mehrere heterodoxe Verfahren über längere Zeit ausschließlich nutzen.⁹

Ich werde im Folgenden und in Anlehnung an Bourdieu¹⁰ von *heterodoxer* Medizin¹¹ sprechen, da es sich bei diesen Konzepten ebenso wie

⁵ So der Forschungsverbund und die European Commission.

⁶ Gevitz (1993, 603) nennt eine medizinische Theorie unorthodox, „whose principles of causation and/or practice directly challenge the beliefs, knowledge, and experience of the dominant group of health practitioners in a society“.

⁷ Vgl. Vickers (1993), Fulder (1996). Weitere Begriffe der angelsächsischen Literatur sind „quack“ (Porter 1988), „folk“ (Black 1883; Bakx 1991), „fringe“ (Inglis 1964), „natural“ (Inglis 1980), „marginal“ (Webster 1979), „vernacular medicine“ (O’Connor 1995).

⁸ Z.B. in der Zeitschrift „Forschende Komplementärmedizin“ (seit 1994).

⁹ Sie nennt Sharma (1992, 42ff.) *earnest seeker* bzw. *stable user*.

¹⁰ Bourdieu nennt die „Koinzidenz zwischen objektiver Ordnung und den subjektiven Organisationsprinzipien“ archaischer Gesellschaften „Doxa“; im Prozess des Auseinandertretens dieser beiden Momente entstehen „Meinungen“, die sich im Diskurs zu Ortho- und Heterodoxie entfalten (Bourdieu 1976, 325ff.; in der französischen Originalausgabe von 1972 sind diese Passagen nicht enthalten). Später geht sein Begriff der Heterodoxie in dem der „kulturellen Allodoxia“ des Kleinbürgertums auf (Bourdieu 1982, 504).

¹¹ Erstmals wurde der Begriff „heterodox practitioners“ bzw. „practice“ offenbar von Hewitt/Wood (1975) verwendet. Er wird dort ohne nähere terminologische Reflektion der „orthodox medicine“ gegenüber- und mit „alternative medicines“ bzw. historisch mit „folk medicine“ gleichgesetzt. Bynum/Porter (1987, 3) unterscheiden zwischen klassischen „quacks, ... who

bei der Biomedizin um Lehrgebäude handelt. Die Einheit der Biomedizin wird meist im Kontrast zu speziellen medizinischen Konzepten konstruiert. Historisch war dies im 19. Jahrhundert vor allem die Homöopathie, gegen die biomedizinisches Wissen unter Führung der Bakteriologie als rechte Lehre propagiert wurde.¹²

Aus der Vielzahl heterodoxer medizinischer Konzepte und Praktiken will ich die Akupunktur¹³ und den Ayurveda herausgreifen. Ich will damit auf zwei asiatische medizinische Konzepte fokussieren, deren deutsche Ausgestaltung unmittelbar unter dem Aspekt der Globalisierung analysiert werden kann.

Wenn, wie eingangs definiert, Weltgesellschaft das Sich-Ereignen von Welt, also von sinnhaftem Erleben, in der Kommunikation ist, wird man jedes medizinische Wissen und jede medizinische Praktik als Teil von Weltgesellschaft verorten können. Eine engere Begrifflichkeit ist daher vonnöten.

2 Medizinischer Pluralismus

Auch vor dem Eindringen asiatischer medizinischer Konzepte nach Westeuropa existierte dort ein Nebeneinander unterschiedlicher medizinischer Konzepte. Dies gilt z.B. für die Biomedizin und die Homöopathie, die spätestens seit dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts ein durchaus unfriedliches Nebeneinander bildeten. Mag der Unfriede aus auch ökonomisch begründeter professioneller Konkurrenz resultieren, so wird das Nebeneinander vor allem durch die Widersprüchlichkeit der Konzepte verständlich. Dies will ich mit Tabelle 1 verdeutlichen:

were'n't sectaries by choice“ vor dem 19. Jahrhundert und „medical sectarians“ seither, die „heterodox by choice“ sind.

¹² Saks (1992) untersucht historisch, wie Homöopathie usw. in England „heterodox“ wurden. In den USA war die Homöopathie zentraler Anlass für die Erfindung einer medizinischen Orthodoxie (vgl. Warner 1998, 5).

¹³ Die Akupunktur ist als medizinische Technik Teil des großen Wissenscorpus der traditionellen chinesischen Medizin (TCM). In der VR China ist die traditionelle Kräuterheilkunde weitaus populärer als die Akupunktur (vgl. Heise 1996, 128).

Tabelle 1: Biomedizin und Homöopathie als medizinische Konzepte

	Klinische Medizin	Homöopathie
Krankheitslehre	ätiologisch-analytisch	phänomenologisch-synthetisch
Denken	in Kausalketten	in Analogien und Netzstrukturen
Therapeutische Forschung	deduktiv	induktiv
Therapeutische Mittel	biochemische Veränderungen	Signalsteuerung
Therapieansatz	über Diagnose	konstitutionell unter Einbeziehung auslösender Faktoren, wie z.B. einer Unterdrückung
Therapieziel	Heilung der Krankheit	Heilung des kranken Menschen
Nebenwirkungen	häufig	selten
Arzneischäden	selten	fehlen
Kosten	hoch	niedrig

Quelle: Bock (1993, 69), nach dem Homöopathen Gebhardt

Diese Tabelle demonstriert die Verschiedenheit des biomedizinischen und des homöopathischen medizinischen Konzepts. Bilden sie Teile eines Systems, also z.B. des medizinischen Systems in Deutschland, so kann man sinnvoll von einem „medizinischen Pluralismus“ sprechen. Denn der Begriff Pluralismus bezeichnet in seiner Herkunftsdisziplin, der Politikwissenschaft, normativ wie empirisch vielgliedrige politische Ordnungen, die für Konflikte und Konsensbildungen der Bürger offen sind (vgl. Oberreuter 1980). Mit Bezug auf die Parallelität medizinischer Konzepte in einer nationalen Gesellschaft wird in der medizinischen Anthropologie von medizinischem Pluralismus gesprochen (z.B. Staiano 1986). So ist z.B. das Nebeneinander von Biomedizin, traditioneller chi-

nesischer Medizin (TCM) und verschiedener Formen von Volksmedizin auf Taiwan in klassischer Weise als medizinischer Pluralismus beschrieben worden (Kleinman 1980).

In Deutschland gehören zu den heterodoxen Wissensbeständen innerhalb dieses medizinischen Pluralismus Konzepte wie die Homöopathie, die Naturheilverfahren in der Tradition von Prießnitz und Kneipp und die anthroposophische Medizin; diese Konzepte sind zusammen mit der Phytotherapie seit 1976 auf der Ebene der Pharmaka als „besondere Therapierichtungen“ rechtlich anerkannt. Aus historischen Gründen haben die Naturheilverfahren die begriffliche und organisatorische Dominanz. Naturheilverfahren behandeln Krankheiten bzw. beugen diesen vor, indem sie Heilmittel aus der natürlichen Umwelt entnehmen und naturbelassen verwenden. Dies sind physikalische Reize (Licht, Luft, Wärme/Kälte, Bewegung/Ruhe; Physiotherapie), alimentäre Faktoren (Ernährungstherapie), pflanzliche Arzneistoffe (Phytotherapie) sowie psychosoziale Einflussfaktoren (Gespräche, Beratung in Fragen der allgemeinen Lebensführung; Ordnungstherapie).¹⁴ Die Dominanz auf dem heterodoxen Feld ist vor allem eine organisatorische. Der „Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren (ZÄN)“ (Stuttgart) ist zugleich Dachverband für die anderen Richtungen; gleiches gilt für die vom „Zentralverband“ im Frühjahr und Herbst jeden Jahres in Freudenstadt veranstalteten ärztlichen Fortbildungskongresse. Ferner trägt der bislang einzige Lehrstuhl dieser Art, an der FU Berlin angesiedelt, diese Bezeichnung. Sein derzeitiger Inhaber, Malte Bühring, leitet zugleich die Klinische Abteilung für Naturheilkunde im Krankenhaus Berlin-Moabit.

3 Globalisierung medizinischer Konzepte

Das von der Bakteriologie zur „Biomedizin“ geprägte „westliche“ medizinische Wissen ist im Verlauf der letzten hundert Jahre globalisiert worden. Es hat in den meisten Ländern, auch der dritten Welt, eine dominante, wenn auch keine exklusive Position gewonnen. Daher sprechen Meyer et al. von der Medizin als einer der Hauptarenen der rationalisierten Moderne. Jedoch haben auch heterodoxe Konzepte globalen Charakter angenommen. Dies gilt insbesondere für die Homöopathie, die

¹⁴ Vgl. Psyhyrembel (1996): Wörterbuch Naturheilkunde und alternative Heilverfahren. Berlin usw. 206.

bereits im 19. Jahrhundert in den USA und in Indien Fuß fassen konnte (vgl. Dinges 1996).

Kann man somit von einer Verwestlichung des medizinischen Wissens im Weltmaßstab sprechen, lässt sich seit wenigen Jahrzehnten ein gegenläufiger Prozess beobachten. Insbesondere die TCM, aber auch der indische Ayurveda sind ebenfalls globalisiert worden. Vor allem die Akupunktur ist im 17. und erneut im 19. Jahrhundert in Westeuropa rezipiert worden (vgl. Gwei-Djen/ Needham 1980, 269ff.; Quen 1975). Nachdem diese ersten Wellen wieder verebbt waren, begann nach dem Zweiten Weltkrieg eine erneute Rezeption (vgl. für England Eckman et al. 1997). Empirische Studien zeigen ihre weite Verbreitung in Deutschland, Österreich, den Niederlanden, England, Schweden, den USA und Neuseeland (vgl. Andritzky 1997, 38ff.).

In Deutschland wandten in den 1990er Jahren von insgesamt rund 117.000 niedergelassenen Ärzten etwa 16.000 regelmäßig die Homöopathie und ca. 6.000 die anthroposophische Medizin an. Ca. 10.000 praktizieren Akupunktur. Diese Zahlen schließen einander nicht aus: Anthroposophische Ärzte wenden durchweg auch biomedizinische Verfahren an, und vielfach wird Biomedizin, Homöopathie und Akupunktur von einer Person parallel oder komplementär praktiziert. Interessant erscheint die Verteilung auf der Ebene der Berufsverbände (Tabelle 2).

Tabelle 2: Ärztinnen und Ärzte in heterodoxen Berufsverbänden, 1999

Gesamtzahl	Rund 287.000
In eigener Niederlassung	Rund 117.000
Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren (ZÄN)	ca. 8.000
Zentralverein Homöopathischer Ärzte	ca. 3000
Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur	ca. 11.000
Maharishi Ayurveda	9 Gesundheitszentren; ca. 50 Ärzte und Heilpraktiker

Quellen: Statistisches Jahrbuch sowie persönliche Mitteilung von Dr. Pollmann/Baden-Baden.

Die Akupunktur und in deutlich geringerem Ausmaß der indische Ayurveda sind also in Deutschland durchaus verbreitet. Auch haben einige medizinische Verlage, z.B. Sonntag und Hippokrates in Stuttgart, ihre an Ärzte gerichteten Programme von Lehrbüchern zur Akupunktur erheblich ausgeweitet. Dagegen sind andere asiatische Konzepte wie das japanische Reiki (Energiebeeinflussung durch Handauflegen) und die tibetische Medizin in Deutschland randständig geblieben.

Drei sozialwissenschaftliche Deutungen ergänzen einander in der möglichen Erklärung, warum heterodoxe Medizinkonzepte in der modernen Gesellschaft expandieren:

- o Es gibt eine Schere zwischen biomedizinischer Diagnose- und Therapiekompetenz; sie führt zur Nachfrage nach anderen als biomedizinischen Heilmethoden (vgl. Gross et al. 1985; 1989). Auch mag die ausschließlich somatische Orientierung und die Technikfixierung der Biomedizin eine solche Nachfrage stimulieren (vgl. Badura 1999, 351).
- o Die gesellschaftliche Neigung zur „gentleness“ (Douglas 1996) bringt eine Akzeptanz von nicht-chemischen, nicht-invasiven, „sanften“, „natürlichen“ Medizinformen hervor. Viele Patientinnen und Patienten biomedizinischer Ärzte wünschen sich, dass die Ärzte „mehr mit ihren Patienten reden und weniger Medikamente verordnen“ (Wasem 1999, 436). Auch dies mag ein Grund für die Wahl heterodoxer Ärzte sein: Hinsichtlich der Kommunikation zwischen Arzt und Patient hat Fairclough aufgrund empirischer Studien einen biomedizinischen Standard-Typ des medizinischen Interviews, der durch Zyklen von Frage des Arztes/Antwort des Patienten/Beurteilung seitens des Arztes gekennzeichnet ist, von einem heterodoxen Typ unterschieden, in dem ein langer Patienten-Bericht im Mittelpunkt steht (Fairclough 1992, 146; vgl. auch Charles et al. 1999). Dem könnte das Modell einer „informierten“ und „geteilten“, statt einer paternalistischen Weise der medizinischen Entscheidungsfindung entsprechen.
- o Giddens spricht hinsichtlich des (post)modernen Patientenverhaltens von „aktivem Vertrauen“; die Entscheidung zwischen unterschiedlichen Expertenmeinungen führe zum Einholen zweiter und dritter Diagnosen und auch zur Akzeptanz heterodoxer Methoden und Therapien.¹⁵

¹⁵ Giddens (1997, 138f.). Dagegen halten Hahn et al. (1999) an einer deutlichen Unterscheidung von wissenschaftlichem und Alltagswissen entlang der Scheidelinie von Ärzten und Patienten fest.

4 Glokalisierung und Hybridisierung medizinischen Wissens

Als *Glokalisierung*, als Synthese von Globalisierung und Lokalem benennt Robertson das Zusammenziehen, Aufeinandertreffen globaler und lokaler Kulturen, die in diesem „clash of localities“ inhaltlich neu bestimmt werden müssen (Robertson 1995; vgl. Beck 1997, 90). Um diesen Prozess geht es bei der Integration des asiatischen in das europäische und US-amerikanische medizinische Wissen. Die „Welt“ der Weltgesellschaft ist nicht nur homogen, wie dies Ritzer mit Hinweis auf den weltweiten Konsum von Coca Cola, Marlboro, Blue Jeans, der Fernsehserie Dallas und der Produkte von McDonald's behauptet. Vielmehr vereint sie einander fremde und bisweilen widersprüchliche Elemente.

Dies gilt auch für den medizinischen Pluralismus in Deutschland, wenn er asiatische Konzepte einschließt. Diese asiatischen Konzepte sind mit der humoralpathologischen Tradition vergleichbar, die in Europa von Hippokrates (ca. 460 – ca. 370) begründet und von Galenos (ca. 129 – ca. 199) in für mehr als tausend Jahre gültiger Form ausformuliert wurde. Dies wird in Tabelle 3 (s. S. 152) deutlich.

Jedoch wurde die galenische Tradition in Westeuropa im Verlauf des 19. Jahrhunderts von der Biomedizin abgelöst, deren gänzlich andere konzeptuelle Gestalt ich in Tabelle 1 umrissen habe. Insofern sind die TCM und der Ayurveda der Biomedizin durchaus fremd. Daher liegt es nahe, dass die asiatischen Konzepte der biomedizinischen Umwelt in Europa angeglichen werden. Genau dies meint der Begriff *Glokalisierung*. Die Art und Weise, in der dieser Prozess verläuft, lässt sich gut mit dem Begriff der Hybridisierung fassen.

Biologische Hybride sind in der zweiten oder dritten Generation nicht fortpflanzungsfähig. Der sozialwissenschaftliche Begriff der *Hybridisierung* hebt auf das Gegenteil ab; Nederveen Pieterse gebraucht ihn als einen soziologischen Oberbegriff, der sich vor allem gegen essentialistische Vorstellungen kultureller und sozialer Phänomene wendet. Er bezeichnet eine ungleiche, asymmetrische „global mélange“, verzichtet aber, anders als die Begriffe der Kreolisierung, Indigenisierung etc., auf essentialistische Annahmen (Nederveen Pieterse 1994, 180, 170).

Tabelle 3: Die medizinischen Konzepte der traditionellen westeuropäischen, chinesischen und indischen Medizin im Vergleich

	Galenisch	Ayurveda	TCM
Elemente	Feuer, Luft, Wasser, Erde	Äther, Wind, Feuer, Wasser, Erde	Holz, Feuer, Erde, Metall, Wasser
Zuordnung von Elementen und Körperaspekten	Feuer = heiß und trocken; Luft = warm und feucht; Wasser = kalt und feucht; Erde = kalt und trocken. Das Verhältnis dieser Qualitäten bestimmt die Mischung der Körpersäfte Blut, schwarze Galle, gelbe Galle, Schleim.	Aus diesen Elementen werden die den Körper konstituierenden Elemente gebildet: Blut, Fleisch, Fett, Knochen, Knochenmark, Samen. Alle enthalten Lebenssaft.	Holz-Leber-Zorn, Aggression. Erde-Milz-sorgenvolles Nachdenken. Feuer-Herz-Freude, Hektik. Metall-Lunge-Traurigkeit. Wasser-Niere-Angst.
Verbindung zu Menschentypen	Menschentypen nach dem Überwiegen eines der Körpersäfte: Sanguiniker (Blut), Melancholiker (schwarze Galle), Choliker (gelbe Galle), Phlegmatiker (Schleim).	Drei Kräfte/Zustände, die Leben und Bewegung in die Körpersubstanz bringen: vata als Qualität von Wind und Äther, pitta von Feuer und kapha von Wasser und Erde. Es gibt vata-, pitta- und kapha-Menschentypen	Leber-, Herz-, Lunge-, Niere-Menschentypen

Quellen: Zur galenischen Tradition Rothschuh (1978, 190f.); zur Traditionellen Chinesischen Medizin Ots (1987); zum Ayurveda Schäffler/Etzel (1991, 847f.).

Ähnlich spricht der Literaturwissenschaftler Bhabha von der Notwendigkeit, die Vorstellung von der Homogenität nationaler Kulturen zu-

gunsten der von ihrer Hybridität aufzugeben.¹⁶ Die Ethnologin Caglar stellt den Dönerkebab als ein hybrides deutsch-türkisches Produkt vor;¹⁷ der Musikwissenschaftler Regev spricht von hybriden Rock-Kulturen, z.B. von der Integration von US-amerikanischen Rock-Elementen in afrikanische, jugoslawische und algerische Musik, und andererseits von der Aufnahme in Jamaika beheimateter Reggae-Elemente durch das anglo-amerikanische Rock-Establishment.

Der Begriff der Hybridisierung scheint für meinen Kontext gut geeignet. Erstens ist für mich von Bedeutung, dass von keiner ontologischen Homogenität der medizinischen Konzepte ausgegangen werden kann. In Indien gibt es keinen „reinen“ Ayurveda und in China keine „reine“ traditionelle chinesische Medizin (Leslie 1976; Heise 1996, 107f.). Zimmermann hat den Ayurveda im heutigen Indien als ein hybrides modernisiertes System bezeichnet.¹⁸

Ich gehe von einem Kontinuum medizinischer Hybridität aus, dessen eines Ende vom medizinischen Pluralismus repräsentiert wird; biomedizinisches Wissen und seine Praktiken werden durch alte (z.B. Homöopathie) und neue (z.B. TCM) Heterodoxien ergänzt.¹⁹ Das andere Ende wird durch die Emergenz neuer Wissensformen und Praktiken gekennzeichnet, z.B. durch einen westeuropäischen Ayurveda.

¹⁶ Bhabha (1994, 5). In die literaturwissenschaftliche Diskurstheorie führte Mikhail Bakhtin den Begriff der hybriden Konstruktion ein: „We call hybrid construction any utterance that belongs, by its grammatical ... and compositional features, to a single speaker, but that actually contains intermingled within it two utterances, two manners of speaking, two styles, two 'languages', two semantic and axiological horizons“ (zit. nach Todorov 1984, 73). Bhabha lehnt sich partiell an Bakhtin an; sein Begriff von Hybridisierung ist dem des Synkretismus nahe und stellt neben Subversion und Pluralismus eine der drei gegenwärtigen literaturwissenschaftlichen Perspektiven auf den Postkolonialismus dar (vg. Norval 1998).

¹⁷ Der Döner ist eine Berliner türkische Mischung des traditionellen Hauptgerichts Kebapci und des Ramadan-Gebäcks Pide.

¹⁸ Nach Schmädell (1989, 107). Ein Beispiel: Geest/Whyte (1989, 347) berichten von einem nordindischen Heiler, der sich den Forderungen seiner Patienten, Penicillin verschrieben zu bekommen, beugte und es sogar in seine Welt aufnahm, indem er es für ein altes ayurvedisches Pharmakon erklärte.

¹⁹ Dieser Pluralismus lässt sich mit Bezug auf neu eindringende medizinische Konzepte auch als Parallelisierung statt als Hybridisierung medizinischen Wissens fassen.

Wenn ich also das Eindringen von Ayurveda und TCM in den westeuropäischen Pluralismus als Glokalisierung und als Hybridisierung medizinischen Wissens fasse, gehe ich davon aus, dass es sich zwar um wesentlich ältere medizinische Konzepte handelt, als es das biomedizinische ist: Die älteren Teile des TCM-Klassikers „Huang Di Innerer Leitfaden“ (traditionell mit „Des gelben Kaisers medizinisches Handbuch“ o.ä. übersetzt) wurden vermutlich in der Zeit zwischen 206 v. und 25 n.Chr. verfasst (Unschuld 1996, 74f.). Die klassischen Texte des Ayurveda dürften um 500 n.Chr. kodifiziert worden sein, ihre Ursprünge sind wesentlich älter. Jedoch stellt die westeuropäische Rezeption von TCM und Ayurveda keineswegs die simple Fortexistenz „traditioneller“ Elemente in der weltgesellschaftlichen Entwicklung dar,²⁰ sondern es handelt sich um hybridisierende Neukonstruktionen. Eckman et al. haben entsprechend die komplizierte Geschichte der Akupunktur in England seit den 1950er Jahren nachgezeichnet: Man folgte aufgrund persönlicher Kenntnisse weniger der chinesischen als der traditionellen orientalischen Medizin-Theorie, auch japanischen und koreanischen Traditionen. Neue Techniken der Puls-Diagnose wurden entwickelt, die aus der US-amerikanischen Osteopathie stammten.

Die Hybridisierung asiatischen medizinischen Wissens lässt sich auch an einigen Büchern illustrieren. Focks/Hillenbrand stellen Abschnitte „Praktische Therapie nach *Zang-Fu*-Syndromen“ und „Praktische Therapie nach westlich orientierter Diagnose“ nebeneinander.²¹ May verbindet ostasiatische und europäische Gestalt-Typen und Naturheilverfahren sowie Akupunktur. Nader behauptet Parallelen zwischen der Struktur vedischer Schriften und der des menschlichen Gehirns. Manning/Vanrenen sehen Gemeinsamkeiten zwischen der Homöopathie und der TCM, da beiden medizinischen Konzepten bioenergetische und holistische Gedanken zugrunde lägen.

²⁰ Dies trifft vielmehr auf die „Volksmedizin“ zu, wie sie vor allem in agrarischen Milieus gepflegt wird. Zur folk medicine als Konstrukt und Gegenbegriff der Biomedizin vgl. Loux (1993).

²¹ Zang-Fu-Syndrome sind „westliche“ Syndrom-Konstruktionen nach TCM-Kriterien (heiß, feucht, Qi-Mangel etc.).

5 Schlussbetrachtungen

Heterodoxe Medizinformen gehören als Bestandteile des medizinischen Pluralismus zum medizinischen Funktionssystem der Gesellschaft. Als kommunikatives Sich-Ereignen sinnhaften Erlebens bilden sie Elemente der Weltgesellschaft im Luhmannschen Sinn. Die asiatischen Medizinen sind im biomedizinisch dominierten westeuropäischen Umfeld Prozessen der Globalisierung und Hybridisierung unterworfen, wie sie umgekehrt die Biomedizin im asiatischen Umfeld erfahren hat.

Es erfüllt mit Erstaunen, dass die Akupunktur in der Gegenwart keineswegs auf Mechanismen der Ausgrenzung bzw. Nicht-Akzeptanz seitens der Biomedizin stößt, wie dies historisch und aktuell bei der Homöopathie der Fall war bzw. ist. Wie ich gezeigt habe, hat die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die Akupunkturkurse absolviert haben, die Zahl derjenigen, die im Homöopathie-Kontext organisiert sind, weit überschritten. Das Phänomen widersetzt sich raschen Erklärungen: Die TCM ist als medizinisches Konzept der Biomedizin nicht minder fremd als die Homöopathie; ihre Wirksamkeit ist biomedizinisch ebenso wenig erwiesen oder erklärt etc. Ob es sich um ein nachfrageinduziertes Phänomen handelt? Um eine Mode, die Ärzte wie Patienten erfasst hat? Weiteres Nachdenken und weitere empirische Forschung mag hier Antworten geben.

6 Literatur

- Andritzky*, Walter (1997): *Alternative Gesundheitskultur*. Berlin.
- Badura*, Bernhard (1999): *Elemente einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik*. In: *Gewerkschaftliche Monatshefte* 50, 349-356.
- Bakx*, Keith (1991): *The 'Eclipse' of Folk Medicine in Western Society*. In: *Sociology of Health and Illness* 13, 20-37.
- Beck*, Ulrich (1997): *Was ist Globalisierung?*. Frankfurt a.M.
- Bhabha*, Homi K. (1994): *The Location of Culture*. London.
- Black*, William George (1883): *Folk Medicine: A Chapter in the History of Culture*. London.
- Bock*, Klaus-Dietrich (1993): *Wissenschaftliche und alternative Medizin. Paradigmen – Praxis – Perspektiven*. Berlin usw.
- Bourdieu*, Pierre (1976): *Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyliischen Gesellschaft*. Frankfurt a.M. (franz. 1972).
- Bourdieu*, Pierre (1982): *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt a.M. (franz. 1979).

- Bynum, William F./ Porter, Roy* (Hgg.) (1987): *Medical Fringe and Medical Orthodoxy 1750-1850*. London usw.
- Çağlar, Ayşe Ş.* (1998): McDöner: Dönerkebab und der Kampf der Deutsch-Türken um soziale Stellung. In: *Sociologus* 48, 17-41.
- Charles, Cathy/Gafni, Amiram/Wbelan, Tim* (1999): Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. In: *Social Science and Medicine* 49, 651-661.
- Dinges, Martin* (Hg.) (1996): *Weltgeschichte der Homöopathie. Länder – Schulen – Heilkundige*. München.
- Douglas, Mary* (1996): The Choice Between Gross and Spiritual: Some Medical Preferences. In: *Douglas, Mary* (Hg.): *Thought Styles. Critical Essays in Good Taste*. London usw. 21-49.
- Eckman, Peter* (1997): Tracing the Historical Transmission of Traditional Acupuncture to the West: In Search of the Five Element Transfer Lineage and a Higher Vision. In: *American Journal of Acupuncture* 25, 59-69.
- European Commission*. (1998): *COST Action B4. Unconventional Medicine. Final Report of the management committee*. Luxembourg (=EUR 18420 EN).
- Fairclough, Norman* (1992): *Discourse and Social Change*. Cambridge.
- Featherstone, Mike et al.* (1995): *Global Modernities*. London.
- Focks, Claudia/Hillenbrand, Norman* (1997): *Leitfaden Traditionelle Chinesische Medizin*. Stuttgart usw.
- Fulder, Stephen* (1996): *The Handbook of Complementary Medicine*. Oxford usw.
- van der Geest, Sjaak/Reynolds Whyte, Susan* (1989): The Charm of Medicines: Methaphors and Metonyms. In: *Medical Anthropology Quarterly* 3, 345-367.
- Gevitz, Norman* (1993): Unorthodox Medical Theories. In: *Bynum, William F./ Porter, Roy* (Hgg.): *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London usw. 603-633.
- Giddens, Anthony* (1997): *Jenseits von Links und Rechts*. Frankfurt a.M. (engl. 1994).
- Gross, Peter/Hitzler, Ronald/Honer, Annette* (1985): Zwei Kulturen? Diagnostische und therapeutische Kompetenz im Wandel. In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 10, 146-162.
- Gross, Peter/Hitzler, Ronald/Honer, Annette* (1989): Diagnostische und therapeutische Kompetenz im Wandel. In: *Wagner, Franz* (Hg.): *Medizin – Momente der Veränderung*. Berlin usw. 155-172.
- Gwei-Djen, Lu/Needham, Joseph* (1980): *Celestial Lancets. A History and Rationale of Acupuncture and Moxa*. Cambridge usw.
- Haag, Gunther/Walach, Harald/Erbe, Coranna/Schrömbgens, Hans-Heinz* (1992): Unkonventionelle medizinische Verfahren. Verbreitung und Verwendung bei niedergelassenen Ärzten – Ergebnisse einer Fragebogenumfrage. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 68, 1184-1187.
- Hahn, Robert A./Kleinman, Arthur* (1983): Biomedical Practice and Anthropological Theory. In: *Annual Review of Anthropology* 12, 305-333.

Hahn, Alois/Eirmbter, Willy H./Jacob, Rüdiger (1999): Expertenwissen und Laienwissen. Über Deutungsunterschiede bei Krankheitsvorstellungen. In: Gerhards, Jürgen/Hitzler, Ronald (Hgg.): *Eigenwilligkeit und Rationalität sozialer Prozesse*. Festschrift zum 65. Geburtstag von Friedhelm Neidhardt. Opladen. 68-96.

Haltenhof, Hans/Hesse, B./Bühler, Karl-Ernst (1995): Beurteilung und Verbreitung komplementärmedizinischer Verfahren – eine Befragung von 793 Ärzten in Praxis und Klinik. In: *Gesundheits-Wesen* 57, 192-195.

Heise, Thomas (1996): *Chinas Medizin bei uns: Einführendes Lehrbuch zur traditionellen chinesischen Medizin*. Berlin.

Hewitt, D./Wood, P.H.N. (1975): Heterodox Practitioners and the Availability of Specialist Advice. In: *Rheumatology and Rehabilitation* 14, 191-199.

Inglis, Brian (1964): *Fringe Medicine*. London.

Inglis, Brian (1980): *Natural Medicine*. London.

Kleinman, Arthur (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderline between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley.

Leslie, Charles (Hg.) (1976): *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Berkeley usw.

Loux, Françoise (1993): Folk Medicine. In: Bynum, William F./Porter, Roy (Hgg.): *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London usw.

Lubmann, Niklas (1997): *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt a.M.

Manning, Clark A./Vanrenen, Louis J. (1989): *Bioenergetic Medicines East and West. Acupuncture and Homeopathy*. Berkeley.

May, Wolfgang (1988): Gezielte Physiotherapie aufgrund der chinesischen Typenlehre. In: *Arztezeitschrift für Naturheilverfahren* 29, 619-635.

Meyer, John W./Boh, John/Thomas, George M./Ramirez, Francisco O. (1997): World Society and the Nation-State. In: *American Journal of Sociology* 101, 144-181.

Nader, Tony (1994): *Menschlicher Körper. Ausdruck des Veda und der Vedischen Literatur*. Vlodrop. (engl. 1994).

Nederveen Pieterse, Jan (1994): Globalization as Hybridization. In: *International Sociology* 9, 161-184.

Normal, Aletta J. (1994): Hybridization: The Impurity of the Political. In: Edkins, Jenny/Persram, Nalini/Pin-Fat, Véronique (Hgg.): *Sovereignty and Subjectivity*. Boulder.

O'Connor, Bonnie Blair (1995): *Healing Traditions. Alternative Medicine and the Health Professions*. Philadelphia.

Oberreuter, Heinrich (Hg.) (1980): *Pluralismus. Grundlegung und Diskussion*. Opladen.

Ots, Thomas (1987): *Medizin und Heilung in China*. Berlin usw.

Porter, Roy (1988): Before the Fringe: "Quackery" and the Eighteenth Century Medical Market. In: Cooter, Roger (Hg.): *Studies in the History of Alternative Medicine*. London.

Projekträgerchaft Forschung im Dienste der Gesundheit in der Deutschen Forschungsanstalt für Luft- und Raumfahrt e.V. (DLR) im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Technologie (Hg.) (21994): Unkonventionelle medizinische Richtungen. Bestandsaufnahme zur Forschungssituation. Bonn.

Psyhyrembel (1996): Wörterbuch Naturheilkunde und alternative Heilverfahren. Berlin usw.

Quen, Jacques M. (1975): Acupuncture and Western Medicine. In: Bulletin of the History of Medicine 49, 196-205.

Regev, Motti (1997): Rock Aesthetics and Musics of the World. In: Theory, Culture and Society 14, 125-142.

Ritzer, George (1995): The McDonaldization of Society. Thousand Oaks.

Robertson, Roland (1995): Globalization. In: Featherstone, Mike et al. (Hgg.): Global Modernities. London.

Rothschub, Karl Eduard (1978): Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart. Stuttgart.

Saks, Mike (1992): Alternative Medicine in Britain. Oxford.

Schäffler, Hans/*Etzel*, Rainer (1991): Ayurvedische Medizin. In: Zentrum für Dokumentation für Naturheilverfahren und Forschungsinstitut Freie Berufe. Bd. 1, 843-888.

Schmädel, Dieter (1989): Ayurveda – Medizinsystem im Wandel. In: Curare 12, 97-112.

Sharma, Ursula M. (1992): Complementary Medicine Today. Practitioners and Patients. London usw.

Staiano, Kathryn Vance (1986): Interpreting the Signs of Illness. Berlin.

Todorov, Tzvetan (1984): Mikhail Bakhtin. The Dialogical Principle. Manchester.

Unschuld, Paul U. (1996): Die chinesische Medizin nimmt Gestalt an. Der klassische Text „Huang Di neijing“. In: Schott, Heinz (Hg.): Meilensteine der Medizin. Dortmund.

Vickers, Andrew (1993): Complementary Medicine and Disability. Alternatives for People with Disabling Conditions. London usw.

Warner, John Harley (1998): Orthodoxy and Otherness: Homeopathy and Regular Medicine in Nineteenth-Century America. In: Warner, John Harley/Jütte, Robert/Risse, Guenther B./Woodward, John (Hgg.): Culture, Knowledge, and Healing. Historical Perspectives of Homeopathic Medicine in Europe and North America. Sheffield. 5-30.

Wasem, Jürgen (1999): Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung an das Gesundheitssystem. Eine repräsentative Studie. In: Die Betriebskrankenkasse 87, 434-440.

Webster, Andrew J. (1979): Scientific Controversy and Socio-Cognitive Metonymy: The Case of Acupuncture. In: Wallis, Roy (Hg.): On the Margins of Science: The Social Construction of Rejected Knowledge. Keele.

Zentrum zur Dokumentation für Naturheilverfahren und Forschungsinstitut Freie Berufe, im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Wirtschaft, Technologie und Verkehr (1991): Dokumentation der besonderen Therapierichtungen und natürlichen Heilweisen in Europa. Bd. 1. Essen.

Funktion und Bedeutung der Metapher in der Homöopathie

- 1 *Einleitung*
- 2 *Therapeutische und interaktive Eigenschaften der Metapher*
- 3 *Befunde am Transkript*
 - 3.1 *Transkript 1 „Frau Weiß“*
 - 3.2 *Transkript 2 „Herr Müller“*
- 4 *Zum Metapherncharakter von „Phosphorus“*
- 5 *Das homöopathische Simile: Vorschläge für ein linguistisches Verständnis*
- 6 *Transkriptionskonventionen*

1 Einleitung

Die therapeutischen Effekte der Homöopathie werden zunehmend unter dem Gesichtspunkt einer semiotischen Begründung diskutiert – so zuerst von Walach (1991)¹. Sloterdijk bezeichnete 1996 die Medikamente aus Hahnemanns „Materia Medica“ als „Lexeme in einem Wörterbuch der Wirkungen“.²

Dieser „linguistic turn“ mag seine Ursache in den bislang erfolglosen Anstrengungen haben, die Homöopathie auf pharmakodynamischer Grundlage zu begründen. Das zeigen die „Gedächtnis-des-Wassers“-Diskussionen zwischen Benevise³ und Maddox⁴ aus dem Jahre 1988 wie

¹ Walach, Harald (1991): Homeopathy as semiotic. In: *Semiotica* 83 (1/2), 81-95.

² Sloterdijk, Peter (1996): Die Andersheilenden. Über einige Aspekte der Homöopathie im Lichte des philosophischen Therapiegedankens der Neuzeit. In: *200 Jahre Homöopathie*. Hg.: Deutscher Zentralverein der homöopathischen Ärzte. Heidelberg. 9-38.

³ Benevise, Jaques et al. (1988): Human basophil degranulation triggered by very dilute antiserum against IgE. In: *Nature* Vol. 333, 816-818.

⁴ Maddox, John (1988): Waves caused by extreme dilution. In: *Nature* Octobre 27.

auch das Scheitern der „Münchener Kopfschmerzstudie“⁵ aus dem Jahre 1997 und auch die Ergebnisse einer umfangreichen Metaanalyse von Studien von Linde⁶ aus dem Jahre 1998.

Semiotisch gesprochen basiert die Lehre der modernen westlichen Medizin auf „Indexikalität“: Symptome werden durch eine pathologische Ursache hervorgerufen und werden durch medizinische Maßnahmen gegen diese Ursachen beseitigt. Im Gegensatz dazu entwickelte Hahnemann 1796 sein „neues Prinzip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen“⁷ mittels des Konzeptes „Simile“. Das Verhältnis der Ähnlichkeit zwischen den Symptomen einer Krankheit und den toxischen Eigenschaften eines bestimmten Medikamentes, das, einem Gesunden gegeben, die Symptome dieser Krankheit auszubilden vermag, zeigt im Einzelfall das zu wählende Mittel an, das dann noch in der richtigen – nicht mehr toxischen – Dosis gegeben werden muss, um heilend zu wirken. Schon 1830 eröffnete G. W. F. Hegel die semiotische Diskussion um die Homöopathie, indem er das Kriterium der Mittelwahl, die Ähnlichkeit zwischen den Krankheitssymptomen und einem jeweiligen Medikament der *Materia Medica* als nicht objektivierbar und durch Notwendigkeit bestimmt kritisierte.⁸ Hahnemanns Terminus „Simile“ ist für Hegel vielmehr verknüpft mit allgemeinen Momenten der Arzt-Patient-Beziehung und den Effekten auch anderer Medikamente, nämlich „Erschütterung“ und „Magie“.

Da bislang kein pharmakodynamischer Wirksamkeitsnachweis des homöopathischen „Simile“ gelungen ist, muss die semiotisch-linguistische Forschung sich weiterhin gefordert sehen. „Erschütterung“ und „Magie“ sind sehr wohl Themen nicht nur der Psychotherapieforschung, sondern auch der allgemeinmedizinischen Forschung geworden. Für

⁵ Walach, Harald et al. (1997): Classical homeopathic treatment of chronic headaches. A double-blind, randomized, placebo-controlled study. In: *Cephalalgia* 17, 119-126.

⁶ Linde, Klaus et al. (1998): Overviews and metaanalysis of controlled clinical trials of homeopathy. In: Ernst, Edzard/Hahn, Eckhart G. (Hgg.): *Homeopathy. A Critical Appraisal*. London. 101-106.

⁷ Hahnemann, Samuel (1796): Versuch über ein neues Prinzip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen nebst einigen Blicken auf die bisherigen. In: *Hufelands Journal* 2/3, 391-439; 4, 465-561.

⁸ Hegel, Georg W.F. (1970/1830): *Enzyklopädie der philosophischen Wissenschaften im Grundriss, Zweiter Teil. Die Naturphilosophie. Mit den mündlichen Zusätzen*. Frankfurt a.M.

McWhinney⁹ ist therapeutischer Erfolg in der Allgemeinmedizin durch so genannte „Verbindungs momente“ zwischen Arzt und Patient begründet, Balint¹⁰ bezeichnete dieses Erleben von Gemeinsamkeit zwischen Arzt und Patient schon 1957 als „flash“. Die aktuelle Forschung betreffend „flash“ und „connection moments“ bedient sich des Konzepts der Metapher wie Schachtner¹¹ oder Buchholz¹².

Die Analogie von „Simile“ und „Metapher“ von Pollio¹³ mag etwas vereinfachend klingen, deutet aber sehr wohl den Nutzen des Konzepts der Metapher zur Diskussion des homöopathischen „Simile“ an:

Metaphors and similes can both be defined somewhat formally as linguistic devices which make an explicit or implicit conjunction or comparison between two ideas; ideas that share common, though often highly imaginative features.

2 Therapeutische und interaktive Eigenschaften der Metapher

Maßgebliche Modellvorstellungen der Metaphern-Linguistik und Semiotik haben interaktive Merkmale gemeinsam, die bekannt sind als Eigenschaften bestimmter therapeutischer Situationen, Haltungen von Patienten und Ärzten in diesen Situationen oder sogar als mögliche Funktionen von Medikamenten. Eine Synopse versucht, diese Gemeinsamkeiten zu verdeutlichen, wobei auf die Metaphernkonzepte Bezug genommen

⁹ McWhinney, Ian (2000): Being a GP – What it Means. In: *Ärztomagazin WONCA*, 4.

¹⁰ Balint, Michael (1957): *The Doctor, his Patient and the Illness*. London.

¹¹ Schachtner, Christina (1999): *Ärztliche Praxis. Die gestaltende Kraft der Metapher*. Frankfurt a.M.

¹² Buchholz, Michael B. (Hg.) (1993): *Metaphern in der talking cure – die Rhetorik der ‘Arbeit am Widerstand’*. In: *Metaphernanalyse*. Göttingen. 171-207.

¹³ Pollio, Howard R. et al. (1977): *Psychology and the Poetics of Growth. Figurative Language in Psychology, Psychotherapy, and Education*. Hillsdale. Zit. nach: Schmitt, Rudolf (1995): *Metaphern des Helfens*. Weinheim. 114, Anm.67.

wird, wie sie von Peirce¹⁴, Sebeok¹⁵, Jakobson/Halle¹⁶, Lakoff/Johnson¹⁷ und H. White¹⁸ entwickelt worden sind (Tab. 1).

Tabelle 1: Synopse interaktiver/therapeutischer Eigenschaften der Metapher in Semiotik und Linguistik

Semiotik Peirce / Sebeok / Uexküll (1935ff) (1994) (1996)		Linguistik I Jakobson / Frazer (1965) (1935)		Linguistik II Lakoff / Johnson (1999)		Linguistik III Hayden White (1973)	
	<u>Iconizität</u> - Bild - Diagramm - Metapher						
Rhetorik		Metapher		Metapher		Metapher	
Erzeugungsmodus	Ähnlichkeit	Paradigma (Ähnlichkeit)		icon, nicht arbiträr		Gleichnis	
interaktive Eigenschaften	Regression	„homöopathische Magie“ Identifikation		„Ähnlichkeit ist Nähe“		therapeutische Qualitäten: Sekundärprozess Identifikation	
	<u>Indexikalität</u> genuin/reagent etc. - Metonymie						
Rhetorik		Metonymie		Metonymie		Metonymie	
Erzeugungsmodus	Grund	Kontiguität (Syntagma)		Produkt anstelle Prozess		„Namenswechsel“ (pars pro toto)	
interaktive Eigenschaften	Kontiguität als Kontinuität („Progression“)	Kontagiöse Magie Distanz		Distanz		therapeutische Qualitäten: Sekundärprozess Reduktion	

¹⁴ Peirce, Charles S. (1993/1983): Phänomen und Logik der Zeichen. Hg.: Pape, Helmut. Frankfurt a.M.
¹⁵ Sebeok, Thomas A. (1994): Signs. An Introduction to Semiotics. Toronto.
¹⁶ Jakobson, Roman/Halle, Morris (1956): Fundamentals of Language. The Hague.
¹⁷ Lakoff, George/Johnson, Mark (1999): Philosophy in the Flesh. New York.
¹⁸ White, Hayden (1973): Metahistory. The Historical Imagination in Nineteenth-Century Europe. Baltimore.

Nimmt man Peirce's Semiotik der Ikonizität und Indexikalität als eine polare Matrix, so kann man „Ähnlichkeit“ als einen gemeinsamen Modus der Erzeugung von Metaphern und interaktiver Eigenschaften wie „Regression, Nähe, Identifikation“ oder „homöopathischer Magie“ ansehen. Ähnlichkeit ist in diesem Sinne nicht nur verknüpft mit der rhetorischen Kategorie der Metapher, sondern auch mit primär prozesshafter Qualität therapeutischer Situationen.

„Ähnlichkeit“ und Erzeugung der „Metapher“ sind sogar mittels Bezug auf therapeutische Situationen verdeutlichend dargestellt worden. So verwenden Jakobson und Halle (vgl. Jakobson/Halle wie ¹⁶) Frazer's¹⁹ ethnotherapeutischen Terminus der „homöopathischen Magie“, um die Modalitäten der Sprachproduktion auf der paradigmatischen, metaphorischen, vertikalen Achse gegenüber der „kontaginösen Magie“ auf der metonymischen, horizontalen Achse zu verdeutlichen. Jakobson tut dasselbe mit Freuds „Identifikation“ im Falle der metaphorischen Achse. H. White (wie ¹⁸) bezieht sich ebenfalls auf Freuds „Identifikation“ im Falle der metaphorischen Trope. Von Uexküll²⁰ versucht, den komplizierten Zustand der Erfahrung von „Ikonizität“ mittels des psychodynamischen Modus der „Regression“ zu erklären.

In Übereinstimmung mit der aktuellen Neurolinguistik definieren Lakoff/Johnson (wie ¹⁷) die Metapher als ein Konzept, das durch körperliche und kulturelle Erfahrung codiert wird. Diese Konzepte sind auf einer unbewussten Ebene in Form von „Familienähnlichkeiten“ organisiert, letztere machen das „understanding and experiencing of one kind of thing or experience in terms of another“²¹ möglich: Erfahrung und Verstehen mittels einer Ähnlichkeitsbeziehung. Der Erzeugungsmodus ist „nicht arbiträr“ (wie ¹⁷) wie der des Ikon. Die interaktive Eigenschaft von „Ähnlichkeit“ als einem metaphorischen Konzept ist „Nähe“ (wie ¹⁷).

Lakoff's und Johnson's Konzept der Metapher bezieht sich auf ein kategoriales System, das in Form von „Familienähnlichkeiten“ organisiert ist und im Attributionssystem des Patienten gefunden werden kann

¹⁹ Frazer, James George (1935): *The Golden Bough: A Study in Magic and Religion* I. 3. Aufl. New York.

²⁰ von Uexküll, Thure (1996): *Das Placebo-Phänomen*. In: *Psychosomatische Medizin*. München usw. 363-369.

²¹ Lakoff, George/Johnson, Mark (1980): *Conceptual metaphors in everyday language*. In: *Journal of Philosophy* 77 (8), 453-486.

– das sind dann Vorstellungen betreffend die Krankheit, ihre Behandlung und Heilung und die Beziehung zum Arzt. Vielleicht ist die Homöopathie selbst eine Metapher, die im Sinne dieses Systems von Familienähnlichkeit („Simile“) funktioniert. Wenn gilt, dass „Ähnlichkeit Nähe ist“ (Lakoff/Johnson wie ¹⁷), so muss eine therapeutische Beziehung, die auf dem „Simile“ beruht, eine sehr nahe sein, wie dies auch die Psychotherapie ist.

Jakobson's Konzept der Metapher bezieht sich auf die sprachliche Produktion. „Homöopathische Magie“ als ein sprachlicher Produktionsmodus auf der paradigmatischen Achse erfasst auch historische und psychodynamische Eigenschaften der Metapher. Vielleicht ist das homöopathische „Simile“ in der therapeutischen Interaktion eine Metapher für diese Tradition der „Magie“.

Zwei Transkripte homöopathischer Interaktion aus der Allgemeinpraxis werden entsprechend den Regeln der qualitativen Forschung, wie sie von Strauss²² festgelegt worden sind, bearbeitet. Metaphern sind neuerdings ein Hauptthema für die qualitative Forschung geworden, wie dies insbesondere von Coffey/Atkinson²³ betont wird:

Spoken interaction is constructed through a variety of theoretical and semantic devices, one of which is characteristic use of metaphorical imagery. Metaphorical imagery can provide a useful theory of thinking about and interpreting textual data. Metaphors are a figurative use of language, a ubiquitous feature of culture's or an individual's thinking and discourse.

Zusätzlich beziehen Coffey/Atkinson (wie ²³) sich mit dieser Form der induktiven Metaphernforschung auf Peirce's Terminus der „Abduktion“ (wie ¹⁴):

Abductive inferences lead us from specific cases or findings toward generic levels that allow us to move conceptionally across the wide range of social contexts.

Unter Benutzung dieses qualitativ-textlinguistischen Ansatzes beabsichtigen wir nun, das homöopathische „Simile“ als Metapher zu untersuchen und zu diskutieren.

²² Strauss, Anselm (1987): *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge MA.

²³ Coffey, Amanda/Atkinson, Paul (1996): *Making Sense of Qualitative Data*. Thousand Oaks CA. 85.

3 Befunde am Transkript

Nach dieser einleitenden Orientierung können wir uns der Untersuchung zweier Transkripte von Arzt-Patienten-Interaktionen zuwenden und unter Beachtung der Regeln der qualitativen Sozialforschung versuchen, generelle Schlussfolgerungen aus der Analyse zweier Einzelfälle zu ziehen.

3.1 Transkript 1 „Frau Weiß“²⁴

In dem homöopathischen Erstgespräch einer Patientin und einer Ärztin zeigt die Anfangssequenz eine auffällige Differenz zwischen Patientin und Ärztin im Hinblick auf die zu wählende zeitliche Perspektive bei der Anamnese des Krankheitsgeschehens.

(Frau Weiß, 1-10)

A okay, . wir brÄUcheten also' . heute' einmal natürlich die schilderung ihrer aktuEllen probleme, warum sie jetzt kÖnnen, <EA> dAnn . würd ich sie bitten einmal gAnz **von vorne anzufangen'** . vOn ihrer Geburt an' . die

A wichtigsten statiOnen ihres lebens zu erzählen,* die wichtigsten
P (leise) (?..)*

A erkrAnkungen auch zu berichten, <EA> dann brauchen wir die erkrankungen der familie, <EA> eltern und grÖBeltern, und dann äh:m . werd ich ihnen so . die . Üblichen homöopathiefragen stelln,

A das . sehn wir dann, <EA> womit möchten sie gern Anfangen'
P mh,mh' . . . was is

P denn bEßer' . mit der aktuEllen situation' weil [a] [e] ich würd **das gErne rÜckwärts machen**, ich habs mir auch so **rückwärts Aufgeschrieben**,

²⁴ Aufnahme 6/98; Transkription: Meike Schwabe 01/00. Wir danken Dr. med. Andrea Mechler für die Unterstützung bei der Transkriptdiskussion in der regionalen Gruppe der Akademie für integrierte Medizin in Hannover aus homöopathischer Sicht.

Im Transkript steht gleichzeitig Gesprochenes innerhalb einer Partiturfläche übereinander. Es handelt sich hier und im Folgenden um fiktive Namen. Der Fettdruck bedeutet nur eine Hervorhebung, um zitierte Stellen leichter auffindbar zu machen. Die Ziffern im Text verweisen auf die Partiturflächen des Gesamttranskripts.

sichtlich der Vermeidung des Genusses von zuviel und fettem Fleisch wird von der Patientin nicht im Sinne der homöopathisch gewünschten Individuation der ihr ganz eigenen Symptome bzw. Verhaltensweisen beantwortet, sondern im Sinne einer Darstellung des familiären Hintergrunds: „Essen wir nicht“ (263) oder „Wir essen eh schon nur noch weniger Fleisch“ (265).

In Übereinstimmung mit Lakoff/Johnson (wie ¹⁷) können wir hier ein „Nähekonzep^t“ unterstellen, dessen manifester Ausdruck „rückwärts“ nicht in einem zeitlichen, sondern in einem räumlichen Sinne der Objektrelation zu verstehen ist. Das Sodbrennen der Patientin wird als „Nähe“ in der Schwangerschaft zum ungeborenen Kind erlebt, die Lungenentzündung als „Nähe“ zu ihrer Tochter, der Bandscheibenvorfall in „Nähe“ sowohl zu ihrem Schwager als auch zu ihrem Arbeitskollegen und schließlich die Ernährungsgewohnheiten im Rahmen des Nähekonzep^tes im Hinblick auf ihre Familie.

Ein weiteres metaphorisches System ergibt sich aus der konkreten Beschwerdeschilderung und der Beschreibung der verschiedenen Bewältigungsstrategien seitens der Patientin.

(Frau Weiß, 11-18)

P	bin jetzt sEIt februar krankgeschrieben, (? Kann man so sagen), . Einfach
A	mh,mh'

P weil gAnz ganz viele Sachen nAchenander und gLEIchzeitig kamen' und ich jetzt für mich überlegt hab' wARum soll ich immer zum internisten zUm chiropraktiker <EA> <AA> äh : zum hAls nasen und ohrenarzt ,ich brauch jetz mal n Arzt' . äh der für Alles irgendwie zuständig ist, weil jEder sagt' . das letzte war der chIropraktiker da war ich mit verspannungen und konnte nich mehr Atmen, und (?sagte) ja <EA> , (veränderte Stimmlage) ja das jEtzt erst haben + is klAr' wenn **man** n ma:gengeschwür hat' . dann hat **man**=s auch am rÜcken, und der nächste sagt dann' ja **man** hat=s am Rücken' wenn **man** n mAgesengeschwür hat, und dann dacht ich' <EA> (?moment/mensch) . warum Arbeiten die denn nich ma zusammen' und sagen ja es is klAr' dass das als nächstes kOmmt, wenn das sowiesO jeder arzt weiß, . und

Die Beschwerdesymptomatik wird nicht nur über das Pronomen „man“ entsubjektiviert, sondern auch zusätzlich gebrochen über die Aussagen des Chiropraktikers sowie eines weiteren Arztes. So ist die zeitliche Abfolge des Auftretens der Beschwerden trotz des Versuchs der Patientin, eine klare retrograde Zuordnung zu gewährleisten, in der Abfolge der Beschwerdeschilderung eher ein zeitliches Neben- und Miteinander:

„Fing an mit'm Hörsturz“ (21), „ach so und mit den Magenbeschwerden, also ich hatte immer so'n Druck im Magen“ (25f.), „ich hatte vorher 'n Bandscheibenvorfall und dass mein Bein wieder ganz fürchterlich weh tat“ (36f.). Die Bewältigungsstrategien beschreibt die Patientin vordergründig im Sinne einer Abgrenzung gegenüber dem erkrankten Organ oder auch eines Kontrollversuchs: „Dann war das mit dem Hörsturz wirklich super im Griff“ (35f.), „dass das nie jemand erkennt. Äh und dann sagt, es wär' ja doch so schlimm“ (246f.), „dass ich das vielleicht ganz gut überspiele oder so, ich weiß es nich“ (247f.), „Weil ich oft so das Gefühl hab' ich könnte das besänftigen wenn ich von außen gegensteuer“ (241f.). Diese Strategien haben aber in zweierlei Hinsicht versagt: Nachdem der Hörsturz „super im Griff“ war, tat das Bein wieder „ganz fürchterlich weh“ (36f.). Das hausärztliche Erklärungsangebot hinsichtlich der Magenbeschwerden als „psychosomatisch“ (27) wird nach dem Ergebnis einer Magenspiegelung entwertet „dass doch 'n Magengeschwür tatsächlich da war“ (45f.). Somit stehen Psyche und Soma scharf getrennt gegeneinander: auf der Seite der Seele die Kontrollanstrengungen gegenüber den Organen – auf der Seite der Organe ein unkontrollierbares Nacheinander und Nebeneinander von Beschwerden.

In der Mitte der Konsultation erfolgt ein hinsichtlich des „Psyche/Soma“- bzw. „Ich/Organe“-Erlebens der Patientin bedeutungsvoller Interventionsversuch der homöopathischen Ärztin.

(Frau Weiß, 240-244)

P sOndern es is einfach n drUck im mAgen, es is als/ als Ob ne fAUst da

P sitzen würde,

A <EA> . äh Is das **als ob ne fAUst von Außen rElIn drÜckt' Oder**

P &IM magen, (leise) weil ich oft so das . gefühl

A **als ob ne faust . IM magen sitzt'**

P hab' ich Könnte das besÄnftigen' **wenn ich von AUßen (?gegensteuer),**

A . . ne fAUst IM magen' . und es is gÜnstiger so=**n bisschen dagEgen zu drücken'**

P ja,

A AH ja, (leise) mh,mh' . das schreib ich mir ma AUf, . . sOdbrennen'

P . hAt ich mal . 'irgendwann während der schwAngerschaft, . (?...)

A (leise) ach so, . mh:mh' . Also die Beschwerden

Mit ihrer Nachfrage „als ob ‘ne Faust von außen reindrückt oder als ob ‘ne Faust im Magen sitzt“ (241) unternimmt die Ärztin den Versuch, Emotionalität der Patientin mit Organ- und Selbstwahrnehmung zu verknüpfen, indem Druck von innen („als ob ‘ne Faust im Magen sitzt“) auch als eigene Emotionalität, Impulsivität, aufgefasst werden könnte. Es bleibt im Weiteren unklar, inwieweit sich zwischen dem von der Patientin formulierten „wenn ich von außen gegensteuer“ (242) und dem von der Ärztin erfragten „‘n bisschen dagegendrücken“ (243) möglicherweise schon eine Interaktionsform, die mit von Uexküll (wie ²⁰) „Passung“ genannt wird, anbahnt. „Passung“ bedeutet immer feinere Abstimmung von Patientin und Ärztin im Gesprächsverlauf auf ein gemeinsames Konzept von Krankheitsvorstellungen und Heilungsvorstellung. Erst am Ende der Konsultation wird dieses Thema dann im Sinne der „Passung“ nochmals aufgegriffen. So beklagt die Patientin geradezu den Wiedergewinn von Gesundheit, das Erleben von Lebendigkeit im zuvor durch eine radikuläre Bandscheibensymptomatik ertaubten Bein als bedrängend: „Das war ganz schrecklich, das hat also vier Wochen lang geschmerzt, dass ich gedacht habe wär es ma gelähmt geblieben, dann hätteste besser leben können“ (297f.). In diesem Sinne wird Lebendigkeit gewissermaßen als bedrängend, unkontrollierbar und schmerzhaft, letztlich als Gegensatz zu einem ruhigen Leben verstanden.

Die harten Kontrollmechanismen gegenüber den vielfältigen Organmanifestationen im Sinne einer Symptombildung scheinen aber nicht ständig zu greifen.

(Frau Weiß, 317-327)

P bEste freundin, . und das (? Find ich) sElber ganz schlimm, . **ich hab=s nicht immer im griff**, . meine mutter hat so=**n bisschen mir geholfen**‘ . indem se versUcht hat da’ zu zeigen was das für fOlgen hat, und ich dann mit den folgen (?dann einfach= **stEHn lassen**, (?dass man überlegt’) . was passiert als nächstes aber’ . <EA> ich kAnns nich, **ich mErke dann <EA> das is wUt’ die komt aus=m bAUch**, . (? ...) n roten vOrhang . und fAng an zu schrein, und <EA> . stunden später denk ich’ . wie kAnn man nur, . und (?entdecke) natürlich (? ..), (sehr leise) (?meine tochter) (? ..) + **schon als kind’ dass er sagt’ . ,mama das kAm doch aus=m bauch**, (? Ich kann nichts tun) (? ...) lernt auch schlagzeug’ und spielt auch schlagzeug’ und ich hOffe’ <EA> dass sich das damit . (?...),

A . . . <EA> Außer schreien’ auch äh äh . tAsse schmeißen’ tÜren knallen’ äh

A (?...) zu schlagen’*

P ja das hab=ich einglich sO gut im* griff dass ich . ,äh weil ich wEiB dass=es

P folgen hat . , (leise) ich hab früher mal ne gardinenstange runtergrissen' bei meinen Eltern im schlAfzimmer' und <EA> , dann hAtt=ich diese ding da stehn' . ; ah ich war vielleicht (?sieben) jahre alt oder so . da hat se gesagt' . **ja, sieh zu wie de se wieder dran krigst**, + und das hab ich also bevOr ich . jetz irgendwas

Die Impulsdurchbrüche werden hier einerseits klar mit Organempfindung konnotiert: „merke dann, dass ist Wut die kommt aus'm Bauch“ (320), andererseits fällt auch hier die eigenartige Unterstützung durch einen nahen Partner auf – wie das schon in den Eröffnungssequenzen für das Krankheitserleben der Patientin jeweils in Nähe und Verbindung mit anderen der Fall war: „schon als Kind, dass er sagt, Mama das kam doch aus'm Bauch“ (322). So wie oben das Erleben der einzelnen Krankheitssymptome nur im Zusammenhang mit anderen geschildert wird, erlebt die Patientin auch Druck von innen („Faust im Magen“) nicht im Sinne einer organverbundenen Emotionalität, sondern wieder über die Metapher der Nähe: so wie sich über das Sodbrennen in der Schwangerschaft (244) das Kind im Bauch bemerkbar machte. Möglicherweise – im psychodynamischen Sinne – bietet 318 einen Hinweis auf die Genese dieser Problematik, wenn es heißt, dass ihre Mutter ihr „ein bisschen geholfen“ habe, wenn sie sie mit den Folgen dieser ungerichteten Impulsivität, nämlich einer abgerissenen Gardinenstange, „einfach habe stehen lassen“ (319). „Ja, sieh zu wie de se wieder dran krigst“ (327) als Haltung der Mutter dem Kind gegenüber scheint beim Kind Aggressivität als generell mit unbehebbarer Zerstörungsfolge verknüpft zu konnotieren. Wut im Bauch führt zu schlimmsten Zerstörungen, an Organerleben geknüpfte Emotionalität ist daher grundsätzlich peinlichst kontrollbedürftig; ein Entgleiten aus der Kontrolle führt nicht nur zu Schäden in der Außenwelt. Möglicherweise fürchtet die Patientin auch Schäden in der Innenwelt, an den Organen (Hörsturz, Magengeschwür, Bandscheibenvorfall). Das Eingeständnis „Ich hab's nicht immer im Griff“ (317) leitet dann das Aufgeben des Kontrollzwangs ein und die Patientin kann weinen: „Aber wenn dann, dann weine ich halt“ (331).

Wenn wir uns dieses Metaphernkonzept entsprechend Lakoff/Johnson (wie ²¹) zu veranschaulichen versuchen, so ergeben sich zwei unterschiedliche, aber aufeinander bezogene Metaphernsysteme für die Patientin. Im System A – dem Nähe-Konzept ist die Beschreibung von Krankheit, Diätetik und zeitlicher Orientierung sinnvoll erlebbar nur im Kontext mit anderen Menschen. Das andere metaphorische Konzept –

Konzept B oder „Container-Konzept“ in Übereinstimmung mit Lakoff/Johnson (wie ²¹) – verbindet die Unvorhersagbarkeit von emotionalen Entäußerungen und Impulsdurchbrüchen, die von irreparablen Zerstörungen der äußeren oder inneren Welt begleitet werden, mit unvorhersehbar in Erscheinung tretenden Erkrankungen, deren Ergebnisse rein biologische Schädigungen der Organe sind. Stringente Kontrollmechanismen sind somit gegenüber derartigen Gefühlsdurchbrüchen indiziert, genauso gut wie gegenüber den wechselnden und wiederkehrenden organischen Turbulenzen, damit das Kind nicht wieder allein steht mit der unwiederbringlich heruntergerissenen Gardinenstange. Die Kontrollstrategien werden benannt als „sich zusammenreißen“, alles „im Griff haben“ und „überspielen“.

Gleichzeitig scheint das „Nähe-Konzept“ ein darunter liegendes System darzustellen, mit dem Krankheit bewältigt werden kann. Denn im Gegensatz zu dem rigiden und fordernden System des „Container-Konzepts“, das mit Kampf, Kontrolle und Furcht verbunden ist, scheint das „Nähe-Konzept“ Anteile einer „guten Familie“ zu repräsentieren, in welcher die Krankheit auch nicht geheilt werden kann, aber doch erfahren und ertragen zusammen mit anderen Menschen: Die Lungenentzündung wird mit der Tochter durchgemacht, der Bandscheibenvorfall mit dem Schwager, das Sodbrennen während der Schwangerschaft mit dem Kind, Diätmaßnahmen als Familiengewohnheit.

Dieses Metaphernsystem sorgt auch für eine „salutogene Basis“ entsprechend Antonovsky²⁵, wodurch auch ein emotionaler Austausch mit der Ärztin möglich wird. Daher sind die Tränen am Ende der Konsultation (331) auch als Aufgabe des Kontrollzwangs und vielleicht als Hilferuf an die Ärztin zu verstehen.

Im System A generieren die primären Metaphern zwei komplexe Metaphern, eine durch syllogistische Progression, die andere durch biographische Regression. So wird Ähnlichkeit ein zentrales Moment von Krankheit (durch Nähe zur Tochter, zum ungeborenen Kind, zum Schwager) und ein zentrales Moment der Heilung mittels biographischer Regression (eine Großmutter war homöopathisch orientiert, wie die behandelnde Ärztin außerhalb des Transkriptzusammenhangs den Autoren mitteilte). Dieses metaphorische System ist mit Krankheitsbewältigung verknüpft.

²⁵ Antonovsky, Aaron(1987): *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco.

Das System B ist weniger gut zur Krankheitsbewältigung geeignet. Man kann sich die Mechanismen permanenter Kontrolle und des Zwangs als ziemlich erschöpfend vorstellen. Das Tragen von Krankheit und Leid zusammen mit der Verwandtschaft wie in System A erscheint doch wesentlich leichter.

Man kann diese beiden Systeme miteinander verknüpfen. System B ist ein Container voll von Krankheiten und ein pathologischer Versuch der Heilung durch das ausschließliche und zwanghafte Halten der Containergrenzen. System A bietet eine individuelle Strategie nicht nur gegen das Alleinsein, sondern auch für das Aushalten schwerer Erkrankungen über familiäre Nähe. Weiter noch: Das Moment der familiären Nähe hat selbst therapeutischen Wert, denn Nähe ist mit Ähnlichkeit konnotiert und Ähnlichkeit steht für Homöopathie.

Tabelle 2: Metaphernsysteme „Frau Weiß“

System A: Nähe	System B: Container
<p><u>Primäre Metaphern: Krankheit ist...</u></p> <p>Krankheit ist Nähe: Sodbrennen zusammen mit dem ungeborenen Kind, Bandscheibenvorfall zusammen mit dem Schwager, Lungenentzündung mit der Tochter etc. (biographisches Konzept)</p> <p>Ähnlichkeit ist Nähe (kulturelles Konzept nach Lakoff/Johnson 1999: 51)</p> <p><u>Komplexe Metaphern: Krankheitsbewältigung</u></p> <p>Ähnlichkeit ist Krankheit (Syllogismus der primären Metaphern)</p> <p>Ähnlichkeit ist Homöopathie (biographische Erfahrung, Regression zur Großmutter)</p>	<p><u>Primäre Metaphern: Krankheit ist...</u></p> <p>Krankheit ist ein Container voll von Krankheiten: Hörsturz, Sodbrennen, Magengeschwür, Bandscheibenvorfall, Wut im Bauch</p> <p><u>Komplexe Metaphern: Krankheitsbewältigung</u></p> <p>Zwanghaftes Halten der Containergrenzen: sich zusammenreißen, alles im Griff haben, überspielen, gegensteuern</p>

Tabelle 2 verdeutlicht diese Metaphernsysteme. Auf der Basis der Symptome und des Verlaufs der Konsultation verschrieb die Ärztin Phosphorus. Was es mit dieser Wahl auf sich hat im Hinblick auf das Metaphernsystem, kann erst weiter unten im Text diskutiert werden.

3.2 Transkript 2 „Herr Müller“²⁶

Die Befunde am Transkript „Herr Müller“ können eine weitere Perspektive auf die Dimension der Metapher in der homöopathischen Konsultation eröffnen. Dieses Transkript erwies sich in seiner Bearbeitung als schwieriger gegenüber dem vorhergehenden, da der Patient – bei gleicher Ärztin – ein problematisches Sprachproduktionsmuster aufweist:

(Herr Müller, 1-15)

A mh ja, auch das gesprÄch zu führn is: . ir:ndwie: Anders, . aber . . <EA>
nAja, jetz probiern wa=s mal, . . <EA> . GUT , . wieÄ gEht es, ihnen

P ja: als(o) . (i=bin=n bisschen:) verunsat/ unsichert jetz so weil äh <EA> das:
äh:m, . mit=m mAgen

A das: is is seit . dem letzten mal das=s glaub=ich vier wOchen jetz her, (?ja) . .

A (?mh:nee/)

P das is . jetz=äh: eigentlich stÄNdig immer ziemlich dEUTlich' . äh: . und .

A Ach, j:A, ich bin erstAUnt, aber: . reden sie mal weiter, mmh?

P ziemlich . . hm? ja,

P das=äh: is ähm: . ziemlich/ zIEmlich sch/ . stArk eigentlich, so wie=ich=s .
<EA> am Anfang auch gehabt hatte, das is ein mh mh/ . dass ich jetz immer
merke (?wie son blubbern') . . äh:m . so, auch ,äh: . ich g/ hats . jetz die letz-
ten drei/ . drei vier tage auch sehr stark äh . auch so - zu jEder, zeit gesprüt,
oft is=es so wenn ich dann irgendwie was mache' dann: merk=ich auch, dass
es dann=n bisschen weggeht' <EA> (leise) dass=s dann so ähm+ . (?nich)
mehr so dEUTlich is, und . äh: nachts kann=ich . kann=ich halt schlecht Ein-
schlafen' und ich wach . ständig auf' und . (leise) (? ja das is so:)' + . . ja is
wieder DA, IR(ge)ndwie, as is so (?)/ so gAn:z/ . gan:z: . (leise) häufig,
einklich so dieses: + . . und=ich/ ich wEIB (?ich meine) sie hatten dann ge-
sagt (?das is jetzt ...) das merk=ich Auch dass ich: bin im moment auch noch
n bisschen Unklar, aber es/ ich wEIB nich ob das/ <EA> ob das wirklich
so=n zusAmmenhang is, ich bin da einfach unsicher, ob das ,ähm . weil das

²⁶ Aufnahme 6/98; Transkription: Carsten Steinmetz; Korrektur: Ingrid Furchner 08/99.

immer: . . ja, m m diese bestimmten: . . sAchen, so sind und ich kann jetzt
 nich sagen dass=ich/ dass ich mich Unklar, fühle oder dass es Irgendwie so:
 aber mh . . ich versuch das dann so in diese verbIndung, zu bringen
 (¿mit/dass) äh: das jetzt irgendwie . ob ich das dann mErke, aber ich bin mir
 da nich mehr

Die Redebeiträge des Patienten sind durch laufende Selbstkorrekturen sowie eine undeutliche Artikulation gekennzeichnet. Im Hinblick auf ein zugrunde liegendes metaphorisches System ist der Text in der ersten Lektüre durchgehend „grau“, woraus sich die Notwendigkeit einer systematischen Aufarbeitung ergibt. Eine solche Aufarbeitung bemüht sich um die Unterteilung des Textes in eine Folge von Einheiten und andererseits darum, von der zunächst nicht entschlüsselbar scheinenden Oberfläche des Textes in tiefere Schichten mit möglicherweise sich darstellendem Metapherngehalt vorzustoßen. Hinsichtlich dieser Zielsetzung ist unsere Ausgangshypothese, dass das metaphorische System im Falle dieses Transkripts nicht so sehr als klar konturierte Metaphernmanifestationen auffindbar ist wie in Transkript 1. Vielmehr deutet die sprachliche Produktion selbst wie auch der prozessspezifische interaktive Verlauf der Konsultation möglicherweise auf ein nicht unmittelbar evidenten Metaphernkonzept. Wenn man die Beitragssequenzen von Patient und Ärztin in ihrer Anzahl und ihrem Umfang betrachtet, bietet das wenig im Vergleich zu Transkript 1. Bezogen auf das gesamte Transkript überwiegen die Sequenzen, in denen die Ärztin und der Patient in einem Dialog sind, während die Hälfte des gesamten Gesprächs durch Beiträge des Patienten und nur 5% durch die Ärztin allein bestritten werden (Tab. 3). Dies ist bemerkenswert, verglichen mit dem arzt dominierten Interventionsstil konventioneller Allgemeinmediziner, aber typisch für Psychotherapie.

Entsprechend unserer Vorgehensweise betrachten wir zunächst die Textproduktion in Sequenz I (5-15) (Tab. 4).

Hierbei fällt das Überwiegen der rein kombinatorischen Aussagefunktion auf. Zwischen all den Neustarts, Reformulierungen und „Äh“ scheint kaum ein konsistenter Sinn auf, so dass man in Orientierung an dem linguistischen Zwei-Achsen-Modell nach Jakobson behaupten kann, dass der Patient sich lediglich auf einer kombinatorischen Achse der Aussagenverknüpfung bewegt oder anders ausgedrückt, dass die Achse der Selektion gestört ist (Tab. 4). Da wir davon ausgehen können, dass der Patient nicht am organischen Krankheitsbild einer Wernicke-Aphasie leidet, müssen wir dies als stilistische Eigenart im Sinne Jakobsons an-

Tabelle 3: Gesprächsbeiträge von Ärztin und Patient

Interaktionssequenzen												
I.		II.		III.	IV.		V.			VI.		
A	P	A	P	P	AP	A	AP	A	A	A	AP	A
1	5-15	27	42-46	89-93	126-131	159	168-174	175	184	191	197-202	203
			48-54	100-104	133-137						204-208	
			56-62		140-146							
			<u>A</u>		148							
			47		151-155							
			55		157-158							
			63									
Σ AP = 123					A = Ärztin							
Σ P = 71					P = Patient							
Σ A = 10												

Tabelle 4: Textproduktion und Metaphern in Sequenz I

Interaktionssequenz	Textproduktion	Metaphern	
		komplexe Metaphern	primäre Metaphern
I. P5 - P15	<p><u>Unterfunktion</u> der metaphorischen (paradigmatischen) Achse P</p>  <p><u>Überfunktion</u> der Achse S (syntagmatisch)</p>	„wie son blubbern“(P6)	Container
		im Container geschieht etwas	

nehmen oder auch als Möglichkeit einer psychogenen Störung mit einer Minderung zur Selektion bzw. Assoziation von Sinnzusammenhängen über die vertikale Achse. In diesem Verständnis ließe sich dann die Patientenaussage „wie son blubbern“ (6) weitergehend als komplexe Metapher für seine ungeordnete Sprachproduktion verstehen. Als primäre Metapher wäre dann entsprechend Lakoff/Johnson eine Container-Metapher anzunehmen. Für die Eröffnungssequenz I versucht die Tabelle 4, die charakteristischen Eigenschaften des Redebeitrags des Patienten sowohl im Hinblick auf die Sprachproduktion (Überfunktion auf der syntagmatischen Achse) wie auch auf den Metapherngehalt hin zu systematisieren (primäre Metapher, komplexe Metapher).

Bleibt man nun bei der Container-Metapher – und dies ist nach Lakoff/Johnson (wie ¹⁷) eine der häufigsten Metaphern, mittels derer ein Selbstkonzept ausgedrückt wird – so findet in der Sequenz II gewissermaßen ein Sortieren im Containerinhalt statt, nachdem in I die Bewegung im Container sich darstellte. Ärztin und Patient betrachten also gemeinsam den Inhalt des Gefäßes: „Diesen helicobakter gehabt ne“ (43), „Obwohl Sie damals keinen Beziehungsstress hatten“ (46), „Sulfur ja eigentlich auch erst mal gut gewirkt“ (47), „Sie haben Penicillin bekommen“ (47f.), wobei die Ärztin resümiert „Das nützt mir für die Mittelfindung eigentlich nichts ne“ (60f.). Man könnte dies also als eine Orientierungsphase verstehen; in gemeinsamer Betrachtung des Containers (primäre Metapher) wird der Inhalt des Containers (komplexe Metapher) in Augenschein genommen (Tab. 5). In dieser Phase des interaktiven Prozesses ist es noch unklar, inwieweit über den „Container“ lediglich das Selbst des Patienten, die Interaktion zwischen Ärztin und Patient im Sinne eines haltenden Rahmens oder aber beide zusammen thematisiert werden.

Tabelle 5: Textproduktion und Metaphern in Sequenz II

Interaktionssequenz	Textproduktion	Metaphern	
II. AP A	<p><u>Unterfunktion</u> der metaphorischen (paradigmatischen) Achse P</p>  <p><u>Überfunktion</u> der Achse S (syntagmatisch)</p>	komplexe Metaphern	primäre Metaphern
		<p>„Helicobacter“ (AP43)</p> <p>„Beziehung“ (AP46)</p> <p>„Sulfur (sulfo)“ „Penicillin“ (AP47)</p> <p>Inhalt des Containers</p>	Container
42-46			
47			
48-54			
55			
52-62			
63			

Sinnvollerweise sind also die nächsten Sequenzen zu betrachten bezüglich der weiteren Entwicklung und Akzentuierung des Metapherngehalts. In Sequenz III findet sich folgender Dialog:

(Herr Müller, 106-110)

A ja, . . . und wAs gibt es eventuell zu den trÄUmEn, zu sagen

P (8 sec) (sehr leise) (?na das sind kEIne) . . (?keine/ keine aktuEllen, träume) + . . . d(a)s=is auch oft/ ich hab jetzt keine zusAMmen,hängenden mehr gehabt das is mir aufgefallen das is jetzt (?... mehr so) . so brUch,stücke (?.....)

A (5 sec) *szEnen, die sich wiederholen*

P (13 sec) mh: ich ka/ weiß=es nur so: so: . Ungefähr, ich weiß nur dass manchmal was mit den ängsten schOn, . drin vorkommt so . (leise) aber: + aber ich/ ich . hab das: öh weil <EA> weil das nie/ nie so=n klArer, traum war hab=ich mir das auch nie so gemErkt, (sehr leise) (?was es: war)+

A . . aber das (?kö/) fÜhlt sich an als sei das was mit ,angst

Der Patient lehnt hier deutlich jedes Eingehen auf eine von der Ärztin möglicherweise beabsichtigte psychotherapeutische Intervention ab. Er bietet ausdrücklich kein Traummaterial, er merkt sich keine Träume, er

geht nicht auf die seitens der Ärztin erwähnten „Szenen, die sich wiederholen“ (Z108) und damit auf das therapeutische Aktualisierungs- bzw. Wiederholungspostulat ein. Vielmehr scheint hier die Botschaft zu lauten: Dies ist keine Psychotherapie, da die Ärztin in der vorigen Sequenz bedeutet hat, dass es nur um das Sortieren der spärlichen Angaben aus der Krankengeschichte ginge, es aber nicht im homöopathischen Sinne mittelweisend sei. Patient und Ärztin finden sich also weiterhin in einem ungeklärten Zustand des wechselseitigen Bezuges. Klarheit besteht nur in der Negation, der Patient will keine Psychotherapie, die Ärztin findet die Angaben nicht ausreichend für homöopathisches Vorgehen. Auf der Ebene komplexer Metaphern gehört dies sicher noch zum Sortieren im Gefäß, es wird über Ausschluss nun ausdrücklich benannt, was nicht hineingehört.

In Sequenz IVa wird die Metapher des „Blubbern“ aufgenommen und reformuliert:

(Herr Müller, 123-129)

A . <EA> Und sie sagen es ,blUbbert

P . **ja, es blUbbert**, (?.....)

A (?und) Das is: . das blUbbern' is vIEL, ne'

P das is ganz vIEL, das hab ich jEtz auch das hab=ich n ganzen . jEtz in=n lEtzten tagen <EA> h(a)b=ich das denganzen tAg über, & das=(i)s man(ch)mal wie **so blAsen die nach Oben steigen**, & das s:pÜr ,ich dann (?immer so plUpp) . (?.....),

P naja so kleine: so kleine: . . (?... sind das) so kleine

A wie blAsen die nach ,oben steigen

P explosiOn(en), & oder was weiß Ich wie man=s sagen soll ne' und dann

A ja jA

P mhm . ,ja

A ja . mhm . . als ob da kOhlen,säure drin wäre . . ja'

P ja . kann man sAgen, so (?... estma) (leichtes Lachen?)

A mmh: (5 sec) is das' als ob im magen was/ (?an/) als ob im magen eine

P Is ne **bewegung**, ja (leise) (?...)+

A **beWE:gung** ist' ja' (leise) m:hm'

A (9 sec) (Ha)b den eindruck das ,stÖrt sie auch ziemlich

In der Reformulierung des „Blubbers“ durch die Ärztin, die Aufnahme des Terminus durch den Patienten und seine weitere Ausgestaltung „so Blasen die nach oben steigen“ (125) ergibt sich eine „Passung“ (vgl. von Uexküll wie ²⁰). Ärztin und Patient schließen gemeinsam die Phase des Sortierens des Gefäßinhaltes ab, zwischen beiden scheint klar, was in das Gefäß hineingehört und was nicht. In Zeile 129 sprechen beide ausdrücklich von „Bewegung“, die Arbeit am Inhalt des Containers geht also weiter, signalisiert durch „Blasen die nach oben steigen“ (125). In Sequenz IVb fragt die Ärztin nach Ausscheidungen:

(Herr Müller, 135-149)

A und der stUhl' is WEI:ich oder könnte man sogar sagen , FLÜssig

P flÜssig, eher

A er ist flÜssig, und wie oft am tAg'

P . . morgens:?' einglich regelmäßig?' . . und dann: . . ,ja: . Abends, dann . oder mal nÄch,mittags (leise) nochma'+ . (?also das heißt' . mOrgns einglich Immer, . . . AUCh),

A . . . (leise) flÜssig, + . . . wIE is der gerUch,

P . . äh:m . ja schOn:: . Una/ UNangenehmer, geruch <EA> und beim kÖrpergeruch hab=ich jetzt AUCh, gemerkt dass das . teilweise unangenehm is . so: öh:m . was AUCh ,noch dazukam wenn ich schwitze, (schnell) oder so,+ was=ich sonst gAr nich hab dass=ich das sElber Unangenehm finde

A . mhm' . . wIE ist die fArbe,

P gAnz' dUnkel, (leiser) so: (?wie:) . sAcht ,man denn +

A schwArz' . . . ja' kÖnnte man sagen dÜnn und ,schwarz'

P schwArz ,eher ne'

P ja so: . . Eher zu ,schwArz hin er is: sEhr ,dunkel

A . (leise) m::mh' + (6 sec) und wenn sie den gerUch ,mal versuchen zu beschreiben ich weiß dass das sehr schwIERig, is aber: . (leise) vielleicht könn se=s ma versUchen,+

P (5 sec) <AA> (leise) (?ja) . (leicht lachend) (i)s schon wirklich schwIERich, ++

A jÄ ,ja . mmh'

P (10 sec) ich weiß ja gar nich' . (leise) (i)ch=mein +

- A . . . sonst fällt ihn(en) jetzt nichts, zu ein mmh' . . . und der schweiß ist (langsam) Übel, riechen: d+
- P . . . ja so: es is/ is=n Andrer . <EA> mh: äh k/körpergeruch, & n schweißgeruch is ja öh: . kann ma ja relativ . Ich meist beschreiben so dass=(e)s .
- A m:mh'
- P (?eben) schweißgeruch kann man dann . ma riechen' & aber das is schon so was was: . . un/ ich Unangenehm finde . (leise) so . und . . und ich stinke, dann och ne +
- A . . m:mh'
- P . . . (i)ch hab au das gefühl als müsst=i(ch) mich öfter . öh i(ch) wasch , mich öfter . also . (?das war jetzt ...)' . (?....) . . . und die haare, sind halt was ich auch scho=ma gesacht hab . (?sind ja)

Stuhlgang und Schweiß, Geruch und Färbung sind zunächst und unmittelbar als Symptomschilderung lesbar. Vor dem Hintergrund der primären Metapher des Containers sind sie aber weitergehend lesbar als komplexe Metaphern einer Ausscheidung aus dem Container, die sich unter Gestank und Dunkelfärbung vollzieht. In dieser „Ausscheidungsarbeit“ ist eine Konkretion der sprachlichen Produktion im Hinblick auf die Selektionsachse des Patienten zu bemerken. Schweiß- und Stuhlbeschreibung sind wesentlich konkreter als die Beschwerdeschilderung zu Beginn der Konsultation. Seitens der Ärztin wird auch diese Orientierung des Patienten auf die selektive Achse der Sprachproduktion deutlich positiv verstärkt, indem sie die rigide Symptomvorgabe des „Kent-Repertoriiums“²⁷ nur relativierend in Anspruch nimmt. „Die unterschei-

²⁷ Kent, James Tyler (1974): *Repertory of the Homeopathic Materia medica*. Calcutta. Beim „Kent-Repertorium“ handelt es sich um ein Symptomenverzeichnis zum Zweck der Arzneimittelfindung in der homöopathischen Sprechstunde. Dieses Symptomenverzeichnis ist nach einem Kopf-zu-Fuß-Schema aufgebaut und umfasst somit die Anatomie des menschlichen Körpers und die sich in den anatomischen Lokalisationen abspielenden möglichen Beschwerden (z.B. Schmerz, Entzündung, Lähmung, Störung der Sinneswahrnehmung und Dysfunktion der Ausscheidungen, um nur einige Beispiele zu nennen). Diesen Lokalisations- und Beschwerdeverzeichnissen, die in Rubriken angeordnet sind, sind mögliche homöopathische Arzneimittel, die zur Heilung in Frage kommen, entsprechend ihrer „Wertigkeit“ für die Symptome der Rubriken zugeordnet. Da Beschwerden zumeist vielgestaltig sind, müssen zur Bestimmung eines Arzneimittels nach homöopathischem Verständnis mehrere dieser Rubriken zugrunde gelegt werden. Als Heilmittel

den hier verschiedene Schweißgerüche, das ist immer ganz schwierig, also nach Käse und Rhabarber und so'n Unsinn“ (151f.). Damit verstärkt die Ärztin die Tendenz des Patienten zur eigenständigen Begriffsfindung. In dieser Phase des gemeinsamen Bezugs auf die Gefäßmetapher wird die „Passung“ also fortgeführt: Der Patient lässt sich auf eine stärkere Ausgestaltung der Sprachproduktion auf der selektiven und assoziativen Achse ein, die Ärztin rahmt die gemeinsame Arbeit als „homöopathisch“, aber in relativer Distanz zur einengenden kentianischen Symptom-Vorgabe ein.

In der Sequenz V findet ein Wechsel statt, der seitens des Patienten durch „mein Kopf ist heiß“ (167) eingeleitet wird und damit einen Etagenwechsel des Gefäßes darstellt: von einer unteren Ebene zu einer höheren Ebene. War in den Eingangssequenzen der Magen und das dortige „Blubbern“ (6ff.) Schauplatz des Container-Geschehens, fand sich dort der „helicobakter pylori“ (43ff.), so findet jetzt ein lokaler Etagenwechsel zum Kopf als Container statt. Gerade dieser Etagenwechsel gibt der homöopathischen Ärztin nun einen Hinweis für ein mögliches Mittel, denn sie hat jetzt die Möglichkeit, die Symptomatik „Blubbern im Magen“ mit der Symptomatik des heißen Kopfes entsprechend den Rubriken, die das Kent-Repertorium bietet, abzugleichen, um das am deutlichsten benannte Mittel für beide Symptome zu finden.

(Herr Müller, 173-176)

A . ahA, (leise) **jetz ham=was glaub=ich etwas ,kLArer** + (7 sec) mhm' (5 sec)
also ich hab jetzt:t=öh:m: . heißen kopf beim erwAchen' . ,unangenehmer:
schwEißgeruch' . DÜnner' stuhl ,dünnere dUNKler' stuhl

kommt dann das Medikament in Frage, welches in den Rubriken nicht nur am häufigsten genannt wird, sondern auch vom Drucktyp her (fett, kursiv etc.) als das für ein bestimmtes Beschwerdebild am besten geeignete erscheint. Das Repertorium wurde Ende des 19. Jahrhunderts durch Kent aus überwiegend deutschsprachigen Repertorien des unmittelbaren Umfelds Hahnemanns nach unklaren Kriterien der Quellenentnahme angelegt und liegt heutzutage in zahlreichen deutschen Varianten der Rückübersetzung und auch computerisierter Form vor. Aufgrund dieser komplizierten intertextuellen Situation sind die Symptombeschreibungen in den verschiedenen Ausgaben des deutschen „Kent“ keineswegs kongruent. Es fällt darüber hinaus auch ein zum Teil altertümlicher Wortbestand und geringe Variationsmöglichkeit für manche Symptomatik auf.

P mmh'

A gefühl von bewEgung im magen' & BlUbbern im magen: . . äh: erwAchen:
um FÜn:F . schlAflos nA:ch dem erwachen' und schlaflos durch rUhelosig-
keit

P mmh . ja Und . einfach auch so dieses dass ich n ganzen tag das gefühl hab .
dass ich=n

Über die Verlagerung vom Bauch in den Kopf („Verkopfung“) scheint sich also auf der Ebene der Container-Metapher ein Klärungsprozess abzuspielen: „Jetzt haben wir es glaub ich etwas klarer“ (173). In der Sequenz VI findet dann die Darstellung und Begründung des Mittels statt: „Dann will ich Ihnen heute Phosphor geben als homöopathisches Mittel und es wird uns dann einen Schritt weiterbringen, ein typisches Magenmittel in der Homöopathie“ (203f.). Das nach der letzten Konsultation gegebene Mittel Sulfur wird seitens der Ärztin als nicht mehr der jetzigen „Phase“ entsprechend verworfen: „Die Phase, in der Sie das Mittel gebraucht haben, ist sozusagen vorbei, und dahinter liegt jetzt das neue Mittel“ (207f.). In der Sequenz VI fällt auf, dass das vorhergehende homöopathische Mittel also als phasenbestimmt eingestuft wird. Man kann vermuten, dass auch das jetzt gegebene Mittel „Phosphor“ nur vorübergehend, sozusagen prozessgebunden, sinnvoll ist. Auf der Ebene der komplexen Metapher hat mit der Betonung von Phosphor als „Magenmittel“ (204) eine deutliche Rückbindung an den Ausgangspunkt der Konsultation stattgefunden, an das „Blubbern“ im Magen.

Betrachtet man die Abfolge der Akzentuierungen, die die primäre Metapher „Container“ als komplexe Metapher erfährt, nämlich als ein Gefäß mit mehreren Etagen, das einen Ausgangsinhalt hat, aus dem heraus Ausscheidung stattfindet und in dem im Rahmen eines Klärungsprozesses ein neuer Inhalt sich einstellt, so lohnt sich eine historisch-intertextuelle Betrachtung im Vergleich mit der Tradition alchimistischer Metaphorik. Schon C. G. Jung hat 1946²⁸ alchimistische Kategorien als psychodynamische Prozessmetaphern zur Erläuterung psychotherapeutischer Interaktionen in sozusagen historischer Codierung herangezogen. Lakoff/Johnson vermuten auch eine historische Qualität der Metapher nicht nur im Sinne der jeweils individuellen biographischen Prägungsmomente, sondern darüber hinaus auch im kulturhistorischen Kontext

²⁸ Jung, Carl G. (1995/1946): Die Psychologie der Übertragung. In: Praxis der Psychotherapie. Solothurn usw.

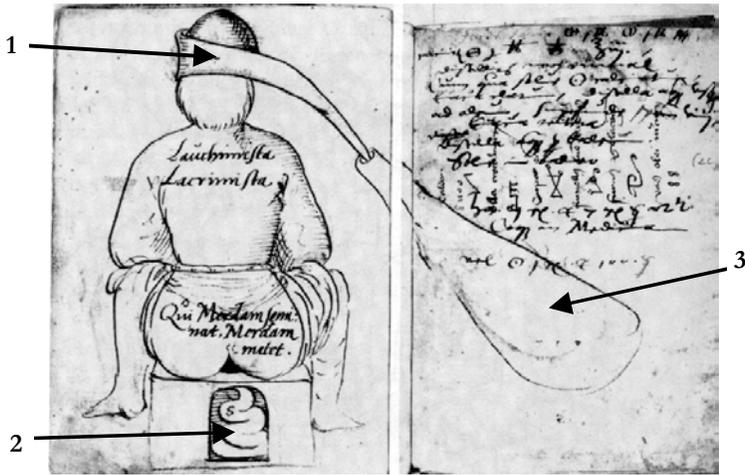
(wie ¹⁷). Da darf der synoptische Versuch unternommen werden, das System der primären und komplexen Metapher des Patienten in dieser Konsultation im historisch-intertextuellen Sinne zu systematisieren (Tab. 6 und Abb.).

Tabelle 6: Metaphern des Patienten und Bezüge zur Alchemie

Interaktionssequenz	primäre Metaphern	komplexe Metaphern	intertextueller Bezug: Alchemie
I	Container	„wie son blubbern“ (P6) im Magen	
		im Container geschieht etwas	Beginn des „Opus magnum“
II	Container	„helicobacter“ (AP43) – „beziehung“ (AP46)	materia peccans (schädliche Materie)
		„penicillin“ (A47) – „sulfur“ (A47)	arcana (Heilmittel)
		Inhalt des Containers	Inhalt des vas hermeticum
III	Container	keine „aktuellen Träume“ (AP106)	
		gehört nicht in den Container	gehört nicht ins vas hermeticum
IVa	Container	„es blubbert“ (AP123)	
		„blasen steigen nach oben“ (A125)	
		im Container geschieht etwas	Neubeginn des „Opus magnum“
IVb	Container	„schwarzer Stuhl“, „stinkender Schweiß“ (AP135-P149)	„in stercore inventur“
		Ausscheidung aus dem Container	nigredo (Schwärzung)
V	Container	„mein Kopf ist heiß“ (AP168, 170)	
		der Container wird heiß und rot, Etagenwechsel	rubedo (Rötung)
VI	Container	„magenmittel“ (AP204)	
		neuer Inhalt im Container nach Etagenwechsel	albedo, Darstellung des arcanum

Intertextueller Bezug: Der Körper als *vas hermeticum* oder Container des alchemistischen Werks.

(aus: Geberti [sic! „Geber“] *liber transformationis seu liber florum*
Lat. Manuscript, 15./16. Jhdt., Bayer. Staatsbibliothek München (Im 25110, fd. 21v, 22v).



- 1 Der Container wird heiß und rot: rubedo
- 2 Ausscheidung aus dem Container: nigredo
- 3 Neuer Inhalt im Container: albedo

Das Gefäß entspricht damit dem in der Alchimie bekannten „*Vas hermeticum*“, der prozessuale Ablauf gemahnt stufenweise an Ausscheidungsvorgänge der „*Materia peccans*“ im Sinne des „*Nigredo*“ sowie die dann folgende erste Klärung des „*Rubedo*“ während des Wechsels des Prozesses vom Gefäß der Magenetape zum Gefäß der Kopfetape. Die schließliche – alchemistisch gesprochen – „substantielle Darstellung“ des Arzneimittels im gemeinsamen Prozess zwischen Ärztin und Patient entspricht der abschließenden Phase des „*Albedo*“. Die Vorläufigkeit des zuvor gegebenen „*Sulfur*“ und die Phasenbezogenheit des nun darge-

stellten „Phosphor“ sind typisch für die unendliche Natur des „Opus magnum“, wobei letzteres eben als psychodynamische Prozessmetapher interpretiert werden darf (wie ²⁸).

Im zweiten Fallbeispiel scheint also die Fähigkeit des Patienten, sich auf einer paradigmatischen Achse entsprechend Jakobson auszudrücken, indem er Metaphern produziert, gestört zu sein. Der Patient agiert zunächst überwiegend auf der Achse des Syntagmas. In der Arzt-Patienten-Interaktion fokussiert der Patient – von der Ärztin dazu angehalten – unter der Zielsetzung der homöopathischen Mittelfindung auf seine körperlichen Erfahrungen, deren symptomatische Übereinstimmungen im Sinne einer „Ähnlichkeit“ mit dem zu wählenden möglichen Arzneimittel den Leitgedanken darstellen. Nicht von ungefähr scheint durch diese Arbeit der Sinn für „Ähnlichkeit“ beim Patienten zu erstarken. Dies mag Teil eines Prozesses sein, um einen mehr symmetrischen Austausch zwischen den Achsen des Paradigma und Syntagma zu erreichen. Eine solche Symmetrie ist nämlich nicht nur essentiell für individuelle Gesundheit, sondern auch für einen zivilisierten Diskurs, wie dies von H. White²⁹ unlängst in der Weiterführung von Auerbachs Konzept der „Mimesis“ dargelegt wurde.

4 Zum Metapherncharakter von „Phosphorus“

Man darf nun vermuten, dass „Phosphor“ eine metaphorische Qualität für so unterschiedliche Metaphernsysteme wie im ersten und zweiten Transkript hat. Die Problematik der homöopathischen Pharmakopoe und Pharmakodynamik ist hier nicht Gegenstand der Erörterung, sondern das, was nach Schonauer „Pharmakosemiotik“³⁰ genannt werden darf. In diesem Verständnis dürfte „Phosphor“ dann im Falle des Metaphernsystems aus dem ersten wie auch dem zweiten Transkript eine nicht beliebige Verknappung der jeweiligen komplexen Metaphernsysteme bedeuten.

Betrachten wir vor diesem Hintergrund das „Nähe-Konzept“ wie auch das „Container-Problem“ in den Metaphernsystemen des ersten

²⁹ White, Hayden (1999): *Figural Realism. Studies in the Mimesis Effect*. Baltimore.

³⁰ Schonauer, Klaus (1994): *Semiotic Foundations of Drug Therapy*. Berlin.

Transkripts. Scholtens homöopathische *Materia Medica*³¹ ist in psychodynamischen Kategorien abgefasst und legt ihren Schwerpunkt bei der Beschreibung von „Phosphorus“ auf folgende Merkmale:

Exchanging with others: diffusion

Sometimes they are too open to impressions, as if their boundaries are diffuse (Vithoulkas) and all impressions can move freely in and out.

Sharing within the family: brothers

When the family expands with a later addition they are quite happy too. Their contact with brothers and sisters is easy, since they accept them as equals and like to communicate with them.

Grenzflächenproblematik („Container“) und Bedürfnis nach Nähe im Sinne der familiären Rückversicherung sind hier deutlich akzentuiert.

Das Metaphernsystem des zweiten Transkripts findet über einen komplexeren Weg seinen Ausdruck in der Arzneimittelwahl „Phosphorus“. Hier ist seitens des Patienten die Beweglichkeit auf der sinngebenden vertikalen Assoziations- und Selektionsachse tiefgehend gestört bei nahezu kompensatorischer Beweglichkeit auf der rein kombinatorischen Achse der Sprachproduktion und Entäußerung. Folgen wir hier wiederum der *Materia Medica* von Scholten (wie ³¹), so ist dies bereits durch das Motto am Kapiteleingang erfüllt: „Any communication is better than no communication“ – gemeint ist wohl „gleich welcher Sinngehalt auch transportiert werden mag“. In diesem Sinne wird dem Mittel auch zugesprochen: „Enjoying the communication: communicative“. Somit findet über „Phosphorus“ in diesem Falle die gewünschte Restrukturierung der kommunikativen Fähigkeit zu sinnvollem kommunikativen Austausch und nicht nur kombinatorisch verknüpfender Druckentlastung über Sprachproduktion ihren Ausdruck. Interessanterweise scheint ein alchimistischer „Hypotext“ auf, der möglicherweise dem gesamten homöopathischen Konzept eigen ist. In der aktuellen homöopathischen Literatur wird dieses alchimistische Erbe im psychodynamischen Sinne C. G. Jung oder weiter im Sinne eines „kulturellen Gedächtnisses“ kaum aufgegriffen.³² Dies hat auch zu tun mit Hahnemanns bekannter „Einflussangst“³³, meinte er sich doch in seinen Ausfällen gegenüber Paracel-

³¹ Scholten, Jan (1996): *Homeopathy and the Elements*. Utrecht.

³² Assmann, Jan (1998): *Moses the Egyptian*. Cambridge MA (1. paperb. ed.).

³³ Bloom, Harold (1997): *The Anxiety of Influence. A Theory of Poetry*. Oxford. 2. Aufl.

sus³⁴ als Stifter eines naturwissenschaftlich begründbaren Therapiemodells bestätigen zu müssen.³⁵

Darüber hinaus belichtet „Phosphorus“ den historischen Hintergrund der Krankheitsbewältigung mittels Homöopathie. Phosphorus erhellt insbesondere den alchemistischen Hypotext des zweiten Transkripts. Der „Lichtbringer“ (Phosphorus) wurde im Jahr 1669 gefunden und wurde bald eine „noble substance“³⁶. Hooke versuchte seine Theorie des Gedächtnisses (1705) auf Phosphorus zu gründen.³⁷ Er betonte die Ähnlichkeit des sanften Scheines von Phosphorus und einer hypothetischen Substanz des menschlichen Gehirns, der er unterstellte, dass sie in der Lage sei, visuelle Eindrücke aufzunehmen und aufzubewahren in der gleichen Weise, wie Phosphorus das Licht fängt. Das Konzept der Ähnlichkeit und die alchemistische Tradition sind in Hooke's Argumentation deutlich mit Phosphor verknüpft – weshalb Sprat bezüglich derartiger Theorien schon 1667 von einem „trick of metaphors“ gesprochen hatte.³⁸

³⁴ Schmeer, Ernst H. (1993): Hahnemann und Paracelsus. In: Allgemeine homöopathische Zeitung 238 (4), 155-159.

³⁵ Auch in der anthroposophischen Medizin Steiners findet sich mit der Misteltherapie ein auf Ähnlichkeit basierendes Heilungsverständnis. Die Verhältnisse sind im Hinblick auf das Bild der Mistel im Patientenerleben ausgesprochen kompliziert. Vgl. Konitzer, Martin/Doering, Torsten/Fischer, Gisela C. (2001): Metaphorische Aspekte der Misteltherapie im Patientenerleben – eine qualitative Studie. In: Forschende Komplementärmedizin 8, 68-79.

³⁶ Golinsky, J. V. (1989): A noble spectacle. Phosphorus and the public cultures of sciences in the early Royal Society. In: Isis 80, 11-39. Zit. nach: Draaisma, Douwe (1999): Die Metaphernmaschine. Eine Geschichte des Gedächtnisses. Darmstadt. 61 u. 241.

³⁷ Hooke, Robert: An Hypothetical Explication of Memory: how the organs made use of the mind in its operation may be mechanically understood. In: The Posthumous Works of Robert Hooke. Hg.: Waller, Richard. London (1705). Zit. nach: Draaisma, Douwe (1999): Die Metaphernmaschine. Eine Geschichte des Gedächtnisses. Darmstadt. 58-72.

³⁸ Sprat, Thomas (1667): History of the Royal Society. London.

5 Das homöopathische Simile: Vorschläge für ein linguistisches Verständnis

Das Modell der Metapher ist in zweierlei Weise hilfreich, die Funktion des „Simile“ zu klären.

- o Im ersten Transkript wurde die Patientin ihres eigenen Attributions-systems gewahr, sowohl im Hinblick auf die Benennung salutogener Ressourcen (Nähe-Konzept) wie auch in ihrer Abkehr vom Konzept der pathologischen Krankheitskompensation mittels einer vermeintlich notwendigen Eindeckelung von Symptomen und Emotionen in einem Gefäß („Container-Konzept“). Hierbei ist Lakoff's und Johnson's Modell der Metapher unter dem Gesichtspunkt der Bildung metaphorischer Konzepte aufgrund körperlicher Erfahrung besonders nützlich.
- o Das zweite Transkript handelt zunächst von einer gestörten Sprachfunktion, von Übungen des Patienten mit Metaphernbildung. Intertextuell gesehen erscheint unter dieser Oberfläche eine ältere alchimistische Schicht unter dem homöopathischen Diskurs. Diese Schicht bestätigt – sozusagen als historische Anspielung – die historische Einordnung, die Jakobson und Frazer der metaphorischen Achse der Sprachproduktion zukommen lassen: „homöopathische Magie“.

Wir möchten daher vorschlagen, das „Simile“ sowohl in einem diskursiv interaktiven Sinn wie auch in einem pharmakosemiotischen Sinn zu verstehen. Das „Simile“ trägt nämlich diskursiv interaktive Charakteristika durch seine Bestimmung in der Arzt-Patienten-Beziehung. Genauso gut trägt es aber auch pharmakosemiotische Eigenschaften als eine pharmazeutische Aufbereitung. Letztgenannte hat deutlich semiotische Eigenschaften im Hinblick auf ihre Rolle während der regressiven Phase homöopathisch-therapeutischer Interaktion im Sinne eines Ikon: Phosphorus als „mein Heilmittel“. Jenseits dieser Eigenschaften besitzt die arzneiliche Aufbereitung des „Simile“ auch arbiträr-symbolische Momente als Exemplifikation der gesamten Homöopathie als Heilungsprinzip durch Ähnlichkeit.

6 Transkriptionskonventionen

Das Transkriptionsmodell berücksichtigt bis auf folgende Ausnahmen die Regeln der deutschen Rechtschreibung:

- (1) In den Transkriptionen wird prinzipiell klein geschrieben; Großbuchstaben markieren Betonungen.
- (2) Satzzeichen haben nicht ihre übliche Funktion, sondern werden als diakritische Zeichen verwendet.
- (3) Abweichungen von der Rechtschreibungsnorm dienen zur Veranschaulichung von Besonderheiten in der Aussprache.

┌	überlappendes Sprechen (Partiturschreibweise)
.	kurze Pause innerhalb einer Äußerung oder zwischen den Äußerungen zweier Sprecher
..	kurze Pause (2 sek.)
...	Pause mittlerer Länge (3 sek.)
(x sec)	Pause von x Sekunden
&wenn ich mal	schneller Anschluss an die Äußerung des vorhergehenden Sprechers
/	Abbruch einer Äußerung
‘ (Apostroph)	steigende Intonation
, (Komma)	fallende Intonation
wIE soll dAs gelingen	Betonung eines Wortes, einer Silbe, eines Lautes
ja: aber äh:m	Dehnung eines Wortes, einer Silbe, eines Lautes
nich(t) einma(l)	nachlässige Aussprache
(? am anfang)	(Teil einer) nicht eindeutig identifizierte(n) Äußerung
(?...)	(Teil einer) unverständliche(n) Äußerung
(schnell) +	Charakterisierung der Sprechweise, des non-verbalen Verhaltens etc. (steht vor der betreffenden Äußerung und gilt bis zum +)
[nabal]	Darstellung einer ungewöhnlichen oder falschen Aussprache in phonetischer Schreibweise
=	ungewöhnliche Bindung
<EA>	hörbares Einatmen
<AA>	hörbares Ausatmen

Metaphorik in der Schmerzbeschreibung

- 1 Einleitung
- 2 Psychogener Schmerz als somatisierte Trauma-Erinnerung
- 3 Schmerzmetapher als Erinnerungssymbol versus traumakompensatorische Abwehr
- 4 Schmerzmetaphorik
- 5 Zusammenfassung
- 6 Literatur

1 Einleitung

Schmerz ist – wie Schwindel, Ekel und Angst – ein subjektives Körperphänomen. Schmerz kann einem anderen Menschen durch die Gestik und Mimik, durch Wimmern, Weinen, Schreien und Klagen vermittelt werden, dem Arzt, der die Ursache finden, der lindern soll, vor allem durch genaue verbale Schilderung der peinvollen Empfindungen.

Schmerz ist immer psycho-somatisch; die geschilderte Pein ist körperlich und seelisch zugleich. Bei jedem Schmerz mischt sich eine neurologisch zu verstehende Sensation mit einem affektiven Geschehen (z.B. Angst, Lustgefühl); beim akuten organischen Schmerz überwiegt der Sensationsanteil, beim psychogenen Schmerz der affektive. Wir müssen neben einem nozizeptiven, *sensorischen* Schmerzverständnis – Schmerz als Antwort auf eine körperliche Schädigung (peripher oder zentral) – ein *affektives Schmerzverständnis* anerkennen, d.h. für möglich halten, dass verdrängte Affekte und schmerzhafte Erinnerungen eine Verwandlung – eine Konversion – in Körperschmerz erfahren. Ich möchte der Frage nachgehen, ob sich an der Art der Schmerzbeschreibung, der gewählten Sprachmittel, ablesen lässt, ob es sich um einen vordringlich sensorischen oder um einen überwiegend affektiven/seelisch bedingten/somatoformen Schmerz handelt. Zuvor seien einige allgemeine Bemerkungen zum affektiven/somatoformen Schmerz und zur klinischen Unterscheidung von sensorischem Schmerz erlaubt, die das Verständnis der jeweils gewählten Sprachmittel und ihre Zuordnung erleichtern.

2 Psychogener Schmerz als somatisierte Trauma-Erinnerung

Der organische Schmerz verläuft, bis auf seltene Ausnahmen, akut, episodisch; die Schädigung heilt aus, der Schmerz verschwindet. Jede paradoxe Schmerzpersistenz ist als psychogen verdächtig: Die organische Läsion ist längst verheilt, die Schmerzempfindung bleibt. Der Schmerz hat Warn- und Schutzfunktion verloren, er ist zum „Selbstzweck“ geworden. Welchen „Zweck“ verfolgt dieser Schmerz? Er dient dazu, vergangenes (und gegenwärtiges) Leiden „mitzuteilen“, das sonst keinen Ausdruck findet. Er hat den Sinn der Leidenserinnerung und -veröffentlichung, der körperlichen Re-Inszenierung verdrängter Traumata/Affekte/Konflikte. Wir gehen also davon aus, dass beim chronischen/persistierenden Schmerz immer der affektive Anteil gegenüber dem sensorischen, neurologisch zu verstehenden überwiegt.

Wie kann man sich die Entstehung eines psychogenen Schmerzes vorstellen? Eine entscheidende Bedingung ist eine durch biographische Traumata entstandene latente Schmerzneigung. Engel (1959) spricht von den „pain-prone“-patients, die in der Kindheit Deprivation, Gewalt und sexuelle Übergriffe erlitten haben, dabei unter dem Druck der Geheimhaltung standen („wenn du etwas erzählst, kannst du was erleben,...wenn du was sagst, bring ich dich um“). Gleichsam als Selbstschutz, schaffen es die Betroffenen, diese Kränkungen klaglos durch frühes Erwachsenwerden, Leistung, Durchhalten, Aushalten lange zu kompensieren. Latent bleibt eine Erinnerung an die erlittenen Schmerzen und eine sehnsüchtige Bindung an die frühen Aggressoren bestehen („Identifikation mit dem Aggressor“) mit der Folge introjizierter Schuldgefühle und Strafbedürfnisse („ich bin so schlecht, dass man mich misshandeln muss“). Nicht der Täter, das Opfer empfindet – unbewusst – die Schuld. Beim Opfer wird eine Verbindung von Schuld, Strafe und Schmerz gebahnt (poena und pain sind sprachlich verwandt), eine Verbindung in der Vorstellung, die in einem „Wiederholungszwang“ weitere Kränkungen nach sich zieht. Auch eine Schmerzneigung ist von da an zu erkennen: Bei Patienten mit persistierenden Schmerzen lassen sich anhaltende Kopf-, Unterbauch- oder Rückenschmerzen meist bis in die Kindheit und Jugend zurückverfolgen – als Zeichen, dass die latente Schmerz Erinnerung schon lange ans Licht will. Nach einer erneuten Enttäuschungs- oder Verlustsituation, für die sich wiederum (da sie zum latenten Strafbedürfnis passt) keine angemessene Klage, Anklage oder Gegenwehr findet, wird ein zunächst harmloser Körperschmerz, z.B. nach

einem Sturz, aufgegriffen, um dem seelischen Leiden, der Enttäuschungswut/Trauer/Angst endlich Ausdruck zu verleihen. Der Körperschmerz wird als „Erinnerungsspur“ benutzt, er wird in den Dienst des seelischen „Ver-schmerzens“ gestellt: Er ist zum Konversionsschmerz geworden.

Dieser psychogene/somatoforme Schmerz (Erinnerungsschmerz) – der einen episodischen organischen Schmerz (oder den Schmerz einer anderen Person) als „Vorlage“ benutzt – stellt eine eigene Erkrankung dar; er folgt eigenen affektiven Gesetzen und nicht mehr den bekannten neurologischen/sensorischen Mustern. Er ist an Besonderheiten der Intensität, Lokalisation und Ausbreitung klinisch zu erkennen, auch an der affektiv getönten Sprache, mit der die Schmerzqualität beschrieben wird. Die Merkmale im einzelnen – die am klarsten von Charcot (1886) und Freud (1888; 1893) vor über 100 Jahren beschrieben wurden – sind:

- o Der (überwiegend) psychogene, affektive Schmerz ist exzessiv (entsprechend der Intensität der traumatischen Erinnerung), er ist immer intensiver als der als „Vorlage“ benutzte episodisch organische Schmerz; er äußert sich häufig in Form einer Mischung aus Dauerschmerz und noch intensiveren Schmerzanfällen. Umso mehr ist der Arzt irritiert, wenn er „organisch nichts“ findet.
- o Der psychogene Schmerz strahlt unanatomisch aus, er wird in Körperteile projiziert, die den (unbewussten) Erinnerungen – oder der affektiven Konstellation – entsprechen. Ein Kreuzschmerz z.B. zieht nicht band- und spiralförmig entlang der Nervenwurzel ins Bein, sondern gradlinig in beide Beine, nach oben oder – als somatisierte Erinnerung an erlittene sexuelle Übergriffe – in die Leiste/den Unterbauch. Wieder ist der Arzt irritiert, der anatomisch zu denken gelernt hat und die Gesetze des affektiven Schmerzes nicht kennt.

3 Schmerzmetapher als Erinnerungssymbol versus traumakompensatorische Abwehr

Im Gegensatz zum akuten organischen Schmerz, der nüchtern, einfach und metaphernlos beschrieben wird („es sticht,... zieht,... elektrisiert,... pulsiert,... klopft“), wird der psychogene Schmerz dramatisch und *bildhaft* beschrieben („wie Todesstöße,... wie rohes Fleisch,... wie wenn jemand mit feurigem Schwert meinen Rücken durchbohrt,... mit der Lanze rein-

sticht“). In solchen invasiven Metaphern/Bildern scheint die traumatische Erinnerung unüberhörbar sprachlich gegenwärtig.

Fast im selben Moment wird die Erinnerungsspur wieder verwischt. Die Patienten bieten eine zurückliegende Verletzung, den Sturz, oder körperliche Anstrengung als Ursache an („es ist Verschleiß“), sie bestehen hartnäckig auf einer organischen Grundlage ihrer Schmerzen, liefern fertige Diagnosen („ich habe Bandscheibenprolaps“) und verlangen nach drastischen Eingriffen (als Re-Inszenierung erlittener Übergriffe). Auf dieser Ebene der Schmerzschilderung ist die Sprache konkretistisch, bilderarm, formelhaft, scheinbar „gereinigt“ von Affektivem, wie wir es von den Schilderungen akuter organischer Schmerzen kennen; die Metaphern (Verschleiß, Druck der Bandscheibe auf den Nerven, Reiben der Knochen aneinander) lehnen sich an das sensorische (mechanistische) Schmerzverständnis an. Wenn der Schmerz „vom Wetter“ kommt oder wetterabhängig (d.h. stimmungsabhängig) sich verstärkt, ist die affektive Seite – gleichsam durch die Hintertür – bereits wieder da.

Hier stoßen wir auf ein widersprüchliches Verhalten, das ein Schlüssel zum Verständnis des psychogenen Schmerzes, ein Verständnis der inneren Verfassung der Betroffenen sein könnte. Die Patienten oszillieren bei der Schmerzbeschreibung (eigentlich in jedem Stadium der Arzt-Patient-Beziehung) zwischen Wissen und Nicht-Wissen, Veröffentlichen und Verbergen ihrer seelischen Traumata und benutzen dabei abwechselnd das affektive und das sensorische Schmerzverständnis. Der Wunsch, die Schmerzerinnerung kundzutun, und der Zwang, sie zu verschleiern, ist gleichzeitig zu beobachten. Das heißt, bei der Schmerzbeschreibung (bei jeder ärztlichen Handlung) ist die Chance für den Arzt, etwas über das seelische Leiden, die affektive Seite des Schmerzes zu erfahren, potenziell gleich groß wie die Gefahr, von der Erinnerungsspur abgetrieben, abgelenkt zu werden. Auch scheint das Bedürfnis des Betroffenen, seine Schmerzen loszuwerden, und der Wunsch, sie zu behalten, gleichzeitig wirksam. In jedem Punkt der Arzt-Patient-Beziehung wird diese Ambivalenz als Übertragungsszene wiederholt, re-inszeniert. Die Darstellung der traumatischen Szene und die traumakompensatorische Abwehr sind gleichzeitig und potenziell mit gleicher Kraft am Werke (Fischer/Riedeser 1998; Nathan 2000).

Der Patient braucht, besonders bei der Erstbegegnung, ein Setting, in dem er sich zwischen Verkleidung und Enthüllung seiner Schmerzerinnerung frei bewegen, quasi hin- und herspringen, oszillieren kann, ein Setting, in dem er die Art seiner Schmerzdarstellung wählen und dosie-

ren kann (Kütemeyer 1992; 1995). Das übliche Ritual der Erstbegegnung von Arzt und Patient, das dem Patienten mehrere kontrastierende Settingangebote macht – Begrüßung, Schmerzanamnese, übrige Krankheitsanamnese, soziale und biographische Anamnese, körperliche Untersuchung, gemeinsame Diskussion der Ergebnisse und vorläufiges Procedere –, ist ideal geeignet für wechselnde Symbolisierungen. In der Medizin wird diese sinnvolle Reihenfolge künstlich auseinandergerissen. Die somatischen Mediziner hören nicht zu, vor allem zu wenig reflektiert; die Psychosomatiker zeigen kaum Interesse für körperliche Befunde. In der Medizin, in allen ihren Fachrichtungen, wurde noch wenig gelernt, die normalen ärztlichen Handlungen und Alltagssituationen in diesem Sinne rezeptiv, für die Wahrnehmung auf verschiedenen Ebenen – klinisch-neurologisch, phänomenologisch, psychodynamisch, beziehungs-dynamisch – zu nutzen und auszuschöpfen. In unserer Abteilung ist zuweilen die Ärztin/der Arzt, bewusst kontrastierend, bei der Anamnese normal gekleidet, bei der körperlichen Untersuchung im weißen Kittel, wobei der weißgekleideten Amtsperson, die ärztlich hantierend mit dem schmerzenden Körper in Berührung kommt, überraschenderweise oft die tieferen, verborgeneren, die frühesten Erinnerungsspuren mitgeteilt werden. Auch wenn der Arzt von Anfang an im Kittel ist und nicht die Kleidung ändert, kann bei der körperlichen Untersuchung die neue Dimension erreicht werden. Das Setting der körperlichen Untersuchung erleichtert den Patienten, auf die affektive Seite ihrer Schmerzen zu kommen: Die Patientin ist entkleidet, der Arzt in Amtskleidung, bei der Untersuchung des Rückens ohne Blickkontakt, das schafft, trotz größerer Nähe, Distanz und Halt, ermöglicht dem Patienten, sich, seinen Körper von innen zu fühlen, mit sich selbst in Berührung zu kommen.

Krankenbeispiel 1): Eine 45-jährige Sekretärin stellt sich im Erstgespräch als unermüdliche Mutter und Helferin dar, die selbst keiner Hilfe bedarf. Den Charakter ihrer lumbalen, in die rechte Leiste und ins Bein ausstrahlenden Schmerzen kann sie kaum beschreiben. Als ich ihr bei der körperlichen Untersuchung, hinter ihr stehend, während des Tastens meinen Eindruck von ihrem überaufrechten, kaum beweglichen Rücken mitteile, höre ich sie mit verhaltenem Groll und tränenerstickter Stimme sagen: „Das hab ich von meinem Vater gelernt, die Zähne zusammenzubeißen, bis sie oben wieder herauskommen“.

Durch die körperliche Untersuchung der Patientin, die Berührung ihres Rückens und die kommentierende Beschreibung des Befundes gebahnt,

kann plötzlich (durch die Abwehr ihres Alltagsverhaltens hindurch, man möchte sagen: über den Kopf der Patientin hinweg) die Erinnerung an die prägende Erfahrung mit der leidens- und lustfeindlichen elterlichen Empfangswelt in Form einer drastischen Körpermetapher („Zähne zusammenbeißen ...oben wieder herauskommen“) frei werden.

Die zusätzlichen anamnestischen Mitteilungen während der körperlichen Untersuchung – assoziativ, kometenhaft, in Brocken, halben Sätzen – spielen sich häufig, wie bei dieser Patientin, auf einer anderen primärprozesshaften Ebene ab; sie liegen oft näher an der Schmerzerinnerung, da scheinbar weit auseinanderliegende (eigentlich zusammengehörige) Gegebenheiten (Körpererfahrung/frühe Beziehungserfahrung) verknüpft werden.

Hypothetisch kann gesagt werden: An der Art der gewählten Metaphern/Bilder bei der Schmerzbeschreibung – oder am Fehlen von affektiv getönten Metaphern – lässt sich ablesen, auf welcher Ebene der Patient sich gerade befindet, in welche Richtung er sich bewegt, ob die Veröffentlichung der traumatischen Szene oder die traumakompensatorische Abwehr, der Selbstschutz im Vordergrund steht. Im Folgenden wird „Metapher“ (griechisch: Übertragung) als Oberbegriff für alle Formen bildhafter Schilderung (Vergleich, Symbol, „Bild“ usw.) gebraucht.

4 Schmerzmetaphorik

In den kommenden Abschnitten werden Formen bildhafter Schmerzschilderungen gesondert dargestellt, mit denen die Betroffenen verschiedene Aspekte der Schmerzerinnerung, des Wiederauftauchens traumatischer Erfahrungen einzufangen und dem Zuhörer zu vermitteln versuchen: a) die Plötzlichkeit und Intensität, mit der der Erinnerungsschmerz die Mauer der Abwehr durchbricht, b) das hartnäckig Verfolgende der Schmerzerinnerung, gleich einer wildgewordenen Person, c) das Aggressive und Invasive, welches der traumatischen Ursprungsszene entspricht, d) die „anorganischen“ Bilder, mit der die Erzähler sich vor der überwältigenden Schmerzerinnerung zu schützen versuchen, e) die affektive Modulation (das affektive Alphabet) der Schmerzbilder, f) Schmerzanfälle als dissoziative Anfälle, g) Metaphorik der körperlichen Befunde.

a) Metaphern der Intensität

Fordern wir die Patienten auf, den Schmerz genauer zu beschreiben, beginnen die meisten bei der *Intensität*. Einige sprudeln sofort heraus, wie unter Überdruck stehend: „Der Schmerz ist aggressiv,... Horror,... wahn-sinnig,... dass mir schlecht wird“. Diese äußerste Intensität erfährt eine nochmalige Steigerung in den Schmerzanfällen (s.a. Abschnitt f), die den Dauerschmerz in unregelmäßigen Abständen unterbrechen: „wie wenn der Blitz reinfährt,... dann kann ich mich nicht mehr bewegen,... muss ich mich krümmen,... dann bleibt mir die Luft weg,... muss ich erbrechen,... dann könnte ich die Wände hochgehen,... die Tapeten von den Wänden kratzen“.

b) Schmerz, die ungebärdige Person

Andere Schmerzpatienten haben es schwer, Worte zu finden; sie zögern, sind ratlos, setzen an, schweigen, nehmen neu Anlauf, sie wehren, sträuben sich, manche werden wütend, verlassen sogar das Zimmer. Die Patienten wollen etwas Körperliches beschreiben und stoßen auf etwas Affektives, auf die verborgene, lange zurückliegende, verschüttete schmerzhaft Erfahrung. Wird der Widerstand – plötzlich – überwunden, stoßen die Patienten hervor: „Der Schmerz ist rasend,... wütet,... verfolgt mich,... begleitet mich Tag und Nacht,... wälzt sich im Bauch,... arbeitet im Kopf“. Der Schmerz wird wie ein fremdes Lebewesen, wie eine andere Person beschrieben, und zwar eine ungebärdige, außer Kontrolle geratene, hartnäckig auf den Fersen bleibende Person. Während das bewusste Ich der Patienten alles aufwendet, um nicht von der traumatischen Erinnerung heimgesucht zu werden, scheint der Schmerz mit wilder Gebärde dafür zu sorgen, dass die Schmerzerinnerung frei wird und ans Licht kommt.

c) Aggressive/invasive Schmerzbilder

Um mehr über die *Qualität*, den Schmerzcharakter, die genaue Empfindung auszusagen, bedürfen die Patienten eines neuen Anstoßes, einer Frage „wie fühlt sich der Schmerz an?“. Wieder wird es mühsam, zögerlich, manchmal muss die Antwort aufgeschoben werden, weil die Patienten verzweifelt nach Worten suchen, ringen. Dann tauchen, stoßweise, szenisch-aggressive Bilder auf: „Wie unter Strom,... wie wenn jemand meinen Rücken durchbricht,... mich mit Hammer und Meißel bearbeitet,... mit der Kneifzange anfasst,... von hinten mit der Faust reinhaut,... mir das Hirn rausreißt,... mir den Arm verrenkt,... mit heißem Messer

meine Haut aufschneidet“; der Schmerz ist „wie rohes Fleisch,... wie eine offene Wunde, in der jemand herumstochert“. Der Schmerz ist jetzt wie ein feindliches Subjekt, dem das Ich des Kranken passiv und hilflos ausgeliefert ist (s. Abschnitt b). Man fühlt sich in eine Folterkammer versetzt. Die Patienten schildern mehr die – unbewusst erinnerte – schmerzauslösende Situation als den Schmerz selbst. Es werden, verschlüsselt, traumatische Beziehungsgeschichten erzählt („wie wenn jemand...“).

Meine fragende Wiederholung „*wie wenn jemand...?*“ betont den Beziehungsaspekt der Erinnerungsspuren, den die Patienten häufig durch überraschende Erinnerungsbruchstücke bestätigen:

„Als junge Frau musste ich die Schwiegermutter pflegen,... da hat sie mich angeherrscht: ‚du sollst auch mal solche Schmerzen haben, wie du mir beim Betten zugefügt hast!‘“ (65-jährige Frau mit persistierendem Kreuzschmerz).

Auch das akzentuierende Aufgreifen der invasiv-aggressiven Bilder („mit Hammer und Meißel?... mit heißem Messer?“) kann den Patienten dazu verhelfen, eine Brücke zur affektiven Seite ihrer Schmerzen zu schlagen. Vortastende Zwischenbemerkungen („unsere Sprache benutzt für Schmerz und ‚Schmerz‘ dasselbe Wort...“) können eine ähnliche Wirkung erzielen. Wie genau diese Schmerzbilder verdichteten Erinnerungen entsprechen, zeigt das folgende Beispiel:

Krankenbeispiel 2): Ein 52-jähriger Handwerker leidet seit einem Fersenbeinrümmerbruch vor 20 Jahren (genauer: seit einigen Wochen *nach* der Fraktur) unter einem Unterschenkelschmerz, später einem Schmerz auch im ganzen rechten Arm, dann zusätzlich im Nacken und Rücken, „extrem aggressiv“, als werde „ein dicker Draht zwischen die Gelenke *geschoben*“. Bei den Großeltern aufgewachsen, sei er nach deren Tod, als er 10 war, „hin- und *hergeschoben*“ worden. Sobald also eine Beziehung hätte wachsen, ein bewegliches Gelenk zu seinen Betreuern sich hätte bilden können, ist ungefragt ein dicker schmerzhafter Draht der Trennung dazwischengeschoben worden.

Erinnerung und Schmerzempfindung werden mit denselben Worten beschrieben. Die Schmerzgeschichte des Patienten zeigt auch sonst alle Kriterien psychogener Schmerzen: Nach der Fraktur als organischer Gelegenheitsursache beginnt – mit Latenz von wenigen Wochen („Zeit

der psychischen Ausarbeitung“, Charcot 1886, = psychosomatische Inkubationszeit) – der intensive, unanatomisch lokalisierte (am *ganzen* Unterschenkel), szenisch erlebte Konversionsschmerz, der sich, vier Mal operiert, nach jeder „Invasion“ verstärkt und ausgeweitet hat (Arm, Nacken, Rücken). Gerade die anfangs schwer entschlüsselbaren Schmerzmetaphern werden meist durch anschließende anamnestiche Mitteilungen der Patienten aus ihrer traumatischen Biographie verständlich.

Krankenbeispiel 3): Eine 54-jährige Patientin, die als Kind – nach der Vertreibung aus ihrem Heimatort und Verlust ihres Vaters im Krieg – sexuelle Übergriffe durch ihren Onkel erfuhr, schildert ihren Schmerz „als wenn einer mit dem Messer auf dem Brustbein *herumschnitzt*...im Lendenbereich *herumstochert*“. Das mutwillige Verletzen der körperlichen Integrität, als ob dieser Körper ein Gegenstand, ein Objekt wäre, dieser Aspekt des sexuellen Übergriffs wird von Frau L. mit den Worten „herumschnitzt, ... herumstochert“ präzise eingefangen.

Wir wissen inzwischen mehr darüber, wie anhaltend solche meist verschwiegenen traumatischen Erfahrungen das Innenleben des Opfers bestimmen (bei der Patientin kam die Erinnerung erst Jahre nach Beginn ihres Schmerzes heraus, als sie wegen Fragen der Berentung zum dritten Mal begutachtet wurde), wie hartnäckig diese ungesühnten Verbrechen latent ihre Wirksamkeit entfalten, auf welch verschlungenen Wegen das Grundbedürfnis nach Veröffentlichung sich dennoch durchsetzt, etwa wenn Opfer sexueller Übergriffe sich selbst schneiden und ritzen, gleichsam an sich selbst „herumschnitzen“, oder wenn es bei ihnen zu gehäuften Operationen kommt, zur Aufforderung an den Arzt, am Körper „herumzuschneiden“ – was, da der Übergriff an den Chirurgen delegiert wird, als Re-Inszenierung schwer zu erkennen ist.

d) „Anorganische“ Schmerzmetaphern

In der Klinik – in unserer Klinik – wird die Schmerzanamnese in der Regel mehrmals erhoben. Die Schmerzpatienten werden nacheinander und gleichzeitig von verschiedenen Personen betreut. Die Ärztin/Psychologin im Vorgespräch, der Arzt und der Psychologe bei der stationären Aufnahme, die Krankenschwester/der Pfleger, die Musiktherapeutin/Bewegungstherapeutin/der Gestaltungstherapeut, schlussendlich der Oberarzt, die Cheförztn, alle lassen sich die Schmerzen schildern, jeder bekommt eine neue Facette der Schmerzgeschichte zu Gehör und zu Gesicht. Im Verlauf der stationären Behandlung, wenn die Patienten,

durch auftauchende neue Erinnerungen provoziert, heftige Schmerzkrisen erleiden (s.u. Krankenbeispiel 4), muss der Charakter der aktuellen Schmerzen erneut erfragt werden, wobei meist noch einmal ein neuer Aspekt zutage tritt. Früher oder später im Verlauf der schmerzanamnestischen Arbeit – manchmal schon im Erstgespräch – stoßen wir auf ganz anders geartete, befremdliche Schmerz-Metaphern, die schwer mit den bisher genannten in Einklang zu bringen sind. Während in den bisher beschriebenen Schmerz-Metaphern die Schutzlosigkeit (rohes Fleisch, offene Wunde) bei feindlicher scharfer, spitzer (Messer, Lanze) oder stumpfer (Faust) Penetration zum Ausdruck kommt, zeigt sich in den folgenden Metaphern etwas Gegenläufiges; die Patienten schildern jetzt eine phantomartige Gestalt- oder Substanzveränderung des schmerzenden Körperteils in Richtung „anorganisch“: Das schmerzhafte Bein fühlt sich an „wie ein Klumpen“, „hölzern“, die Wade „wie ein harter Stein“, der Rücken „gläsern“, „wie Beton“, „wie eine Marmorplatte“, das schmerzhafte Gesicht „ledern“, der Kopf wie in „einen Helm“, „einen Eisenring“ gepresst. Der Klumpen, das hölzerne Bein, die lederne Haut, die zu Stein, zu Beton gewordenen Gliedmaßen können nichts mehr empfinden, sie müssen den Schmerz der penetrierenden Übergriffe nicht mehr fühlen.

Die *anorganischen* Bilder scheinen mehr für die *persistierende* Manifestation, die *szenisch-aggressiven* Bilder mehr für den *Schmerzanfall* reserviert. Die beiden Linien des affektiven Schmerzerlebens, das phantomartig Anorganische der persistierenden Form und das penetrierend Aggressive der Schmerzanfälle, spiegeln die erwähnte widersprüchliche innere Verfassung der Patienten, die antagonistische Verarbeitungsmöglichkeit traumatischer Erinnerungen wider: der Selbstschutz, die scheinbare Unberührbarkeit, Anästhesie/Analgesie („wie Beton“) auf der einen Seite, auf der anderen Seite drastische Offenbarung der erlittenen Gewalt (Hammer und Meißel) – und eigener aggressiver Impulse.

Die Variationen der „anorganischen“ Metaphern sind allerdings aufschlussreich. Während „Beton“, „Eisen“ pure Härte und Unempfindlichkeit besagt – unnachgiebiger und undurchdringlicher als ein „Klumpen“ oder ein „Ball“ – ist „hölzern“ und „ledern“ noch organischer Herkunft, auch „Marmor“ ist von Spuren organischen (empfindsamen) Lebens durchzogen; „gläsern“ ist durchsichtig, lässt den Blick zu weicheren Strukturen vordringen; Glas ist in Schwingung, zum Klingeln zu bringen, gläsern ist nicht nur hart, sondern auch zerbrechlich.

e) *Affektive Modulation der Schmerzbilder*

Affektiv entstanden, wird der psychogene Schmerz auch affektiv moduliert. Der Charakter des jeweiligen Schmerzes – seine Lokalisation und Zeitkontur, die „Farbe“ der gebrauchten Metaphern – lässt sich als sicherer Hinweis, als Kompass gebrauchen, welche affektive Konstellation im Vordergrund steht. Der *depressive* Schmerz wird als brennend („wie Feuer“, „wie wenn man Benzin auf mich gegossen und angezündet hat“) und anhaltend beschrieben, der „*Angstschmerz*“ als unruhig-vibrierend („es kribbelt,... arbeitet,... wühlt“), den Ort wechselnd mit Schwindel und Parästhesien; er steigert sich anfallsweise und breitet sich sprunghaft multilokal im Körper aus oder, im *Angstschmerz-Anfall*, symmetrisch auf- oder absteigend. Der „*hysterische*“ Schmerz (der eine bestimmte schmerz- und konflikthafte Erinnerung/Beziehungskonstellation vertritt) ist meist einseitig lokalisiert und wird am häufigsten mit den gegensätzlichen szenisch-aggressiv-invasiven vs. „anorganischen“ Bildern beschrieben (z.B. „stechend“ und „Klumpen“). Bei *zwanghafter* Affektkontrolle neigt der Schmerz – als „Druck“ charakterisiert („als ob jemand draufsetzt,... wie ein Knoten,... wahnsinnig schwer“) – zur Verlagerung nach oben, so dass Nacken-, Kopf- und Gesichts-Kieferschmerzen überwiegen.

Die Kenntnis der verschiedenen Formen psychogener Schmerzen anhand der affektiv unterscheidbaren Schmerzmetaphern erweist sich als besonders hilfreich im Gespräch mit den Patienten, um auf die affektive Seite ihrer Schmerzen zu kommen. Die unbestimmte – und stigmatisierende – Diagnose („Ihre Beschwerden sind *psychogen*“) steigert in der Regel die Abwehr der Patienten, ihr Insistieren auf einer somatischen Ursache ihrer Schmerzen, ihr Beharren im sensorischen Schmerzverständnis. Die differenzierte, affektbezogene Deutung hingegen („Ihr Schmerz *ist* Angst, *ist* Trauer, Sie haben einen Verlust zu verschmerzen“) führt zu Erstaunen, Nachdenken, zu einer Art Wiedererkennen latenter Gefühle und zum Austausch darüber mit dem Arzt.

Krankenbeispiel 4): Eine 60-jährige Hausfrau, die seit Jahren unter Diabetes mellitus leidet, wird wegen heftiger Schmerzen in den Beinen stationär aufgenommen und mit Verdacht auf schmerzhaftes Polyneuropathie neurologisch untersucht. Sensibilitäts- und Reflexstörungen sind eher gering. Die quälenden Sensationen in den Beinen – ein „unruhiges Wühlen“ – treten anfallsweise, besonders nachts auf. „Sollte das Angst sein?“ wage ich mich vor. Die bis dahin lethargische Frau richtet sich auf und stößt erregt hervor: „Jetzt weiß ich, warum ich jeden Morgen aufschrecke und kerzengerade im Bett sitze!“ Eine lebenslange Geschichte der

Angst kommt jetzt heraus, die sich früher wiederholt als Schwindelzustände und nächtliches Erwachen mit Luftnot äußerte und sich jetzt – so lautet unsere Diagnose – als „Restless-legs“ (von Alt-Neurologen „anxietas tibiaram“ genannt) somatisiert hat.

Hier ist, anhand der Metapher des „unruhigen Wühlens“ in den Beinen und durch das Benennen des dazugehörigen Affekts – der in der früheren Bezeichnung „anxietas tibiaram“ (Angst der Schienbeine) bereits eingefangen ist –, eine Schleuse geöffnet, ein lange gefesselt Gefühl benannt und befreit, aus der neurologischen Untersuchung wie selbstverständlich ein Stück Erinnerungsmedizin geworden.

f) Schmerz anfälle als dissoziative Anfälle

„Depressive“ Schmerzen und Schmerzen bei zwanghafter Abwehr treten überwiegend *persistierend* in Erscheinung, der „Angstschmerz“ und der „hysterische“ Konversionsschmerz *persistierend und paroxysmal*. Intermittierende Schmerz anfälle sind für Angst- und Konversionsschmerz geradezu typisch (die anfallsartige Manifestation in Krankenbeispiel 4 war die erste Spur, der untrügliche Hinweis, dass es sich nicht um eine diabetische Polyneuropathie, sondern um einen „Angstschmerz“ handelt). Auch ein anfallsartiger Schmerzbeginn spricht für Angst- oder hysterischen Schmerz; d.h. die bedrohliche oder konflikthafte Phantasie/Erinnerung durchbricht plötzlich die Verdrängung, die Amnesie. Diese Schmerz anfälle sind den „Erinnerungsanfällen“, den Flashbacks traumatisierter Patienten vergleichbar, sie können als somatisierte intrusive Erlebnisse, als Körper-Flashbacks verstanden werden, die sich plötzlich und heftig – mit Überdruck – Raum verschaffen, wenn die traumakompensatorische Abwehr schwächer, brüchiger, gleichsam löchrig wird (Fischer/Riedesser 1998; Nathan 2000, s.o. Abschnitt a). Wie wir wissen, werden traumatisierte Patienten durch die auftauchende Erinnerung, die sie seelisch nicht verarbeiten können, aus der Verbindung mit ihrer aktuellen Realität herausgerissen, geraten in einen so genannten dissoziativen Zustand, der sich klinisch durch Angstanfälle und andere psychische/psychiatrische Manifestationen, aber auch in Form körperlicher Äquivalente äußert, bei Patienten mit psychogenen Schmerzen durch die anfallsartigen Schmerzexazerbationen.

Die (symmetrisch auf- oder absteigenden) *Angstschmerz* anfälle entsprechen mehr den noch *unbestimmten*, schwer benennbaren traumatischen Erinnerungen, den „vegetativen“ Flashbacks – die (meist einseitigen) *hysterischen* Konversionsschmerz anfälle dagegen entsprechen der

anfallsartigen Erinnerung an eine *bestimmte* traumatische Szene der Vergangenheit. Der paroxysmale rechtsseitige Nierenschmerz im folgenden Beispiel zeigt anschaulich die Zielgenauigkeit eines therapeutisch provozierten passageren Erinnerungsschmerzes, ja die Isomorphie der für den hysterischen Schmerzanfall gebrauchten Metapher („wie Messerstiche“) und der lange zurückliegenden traumatischen Szene.

Krankenbeispiel 5): Frau B., eine 45-jährige verheiratete Einzelhandelskauffrau, Mutter zweier Töchter und Bezirksbürgermeisterin ihres Heimatortes, die eine Inzestbeziehung sowohl vorpubertär im 11.Lj. mit dem älteren Bruder als auch prolongiert vom 13.–30.Lj., bis weit in die eigene Ehe hinein, zum Vater erlebt hat, kommt wegen Blasenentleerungsstörungen, Bluthochdruckkrisen und multilokaler Schmerzen, vor allem im Kreuz („ziehend“), Nacken („wie eine Last“) und Unterbauch („wühlend“), auf unsere Station. Nachdem sie in der 2. Woche des Aufenthaltes erstmals bei ihrem Therapeuten über die Beziehung zum Bruder gesprochen hat – der Vater bleibt noch ausgespart –, erlebt sie am selben Abend einen Schmerzanfall in der rechten Nierengegend („wie Messerstiche“), den sie mit einer Wärmflasche zu lindern versucht, so heiß, dass sie sich verbrennt, wie sie später an einer Hautrötung feststellt. Als sie schließlich, 10 Tage vor Entlassung aus der im ganzen 17-wöchigen Behandlung, über den langjährigen Inzest mit dem Vater sprechen kann, bekommt sie erneut kolikartige Nierenschmerzen rechts, wo sie bereits – als Mahnmal (s.u. Abschnitt g) – eine wulstige Keloidnarbe aufweist. Erst jetzt kann sie sich erinnern – die Erinnerung mitteilen –, dass sie mit 14 Jahren von der alkoholkranken Mutter überrascht wurde, als sie ihren Vater masturbierte. In ihrer Wut habe die Mutter sie mit einem Messer ins rechte Nierenlager gestochen, die Niere musste operiert werden.

Wie wir an diesem Beispiel sehen – und bereits bei Freud (1895) beschrieben ist –, kommt es während der stationären Psychotherapie im Zuge der auftauchenden schmerzhaften Erinnerungen nicht nur zu passagerer Schmerzverstärkung, sondern auch bei Veränderung der affektiven Befindlichkeit der Patienten zur Änderung des Schmerzcharakters, einhergehend mit veränderter Färbung der bei der Schilderung gebrauchten Bilder/Metaphern. Ein brennender „depressiver“ Schmerz kann in Bewegung geraten und sich in einen springenden, multilokalen (oder von unten aufsteigenden) „Angstschmerz“ mit Schwindel und Parästhesien verwandeln, wenn der Patient sich zuvor abgewehrt,

beängstigenden Erinnerungen und Phantasien gegenüber zu öffnen beginnt. Ein lumbaler Schmerz kann sich nach kranial verlagern, wenn die kontrollierende Abwehr zunimmt. Ein lumbaler („depressiver“) oder ein multilokaler (Angst-)Schmerz kann sich – anfallsartig – zum einseitigen „hysterischen“ Schmerz organisieren, wenn eine benennbare Erinnerung zur Veröffentlichung, ein umschriebener Konflikt zum Bearbeiten ansteht (s. Krankenbeispiel 5). Diese Schmerzveränderungen – und Änderungen der Metaphern – lassen sich als Kompass verwenden, als untrüglichen Hinweis auf die Richtung des emotionalen Geschehens, noch bevor andere Äußerungen der Patienten eine Einschätzung ermöglichen.

Veränderungen der Symptomdynamik der Schmerzen und Veränderungen der Metaphern bei der Schmerzbeschreibung können, wenn ein Patient auf der Station ganz unerreichbar erscheint, ein Zeichen – vielleicht das einzige – sein, dass sich doch etwas in ihm bewegt hat (Kütemeyer 1998).

Krankenbeispiel 6): Ein 53-jähriger Kfz-Mechaniker scheint wenig Gewinn von der stationären Psychotherapie zu haben. Seine Kopfschmerzen aber („wie Überdruck von innen“), die über 20 Jahre lang streng periodisch, alle 4 Wochen 3 Tage lang, aufgetreten sind, ändern ihre Gestalt und ihren Charakter („wie wenn jemand im Gehirn rumwühlt“), kommen häufiger, in unregelmäßigen Abständen; Magenschmerzen („es brennt“) treten hinzu. Da sein Vater 1945 standrechtlich erschossen wurde – als Nazi, Widerständler, Deserteur? er hat es nie erfahren, kann keine Phantasien dazu äußern –, blieb er an die verfolgende, ihm andere Frauen madig machende Mutter gebunden. Seine Enttäuschung, vom Vater verlassen, vom Stiefvater vernachlässigt zu sein, seine Auflehnung gegen die Mutter, seine Wünsche nach Zuwendung bleiben auch auf der Station in einer zwanghaften Haltung gefesselt. Wenigstens seinem Schmerz erlaubt er Unregelmäßigkeiten, ein Abweichen vom Zyklus der Mutter, ein Wandern nach unten, zum Magen, wo seine Bedürftigkeit, Trauer und Vatersehnsucht zum Ausdruck kommt. Gleichzeitig verlässt er in der Gestaltungstherapie – das wird erst über die Änderung der Schmerzmetaphern deutlich – die strengen Abgrenzungen, erlaubt den Farben, munter ineinander zu laufen.

g) Metaphorik der körperlichen Befunde

Auch die körperlichen Befunde selbst können als Metaphern, als bildhafte Darstellungen von Erinnerungsspuren verstanden werden, wie der

vom Durchhalten und Zähne-Zusammenbeißen steil und steif gewordene Rücken der Patientin in Krankenbeispiel 1. Viele spätere Schmerzpatienten, vor allem Frauen, haben ihre Trauer und Enttäuschungswut mit dem Tragen von Lasten anderer lebenslang kompensiert und eine kugelförmige schmerzhaft prominente Prominenz im Nacken entwickelt, ein „Christophorus-Syndrom“, wie wir es nennen (die Weltkugel, die Last der Welt, Christus tragen, statt sich tragen zu lassen).

Widersprüchliche körperliche Befunde lassen sich wie Metaphern der affektiven Ambivalenz der Schmerzpatienten lesen: Bei der neurologischen Untersuchung imponiert häufig eine Gleichzeitigkeit von Tonussteigerung, Verspannung und Schwäche der Muskulatur (als Ausdruck von „Durchhalten“ und regressivem Nachgeben), bei der Untersuchung der Sensibilität ein Nebeneinander von Hyp-Analgesie und *Hyper*pathie (letztere an umschriebenen Druckpunkten, den „hysterogenen Zonen“), als ob bei den – auf Abwehr im Dienste des Überlebens bedachten – traumatisierten Patienten die ganze Sensibilität auf einen Punkt zusammengedrängt wäre. Bei Kenntnis der affektiven Schmerzgesetze – und der Gesetze der Traumaverarbeitung – lässt sich gerade dieser schillernde Befund verstehen: Wird der „wunde Punkt“ (die hysterogene Zone) berührt, offenbart sich der Schmerz (die Schmerzerinnerung) dramatisch, um dicht daneben einer Unempfindlichkeit (dem Verbergen, dem Selbstschutz, der scheinbaren Unberührbarkeit) Platz zu machen.

Kontrastierende körperliche Befunde lassen sich wirksam zu einer Leidensmetapher verknüpfen:

Krankenbeispiel 7): Eine 42-jährige Sozialarbeiterin mit Gesichtsschmerz wirkt bei der Anamnese durch den bitteren Zug um den Mund und ihr strenges Gesicht abweisend. Bei der körperlichen Untersuchung (wieder hinter ihr stehend) sehe und taste ich – überraschend – einen geschmeidigen Rücken. „Kennen Sie den?“ Sie kennt ihn. Sie weint. Wir verstehen beide, dass sie eine verborgene weiche Seite hat, dass sie hart *geworden* ist und sich so zeigen muss.

Auch die Narben von wiederholten Unfällen, Selbstverletzungen oder Operationen, klaffend, livide, keloidartig aufgetrieben, brennend, berührungsüberempfindlich, sprechen ihre eigene körper-metaphorische Sprache; als ob die gesammelten traumatischen Erfahrungen und ihre – auch iatrogenen – Wiederholungen durch diese eine Körperöffnung heraus wollten.

5 Zusammenfassung

Durch das Achten auf die Metaphorik, mit der Schmerz beschrieben wird, gelingt es zuverlässiger, bereits bei der initialen Schmerzschilderung „psychogene“ von „organisch“ bedingten Schmerzen zu unterscheiden, genauer: das Überwiegen (oder Fehlen/Zurücktreten) einer psychogenen Komponente rechtzeitig zu erkennen. Als affektives Geschehen verstanden, mit dem sich vergessene/unterdrückte traumatische Erfahrungen dissoziativ, d.h. über das Ich des Kranken und seine Abwehr hinweg, körperlich Ausdruck verschaffen, wird der psychogene Schmerz als Erinnerungssymbol, als Ver-Dichtung gleichzeitiger Offenbarung und Verschlüsselung/Verhüllung biographischer Traumen deutbar. An der Wahl der Bilder – oder am Fehlen von Metaphern – scheint ablesbar, ob der Drang zur Enthüllung der Schmerzerinnerung oder die Abwehr, der Selbstschutz, das Verbergen überwiegt. Anhand der Metaphorik wird auch eine affektive Schmerzordnung, eine Art „Alphabet“ der Affekte sichtbar, durch das die im Schmerz somatisierten Gefühle/Affekte lesbar, übersetzbar, benennbar werden. „(...) man kann nicht lesen, bevor man das Alphabet gelernt hat“ (Weizsäcker 1930/1987, 245). Für das Erkennen und Verstehen von Schmerzen ist das „Alphabet“ der Affekte unumgänglich. Das Alphabet ist durch Hinhören auf die je verschiedenen, spezifisch affektiv gefärbten Schmerzmetaphern erlernbar. Nicht zuletzt kann die Leidenserfahrung und ihre Verarbeitung an körperlichen Befunden abgelesen werden.

6 Literatur

Charcot, Jean Martin (1886): Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie. Übersetzt von Sigmund Freud. Leipzig usw.

Engel, George L. (1959): Psychogenic pain and the pain-prone patient. In: *American Journal of Medicine* 26, 899-918.

Fischer, Gottfried/*Riedesser*, Peter (1998): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München.

Freud, Sigmund (1888): Hysterie. In: Villaret, Albert (Hg.): *Handwörterbuch der gesamten Medizin*. Bd. 1. 886-892, Stuttgart. Und, mit editorischer Vorbemerkung, In: Richards, Angela/Grubrich-Simitis, Ilse (Hgg.): *Gesammelte Werke*, Nachtragsband. Frankfurt a.M. (1987). 69-82.

Freud, Sigmund (1893): Quelques Considérations pour une Étude Comparative des Paralyties Motrices Organiques et Hystériques. Gesammelte Werke I, 37-55. Deutsch von Marie-Luise Knott u. Mechthilde Küttemeyer (1998): Einige Betrachtungen zu einer vergleichenden Studie über organische und hysterische motorische Lähmungen. In: Jahrbuch der Psychoanalyse 39, 9-45.

Freud, Sigmund (1895): Studien über Hysterie. Gesammelte Werke I, 75-312.

Küttemeyer, Mechthilde (1992): Schwerpunkt psychosomatische Neurologie. In: Adler, Rolf/Bertram, Wulf/Haag, Antje/Herrmann, Michael/Köhle, Karl/von Uexküll, Thure (Hgg.): Integrierte psychosomatische Medizin 2. Modelle in Praxis und Klinik. Stuttgart usw. 327-342.

Küttemeyer, Mechthilde (1995): Re-Inszenierung von Erinnerungen bei der Erstbegegnung der Patienten mit der Ärztin. Vortrag auf dem Symposium „Erinnerungs-Spuren“ – 10 Jahre psychosomatische Abteilung im St. Agatha Krankenhaus in Köln, 25.6.1995.

Küttemeyer, Mechthilde (1998): Der Körper als Kompass in der stationären Psychotherapie. In: Vandieken, Roland/Häckl, Eduard/Mattke, Dankwart (Hgg.): Was tut sich in der stationären Psychotherapie? Standort und Entwicklung. Gießen. 308-24.

Nathan, Ruth (2000): Psychosomatische Störungen als Ergebnis von Traumadynamik und traumatischem Prozeß. Eine empirische Untersuchung. Inaug.-Diss.: Köln.

Weizsäcker, Viktor von (1930/1987): Medizin und Seelsorge. Gesammelte Schriften Bd. 5. Frankfurt a.M. 245-258 (254).

Nimmermüde – immer müde? Zur kulturellen Symbolik und medialen Präsentation des Chronischen Erschöpfungssyndroms¹

*Unser Krankheit tiefstes Geheimnis
ist Übereilung oder Versäumnis.
(J. W. von Goethe)*

- 1 *Einleitung: Von Chronic Fatigue, Sisi-Syndrom und anderen neuen Leiden*
- 2 *Das Chronische Erschöpfungssyndrom*
 - 2.1 Das Beschwerdebild des CFS
 - 2.2 Funktion und Bedeutung der medizinischen Diagnose CFS
- 3 *Körperliche Symptome und deren psychosomatische und soziokulturelle Bedeutung*
 - 3.1 CFS als Angststörung
 - 3.2 Die soziokulturelle Symptomgestaltung
 - 3.3 CFS und der fehlende Pol
- 4 *CFS im Fernsehen oder „Die Inszenierung des Bizarren“*
 - 4.1 Die mediale Inszenierung von Gesundheitsinformation
 - 4.2 Die Sendung „Gesundheit!“
 - 4.2.1 Die Einleitung
 - 4.2.2 Mangelnde soziale Akzeptanz und die Suche nach der Diagnose
 - 4.2.3 Der psychosomatische Aspekt
- 5 *Fazit*
- 6 *Literatur*

¹ Diese Arbeit entstammt dem Forschungsprojekt „KrankheitsInszenierungen: Die mediale Darstellung von Krankheit in medizinischen Informations-sendungen und Talkshows“, das 1998 von der Alexander-von-Humboldtstiftung als Auslandsstipendium an der Universität Bielefeld, Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft (Elisabeth Gülich) gefördert und im Rahmen eines Charlotte-Bühler-Habilitationsstipendiums vom Österreichischen Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung weitergeführt wurde.

1 Einleitung: Von Chronic Fatigue, Sisi-Syndrom und anderen neuen Leiden

Seit mehreren Jahren erregt das Auftreten neuer, bisher unbekannter Krankheiten, wie z.B. das *Chronische Erschöpfungssyndrom* (Chronic Fatigue Syndrome, CFS), das *Sick-Building-Syndrom* (SBS) oder die *multiple chemische Überempfindlichkeitsstörung* (Multiple Chemical Sensitivity, MCS), die Aufmerksamkeit von Medizin und Öffentlichkeit. Eine „neue“ Essstörung wird beschrieben, die *Bulimie* (Ess-/Brechsucht), die sich in zwangsartigen Fressattacken mit meist anschließendem Erbrechen äußert und die die schon bekanntere *Anorexie* (Magersucht) ergänzt. Auch „neue“ psychische Leiden werden diagnostiziert, wie die seit Jahren an Bedeutung gewinnende *Multiple Persönlichkeitsstörung* (MPD) oder das *Sisi-Syndrom*. Dieses wurde anlässlich des 100. Todestages der österreichischen Kaiserin Sisi „entdeckt“ und soll Personen diagnostizieren, die – ähnlich wie die Kaiserin – ihre eigentlich zugrunde liegende depressive Verstimmung mit energischem Aktivismus zu bekämpfen suchen, ohne jedoch an subjektiver Lebensqualität zu gewinnen (Voll 1998). Diese „modernen Leiden“ (Shorter 1994) beschreiben Beschwerdebilder, die es zum Teil unter anderen Namen, aber in verwandten Formen immer schon gab, wie etwa nervöse Erschöpfung oder Neurasthenie. Meist handelt es sich um eine komplexe und häufig unklare Ansammlung von Symptomen mit körperlichen und psychischen Anteilen, die die Betroffenen auf eine oft jahrelange Suche nach einer „richtigen medizinischen“ Diagnose führen.

In medizinischen Zeitschriften gibt es eine rege Diskussion über Diagnosewege und Therapieformen, v.a. aber über Herkunft und Auslöser dieser Krankheiten, dazu findet sich eine steigende Anzahl von populärwissenschaftlichen Darstellungen in Buchform und Internet und von Selbsthilfeorganisationen. Wegen ihrer Aktualität und ihrer oft spektakulären oder dramatischen Symptome wird über diese Beschwerdebilder gerne auch im Fernsehen berichtet, sei es in medizinischen Informationssendungen, in Talkshows oder im Rahmen von vermischten Magazinen und Dokumentationen.

Da die westliche Kultur ein starkes soziokulturelles Angebot bereithält, Leid in Form von körperlichen Symptomen auszudrücken, vermögen diese schillernden Erkrankungen neben den faktischen physischen und psychosozialen Beeinträchtigungen für das erkrankte Individuum auch auf verdeckte, krankmachende oder widersprüchliche soziokultu-

relle Normen der „späten Moderne“ (Giddens 1991) hinzuweisen. Diese präsentiert sich gleichermaßen als Erfolgs- und Leistungsgesellschaft und als Spaß- und Überflussgesellschaft und fordert ein dynamisch-flexibles, extrovertiertes, dabei kontrolliertes und stets leistungsbereites Individuum. So kann eine bulimische Symptomatik auch das alltägliche Dilemma zwischen hoher Bedürfnis- und Selbstkontrolle einerseits und übermäßiger Konsum- und Bedürfnisbereitschaft andererseits verdeutlichen (Bordo 1993) und so können die Symptome eines Sisi-Syndroms auch auf soziokulturell stigmatisierte affektive Zustände wie Ängste, innere Leere und depressive Verstimmungen verweisen (McDougall 1998).

In meinem Beitrag möchte ich am Beispiel des Chronischen Erschöpfungssyndroms (CFS) die komplexe körperliche Symptomatik und die standardmedizinischen Diagnose- und Behandlungsformen eines solchen „modernen Leidens“ darstellen, ebenso wie seine psychosomatischen Bedeutungsformen und seine möglichen soziokulturellen Gehalte, die über die Symptomatik „kommuniziert“ werden sollen. Daran anschließend werde ich anhand von Material aus einer medizinischen Informationssendung überprüfen, wieweit die genannten Aspekte in diese Form der öffentlichen Gesundheitsinformation Eingang finden. Diese Überlegung ist insofern weitreichend, als ich davon ausgehe, dass eine primär somatisierte Darstellung des Syndroms eher Nachahmung und Hypochondrisierung fördert, während eine Sichtbarmachung der psychosomatischen und kollektiven Anteile der Leidensdarstellungen ein Angebot zur Reflexion darstellt. Der wesentliche heilende Aspekt, der sich dahinter verbirgt, wird durch die gemeinsame Suche von Betroffenen und ÄrztInnen nach einer sozial entlastenden somatischen Diagnose üblicherweise völlig in den Hintergrund gedrängt.

2 Das Chronische Erschöpfungssyndrom

2.1 Das Beschwerdebild des CFS

Die Bezeichnung CFS (*chronique fatigue syndrome*) nennt das Hauptsymptom der Krankheitsbildes, nämlich eine oft über Jahre hinweg währende extreme Erschöpfbarkeit und Ermüdung durch geringste Anstrengungen. Die Gesamtpalette der Beschwerden ist jedoch umfangreicher: Die Betroffenen leiden zudem unter substantiellen Einschränkungen des Kurzzeitgedächtnisses, unter Konzentrationsstörungen und unter chro-

nischen Schmerzen in Muskeln, Gelenken, Hals, Kopf und Lymphknoten. Dazu kommen häufig Sehstörungen, Fieberschübe und Übelkeit sowie Pilzerkrankungen und Allergien. Bei vielen tritt CFS im Anschluss an virale Infekte auf, von denen sie sich nicht mehr erholen, andere werden ganz plötzlich heimgesucht. Auch wenn regelmäßig neue Auslöser genannt oder gefunden werden, bleiben die eigentlichen Ursachen und Krankheitsmechanismen nach wie vor unklar. Organische Auslöser wie Viren, Borrelien oder Pilze sowie allgemeine Störungen des psychoneuro-endokrinen-immunologischen Systems werden in Betracht gezogen, aber auch psychosoziale Komponenten wie andauernde Überlastungen im Vorfeld der Erkrankung oder allgemeine Reizüberflutung. Unklar ist weiter, ob es sich bei CFS um eine einzelne Krankheit handelt oder um eine Gruppe von unterschiedlichen Krankheiten mit ähnlichen Symptomen (Berg 1999).

Die Diffusität von CFS spiegelt sich auch in den seit Ende der 70er Jahre konkurrierenden Bezeichnungen wider: CFIDS (chronic fatigue immune disfunction syndrome), ME (myalgic encephalomyelitis), Fibromyalgie oder EBV (Epstein-Barr virus infection) (Shorter 1992, 307ff). Seit 1988 ist CFS in der internationalen Klassifikation von Krankheiten ICD-10 (International Classification of Diseases) der WHO unter der Kennziffer G93.3 als „*postvirales Erschöpfungssyndrom, einschließlich benigne myalgische Enzephalomyelitis*“ aufgenommen (Zenker 1996). Die Diagnose selbst kann nur auf klinischem Weg als Ausschlussdiagnose erfolgen, da CFS über Laborbefunde nicht nachweisbar ist. Entscheidende Diagnosekriterien sind, dass die schwere Erschöpfung seit mindestens sechs Monaten besteht und von einer Kombination aus mindestens vier (früher acht) der oben genannten Leitsymptome begleitet wird (Holmes et al. 1988).

Aufgrund dieser diagnostischen Hindernisse variieren die Schätzungen für Deutschland zwischen drei Promille bis zwei Prozent der Bevölkerung, in der Mehrzahl Frauen, hauptsächlich zwischen 30 und 50 Jahren (Zenker 1996). Die amerikanische Gesundheitsbehörde CDC (Center for Disease Control) gibt als Zahl 410 von 100.000 an, also knapp 0,5%. Gemeinsam mit chronischen Schmerzen ist chronische Erschöpfung heutzutage die von PatientInnen meistgenannte Symptomatik, ohne dass es sich hierbei immer um CFS im engen diagnostischen Sinne handeln muss (Shorter 1992). Typisch für „moderne Leiden“ ist, dass von den ersten Diagnosen an die Fallzahlen ständig steigen, so dass im Falle von

CFS oft schon von einer Krankheit mit epidemischen Ausmaßen gesprochen wird (s.u. sowie Shorter 1992, 307ff.).

Die inzwischen standardmäßig von der Schulmedizin empfohlene Behandlung ist eine symptomatische pharmakologische Behandlung, begleitet von Ernährungsumstellung und moderater körperlicher Bewegung. Eine zusätzliche psychotherapeutische Behandlung kann ebenso hilfreich sein wie eine homöopathisch oder naturheilkundlich ausgerichtete. Einige der Betroffenen erholen sich nach einigen Monaten oder Jahren, andere bleiben über Jahre hinweg krank oder erleben Rückfälle und heftige zyklische Verläufe. Ziel der Behandlung ist deshalb nicht das Erreichen von Beschwerdefreiheit, also völlige Heilung, sondern ein individueller Kompromiss zwischen familiären und sozialen Notwendigkeiten und dem Wunsch nach einer relativ erträglichen Symptomatik (Sobetzko 1998).

2.2 Funktion und Bedeutung der medizinischen Diagnose CFS

Welche Ursachen auch immer hinter CFS liegen, das Leiden ist real und real sind auch die verheerenden psychosozialen Folgeerscheinungen für die Erkrankten, denn CFS bedeutet zwangsläufig eine Kollision mit gesellschaftlichen Leistungsnormen, die auf lange Zeit nicht mehr erfüllbar sind. Die unklaren und wechselnden Symptome werden vom sozialen Umfeld, aber auch von mangelnd informierten ÄrztInnen oft als psychische Labilität oder Hypochondrie abgetan, durch die Leistungsschwäche droht der Verlust des Arbeitsplatzes, damit einher gehen finanzielle und sozialversicherungstechnische Probleme, soziale Beziehungen können nicht mehr aufrechterhalten werden, die Betroffenen verlieren an Selbstwertgefühl und die Selbstmordgefährdung bei CFS-Kranken ist dementsprechend hoch (Sobetzko 1998). Ganz abgesehen von dem Wunsch nach Wiederherstellung der Gesundheit ist die Suche nach einer medizinische Diagnose für die Betroffenen daher von grundlegender Bedeutung, sowohl als psychosoziale Entlastung wie aus versicherungstechnischer Notwendigkeit.

Wenn ein Leidenszustand als körperliche Krankheit diagnostiziert wird, bedeutet dies, dass das Leiden im Rahmen des medizinischen Systems lokalisiert wird, dass die Beschwerden als Symptome und die Kranken als PatientInnen professionell wahrgenommen werden und dass das Leiden einer Behandlung zugeführt werden kann. Zentralen Stellenwert bei der Überführung von Leid in Krankheit kommt dabei dem

ärztlichen Gespräch zu, in dem diese „Institutionalisierung von Beschwerden“ (Lalouschek 1995) stattfindet. Dies gilt besonders für ein Beschwerdebild wie das CFS, das gerade über das Fehlen eindeutiger medizinischer Befunde diagnostizierbar wird und das dringend einer legitimierenden ärztlichen Diagnose bedarf, um das Leiden benennbar zu machen und einer medizinischen und sozialen Akzeptanz zuzuführen. In einer Untersuchung zu medizinischen Erstgesprächen auf einer CFS-Station in einer Stockholmer Klinik (Hydén/Sachs 1998) zeigt sich, dass ÄrztInnen und PatientInnen in den diagnostischen Gesprächen die relevanten Symptome und Diagnosekriterien in spezifischer Weise interaktiv aushandeln, um zu der legitimierenden Diagnose „CFS“ zu gelangen. Die Kranken müssen in ihrer Beschwerdendarstellung nämlich danach trachten, die jeweiligen Kriterien der Symptome, die vom medizinischen System für relevant erachtet werden, zu erfüllen, mit dem Problem, dass ihnen das Fachwissen um diese Kriterien selbst nicht immer zur Verfügung steht. So sind die Antworten der PatientInnen von Vagheiten und Unsicherheiten in den Beschreibungen charakterisiert, von Wiederholungen, veränderten Relevantsetzungen, Um- und Reformulierungen und weiteren Anpassungsprozessen an die ärztlichen Fragen. Der wichtigste Schritt ist natürlich die abschließende Bewertung durch die ÄrztInnen, denn PatientInnen, die die relevanten Kriterien nicht erfüllen, kommen weder in den Genuss der medizinischen Wahrnehmung, nämlich Diagnose und Behandlung, noch in den der sozialen Rehabilitierung.

Die schulmedizinische Diagnose „CFS“ ist eine somatische Diagnose und umfasst in ihrem Kriterienkatalog nur körperliche und keine psychologischen Störungen, so dass sich das Leiden der CFS-Kranken als biomedizinisch fassbare Erkrankung darstellt. Immer wieder wird berichtet, dass Personen, die von CFS betroffen sind, präferiert somatische Diagnosen zur Kenntnis nehmen und alle Hinweise auf psychologische Ursachen strikt von sich weisen (Nix 1996; Zenker 1996) – und das, obwohl die schulmedizinische Diagnose faktisch gar keine Aussicht auf Wiederherstellung anbieten kann. Dies hat folgenden soziokulturellen Hintergrund: Organische Krankheitsdiagnosen sind in unserer Kultur – abgesehen von ansteckenden schweren Krankheiten wie etwa AIDS – ungleich weniger stigmatisiert als psychologische Störungen, die immer ein individuelles Versagen an sozialen Anforderungen implizieren. Organische Krankheiten können als körperliche Dysfunktionen ein Stück weit von der „Person“ abgekoppelt und objektiviert werden. Dies wiederum hat mit dem fragmentierten Menschenbild unserer Kultur zu tun, das

vom gängigen medizinischen Modell, der Schulmedizin, mitgetragen wird, zusätzlich verstärkt durch ihren Anspruch, körperliches Leid prinzipiell heilen zu können.

Eine klare organische Diagnose wirkt individuell wie sozial entlastend („*facesaving*“, vgl. Shorter 1992), sie vermag das fremde körperliche Geschehen zu benennen, so dass notwendige Identifikationen stattfinden können, was gerade bei chronisch verlaufenden Krankheiten unabdingbar ist (Kleinmann 1988), und sie vermittelt Hoffnung auf Heilbarkeit durch entsprechende medizinische Maßnahmen. Unbestimmte Diagnosen wie „wir finden nichts“ oder „es ist psychosomatisch“ verunsichern die Kranken und dienen nur dazu, das Leid und die Beschwerden abzuwerten (Kütemeyer 1999). Da die „Aufnahme“ in das medizinische System aber unabdingbar ist, führen unbestimmte Diagnosen dazu, dass die Betroffenen den Druck auf das Finden einer „richtigen“ Diagnose verstärken. Eine solche Suche lässt sich dadurch, dass die gegenwärtige Medizin praktisch unbegrenzte Untersuchungsmöglichkeiten anbietet, die sich kaum erschöpfen lassen und endlos wiederholt werden können, jahrelang fortführen (Bräutigam/Christian/von Rad 1997, 383); gerade bei CFS wird so aufgrund der Vielzahl und der Instabilität der Beschwerden eine Odyssee durch internistische, orthopädische, neurologische und dermatologische Kliniken und Praxen vorprogrammiert ebenso wie eine gewisse Verselbstständigung einzelner Symptome (sekundäre Chronifizierung).

Ein Problem der Schulmedizin und ihrer Diagnostik ist die Ausblendung der sozialen und seelischen Seite des Krankseins, was automatisch dazu führt, dass diese Bereiche nicht systematisch mitgedacht werden, weder in der Ursachenforschung, noch in der Diagnostik, noch in den Therapieplänen, noch in der Gesundheitsaufklärung. Dabei hat die Symptomatik des CFS auch noch ganz andere Dimensionen.

3 Körperliche Symptome und deren psychosomatische und soziokulturelle Bedeutung

In ganzheitlichen, systemischen oder psychoanalytischen medizinischen Ansätzen steht in unterschiedlicher Weise die Erfassung der Zusammenhänge von Körperbeschwerden und unbewussten seelischen Prozessen im Zentrum. So geht die psychosomatische Medizin davon aus, dass jedes Individuum in der Lage ist, in bestimmten Lebenssituationen sei-

nen seelischen Schmerz zu „somatisieren“ (McDougall 1998, 69), wobei es Personengruppen gibt, die dafür besondere affektive oder soziale Dispositionen aufweisen. So reagieren z.B. Personen mit einer erhöhten Sensibilität in der Wahrnehmungs- und Erlebnissphäre (traditionellerweise als „Nervosität“ bezeichnet) auch sensibel auf psychophysisch und emotional unangemessene Belastungen, das vegetative Nervensystem fungiert als Resonanzboden für das jeweils gestörte seelische Befinden (vgl. Bräutigam/Christian/von Rad 1997, 383). Ihre Allgemeinbeschwerden, die sie noch nicht von den Allgemeinbeschwerden der „gesunden Population“ unterscheiden, haben dann Signalcharakter für ihre persönliche Lage. Damit aus Allgemeinbeschwerden aber Symptombildungen werden, müssen in der gegenwärtigen Lebenssituation Belastungen und damit persönliche Konflikte hinzutreten. Erst dann werden die „Beschwerden der Gesunden“ zu einem Symptom, das zu einem Krankheitsangebot führt und in den Raum ärztlicher Behandlung hinausgeschoben wird. Dabei kommt der „leiblichen Gebärde“ auch Entlastungs- und Abfuhrcharakter zu. Die Psychoanalytikerin Joyce McDougall betont, dass alle Menschen die Tendenz haben, innere Spannungen durch ein „acting-out“ abzuführen, wenn sie besonders starken Belastungen ausgesetzt sind, also z.B. mehr zu essen oder zu rauchen als gewöhnlich, wobei jene, die systematisch Handeln zur Abwehr seelischer Konflikte und Ängste einsetzen, eine höhere Anfälligkeit für psychosomatische Erkrankungen riskieren (McDougall 1998, 109).

Aus moderner psychosomatischer Sicht erscheint also eine ursächliche Verbindung von Beschwerden, Persönlichkeit und Nervensystem zu einfach. Ihr wird ein komplexerer Zusammenhang entgegengestellt aus einer Wechselwirkung zwischen Beschwerden, gegenwärtiger Lebenssituation, Persönlichkeit und somatischer Krankheitsrezeption der Ärzte und der Gesellschaft, also eine erlebte Wechselwirkung zwischen dem einzelnen Menschen und seiner sozialen Umwelt (Bräutigam/Christian/von Rad 1997, 383). In dieser Hinsicht ist zu betonen, dass es in unserer Gesellschaft in Bezug auf die Somatisierung ein ganz klares soziokulturelles Angebot gibt: Der gesamte medizinische Apparat ist mehr auf ein körperliches Krankheitsangebot ausgerichtet als auf ein seelisches, mit der Konsequenz, dass seelisches Leid von Individuen präferiert über körperliche Krankheit ausgedrückt wird und von ÄrztInnen auch als somatisches Leiden behandelt wird. Diese Ebenenverschiebung ermöglicht zwar die Behandlung der körperlichen Symptome, nicht aber die Heilung des Leidens, das zugrunde liegt (Wilbur 1996).

3.1 CFS als Angststörung

Wie stellt sich nun der psychosomatische bzw. psychoanalytische Ansatz zum Verständnis von CFS dar? Bezugnehmend auf Freud, der schon 1895 einen Symptomenkomplex aus Hinfälligkeit und Mattigkeit als Angstneurose von der Neurasthenie abtrennte, geht Mechthild Küttemeyer (1999) bei CFS von einer „larvierten Angststörung“ aus: Die klinische Erfahrung zeigt, dass gerade bei PatientInnen mit Angststörungen körperliche Beschwerden wie Schwindel und Tinnitus, multilokale Schmerzen, Müdigkeit, Gehstörungen und Parästhesien („Kribbeln“ oder Taubheit in den Fingern) anstelle von Angst im Vordergrund der Darstellung stehen, so dass die Diagnose Angstneurose oft erst nach Jahren langwieriger Behandlungen und Klinikaufenthalte gestellt werden kann bzw. wird. Diese körperliche Symptomatik ähnelt in weiten Teilen der des chronischen Erschöpfungssyndroms, mit der Ausnahme, dass CFS-PatientInnen häufig plötzliches Auftreten ihrer Beschwerden nach einem Infekt angeben. Wird die Anamnese aber erweitert, so zeigt sich, dass bei allen von CFS Betroffenen lange vor dem Infekt regelmäßige Angstepisoden vorhanden waren, also z.B. nächtliche Panikattacken, Herzrasen oder Blutdruckkrisen, woraus Küttemeyer schließt, dass „die Angst nicht nur in den aktuellen Körperbeschwerden (...) zum Ausdruck kommt, sondern sie ihr Leben schon lange begleitet hat, wenn auch gut kompensiert und eingebettet in meist überdurchschnittliche Initiative und Tatkraft“ (Küttemeyer 1999, 86). Infekte und postinfektiöse Erschöpfung sind nicht Ursache, sondern lediglich die „Schiene“, auf der die latente Angst sich in chronische Müdigkeit verwandelt.²

Die Anamnesen deuten zudem auf einen Persönlichkeitsfaktor hin: Bei der von CFS betroffenen Personengruppe handelt es sich vorwie-

² Interessanterweise finden sich in der schon zitierten schwedischen Untersuchung von Hydén/Sachs (1998) in einer Beschwerdendarstellung eines CFS-Patienten genau diese Hinweise auf seit Jahren bestehende Attacken von Herzschmerzen, die keiner somatischen Diagnose zugeführt werden konnten (*Hervorb. JL*): „It started seven eight years ago. It started with recurrent *pains in the heart*. (...) And I also felt that I started to become very tired, I had certain periods when I thought the heart beat fast and I thought I had something wrong with my heart. So I went to the hospital and told them how it was, and they took some tests and a work EKG and so on, they told me that I wasn't especially well trained physically, but *they didn't find any major problems*“ (Haydén/Sachs 1998, 182).

gend um extern und leistungsorientierte, nur scheinbar selbstständige Menschen; ihre innere Problematik wird bei Bindungsverlust oder Verlust von Leistungsfähigkeit wie etwa bei postinfektiöser Erschöpfung akut (Kütemeyer 1999, 89). Auch der Neurologe Nix (1996) bezeichnet CFS-PatientInnen als Depressive des Manager-Typs. Hier wird die Nähe zur Symptomatik des Sisi-Syndroms interessant. Erst wenn latente Ängste und andere Affekte nicht mehr über Leistung verdeckt werden können, kommt es zum physischen und psychischen Zusammenbruch.

Im psychoanalytischen Ansatz wird CFS also nicht als somatische, sondern als eine gravierende psychogene Erkrankung betrachtet, eine somatisierte Angststörung, die bloß einen neuen Namen bekommen hat. Bei der Bezeichnung „chronisches Erschöpfungssyndrom“ handelt es sich nach Kütemeyer (1999) um eine „somatophile Verlegenheitsdiagnose“ der MedizinerInnen, wenn die naheliegende Erklärung „Angst“ neutralisiert werden muss oder die psychoanalytisch bekannte Beziehung zwischen Schmerz, Müdigkeit und Angst unerkannt bleibt. Eine weitere Erklärung für die Präferenz für somatische Diagnosen sieht Nix (1996) neben den schon oben angesprochen soziokulturellen Normen im Persönlichkeitstyp: Gerade extern orientierte Personen können eine Störung des Stoffwechsels oder des Immunsystems eher akzeptieren als eine psychologische. Dieser Ansatz würde die eingangs dargestellten jahrelangen Krankheitsverläufe und die nur bedingten Behandlungserfolge der Schulmedizin ebenso erklären wie das oft heftige Bemühen der Betroffenen, den möglicherweise zugrunde liegenden psychischen Faktor „Angst“ im Sinne einer Abwehrstrategie über somatische Diagnosen von sich fern zu halten.

3.2 Die soziokulturelle Symptomgestaltung

Der psychosomatische Aspekt betrifft also die Möglichkeit des individuellen Ausagierens von Konflikten, Spannungen und Ängsten über körperliche Krankheiten. In gesamtgesellschaftlichen, vor allem aber in ethnomedizinischen Ansätzen wird immer wieder gezeigt, dass Krankheitssymptome neben ihrer individuellen psychosomatischen Bedeutung auch der Kommunikation mit dem sozialen Umfeld und der Gesellschaft dienen können, etwa um persönliche oder soziale Spannungen und Konflikte zu thematisieren (Möhring 1993). In Kulturen, die für diese Krankheitsauffassung offen sind, wird die Erkrankung eines Individuums so zu einem Problem der Gemeinschaft, das auch nur gemeinschaftlich bearbeitet

werden kann. Individuelle Erkrankung hat sozialen Signalcharakter, aber nicht im Sinne einer Aufforderung zur Nachahmung, sondern im Sinne einer Aufforderung zu einer gemeinsamen Lösung. In „somatophilen“ Kulturen wie der unseren ist Krankheit individuelles Schicksal oder Schuld; Krankheit hat Signalcharakter im Sinne einer Störung, die vom Individuum selbst „repariert“ oder zur Behandlung an das medizinische System delegiert werden soll. Neben dem soziokulturellen Angebot der Somatisierung von Konflikten wird Krankheit in jeder Gesellschaft oder Kultur also auch unterschiedliches soziokulturelles Bedeutungspotential beigemessen.

Nun stellt sich die Frage, warum in einer bestimmten Gesellschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt die Wahl auf bestimmte Symptome wie eben Erschöpfung und Müdigkeit fällt und wie sich diese Symptome dann epidemieartig ausbreiten, so dass sie als „neue Leiden“ klassifiziert werden können. Der Medizinhistoriker Edward Shorter bescheinigt jedem kulturellen Umfeld prinzipiell symptomgestaltende Wirkung, indem es den Menschen Vorstellungen davon vermittelt, wie legitime und wie illegitime Krankheitsbilder aussehen. Mit der Ausrichtung auf Legitimität macht die Kultur manche Verhaltensformen akzeptabel und andere inakzeptabel. Die Individuen freilich erleben ihre Symptome nicht als „Verhaltensformen“, sondern als echte organische Erkrankung. Das Konzept der kulturellen Symptomgestaltung erklärt, wieso ganze Gruppen von Individuen gemeinschaftliche Symptome ausbilden und warum diese Symptome sich von einer Epoche zur nächsten gemeinschaftlich ändern (Shorter 1994, 325), es erklärt aber auch, warum bestimmte Symptome lediglich nur immer unter neuen Namen in Erscheinung treten. So werden Formen von Erschöpfung seit dem Ende des 19. Jahrhunderts als „nervöse Erschöpfung“, „Neurasthenie“ oder „spinale Anämie“ diagnostiziert, wobei interessant ist, dass bei diesen frühen Diagnosen von Erschöpfung die Produktion von hysterischen Anfällen und Krämpfen ein diagnostisches Hauptsymptom darstellte, das später vom Symptom Müdigkeit abgelöst wurde.³ In diesem Zusammenhang spricht Shorter von einem „*symptom pool*“ (Shorter 1992, 285), also von einem Vorrat an legitimen und präsentierbaren Krankheitssymptomen, der den Individuen zu einem gewissen Zeitpunkt zur Verfügung steht und der

³ Zur aufschlussreichen Entwicklung der medizinischen Diagnostik von hysterischer Lähmung über Neurasthenie und psychogenem Schmerz bis zu CFS vgl. Shorter (1992, 384ff.).

die Symptomwahl beeinflusst. Die amerikanische Kulturwissenschaftlerin Elaine Showalter bezeichnet „moderne Leiden“ wie Anorexie, chronische Erschöpfung und die multiple Persönlichkeitsstörung dementsprechend auch als moderne Hysterien, über die in Form von bildhafter, sozialer Kommunikation kulturell zugängliche und statthafte Ausdrucksformen des Leidens nachgeahmt werden. Sie bringt als Beispiel, dass ein Engländer legitim über Kopfschmerzen klagen kann, nicht aber dass sich sein Penis in den Körper zurückzieht, was in Malaysia und Südchina ein vollständig akzeptables Symptom darstellen würde (Showalter 1997, 17).

Das Ansteigen der Beschwerdebilder und die Epidemisierung wird dann durch folgende Eigendynamik bewirkt: ÄrztInnen werden auf bestimmte Phänomene aufmerksam, stellen sie bei Untersuchungen immer häufiger fest und geben damit ein neues medizinisches Krankheitsbild vor, wodurch sich bestimmte Gruppen von Kranken eher bestätigt fühlen, diese paradigmatisch „relevanten“ Symptome zu präsentieren (Shorter 1992, 288). So nennt Showalter drei Ingredienzien für eine hysterische Epidemie: enthusiastische Ärzte und Theoretiker, unglückliche, verletzte PatientInnen und ein geeignetes kulturelles Umfeld (Showalter 1997, 31), unterstützt durch die Massenmedien. Wird ein neues Syndrom diagnostiziert, werden prototypische PatientInnen von ÄrztInnen z.B. in Fachzeitschriften vorgestellt. In der Ratgeber- und Selbsthilfeliteratur werden ebenfalls echte oder kompilierte Prototypen verwendet, um einer Erkrankung ein persönliches Gesicht zu geben. Die Medien verbreiten Informationen über den jeweiligen Prototyp und ermutigen damit PatientInnen, an die Öffentlichkeit zu treten. Leidende Einzelpersonen reagieren auf diese Prototypen, indem sie ihre Symptome und Probleme in einem Prototyp wiederzuerkennen meinen. Dieser Prozess wird sich auch in der nachfolgenden Analyse einer medizinischen Informationssendung zeigen.

So wird die Epidemisierung durch Geschichten, die durch Ratgeberliteratur, Zeitschriften, Fernsehserien, Talkshows und Internet in Umlauf gebracht werden, „hysterisiert“ – verstärkt durch eine zunehmende Leichtgläubigkeit in Bezug auf bizarre Krankheitsbilder (Shorter 1994, 317). Diese „*Hystorien*“ (Showalter 1997, 14) sind als kulturelle Narrationen zu verstehen, die realen und bildhaften Bezug zu gesellschaftlich relevanten Zuständen aufweisen. Darum sieht Showalter die Aufgabe einer kulturwissenschaftlichen Analyse darin, die Differenz zwischen metaphorischem und faktischem Gehalt dieser Narrationen weiter aus-

zuleuchten, um die Grenze zwischen ihrer therapeutischen Wirksamkeit und ihrer Destruktivität deutlich zu machen (Showalter 1997, 25).

3.3 CFS und der fehlende Pol

Welche soziale Problematik soll nun mit dem Leitsymptom von CFS, der Müdigkeit oder Erschöpfung, „kommuniziert“ werden? Die heutige westliche Gesellschaft stellt sich als Erfolgs- und Leistungsgesellschaft dar, Erschöpfung und das Ausgelaugtsein von verschiedenen konkurrierenden Anforderungen in Beruf, Familie und Freizeit sind geradezu Gradmesser für den Erfolg und das Prestige und für die Macht, die man ausübt (Showalter 1997, 163), speziell Frauen sehen sich praktisch unbegrenzten Rollenerwartungen ausgesetzt. Inzwischen wird sie auch „24-Stunden-Gesellschaft“ genannt, ausgelöst durch die Globalisierung und die zunehmende Unabhängigkeit von realen Orten und Zeiten durch die Möglichkeiten der modernen Kommunikationstechnologien. Gefragt sind extrovertierte, leistungsbereite und flexible Individuen, für die diese „Erschöpfung aus Prestige“ bewältigbar bleibt und die auch in den Phasen von Entspannung wie Freizeit und Urlaub aktiv und unternehmungsbereit bleiben. Selbstkontrolle und Disziplin ist gefragt, auch in der Erschöpfbarkeit, Versagen wird ebenso stigmatisiert wie unangemessene Affekte wie depressive Verstimmungen oder Angst vor Herausforderungen. In kulturwissenschaftlichen Arbeiten wird zwar der Ruf nach „Entschleunigung“ laut (Fritzsche 1998), der Medienkritiker Paul Virilio (1992) diagnostiziert den „rasenden Stillstand“, der Psychoanalytiker Micha Hilgers (1999) erzählt den kollektiven „Traum von Muße“, in der Ratgeberliteratur wird immer häufiger über „Zeitwohlstand“ (Schlote 2000), „kreative Langsamkeit“ (Massow 1998) und die „Kunst, nichts zu tun“ (Vienne 2000) räsoniert, auch das Geschäft mit Meditations- und Entspannungstechniken boomt – allerdings oft nur, um Personen für den „stressigen Alltag“ fit zu halten.

Personen, die von CFS betroffen sind, müssen in den schlimmsten Krankheitszeiten, in denen sie wochen- oder monatelang fast nur schlafen, rund um die Uhr betreut und gepflegt werden. Das bedeutet, dass sie keine Leistung mehr erbringen und in völlige Passivität versinken, dass sie nicht mehr diszipliniert und nicht mehr kontrolliert sind und sich von der Außenwelt in einen eigenen „Zeitraum“ zurückziehen. Damit benennt das Hauptsymptom des Chronischen Erschöpfungssyndroms nichts anderes als den fehlenden Pol einer Gesellschaft, die sich

über ungebrochene Aktivität, Außenorientierung und Spannung definiert, nämlich den Pol der Passivität, der Entspannung und des Rückzugs nach innen. Durch die soziokulturelle Forderung, sich präferiert dem Pol der Aktivität zuzuwenden, ist der für Menschen lebensnotwendige Rhythmus zwischen Anspannung und Entspannung, zwischen Aktivität und Passivität, zwischen Einatmen und Ausatmen, zwischen Wachsein und Schlafen fundamental und nachhaltig gestört. Bildhaft gesprochen wird dem „chronischen Nimmer-Müde“ ein „chronisches Immer-Müde“ entgegengesetzt.

Diese soziokulturelle Symbolik lässt sich auch auf das Krankheitsmanagement übertragen (vgl. Sobetzko 1998): Die Betroffenen, die ja üblicherweise nicht wiederhergestellt werden, müssen lernen, den ihnen verbliebenen Spielraum optimal zu nützen und sich in ihrer Lebensgestaltung ihren aktuellen Limitierungen anzupassen. Als Grundlage eines effektiven Umgangs mit der Krankheit wird eine klare Strukturierung eines geregelten Tagesablaufs angeraten. Dieser behutsame Umgang mit sich selbst führt demnach zu einer besonders deutlichen Wahrnehmung des eigenen Körpers, seines individuellen Rhythmus und seiner individuellen Bedürfnisse, Gestimmtheiten und Grenzen. Am wichtigsten ist dabei vielleicht, dass die Belastungsgrenzen von den Betroffenen stets selbst bestimmt werden müssen. So erlaubt diese Form des Krankheitsmanagements, wenn auch auf extreme Art und Weise, neue Möglichkeiten der Abgrenzung und Selbstbestimmung zu erlernen, was für vorzugsweise extern orientierte und ängstliche Persönlichkeiten einen Schritt zur Heilung in einem ganzheitlichen Sinne bedeuten kann. Und so ermöglicht CFS vielleicht auch, sozialisatorisch „verbotene“ Aspekte wie moderate Leistungsbereitschaft und Beschaulichkeit zu leben und sich den ängstigenden und überfordernden sozialen Bedingungen zu entziehen – allerdings nur über den soziokulturell legitimen Weg einer massiven körperlichen Erkrankung.

Eine präferiert somatische Betrachtungsweise des CFS verhindert, dass die Betroffenen ihre Krankheit in einer tieferen Weise verstehen können, so dass sie ihre eigentliche Heilung stets nur als einen Zustand mangelnden Wiederhergestellt-Seins wahrnehmen können. Diese Betrachtungsweise verschließt sich aber auch der kollektiv relevanten transformatorischen Qualität dieses Krankheitsbildes, sie sieht nur den Aspekt der individuellen Störung, die beseitigt werden muss. Aufgrund der psychosomatischen und soziokulturellen Vieldimensionalität dieses Beschwerdebildes kann ein eindimensional somatisch ausgerichtetes

medizinisches Therapiekonzept denn auch nur behandeln, aber nicht heilen. Dabei könnte, laut Elaine Showalter, gerade CFS zu einer paradigmatischen Erkrankung werden, „die unser Denken aus der Falle biomedizinischer Konvention befreit und uns zu einem tieferen Verständnis von Krankheit und Leid verhilft“ (Showalter 1997, 163).

4 CFS im Fernsehen oder „Die Inszenierung des Bizarren“

Anschließend an diese Überlegungen stellt sich nun die Frage, in welcher Form sich die öffentliche Gesundheitsinformation der Darstellung eines solchen „modernen Leidens“ annimmt. Öffentliche Gesundheitsinformation hat ja den Anspruch, das Wissen der Bevölkerung über ein Gesundheitsproblem zu vergrößern, falsche Vorstellungen zu berichtigen und zu gesundheitsförderlichen Verhaltensänderungen zu motivieren (Lupton 1996). Und so ist es für die Qualität der vermittelten Informationen von ganz unterschiedlicher Bedeutung, ob sie sich ebenfalls einer primär somatischen Darstellungsweise befleißigt und so das soziokulturelle Angebot der Somatisierung verstärkt und das vorherrschende schulmedizinische Interpretationsmodell von Krankheit bestätigt oder ob sie auch auf psychosomatische und psychosoziale Betrachtungsweisen Bezug nimmt und so die Wahrnehmung von umfassenderen Wirkzusammenhängen fördert.

4.1 *Die mediale Inszenierung von Gesundheitsinformation*

Gesundheitsinformation im Fernsehen unterliegt den Bedingungen der medialen Inszeniertheit. Dies bedeutet, dass Information in unterhaltsamer Weise aufbereitet werden muss, sei es spannend, sei es berührend, um das Publikum an die Sendungen zu binden (Hickethier/Bleicher 1998). Dafür eignet sich die Darstellung von Krankheit, Leid und Schmerz oder der neuesten operativen Techniken besonders gut und ganz speziell die Darstellung moderner Leiden wie Anorexie, Bulimie, Sisi-Syndrom, Multiple Persönlichkeitsstörung oder eben CFS, die spektakuläre Symptomaten anbieten, kaum eindeutig diagnostizierbar sind und häufig sozial stigmatisiert werden. Gerade darin liegt, wie ich zeigen werde, aber auch die Gefahr, lediglich bei „Inszenierung des Bizarren“ (Lalouschek 1999) stehenzubleiben.

Zur Information über Krankheiten und Gesundheit bietet das Fernsehen eine steigende Anzahl von Sendungen und Programmen an, seien es medizinische Ratgeber- und Informationssendungen, Dokumentationen, vermischte Magazine oder auch Talkshows. In der folgenden Darstellung werde ich exemplarisch auf die medizinische Informationssendung „*Gesundheit!*“ des ZDF eingehen.

4.2 Die Sendung „*Gesundheit!*“

Die Sendung „*Gesundheit!*“ ist eine regelmäßige medizinische Informationssendung des ZDF, die von dem praktizierenden Allgemeinarzt Dr. Gerhardt moderiert wird. Sie wird viermal wöchentlich am frühen Nachmittag ausgestrahlt und umfasst praktisch die gesamte Bandbreite an möglichen Krankheits- und Gesundheitsbereichen. Sie ist als so genannter „Gesundheits-Talk“ konzipiert, d.h., dass nicht nur ExpertInnen, sondern auch Betroffene eingeladen sind, die zu ihren Beschwerden befragt werden.

Die Sendung mit dem Titel „*Chronisches Erschöpfungssyndrom*“ wurde am 3.7.1997 ausgestrahlt. Neben einem medizinischen Experten sind drei Betroffene geladen, die weniger als Einzelpersonen, sondern als RepräsentantInnen für jeweils unterschiedliche, charakteristische Ausprägungen der jeweiligen Erkrankung ausgewählt wurden. Andreas Bäuerle (AB) hat CFS im typischen Akutstadium mit dem charakteristischen Auslöser eines grippalen Infektes. Mittlerweile schläft er 22 Stunden pro Tag. Er stellt sich als ehemals leistungsstarke, betont sportliche, immer gesunde Person vor, die völlig von der Erkrankung überrascht wurde. Rolf Fischer (RF) repräsentiert das typische endgültig chronifizierte Stadium des CFS, bei ihm konnte die Krankheit „*fast geheilt werden*“. In ähnlicher Weise wurde auch er in einer Phase der sportlichen Hochleistungen durch einen grippalen Infekt aus der Bahn geworfen. Elke Uhlich (EU) vertritt als Gründerin einer Selbsthilfegruppe die engagierte und aufgeklärte CFS-Kranke; auch sie ist seit 10 Jahren reduziert leistungsfähig und bezieht ihre Kraft vor allem aus der Arbeit mit anderen Betroffenen.

In der folgenden Analyse werde ich entsprechend meinen bisherigen Überlegungen auf Einleitung und Abschluss eingehen, um die Positionierung des Themas für die ZuschauerInnen beurteilen zu können, auf die Einführung anderer als somatischer Krankheitsaspekte und auf das eigentliche Hauptthema der Sendung, die Problematik der Diagnosefindung.

4.2.1 Die Einleitung

Das Thema „Chronisches Erschöpfungssyndrom“ wird vom Moderator folgendermaßen präsentiert:

- 017 GE: - ja es is einfach so' - wir kennen
 018 GE: das ja ALLe dass wir MÜDe sind' oder dass wir erSCHÖPFT sind'
 019 GE: stellen Sie sich vor' Sie ham einen - ereignisreichen TAG hinter
 020 GE: sich' Sie mußten viel ARbeiten' kommen abends nach Hause' und
 021 GE: sind MÜDe. sind erSCHÖPFT. - jetzt legen Sie sich ins BETT'
 022 GE: machen genau das Richtige' schlafen sich aus' und morgen sind Sie
 023 GE: fit. - jetzt KANN es aber durchaus passiern' - dass Sie morgens
 024 GE: NICHT fit sind. dass Sie geNAU so erschöpft sind. dass Sie noch
 025 GE: KNOCHenschmerzen dazu haben. dass Sie - einfach - schlecht DRAUF
 026 GE: sind. dass VIELE VIELe Beschwerden - noch hinzukommen' und
 027 GE: das über TAGe, über WOCHen, über MONate' - und dann kann es
 028 GE: durchaus sein - das Sie - das chronische Erschöpfungssyndrom
 029 GE: haben' - es wird geschätzt dass vier Millionen Deutsche - darunter
 030 GE: - leiden. eine Krankheit mit immer noch vielen Fragezeichen' --

Der Moderator führt das Thema ein, indem er zuerst die allen ZuschauerInnen bekannt „gesunde“ Form der Erschöpfung durch größere Anstrengungen beschreibt, die durch das „richtige Verhalten“, also Ausschlafen, wieder verschwindet (017-023). Dann führt er kontrastiv dazu die krankhafte Form der Erschöpfung ein. Dabei beschreibt er alle diagnostisch relevanten Symptome: persistierende Erschöpfung trotz ausreichenden Schlafes, Knochenschmerzen, multiple begleitende Beschwerden, und dies über Monate hinweg. Bedeutsam für unsere Fragestellung ist die Schlussfolgerung: „dann kann es durchaus sein, dass Sie das chronische Erschöpfungssyndrom haben (027/028)“. Die Formulierung der Möglichkeit ist inhaltlich korrekt, da es sich ja um eine Ausschlussdiagnose mit strengen Kriterien handelt. Zugleich ist sie aber – wie schon die gesamte Einleitung – an die ZuschauerInnen direkt gerichtet und enthält das Angebot, diese Symptome vor allem an sich selbst zu überprüfen und gegebenenfalls die Diagnose CFS in Erwägung zu ziehen. Indem der ärztliche Moderator CFS als „Krankheit (030)“ bezeichnet, verleiht er dem Beschwerdebild einen medizinisch ernst zu nehmenden Status.

Das rhetorische Verfahren, sich direkt an die ZuschauerInnen und ihre unmittelbaren Alltagserfahrungen zu richten, ist zu Beginn der Sendung gut geeignet, um die Aufmerksamkeit zu binden, es führt aber auch dazu, dass schon von Beginn an diese Aufmerksamkeit auf die Selbstdiagnose gelenkt und die Nachahmung angesprochen wird. Verstärkt wird die Aufforderung durch die Nennung von „vier Millionen (029)“ Betroffenen. Dies entspricht der nicht unbeträchtlichen Anzahl von 5% der Bevölkerung, was entsprechend den offiziellen Schätzungen (s. Kap. 2) eindeutig zu hoch liegt. Schon an dieser frühen Stelle der Sendung zeigt sich die Tendenz zur Dramatisierung der Fakten, die m.E. durch die Notwendigkeit der Inszenierung von „wichtiger und spannender Information“ begründet ist.

4.2.2 Mangelnde soziale Akzeptanz und die Suche nach der Diagnose

Das Problem der Diagnosefindung stellt sich als das eigentliche Thema der Sendung dar. Sie erklärt sich aus der mangelnden Akzeptanz des Umfelds und auch der ÄrztInnen, wenn „richtige“ Bezeichnungen fehlen. Die alltäglich verwendeten Begriffe Müdigkeit und Erschöpfung verleiten dazu, die Beschwerden nicht ernst zu nehmen und die Betroffenen als lediglich überempfindlich abzustempeln.

060	GE: dir eigentlich. RF: ich konnte nur die SympTOME beschreiben' ich
061	RF: konnte nur sagen ich bin ständig erschöpft' kann mich nich
062	RF: konzentrieren' habe Sehstörungen' alle KNOCHEN tun weh' - aber
063	GE: werden Sie da ERNST RF: was es wirklich IST' kann ich NICH sagen.
064	GE: genommen? oder ham Sie dann auch das Gefühl dass die Sie so
065	GE: bißchen mitleidich dann belÄCHeln. RF: äh zunächst wird man öh NICHT
066	RF: ernst genommen' um so WENiger je länger das dauert' und man kann
067	GE: mhm. RF: keine ERKLÄRUNG dafür liefern.

Der fehlende Name und die fehlende medizinische Diagnose machen es geradezu unmöglich, der Umwelt den Aspekt des schweren Krankheitsgefühls zu vermitteln. Es hat den Anschein, als ginge es darum, das schon erwähnte „soziokulturelle Angebot der Somatisierung von Leid“ einzufordern. Besonders Frau Uhlich ist daran gelegen, den Zuschaue-

rInnen die besondere Schwere des Beschwerdenzustands deutlich zu machen. So schildert sie ihre Symptome in kräftigen Bildern:

- 117 EU: im NoVEMBER sinds zehn Jahre. ZEHN Jahre ein
 118 EU: - LEBen mit einem reduzierten Leistungsvermögen - davon n
 119 GE: ja
 EU: dreiviertel Jahr - hab ich gelegen - war auch kaum ansprechbar hab
 120 EU: - wenn ich was geschrieben hab die Buchstaben vertauscht - kaum in
 121 EU: der Lage ne Tasse Kaffee z/ hoch zu heben - und - DA nicht zu
 122 EU: wissen WAS man hat das is schon - is schon sehr schlimm.

Alle Betroffenen können auf eine oft jahrelang vergebliche Suche nach der Diagnose verweisen. Die verzweifeltste Situation ist die, irgendwann ohne Aussicht auf eine noch mögliche Diagnose dazustehen und aus dem ordnenden und normalisierenden medizinischen System – und damit aus dem sozialen System – ausgeklammert zu werden:

- 148 EU: und zum Schluß stand ich da' und - ich hatte
 149 EU: im Grunde genommen NICHTS' - außer dann immer so wieder diese
 150 EU: Zweifel auch an mir SELBST' - und auch von ÄRZTEN geäußert ob da
 151 EU: vielleicht was - Psychisches HINterstecken konnte.

Ohne somatische medizinische Diagnose hat man trotz massiver körperlicher Beschwerden „im Grunde genommen nichts (149)“, und dann wird man dem anscheinend schlimmsten möglichen Verdacht ausgesetzt, dass da „vielleicht was Psychisches (151)“ dahinter stecken könnte. Die Formulierung „ich hatte im Grunde genommen nichts“ ist genauer betrachtet sehr erhellend: Sie bedeutet zuerst ja nur „nichts Organisches“ oder „nichts als körperliche Krankheit Erkennbares“; im Rahmen eines medizinischen und sozialen Systems, das primär klar definierte organische Erkrankungen bevorzugt, ist „nichts Organisches“ tatsächlich „nichts“, da es nicht erfassbar, nicht benennbar und nicht behandelbar ist. Diese Darstellung unterstützt auch die zu Beginn des Kapitels formulierte Annahme, dass es sozial erstrebenswerter sei, eine schwere chronische Krankheit wie Multiple Sklerose zu haben als eine psychische Störung zugeschrieben zu bekommen. Überspitzt formuliert könnte man sagen, aus dem Leiden an chronischer Erschöpfung wird das „Leiden an einer fehlenden Diagnose“, das geheilt werden muss.

Die endgültige Diagnose CFS erfolgt dann oft zufällig, sei es durch einen neuen Arzt wie bei Herrn Bäuerle, sei es durch ein Buch, das einem in die Hände fällt, wie bei Frau Uhlich. Diese Variante ist im Hinblick auf meine Ausführungen zur soziokulturellen Symptomwahl und zur Rolle der Medien besonders aufschlussreich:

- 152 GE: Sie waren aber selbst so aktiv' dass Sie - sich mit LiteraTUR
 153 GE: beschäftigt haben und ham - selbst irgendwann Ihrer Hausärztin Sie
 154 GE: sagtens schon - gesagt haben meinen Sie nicht DAS könnt ich haben?
 155 EU: ich habe - öh öh - also mein MANN sagte damals immer gib RUHe es
 156 EU: is nichts zu FINDen. und ich selber hab immer das Gefühl gehabt -
 157 EU: es kann nich SEIN' ich kann nich als Exot auf dieser WELT sein
 158 EU: alleine mit mit mit so einer SymptoMATik und so einem
 159 EU: KRANKheitsbild. - und DADurch is das wahrscheinlich auch gekommen
 160 GE: hm mhm'
 EU: dass ich immer WEITergekuckt habe und manchmal spielen auch
 161 EU: Zufälle - eine - gr/ große Rolle dass man einfach in der Zeitung
 162 EU: kleinen Artikel liest - wo man denkt' oder - ich steh auch an' öh
 163 EU: geh auch davon aus dass nach dieser Sendung - sich viele auch in
 164 GE: hm'
 EU: dem was wir erzähln WIEderfinden.

Frau Uhlich hat eine Vielzahl körperlicher Symptome mit dem Hauptsymptom der extremen Erschöpfung und sucht solange in Zeitschriften und in medizinischen und populärwissenschaftlichen Büchern, bis sie die „passende Krankheit“ dazu findet. Da dies ein Prozess ist, der über Jahre hinweg dauert, lassen sich intensive Wechselwirkungen zwischen Ursprungssymptomen und Symptomangeboten, die bei der Suche gefunden werden, annehmen, die nach einiger Zeit vermutlich auch nicht mehr voneinander unterscheidbar sind. Frau Uhlich informiert dann auch ihre Hausärztin, die nun ihrerseits PatientInnen mit ähnlichen Symptomen zukünftig auf diese mögliche Erkrankung hinweisen kann. Ganz besonders deutlich wird die Aufforderung, das Symptomangebot „extreme Erschöpfung“ zur Kenntnis zu nehmen, in ihrer Hoffnung, die Sendung möge bewirken, dass sich „viele auch in dem was wir erzähl'n wiederfinden (163/164)“. Es geht also sowohl um die prinzipielle Information über diese neue Krankheit, es geht aber auch darum, dass sich Personen mit bisher unklaren oder undiagnostizierbaren Symptomen als möglicherweise CFS-krank selbst erkennen. Die vielleicht gut gemeinte Absicht, Betroffenen die Mühsal der Suche nach einer Diagnose zu ersparen, kann

ins Gegenteil umschlagen, nämlich Personen dazu zu animieren, die dargestellten Symptome als legitime Symptome des aktuellen „*symptom pools*“ wahrzunehmen und eventuell bei sich zu beobachten – also gegebenenfalls und freilich unbewusst diese Symptomwahl zu treffen.

Diese Tendenz, vor allem die Relevanz der Symptome und das Leiden an der fehlenden Diagnose zur Schau zu stellen, um den ZuschauerInnen die Problematik der Erkrankung zu verdeutlichen und als „wirklich ernst“ zu markieren, kommt der medialen Inszenierung von unterhaltender und spannender Information entgegen. Dies fördert allerdings auch eine sicherlich ungewollte und zutiefst paradoxe Wirkung dieser Sendung, dass nämlich das Leiden an der Krankheit nicht wirklich erkennbar wird. Für ZuschauerInnen hinterlässt vor allem Frau Uhlich durch Art und Inhalt ihrer Darstellungsweisen geradezu den Eindruck einer besonders aktiven, kämpfenden und nicht aufgebenden Person, also genau das Gegenteil von dem, was sie eigentlich vermitteln möchte. So kann dieser öffentliche Auftritt in einer Fernsehsendung vermutlich auch unter dem Aspekt einer Re-Inszenierung ihrer jahrelangen Problematik betrachtet werden: Schon wieder gelingt es ihr nicht, ihr Leid wirklich verständlich zu machen.

4.2.3 *Der psychosomatische Aspekt*

Eine dramatische körperliche Inszenierung kann auch dazu dienen, von möglichen zugrunde liegenden persönlichen Spannungen, Ängsten und konfligierenden Lebenssituationen abzulenken, eine Funktion, die aus psychosomatischer Sicht ja der gesamten körperlichen Ausdrucksform des CFS zugrunde liegt. Dieses Thema und der medizinische Experte werden vom Moderator nach der Abarbeitung der bekannten möglichen Ursachen wie Viren, Umweltfaktoren und Ernährung eingeführt. Wilfried Nix (WN) ist Oberarzt an einer neurologischen Klinik und plädiert – wie auch aus seinen Veröffentlichungen bekannt (z.B. Nix 1996) – für eine individuelle, psychosomatisch ausgerichtete Abklärung des Krankheitsbildes. Sehr deutlich beschreibt er den relevanten Hintergrund für die Ausbildung eines CFS, nämlich die Wechselwirkungen zwischen belastenden lebensweltlichen Zusammenhängen (Stress in Beruf oder Beziehung), allgemeinen gesundheitlichen Problemen und dem Persönlichkeitsfaktor (psychische Instabilität und Konfliktunfähigkeit). Damit formuliert er auch die eigentliche medizinische Aufgabe, „den individuellen Patienten zu untersuchen und nicht das Krankheitsbild“. Das Interessante ist,

dass gerade diese psychosomatische Sichtweise, die üblicherweise der Medizin als Defizit angelastet wird, von den Betroffenen massiv abgelehrt wird.

- 282 GE: was denken SIE da drüber. psychische BeLASTUNG.
AB: also da hab ich
- 283 GE: ja
AB: eigentlich ne GANZ klare MEINung drüber' ich war bis zum
- 284 AB: Ausbruch meiner Krankheit eigentlich d/ in Anführungszeichen der
- 285 AB: glücklichschte Mensch der WELT' und bin auch JETZT noch - SEHR
- 286 GE: mhm
AB: - äh psychisch staBIL' und - denke dass bei MIR perSÖNlich in
- 287 AB: meinem individuelle Fall' KEINerlei Rolle spielt. als AUSlöser

Herr Bäuerle weist diesen Aspekt, was ihn selbst betrifft, klar und ohne jede Relativierung von sich. Eine zwischenzeitliche Behandlung mit Antidepressiva bezeichnet er als „Strohalm“, an dem man als Patient ja ziehe, aber der keinerlei Wirkung gezeigt hätte. Er rechtfertigt diese psychische Reaktion zudem als rein neurologisch-hormonell motiviert, als mögliche Reaktion auf die chronische Erkrankung. Frau Uhlich reagiert mit einer massiven Abwertung:

- 298 GE: Frau Uhlich haben Sie damit auch Erfahrung gemacht?
- 299 GE: GAR nich.
EU: nein das is mir erSPART geblieben

Diese Transkriptausschnitte bestätigen die eingangs in der zitierten Literatur genannte Tatsache, dass gerade CFS-Betroffene das Somatische ihrer Beschwerden massiv verteidigen. Für die ZuschauerInnen haben die Reaktionen der Betroffenen als persönliche Erfahrungsberichte sicherlich mehr Relevanz als die fachsprachlich gehaltene Darstellung des Experten, die außerdem von keiner/m der drei Betroffenen bestätigt wird. So kommt dieses Thema auch nicht weiter zur Sprache, auch nicht in dem meiner Meinung nach bemerkenswerten Abschluss dieser Sendung. Im Studiohintergrund wird eine Tafel eingeblendet, die eine cartoonartige Figur in unterschiedlichen „Beschwerdezuständen“ zeigt; diese Tafel wird vom Moderator folgendermaßen kommentiert:

- 379 GE: gut. ja liebe Zuschauer wir haben noch mal die WICHTigsten:
- 380 GE: Symptome die Beschwerden zusammengefaßt' und wenn Sie da sehr

- 381 GE: VIEL davon HABen zum Beispiel KonzentraTIONS- und GeDÄchtnis=
 382 GE: störungen - KOPFschmerzen - KEINE Erholung durch SCHLAF'
 383 GE: HALSschmerzen - empfindliche LYMPHknoten im Hals- und ACHSEL=
 384 GE: bereich - anhaltende ZUstandsverschlechterungen nach
 385 GE: ANstrengungen - MUSKelschmerzen - und - GeLENKschmerzen also
 386 GE: wenn da ne Menge VORKommt - und das über einen - langen ZEIT=
 387 GE: raum DANN könnt es durchaus sein dass Sie dieses chronische
 388 GE: Erschöpfungs- - syndrom HABen' und dann sollten Sie - zum zu hm/
 389 GE: Ihrem ARZT gehen. ich darf mich bei Ihnen ganz herzlich bedanken'

Zum Abschluss wird also die Botschaft der Einleitung nochmals aufgegriffen, nämlich dass diese Gesundheitsinformationssendung den ZuschauerInnen vor allem auch dazu dienen soll, mögliche Symptome eines CFS an sich selbst zu überprüfen und gegebenenfalls diese Diagnose in Erwägung zu ziehen und sich sogleich in ärztliche Behandlung zu begeben. Dazu werden die Symptome bildlich dargestellt und vom Moderator – quasi als „Einladung zur Hypochondrisierung“ – nochmals aufgezählt. Dass es sich ausschließlich um körperliche Symptome handelt, muss nicht weiter hervorgehoben werden.

5 Fazit

Das Chronische Erschöpfungssyndrom als Prototyp eines „modernen Leidens“ stellt sich mit seiner spektakulären Symptomatik auch als körperliche Ausdrucksform eines persönlichen Leidens an den aktuellen gesellschaftlichen Bedingungen dar. Die Notwendigkeit, diesen Beschwerden Bedeutung als relevante körperliche Erkrankung zu verleihen, wird bedingt durch die bestehende kulturelle Tendenz, Beschwerden, die medizinisch nicht eindeutiger diagnostiziert und benannt werden können, nicht als Leid ernst zu nehmen. Diese Notwendigkeit bewirkt in der öffentlichen Darstellung eine gewisse Übersteigerung, die Massivität der Symptome und die persönliche und lebensweltliche Relevanz werden in dramatischen Bildern hervorgehoben. Dies wiederum kommt der medialen Inszenierung und ihrer Ausrichtung auf unterhaltsame, spannende oder anderweitig emotionalisierte Information entgegen. Als Gesundheitsinformation für ZuschauerInnen ist eine solche Darstellung wenig geeignet, eine angemessene Vorstellung dieses Beschwerdebildes zu entwickeln. Viel eher besteht die Gefahr, bei schon verunsicherten,

ängstlichen oder verstärkt zur Somatisierung neigenden Personen eine übersteigerte Aufmerksamkeit auf einzelne körperliche Symptome zu produzieren und zur hypochondrischen Nachahmung anzuregen. Die Sendung bleibt in dieser „Inszenierung der bizarren Symptomatik“ stehen, ohne wesentlich darüber hinauszugehen. So wird die Chance vertan, am Beispiel eines „neuen Leidens“ die spezielle Qualität dieses Neuen zu beleuchten und zu einem erweiterten und reflektierten Verständnis von psychosomatischen und aktuellen soziokulturellen Krankheitszusammenhängen anzuregen und körperliche Symptome auch als mögliche Ausdrucksformen für persönliches Leid und soziale Spannungen wahrzunehmen.

6 Literatur

- Berg, Peter A. (Hg.) (1999): Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom. Eine Standortbestimmung. Berlin.
- Bordo, Susan (1993): Unbearable Weight. Feminism, Western Culture and the Body. Berkeley.
- Bräutigam, Walter/Christian, Paul/von Rad, Michael (1997): Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. Stuttgart.
- Fritzsche, K. Peter (1998): Die Stress-Gesellschaft. München.
- Giddens, Anthony (1991): Modernity and Self-Identity. Self and Society in Late Modern Age. London.
- Hickethier, Knut/Bleicher, Joan K. (1998): Die Inszenierung der Information im Fernsehen. In: Willems, Herbert/Jurga, Marin (Hgg.) Inszenierungsgesellschaft. Opladen. 369-384.
- Hilgers, Micha (1999): Das Ungeheure in der Kultur. Psychoanalytische Aufschlüsse zum Alltagsleben. Göttingen.
- Holmes G.P. et al. (1988): Chronic fatigue syndrome: a working case definition. In: Annals of Internal Medicine 108, 387-389.
- Hydén, Lars-Christer/Sachs, Lisbeth (1998): Suffering, hope and diagnosis: On the negotiation of CFS. In: Health vol 2(2), 175-193.
- Kleinman, Arthur (1988): The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition. New York.
- Kütemeyer, Mechthild (1999): Das chronische Müdigkeitssyndrom: eine Form der somatisierten Angstneurose. In: Berg (Hg.). 84-95.
- Lalouschek, Johanna (1995): Ärztliche Gesprächsausbildung. Opladen.
- Lalouschek, Johanna (1999): „Meine Mutter trinkt“ – Zur Inszenierung von Normalität und Abweichung in TV-Talkshows. In: Hofbauer, Johanna/Doleschal, Ursula/Damjanova, Ludmila (Hgg.): Sosein – und anders. Geschlecht, Sprache und Identität. Frankfurt a.M. 55-76.

- Lupton*, Deborah (1996): The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body. London.
- Masson*, Martin (1998): Gute Arbeit braucht ihre Zeit. Die Entdeckung der kreativen Langsamkeit. München.
- McDougall*, Joyce (1998): Theater des Körpers. Ein psychoanalytischer Ansatz für die psychosomatische Erkrankung. Stuttgart.
- Möhring*, Peter (1993): Anpassung als Krankheit. In: Ethnopsychanalyse 1, Körper, Krankheit und Kultur. Frankfurt. 39-74.
- Nix*, Wilfried (1996): Immer müde – bin ich krank? München.
- Schlote*, Axel (2000): Zeit genug. Wege zum persönlichen Zeitwohlstand. Weinheim.
- Shorter*, Edward (1992): From Paralysis to Fatigue. A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era. New York.
- Shorter*, Edward (1994): Von der Seele in den Körper. Die kulturellen Ursprünge psychosomatischer Krankheiten. Hamburg.
- Shonwiler*, Elaine (1997): Hystorien. Hysterische Epidemien im Zeitalter der Medien. Berlin.
- Sobetzko*, Hans-Michael (1998): Informationen zum Chronic-Fatigue-Syndrom. (Projekt CFS, Universitätsklinik Eppendorf).
http://ourworld.compuserve.com/homepages/M_Sobetzko, download 11/1998.
- Vienne*, Véronique (2000): Die Kunst, nichts zu tun. München.
- Virilio*, Paul (1992): Rasender Stillstand. München.
- Voll*, Barbara (1998): Das Sisi-Syndrom. Wenn die Seele die Balance verliert. München.
- Wilber*, Ken (1996): Mut und Gnade. Goldmann.
- Zenker*, Werner (1996): Das chronische Erschöpfungssyndrom. Wege zur Hilfe und Selbsthilfe bei CFS. Düsseldorf.

Wie mächtig sind Metaphern? Von metaphorischen Wechselwirkungen oder der Kunst des Stöhnens

*„Wenn meinen Worten die Silben ausfallen vor Müdigkeit
und ...
beginnt da und dort ein Wort sich zu putzen und leise zu summen
und ein halber Gedanke kämmt sich und sucht einen andern
der vielleicht eben noch an etwas gewürgt hat
was er nicht schlucken konnte
doch jetzt sich umsieht
und den halben Gedanken an der Hand nimmt und sagt zu ihm:
Komm...“
(Erich Fried)*

- 1 *Einleitung*
 - 1.1 Material
 - 1.2 Methode
- 2 *Grundlagen körpertherapeutischen Arbeitens*
 - 2.1 Sinnliche Beziehungsmodi: Metaphern und Stöhnen
 - 2.2 Körperetymologie: Sprechen und Körper
 - 2.3 Ordnungsprinzip: Boden und Schwerkraft
- 3 *Fallbeispiele*
 - 3.1 Breit aus die Flügel beide
 - 3.2 Die Lähmung fest im Griff
 - 3.3 Alleinstehend
 - 3.4 Ich habe Trauer – die Trauer hat mich
 - 3.5 Die Naja-Frau und die Kunst des Stöhnens
- 4 *Schlussbetrachtungen*
 - 4.1 Dialektisches Empfindungsmodell
 - 4.2 Ausblick: Sprachwissenschaft und Körpertherapie

1 Einleitung

Dieser Beitrag beschreibt einen körperorientierten Therapieansatz und stellt dar, welche Rolle der Körper und körperliches Erleben in Bezug auf Sprechen/Sprache, insb. Metaphern/Stöhnen spielt und wie dieses leibfundierte Vorgehen die Metapherndiskussion zusätzlich bereichert und einen anderen Zugang ermöglicht. Metaphern als verbale und Stöhnen als non- und präverbale Äußerungen stehen dabei wie äußere bzw. innere Sprechblasen im Fokus. Sie können als Präfigurationen des leiblichen (intrakorporalen) bzw. des sprachlichen (extrakorporalen) Korrelats gelten und sich gegenseitig vertreten.

1.1 *Material*

Material und Gegenstand dieser Arbeit ist der zwar leidende, aber trotzdem erlebnisfähige und erlebbare Körper und alles, was der Patient an Einfällen, Gedanken, Fantasien und Erlebnissen von sich und über seine Umwelten äußert: sein Sprach – Körper. Dieser ergibt sich über einen besonderen Zugang und stellt einen Sonderfall innerhalb der sprachwissenschaftlichen Forschung dar (vgl. Kap. 2, das den Sonderweg beschreibt).

Diesem Beitrag zugrunde gelegt werden fünf Fallsequenzen von Gesprächsprotokollen aus therapeutischen Sitzungen und Beratungen (Einzel- und Gruppenarbeit in freier Praxis). Die Symptomatiken sind u.a.: Gelenkversteifungen, Migräne, Müdigkeit, Bluthochdruck, Panik und Angst, Unruhezustände, Depressionen und Stress, Asthma und Atembeschwerden. Die Themen sind unterschiedlich: Verluste (Tod, Scheidung, Amputationen), Arbeit, Konflikte (mit Kindern, Partner, Arbeit, Krankheit).

1.2 *Methode*

Traditionell sind für die Sprache zwar die Sprachwissenschaftler, für den Körper aber die Mediziner zuständig. Sie haben sich inzwischen längst verbunden, um über gemeinsame Forschungen der Not des kranken Menschen näher zu kommen. Von den vielen Forschern, die sich zu diesem Thema geäußert haben, berufe ich mich für meine körpertherapeutische Arbeit u.a. auf die „Funktionelle Entspannung“, die sog. F.E.,

deren Entdeckerin M. Fuchs ist. Ihr Buch „Funktionelle Entspannung“¹ sowie „Subjektive Anatomie“, von ihr mitherausgegeben², enthalten die methodischen Grundlagen dieses Beitrags. Die Forschungen im frühkindlichen Primärbereich, der sog. Baby- und pränatalen Forschung, sowie andere Zusammenhänge mit der Psychosomatik des Zwerchfells kann ich hier nur miterwähnen. Sie sind grundlegend für die körpertherapeutische Arbeit. Viele Entdeckungen finden sich auch in Alexander Lowens Werk. Er stellt Überlegungen an über die Beziehungen der körperlichen Prozesse zum geistigen Geschehen und weist u.a. auf den ungarischen Psychoanalytiker Sandor Radó hin, der die Theorie aufgestellt hat, dass die Sprache in „propriozeptiven Empfindungen“ wurzelt.³

Meine Klienten haben meistens über Hörensagen und Zeitschriften von der Möglichkeit einer Körpertherapie erfahren, verbinden damit zunächst Physiotherapie und leistungsorientiertes Üben und wollen vor allem wissen, was das ist und wie das geht.

Der Körpertherapeut als Experte für Körperwahrnehmung befragt sein krankes Gegenüber auf dessen Eigenwahrnehmung hin. Er trifft jedoch zunächst auf dessen Vorwissen, was meistens auf Eigen- und Fremdbeobachtung gründet. Das ist etwas anderes als Propriozeption.⁴ Den meisten Patienten ist Körpererleben und -spüren fremd, ihre propriozeptive Eigenwahrnehmung sowie ihre Verbalisierungskompetenz sind zudem eingeschränkt.

Die methodische Einführung des Körperspürens und dessen Versprachlichung in die therapeutische Arbeit muss sehr behutsam gestaltet werden, um die Mitarbeit des Patienten zu gewinnen: Es geht ja um den intimen und u.U. schockierenden Bereich seiner vergessenen und verlorenen Körper- und u.U. nie entwickelten Sprachwelt, zweier hoch verletzlicher Anteile und Referenzsysteme. Das Selbst-finden-Lassen und das Selbst-entdecken-Lassen sind gebotenes pädagogisches Prinzip (learning by doing) bei dieser Entwicklungsarbeit, denn das Vertrauen des Patienten in die eigene Entwicklungsfähigkeit wächst mit seinen pragmatisch erworbenen leiblichen Erfahrungen als tragfähigem Fundament

¹ Fuchs, Marianne (1997): Funktionelle Entspannung. 6. Aufl. Stuttgart.

² von Uexküll, Thure/Fuchs, Marianne/Müller-Braunschweig, Hans/Johnen, Rolf (Hgg.) (1994): Subjektive Anatomie. Stuttgart.

³ Lowen, Alexander (1979): Bioenergetik. Hamburg. 66ff.

⁴ Schüffel, Wolfram/Brucks, Ursula/Johnen, Rolf/Köllner, Volker/Lamprecht, Friedhelm/Schnyder, Ulrich (1998): Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden.

beim Sprechen. Meine Aufgabe besteht darin, ihm sozusagen dolmetschend die Wechselwirkungsprozesse zwischen seinem Sprechen und seinem Empfinden zu erläutern und zu übersetzen.

Ein ganz besonderer Aspekt ist dabei die Wahrnehmung und Beschreibung der Beziehung zur Unterlage. Diese kann sein der Boden, ein Stuhl, eine Liege, was die äußere Welt und unmittelbare Umwelt des Körpers betrifft. Unterlage kann aber auch die innere Körperwelt sein: der Mundboden (für die Zunge oder Zähne z.B.), das Zwerchfell oder der Beckenboden. Am Material „Unterlage“ wie am Material „Körper“ kann modellhaft Wahrnehmung ubiquitär erfahren und erlernt werden.

2 Grundlagen körpertherapeutischer Arbeit

2.1 Sinnliche Beziehungsmodi: Metaphern und Stöhnen

Die körpertherapeutisch gewonnenen Äußerungen entstehen einmal über den Dialog des Patienten mit seinem Körper, zu dem ermuntert wird, und werden dann durch den verbalen Austausch mit dem Therapeuten noch einmal anders gerahmt. Dessen Funktion ist der eines Übersetzers vergleichbar, der die Zeichen der einen in die Zeichen der anderen Welt zwar hinübersetzt, manchmal wird er dabei zwischen den Zeilen lesen und aus den Worten heraushören müssen, aber gemäß philologischen und körpertherapeutischen Bedingungen hat er bei Bedeutungszuschreibungen wieder den authentischen Sprecher, das leibliche Original, zu befragen und zu konsultieren.

Stöhnen, also präverbale, noch nicht durch das Wort gefasste Äußerungen, und Metaphern, wie alle bildlichen Vorstellungen und Fiktionen, laden in ganz besonderer Weise zur Teilnahme und Teilhabe⁵ ein, sie sind ein sprachlicher und leiblicher Beziehungsmodus.⁶ Als bewusst gewählte oder unbewusst herausgerutschte sprachliche Äußerungen geben sie auf vielfältige Art persönliches Erleben wieder. Als Teil der *parole* und als Teil der *langue, un système où tout se tient*⁷, haben sie ihren Platz im persönlichen wie auch allgemeinen Sprachsystem. In Bezug auf Körper-

⁵ Fuchs, Marianne (1997): Funktionelle Entspannung. 6. Aufl. Stuttgart.

⁶ Vgl. Konitzer et al. (i.d.Bd.).

⁷ de Saussure, Ferdinand (1968/1974): Cours de linguistique générale. Kritische Ausgabe. Wiesbaden. (Nachdruck 1989).

eigenwahrnehmung kann ihr Platz auch direkt durch den Körper selbst, als unmittelbarer Kontext, erläutert werden. Metaphern/Stöhnen bewirken im Leiblichen ein Echo bzw. eine Resonanz, welches sich als Empfindung/Sensation manifestiert und dort konkret aufgesucht werden kann. Der Körper wird sozusagen etymologisch genutzt für die Rückführung (Reduktion) der Metaphern/des Stöhnens auf ihren Entstehungskontext und benutzt als informierender und formgebender Kontext. Information ist die Reduktion von Möglichkeiten.

Die Metapher und das Stöhnen unterhalten vielfältige Beziehungen. Anders als bürokratisches Sprechen oder eine Gebrauchsanweisung ermöglichen sie sinnliches Sprechen. Sie rühren vor allem an die Sinne und Vorstellungskraft und ermöglichen über die coenästhetische Wahrnehmung und das Kohärenzgefühl⁸ ein sinnliches Geschehen auch sinnlich (unter Mitarbeit aller fünf Sinne plus des Spürsinns) mitzuteilen und miterleben zu lassen. Bei jedem Sprechen oder Lesen ist der Körper dabei, nur achten wir nicht immer darauf. Gerade weil Metaphern/Stöhnen als uneigentliche, ungenaue Redeweisen gelten, vielleicht logische Fehler, aber immer auch emotionale Volltreffer sein können, bieten sie dem Hörer oder Leser die Möglichkeit zur Ergänzung oder, wenn man will, Korrektur an. Immer aber wird er verlockt, etwas dazu zu sagen, was natürlich auch schweigend zurückgehalten werden kann.

Wie hängt nun Sprechen mit seiner physiologischen Voraussetzung, dem Körper, zusammen, auf den Metaphern und Stöhnen zurückgeführt werden sollen?

2.2 *Körperetymologie: Sprechen und Körper*

Sprechen ist gestaltetes Ausatmen und infolgedessen geht die Sprache während des Sprechvorgangs eine enge Beziehung zum Körper ein. Der hochsensible Mundraum mit dem beweglichen Unterkiefer ist abhängig vom stärksten Muskel des Körpers, dem Kiefermuskel, der wegen der Erdanziehung gegen die Schwerkraft gehalten werden muss: der Mensch liefe sonst mit herunterhängendem Unterkiefer umher. Mund- und Kieferhöhle bilden einen der Resonanzräume für das artikulierende Sprechen. Ein anderer wird durch den Brustraum konstituiert. Beim Sprechen wird der Mensch etwas nach draußen los, zugleich leert sich dabei sein elliptischer Lungen-Luftsack. Analog dem Austausch-, Assimila-

⁸ Winteler, Adi (1955): Ich bin ganz Ohr. Genf.

tions- und Transformationsprozess der physiologischen Funktionskreise Verdauung und Atem kann Sprechen also auch als ein Ausscheidungsvorgang nach oben beschrieben werden.

Merken die Sprecher etwas von dieser vor allem an den Organismus des Rumpfes gebundenen Intimität, nehmen sie sie zur Kenntnis, nutzen sie sie? Sänger und Schauspieler wissen um diese Beziehung, lernen ihr zu vertrauen und sie zu nutzen. Sie erfahren pragmatisch in ihrer Ausbildung, dass „Körper vor Ton“ kommt, und bevor sie den Klang mit dem Text nach draußen entlassen, arbeiten sie an ihrem Stand: i.e. die Beziehung zum Boden und zur Unterlage, ferner sorgen sie für bewegliche Gelenke besonders von Becken, Wirbelsäule, Brustkorb und Kiefer. Auf diese Weise kümmern sie sich um den Resonanzboden des Ein und Aus ihres Atemvolumens und das Instrument ihrer Stimme: den Körper.

Noch einmal anders formulieren Analytiker die Beziehung zwischen Körper und Atem: Sie fassen sie unter dem Begriff der Objektbeziehung zusammen, und in der Tat ist die Begegnung mit der Luft, sobald das Kind den Mutterleib verlassen hat, das erste Zusammenkommen mit etwas bisher Körperfremdem und Unbekanntem. Der Umgang mit dem atmosphärischen Druck, dem lebenserhaltenden Element, muss erst noch erlernt werden. Analytisch gesprochen, gehören also sprachliche Äußerungen zur Welt der Objekte, zur Umwelt, sind jedoch dem Körper, der Binnenwelt, direkt über den Atem nach innen und außen verbunden. Seit der Entdeckung des Unbewussten ist aber die Trennung in Objekt und Subjekt noch komplizierter geworden, umso mehr, weil wir auch wissen, dass der physiologische Funktionskreis Atmung teilhat an beiden Nervensystemen: dem willentlich steuerbaren und dem unwillkürlichen, von unserem Willen nicht beeinflussbaren, dem sog. autonomen Nervensystem bzw. Vegetativum. Somit hat alles Sprechen wie auch Schweigen Anteil am Unbewussten und bringt es über den Körper selbst zum Ausdruck.

Infolgedessen wird es in diesem Beitrag vor allem um die Darstellung dieser inneren Vorgänge, der inneren Empfindungswelt, gehen. Ich werde erzählend beschreiben, welche Körperreaktionen durch den Gebrauch von Metaphern bzw. bildlichen Vorstellungen evoziert werden und wie diese Irritationen des Körpers, sog. Körpersensationen, wiederum eine andere und neue Metaphern- und Sprachproduktion von selbst veranlassen. Diese Vorgänge beruhen auf dem mächtigen, weil unwillkürlich reagierendem Prinzip der Körper-Selbstregulierung.

Es geht also um den intimen und sehr persönlichen Bereich der non-verbalen, höchst subjektiven Körperwelt, die mehr als 90% unserer Kommunikation ausmachen soll.⁹ Es geht um den Bereich des bisher Unbemerkten im Leiblichen: das leibliche Unbewusste.¹⁰ Es geht darüber hinaus um den Versuch einer Darstellung des sinnlichen Prozesses von Hören und Verstehen und seiner therapeutischen Nutzung. Ein wichtiges Anliegen ist mir dabei die Körperresonanz, die sich in den sog. Empfindungsqualitäten manifestiert, aber auch im Stöhnen, Seufzen, Gähnen, Magenkullern u.a. zum besonderen und durch Worte unverfälschten, also direkten und authentischen Ausdruck kommt.

Diese vorsprachlichen Äußerungen sind Reaktionen auf leibliches Erleben, die spontan und in der Regel unbewusst erfolgen; ebenso spontan und noch unbewusst werden sie sofort durch Kontrollstrategien unterdrückt. Als vorsprachliche Äußerungen stellen sie für mich „Kurzbeiträge“ des unbewussten leiblichen Geschehens dar. Es wird die gemeinsame Aufgabe von Therapeut und Patient sein, diese innere Welt gemeinsam zu belauschen und für diese direkte Empfindungsebene Sprache zu finden. Mit einem Vergleich ließe sich auch sagen, aus einer inneren Sprechblase eine äußere (bzw. ein sprachliches Korrelat) und umgekehrt, aus einer äußeren Sprechblase ein leibliches Korrelat finden zu lassen. Erst wenn das passende Wort entdeckt wird, erst wenn der Seufzer seine Gestalt durch eine stimmige Sprache bekommen hat, erfolgt das tiefe, entlastende Aufatmen (Beteiligung des Zwerchfells, Tiefensensibilität), welches den Zugang zum autonomen Nervensystem anzeigt: Sprache und Körper sind dann in der Passung¹¹, vegetative Ordnung stellt sich ein. Stimmige Selbstbeschreibung wirkt auf das Vegetativum und regt als Wirkfaktor das Selbstregulierungsprinzip an, das Nicht-Machbare. Das hat salutogenetische Wirkung.

Es ist also von großer Bedeutung, welche Beziehung der Patient zum Sprechen und zum eigenen Körper hat, wie er Wahrnehmung und Sprechen verbindet, ob er Eigenwahrnehmung oder Sprechen stärker bei sich ausgebildet hat: ob er sich körpernah/sprechfern oder körperfern/sprechnah verhält und welche Distanzierungen vom eigenen Körpererle-

⁹ von Uexküll, Thure/Fuchs, Marianne/Müller-Braunschweig, Hans/Johnen, Rolf (Hgg.) (1994): *Subjektive Anatomie*. Stuttgart.

¹⁰ von Uexküll, Thure (Hg.) (1996): *Psychosomatische Medizin*. München.

¹¹ von Uexküll, Thure/Fuchs, Marianne/Müller-Braunschweig, Hans/Johnen, Rolf (Hgg.) (1994): *Subjektive Anatomie*. Stuttgart.

ben er entwickelt hat. Der Klang verrät, wieviel Worte er in einer Ausatemphase unterzubringen sucht. Er wird diese Wechselbeziehungen unterschiedlich handhaben und dem Therapeuten damit kundtun, was ihn zum Sprechen treibt, ob Abwehr durch inneres Verschließen oder innere Beteiligung durch sich öffnendes Mitgehen.

Es geht in der Tat zwar um eine Rhetorik des Worte-Gebens, des Sagens, aber auch um eine Rhetorik des Worte-Vernehmens, des Hörens: des Auf-sich-Hörens und des Einvernehmens mit sich selbst und der sich selbst regulierenden Passungsprozesse im leiblichen System in seinen Beziehungen zur Außenwelt. Die Abstimmung der individuellen Innenwelt mit den Anforderungen und Reizen aus der Umwelt ist eine höchst subjektive Angelegenheit. Ihr Gelingen zeigt sich pragmatisch an den für den Organismus ausgleichenden Wirkungen.

Die ineinander greifende Zusammenarbeit des unwillkürlichen mit dem willkürlichen Nervensystem beim Sprechen sowie die intime und leicht störbare Beziehung menschlicher Kommunikation (ob verbal oder non-verbal) erklären möglicherweise die Faszination, Gefährlichkeit und Verwirrung, die bei der Beschäftigung und Erforschung dieses dynamischen Chaos entstehen. Darüber hinaus hat der Mensch zur Bewältigung einer solch gefährlichen Situation zwar Sprechwerkzeuge, aber leider kein spezielles Organ für Sprache erhalten. Um einen Sprachkörper zu entwickeln, braucht es ein hörendes und sprechendes Gegenüber: Mitmenschlichkeit und menschliche Gegenseitigkeit, das sog. Soziale, scheinen vom physiologischen System her angelegt zu sein. Die Frage nach dem Sinn einer physiologisch dergestalt arrangierten Bedingung für die menschliche Kommunikation – insbesondere für die Kommunikation mit Kranken – kann jedoch im Rahmen dieser Arbeit nur gestellt, nicht beantwortet werden.

2.3 *Ordnungsprinzip: Boden und Schwerkraft*

Körperresonanz als die sinnliche Fähigkeit, sich zu spüren, ist die Beziehung zu etwas, was widersteht und wo eine Bewegung ankommt, eine Grenze wie auch einen Kontakt findet; das wird bei einem wütenden Fußaufstampfen überaus deutlich.

Am Boden bzw. an der Unterlage findet immer berührender Kontakt statt, der wahrgenommen und beschrieben werden kann.¹² Das Medium

¹² Fuchs, Marianne (1997): Funktionelle Entspannung. 6. Aufl. Stuttgart.

„Unterlage“ ermöglicht von daher einen elementaren und einfachen Zugang für Körpertherapie und stellt ein grundlegendes Modell dar, an dem Kommunikation mit der Umwelt empfunden, wahrgenommen und beschrieben werden kann. Die Beschreibungen der Empfindungen an der Unterlage geben Auskunft, wie diese Beziehungen zur Umwelt, der unmittelbare Weltbezug, empfunden werden (der Boden fühlt sich kalt/warm/wie Marmor/Holz/durchlöchert/weich/hart/wackelig/nachgiebig/widerständig oder nicht spürbar an). Wird die Aufmerksamkeit über die Propriozeption auf sich selbst, den Körper als Gegenstand der Wahrnehmung gelenkt und übertragen, so zeigt dieses Tun ausgleichende Wirkung für den vegetativen, autonomen Nervenbereich (Homöostase), der Körper reguliert sich selbst. Wo vorher zu viel Spannung oder Unruhe war, ergibt sich Zufriedenheit, bei Müdigkeit/Laschheit wird Vitalisierung angebahnt, physiologisch ausgedrückt durch Aufatmen (erleichtertes Stöhnen oder Seufzen) und Tonusregulierung. Mit diesem in Ordnung gekommenen Leib entwickeln sich neue Reaktionsmuster und andere Perspektiven für die Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeiten im Menschen. Als Empfindungsexperte für sich selbst kann der Patient gesünder und erfolgreicher, d.h. weniger störanfällig mit seinen Konflikten umgehen. Durch die neue Rezeptionshaltung gewinnt er allmählich wieder mehr Verlässlichkeit und Vertrauen in sich selbst, weil er sich mit seiner Leiblichkeit und seinem Sprachkörper besser identifizieren kann und sich in seiner ihm eigenen Sprache enthalten weiß. Er lernt, sich zu benützen, anstatt sich zu zerstören.

Die Beziehungsarbeit mit dem Boden, das, was ich in meiner Arbeit manchmal Urbarmachung oder Bodenkultivierung nenne, steht in bio-energetischer¹³ und älterer Tradition. Die als Metaphern fast nicht mehr erkennbaren Wörter: Begründung, Fundament, Basis, fundiert oder grundlos sprechen und handeln, tiefgründig oder oberflächlich argumentieren, bodenlose Frechheit, Boden unter den Füßen verlieren und wiedergewinnen stellen nur eine kleine Auswahl dar (vgl. 3.3 und 3.4)

Der Boden als Projektionsfläche für die Eigenempfindungen¹⁴ hat eine Sonderfunktion innerhalb der Unterlagen-Umwelten: Das Prinzip der Schwerkraft wird an ihm hervorragend wirksam. Dort endet die Wahrnehmung von Eigengewicht und eine Grenze zu etwas anderem, noch Fremdem, Unbelebtem, wird spürbar. Der sinnliche Mensch hört am

¹³ Kelemann, Stanley (1992): Verkörperte Gefühle. München. 13ff.

¹⁴ Fuchs, Marianne (1997): Funktionelle Entspannung. 6. Aufl. Stuttgart.

Boden auf, etwas ihm nicht Zugehöriges, Unbekanntes beginnt. Seine Haut informiert ihn darüber.

Wie kommt es zu dieser besonderen Beziehungs-Funktion zum realen Boden, der je nach innerem Empfinden zu einem verlässlichen oder störenden Freund gerät?

Die Anziehungskraft der Erde bewirkt, dass der Mensch Boden unter seinen Füßen findet. Damit sein Inneres nicht zusammenfällt oder nach außen geschleudert wird, entwickelt der Körper eine stützende Organisation entgegen der Erdanziehungskraft (etwas widersteht), welche das innere Röhren- und Kammernsystem mit seiner Expansion und Kontraktion in horizontaler, vertikaler und konzentrischer Richtung aufeinander bezieht und erhält.

Das kleine Kind nutzt das Prinzip der Schwerkraft, um über das Krabbeln, Kriechen, Hocken, Hochziehen zur Aufrichtung, zum freien Stand, und schließlich zur zweibeinigen Fortbewegung zu kommen. Deswegen ist es so überaus spannend und drollig, einem Kind beim Laufenlernen zuzusehen. „Die aufrechte Haltung ist etwas ausschließlich Menschliches. Es ist bemerkenswert, dass der Ausdruck ‚ein aufrechter Mensch‘ eine metaphorische Bedeutung besitzt. Die aufrechte Haltung erfordert eine spezifische Form des Gleichgewichthaltens. Sie wird dem Menschen nicht geschenkt, sondern er hat sie mühsam zu erwerben und zu erhalten“.¹⁵ Das erfordert viel Mühe, denn die Arbeit der beiden Zwerchfelle (des diaphragma wie des diaphragma pelvis) wird erst in Kooperation mit dem Laufenlernen und dem Gleichgewichthalten-Können selbstregulierend eingeübt. Laufen- und Sprechenlernen befinden sich über die physiologische Verbindung zum Zwerchfell in einer bemerkenswerten Beziehung: Schon die Philosophenschule der Peripatetiker hat vom sensomotorischen System offensichtlich einiges verstanden und für sich genutzt.

Das Kleinkind muss mühevoll lernen, allmählich die wärmenden und haltgebenden Hände seiner Mit-Menschen (meist seiner Mutter) loszulassen und stattdessen wagen, das Nicht-Lebendige, das Fremde und Unbekannte, den Boden, für sich zu nutzen. Der Boden übernimmt allmählich in Kooperation mit dem sich selbst stützenden, wachsenden Organismus des kleinen Menschen die Funktion der haltgebenden Bezugspersonen, und der kleine Mensch entwickelt seine Beziehung zu dieser Umwelt, den Objekten.

¹⁵ Fuchs, Marianne (1997): Funktionelle Entspannung. 6. Aufl. Stuttgart. 36-37.

Am Boden, als eine der unmittelbarsten Umwelten neben der Luft, findet ständig Berührung, also Kontakt statt. Das Kontaktorgan zur Umwelt ist die Haut, die Körperaußenwand. Diese Außenschicht sorgt für Information und Schutz. Sie bildet, als Nervenschicht, die äußere Hülle und Grenze zwischen Innen- und Außenwelt. Sie ist eng auf das Zentralnervensystem bezogen. Neben einer mittleren, haltgebenden, muskulären Stützstruktur gibt es noch eine innerste Hautschicht, die die inneren Körperwände auskleidet.

Über diesen Kontakt seiner inneren und äußeren Hautschichten wird die Umwelt – und dazu gehört auch die Sprache (Hören gehört zum taktilen System) – hereingenommen, aussortiert, transformiert, assimiliert, auch eingelagert. Der Austausch ist selbstregulierend tätig und der menschliche Körper wird darüber informiert, wie er auf seine Umwelt reagiert. Diese Vorgänge vollziehen sich von ihm unbemerkt in seinem Körper, dem sich selbst organisierenden System. Erst die Propriozeption entdeckt sie ihm und macht sie ihm bewusst, wenn er seinen eigenen Körper dialogisch nach dessen Zeichen hin befragt und belauscht.

Mein Beitrag kann nur ein Versuch sein, diese direkte und unwillkürlich reagierende sinnliche Beziehungswelt zwischen Körper und Sprache mit ihren lebendigen oder erstarrten Wechselwirkungsprozessen zu beschreiben. Er wird das am Beispiel von Metaphern und präverbale Äußerungen wie Stöhnen, Seufzen zeigen, weil sie besonders aufschlussreiche Möglichkeiten bieten, über die mächtige innere Empfindungswelt, insbesondere beim kranken Menschen, zu informieren.

3 Fallbeispiele

3.1 Breit aus die Flügel beide

Ich wurde zu einem schwer kranken Priester gebeten, der von mir wissen wollte, ob er sterben müsse; ihm war natürlich bewusst, dass niemand ihm diese Frage beantworten konnte, dennoch bewegte (sic!) sie ihn. Auf sein nahes Ende gefasst, lag er – wie zu einer schmalen Längsachse zusammengenommen – nach oben und unten ausgerichtet in seinem Krankenbett. Ich bemerkte seine in dicke Wollsocken gehüllten, unruhigen Füße. Ob ich seine Frage erstmal beiseite lassen dürfe und er mit einer Körperarbeit an den Füßen einverstanden wäre? Ihm ist die Arbeit mit funktioneller Entspannung schon seit Jahren

bekannt. Er erspürt die Außen-/Innenkontakte seiner Füße und bewegt mit einem Minimalreiz seine Fußgelenke. Die Füße fallen ein wenig auseinander. Er bemerkt diese Veränderung und wiederholt seine Bewegung. Ich sehe, wie seine Schultern sich mitbewegt haben. Ich teile ihm mit, was ich gesehen habe und frage ihn, ob er das, was ich gesehen habe, auch gemerkt habe. Er wiederholt an den Schultern, was er an den Füßen ausprobiert hatte und im Nachspüren erlebt er das Heben und Senken (seine Worte) seiner Schultern. „Wie weit sind die Schultern voneinander entfernt?“ „Sehr weit!“ „Wie haben Sie Maß genommen – über den Rücken oder über vorn?“ Er hat über den Brustraum gespürt und ich rege an, jetzt Maß über den Rücken zu nehmen, so genüsslich wie es geht. Wiederum erstaut ihn der Abstand seiner zwei Schultern, den er mit breit bezeichnet.

Dieses Wort wird für die nächsten Zeiten ein Schlüsselwort für ihn. Die Breite seines Rückens erinnert ihn an seinen vor kurzem verstorbenen Bruder, einen breiten und beliebten Herrn. Er beginnt zu erzählen von seinem großen Bruder, der ihn immer beschützte, in dessen Jacketts er versuchte hineinzuwachsen (dabei dehnen und bewegen sich jetzt seine Schultern), kurz, ihm wird die nahe Beziehung und seine Trauer um den kürzlich Verstorbenen deutlich. Er gewinnt Kraft und Lebendigkeit im „Bruder-Erzählen“, sichtbar an seinem bewegten Brustkorb. Ob er seine Lebendigkeit und Kraft beim Plaudern bemerke? Ich könne wieder das Ausdehnen des Brustkorbes sehen. Nein, aber jetzt, wo ich es ansprache, würde er auch selbst die Breite seines Brustkorbes merken – er sei offenbar doch noch viel lebendiger, als er gemeint habe. Er hat sich seine Frage selbst beantwortet. Die Breite bei sich fühlen bedeutet für diesen Priester lebendig sein, atmen können, wieder Kraft schöpfen. „Breit“ wird für ihn zum Merkmal und Schlüsselwort, es erinnert ihn daran, dass er nicht nur wie ein magerer schmaler Stock zwischen Himmel und Erde ausgerichtet ist, sondern sich auch ausbreiten, Raum für sich beanspruchen und sich leben lassen darf: als Raum-Zeit-Gestalt immer noch auf der Erde. Am Bett, seiner Unterlage, kann er deutlich seine Lebendigkeit spüren.

In einer Operation wird ihm ein Röhrchen eingesetzt, er bittet wieder um mein Kommen. Stehend empfängt er mich dieses Mal, gebeugt und doch starr, quengelig, schmallippig. Er würde das Röhrchen andauernd spüren, er könne das nicht ertragen! Wie sich denn das Röhrchen bemerkbar mache? Bemerkbar?? Nein, MERKEN würde er es nicht, aber er SÄHE es vor sich, direkt vor seinen Augen habe er es!

Können Sie mir zeigen, wie Sie das meinen? Er hält die Hand vor die Augen (er hat eine VOR-stellung). Sie sehen also das Röhrchen vor sich, aber innen merken Sie es nicht? Er schlägt mit der Hand an seine Stirn und „ach ja“ SCHLAGARTIG – wird ihm bewusst, er spricht es von sich aus an, dass ihn die Angst wohl sehr genarrt habe, er würde sich überhaupt nur am Kopf merken und sonst nirgends. Vor lauter Angst habe er gar nicht mehr auf seine Breite geachtet, seine Fähigkeit zum Spüren ganz vergessen.

Ihm war blitzartig etwas aufgegangen, die Doppelbedeutung des Wortes „auf-gehen“ weist darauf hin: Augen und Mund hatten sich mehr geöffnet, der Brustkorb dehnte sich. Die ganze Gestalt richtete sich stärker auf, die Füße setzten sich anders und mit diesem Bodenkontakt ergab sich ein erleichterndes Stöhnen und schloss dieses plötzliche Erstaunen ab. Er hatte wieder Boden unter den Füßen.

Die folgende Arbeit zeigte, dass er, mit der Angst identifiziert, seinen Körper eng, flach, in der Längsachse, als zweidimensioniert erlebte und nicht mehr als Raumgestalt. Das blitzartige Verstehen hatte die innere Verkrampfung aufgehen lassen, er hatte intuitiv Bodenkontakt gesucht und war von seiner Vor-stellung runtergekommen, Breite und Volumen wurden nach Erkennen seiner Angst wieder entwickelt.

Wir sprachen im Anschluss darüber, wie Vorstellungen und auch Verhaltenseinstellungen eine von der leiblichen Erfahrung völlig unterschiedene Realität erzeugen und manipulativ wirken können. Diesem Patienten war durch seine Körperarbeit schon bekannt, dass der Leib zwar selektiert – aber nicht wertet in richtig/falsch oder gut/böse – und in seinem reaktiven Tun unvoreingenommen informiert erst der Leibbesitzer wertet.

Dieser Patient konnte sich seiner Unterlage – dem Krankenbett und dem Fußboden – anvertrauen und überlassen. Es geht zunächst lediglich um eine nüchterne Bestandsaufnahme und phänomenologische Beschreibung leiblichen Geschehens. Bereits dieses zeigt jedoch schon ausgleichende Wirkung.

Sein Schlüsselwort „breit“ ermöglichte ihm dann, seinen leiblichen Beziehungsmodus ganz sinnlich zu erinnern und sein flaches Körperschema umzugestalten. In der Körpertherapie geht es häufig darum, verschüttete, elementare Lebensbedürfnisse wieder zu entdecken, damit sie gelebt werden können. Dieses plötzliche Erstaunen und Begreifen gibt Gelegenheit zu erfahren, welche Dynamik sich entwickelt bzw. gestört wird, wenn der körperliche Schwerpunkt, bezogen auf den tragen-

den Boden, sich verschiebt auf eine Vorstellung. Gelingt es dem Klienten, die Vorstellung, die seinen Körper einstellt und beeinflusst, hinsichtlich der Qualität seiner Empfindungen abzubauen, merkt er, dass der Körper ihm Orientierungshilfen und Lösungen anbieten kann, wenn er sich die Zeit gibt, diesen als Raum wahrzunehmen: Er erfährt sich als Raum-Zeit-Gestalt. Dieses Sich-Zeit-Geben oder Zeitnehmen für den inneren Wahrnehmungsprozess verlangsamt zunächst den Ablauf äußerer Tätigkeit, auch des Sprechens, besonders sinnfällig wird dieses im sprachlosen Erstaunen. Der Kontrast zwischen innerem, subjektiven Zeitempfinden (*kairos*) und äußerer, messbarer Zeiteinteilung (*chronos*) führt zu großer Verwunderung, auf die Dauer zur Akzeptanz. Dem Klienten wird deutlich, dass eine durch leibliche Erfahrung gewonnene Perspektive eine andere Begrifflichkeit seiner Welt hervorbringt. Die Wechselwirkungen zwischen Sprache und Körper, den Funktionskreis Sprechen hat er bereits an sich erlebt. „Entspannen bedeutet in der F.E. etwas Dynamisches mit den Polen des Sichgehenlassens, des Sichrührendürfens und Ankommens. Es ist kein Zustand, in den man sich fallen lässt, sondern man lernt, sich seinen inwendigen Veränderungen zu überlassen... Es geht um das Wagnis des ‚radikalen Loslassens‘ [im Gelenk]. Nicht das ‚schöne Entspannen‘, sondern ein selbstkritisches Wahrnehmen der sich ändernden Druck- und Spannungsverhältnisse, stofflich am eigenen Leibe erlebt, mit der Kontrolle, ob und wo wir das totale Loslassen und Hergeben noch vertiefen können... Durch die Koppelung des Entspannungsempfindens an die Ausatmenphase des Atemzyklus ist in der F.E. das Loslassen zeitlich begrenzt: Mit dem Aufhören des Ausatmens geht auch das Üben des Sichgehenlassens zu Ende. ...Entspannen ... als Vorgang“¹⁶, nicht als Zustand.

3.2 *Die Lähmung fest im Griff*

Der nächste Fall berichtet von einer ganz anderen Beziehung zur Unterlage: Die Patientin kann zwar die Berührung zur Unterlage wahrnehmen und auch beschreiben, es setzt jedoch nach kurzer Zeit ein heftiges Brennen an ihrer Außenhülle, der Haut, ein. Diese brennende Beziehung ihres Körpers zu jeglicher Unterlage veranlasst sie, sich ständig zu bewegen und einen Lagewechsel vorzunehmen, es sei denn, sie zwingt sich

¹⁶ Fuchs, Marianne (1997): Funktionelle Entspannung. 6. Aufl. Stuttgart. 33.

zur Ruhe und zum Ertragen des brennenden Schmerzes: Unruhe und Unzufriedenheit sind also in jeder Situation vorprogrammiert.

Diese junge Frau berichtet, dass sie kurz vor einer Depression stünde. Ich bitte sie zu schildern, woran sie die Depression merkt. Sitzend beschreibt sie den Kontakt zur Unterlage, dem Stuhl: uneben, fest, sie erlebt ihren Körper als durchgängig schwer. Auf die Frage, ob sie eine Bewegung in sich spüre (bevor ihr Körper brennt, biete ich ihr also Bewegung an), schweigt sie lang, dann: „Ich habe nur Lähmung und Leere in mir. Ich bin wie festgeklebt am Stuhl“. – Wenn Sie der Empfindung von Lähmung und Leere nachgeben, was geschieht dann mit Ihnen? „Das kann ich nicht, ich muss die Dinge im Griff behalten“, die Hände gehen mit bei diesen Worten und zucken. Sie lässt sich noch eine Weile aus über ihr Ordnungsprinzip des „Im-Griff-Haben“, energisch und diszipliniert die Dinge – wozu auch die Familie gerechnet wird – angehen. Ich benutze die Mini-Bewegung der Hände als Anregung und sie willigt ein, das Nachgeben leiblich auszuprobieren. Ihre Arme lassen sofort seitlich los, die Hände öffnen sich, die Schultern geben nach, sie lehnt sich an und bemerkt ihren Rücken, der sein Gewicht an die Stuhllehne abgibt. „Das tut gut, fühl’ ich mich schwer! (Im zweifachen Sinne: schwer sein und sich mit Schwierigkeit spüren.) Ich habe in der letzten Zeit pausenlos geschuftet und kaum geschlafen!“ Ihr fällt auf, dass sie sich erstmalig über längere Zeit anlehnen kann und diesen Kontakt, der dieses Mal nicht brennt, akzeptieren kann. Wie es wohl sonst um Anlehnen und Hingabe bestellt sein mag? Doch ich verschweige diesen Gedanken noch.

Das nachfolgende Gespräch ergibt: Ihre Empfindungen der Leere und Lähmung sind berechtigte Anzeichen einer Überarbeitung, die sie jedoch weder wahrnimmt noch ernst nimmt, sondern als körperliche Desorientierung und Disziplinlosigkeit abtut. Sie wertet und orientiert sich an ihrem Konzept über das Leben und weniger an dem, worüber sie ihr lebendiger Körper informiert. Ihr Konzept „alles im Griff haben“ erlaubt ihr kein Nachgeben. Wenn sie jedoch ihren Körperempfindungen, i.e. sich selbst, vertraut und sich gestattet, auch mal leer und gelähmt zu sein, erfährt sie Nachgiebigkeit und Weichheit, ihr Körper nimmt die Unterlage an. Diese Körpererfahrung hat sie erstaunt aufgenommen. Sie entdeckt selbst, dass sie den Begriff Depression metaphorisch gebraucht, um einen reaktiven Zustand des Körpers auf ihr Lebenskonzept zu beschreiben, welches sinnliches Erspüren kaum zulässt. Beim Sprechen hielt sie ihre Hände auch fest im Griff, so dass

sie ihre knochige Hand mit den überdehnten Fingergelenken selbst bemerkte. Sie teilt dann mit, dass sie kaum ertragen kann, wenn ihr Mann oder ihre Kinder sie berühren.

Dieses erste Erleben von Nachgiebigkeit half ihr bei einem Telefongespräch mit ihrer Mutter, die sie um einen Gefallen bat, sie hatte aber keine Zeit und kam in Hektik. Dabei merkte sie, wie ihr Körper heftig und unwillig reagierte. Sie merkte, wie sie den Telefonhörer starr und gelähmt hielt, erinnerte sich des Nachgebens, ließ den Arm locker und hörte sich selbst sagen: „Ich fühle mich im Moment nicht so gut, hat das noch Zeit bis morgen?“ Das Merken des Leiblichen bewirkte eine Änderung des Gesprächsstils und Verhältnisses zwischen Mutter und Tochter; letztere hatte etwas von fehlgeleiteter Energie und gelassener Bewegung verstanden.

3.3 *Allein - stehend*

Die nächste Fallbeschreibung wie auch 3.4 beziehen sich auf körpertherapeutische Gruppenarbeit. Diese bringt immer viel Überraschendes mit sich, weil die Subjektivität von Empfindungen im Vergleich der einzelnen Gruppenteilnehmer untereinander viel deutlicher erfahren wird als in einer Einzelstunde.

Zunächst werde ich von einem Kurs „Alleinstehend“ berichten. Er wandte sich an eine Zielgruppe (Frauen), die als Alleinerziehende, frisch Getrennte und Singles Orientierung suchten, um ihre Lebenssituation besser zu bestehen. Sie fühlten sich geschwächt durch Überforderung, klagten über Herzrhythmusstörungen, Wirbelsäulenschmerzen, vegetative Beschwerden und erhofften sich durch den körpertherapeutischen Ansatz vor allem eine Lösung für ihre Beschwerden.

Jede Stunde begann und endete mit einem Ritual, der wörtlich verstandenen Aufgabe „Allein stehen“, dabei die eigenen Empfindungen wahrnehmen und sie in Worte fassen, sich nicht stören zu lassen, obwohl andere Gruppenmitglieder als Störquelle und die dazwischen redende Gruppenleiterin dabei sind.

Ausgehend vom Boden als Bezugs- und Grundfläche (im Stehen bei Beginn und Ende der Kursstunde, sonst auch im Sitzen, Bauch- und Rückenlage, in der Bewegung) entwickeln die Teilnehmer im Laufe der Zeit eine immer differenziertere Wahrnehmung von sich und auch von den anderen. Wenn die Teilnehmer von ihren Beschwerden oder auch ganz neuen Alltagsbeobachtungen berichten, erleben sie die ständig sich

verändernde Erlebnisbereitschaft ihres Körpers, der als treuer oder auch störrischer Begleiter immer mit dabei ist und dessen Ist-Zustand mittels der Propriozeption inzwischen spür- und beschreibbar geworden ist:

als eine dreidimensionale Gestalt („Länge+Breite+Tiefe“)

von der Haut außen schützend umhüllt und begrenzt, jedoch:

offen für Reize aus der manifesten wie geistigen Umwelt:

die 4. Dimension

mit den 5 Sinnen plus dem 6., dem Spürsinn/Propriozeption

mit innerem stützendem Gerüst (Skelett+Gelenken)/innerer Halt/Körperhöhlen

mit Eigen-Halt und Eigen-Gewicht auf dem Boden/ Unterlage/ äußerer Halt

mit den Polaritäten: oben-unten; links-rechts; hinten-vorn; innen-außen,

mit dem inneren, lebendigen Rhythmus

Die Teilnehmerinnen erfahren, wie Impulse und Reize von außen inwendig ihre Spuren hinterlassen, gespürt werden und bezeichnet werden können: ob der Leib krampft, sich zusammenzieht und festhält oder flexibel und gelenkig antwortet. Das Sprechen über Körperempfindungen und Körperresonanz führt zu klareren und sichereren Selbstaussagen: zu seinen Worten stehen, gewichtig sprechen, hochgehen/runterkommen im Gespräch wird mit konkreter, erlebbarer Körpererfahrung verbunden.

Diese alleinstehenden Frauen erlebten viele ihrer Lebensbezüge zu Beginn recht verschwommen mit ihren Kindern, Ex- und zukünftigen Partnern: Alles schien gleich wichtig. Ihre Eigenwahrnehmung wurde durch deren Interaktionen verundeutlicht. Es war also ganz wichtig, Eigen- von Fremdwahrnehmung unterscheiden zu lernen. Innerhalb der Gruppe haben die Teilnehmerinnen ausprobiert, wie Empfindungen sich verändern können je nach Person und Situation. Daraus hat sich folgendes Paradigma für (Eigen)wahrnehmung ergeben.

Ich mit mir

Ich mit Dir (als Nachbar links und rechts oder Gegenüber)

Ich mit ihr/ ihm (dazu gehört das Thema des Kurses)

Ich mit uns ich als Gruppenmitglied; eine Wir-Empfindung

Ich mit Euch ich in Distanz zu den Gruppenmitgliedern

Ich mit ihnen ich in Distanz zur Gruppe, aber vielleicht in Verbindung zum Gruppenleiter oder als Mitglied meiner Familie

Der Leib hält verschiedene Empfindungen für diese Unterscheidungen bereit und ermöglicht dadurch Klärung, Abgrenzung, Nähe und Distanz, Konzentration aufs Eigene.

Nach allen Erfahrungen haben die Teilnehmerinnen mit eigenen Worten formuliert, wie sie am Ende das Wort alleinstehend empfanden: selbständig/frei-stehend/klarsichtig.

Bei der alten Metapher allein-stehend fühlte sich der Rücken krumm an wegen der belasteten Schultern: das wollten die Frauen nicht mehr sagen. „Selbständig“ war ein allgemeines Lieblingswort, weil der tragende Boden, auf dem die Füße Halt im Widerstand gefunden hatten mit sich aufrichtender Wirbelsäule, der Ich-Achse, darin spürbar enthalten war: Die Metapher speichert das erlebte Echo des Körpers und erinnert an die Erfahrung. Sprachlicher wie leiblicher Ausdruck sind kongruent. Zwei Teilnehmerinnen fanden das Wort „freistehend“, weil sie den freien Platz um sich herum als so wichtig für sich selbst entdeckt hatten: Sie konnten ausgreifende Bewegungen mit ihren Armen machen – Handlungsfreiheit – und niemand schränkte ihre Bewegungsfreiheit ein. Sie hatten gelernt, im Kontakt mit den anderen Teilnehmerinnen, ihren Vorhaben Platz zu verschaffen, sich durchzusetzen, ohne die anderen zu verletzen oder sich selbst zu verlieren. Eine Teilnehmerin formulierte: „Ich habe Klarsicht gewonnen. Sonst merke ich mich nur benebelt und mit Augendruck bei all den Erziehungsproblemen, dann verliere ich den Boden unter den Füßen“.

Jeder metaphorische Ausdruck ist beim Abschluss aus dem Leiblichen heraus „entdeckt“ worden, so dass er, inkarniert, auch erinnert werden kann.

3.4 *Ich habe Trauer – Die Trauer hat mich*

In dem Kurs „Alleinstehend“ konnten alle Teilnehmerinnen den Boden in seiner Funktion als haltgebende, stützende, sicherheitsgebende und tragende Unterlage für den Körper wahrnehmen und als solide Beziehung erfahren. Ganz andere Erlebensweisen gab es in einem Kurs, der sich ausschließlich an Trauernde wandte.

Die Trauernden beschrieben ihre Trauergefühle zunächst so: Ich bin ganz am Boden/ ich bin down/ fühle mich ganz unten/ ich habe keinen Halt mehr. Nach dem Erarbeiten von Empfindungen an der Unterlage konnten Trauergefühle in Bezug auf die Wahrnehmung des Bodens differenzierter wahrgenommen und beschrieben werden: Der Boden zieht

mich, so dass ich falle/ er gibt nach/ ich versinke/ ich spüre ihn nicht/ ich habe den Boden verloren und weiß nicht, wo ich meinen Fuß hinsetzen soll, wo ich hingehöre/ ich spüre mich nicht, bin zerrissen, stecke im Nebel.

„Ich falle ins Bodenlose bzw. in einen Abgrund“, so beschreibt eine Teilnehmerin ihre Trauer, dabei sitzt sie auf einem festen Stuhl, beide Füße aufgestellt am Boden.

Th: Sie sitzen auf einem Stuhl. Woran merkt Ihr Körper, dass Sie sitzen?

Kl: An was Festem. Und an meinen Sitzhöckern. (Ihre Stimme wird dabei fester.)

Th.: Haben Sie Ihr Gefühl noch, dass Sie bodenlos in den Abgrund fallen? (da sie nickt) Wo in Ihrem Körper?

Kl.: Im Unterbauch (leises Stöhnen kündigt eine klagende Stimme an): Da fällt es und zieht alles mit.

Th.: Wenn es da fällt — kommt es irgendwo auf dem festen Stuhl an? (Kl. sucht)

Th.: Benützen Sie Ihre Sitzhöcker, um die Antwort zu entdecken.

Kl.: (bewegt sich leicht hin und her, Rücken ist beteiligt).

Th.: Wie ist jetzt Ihre Empfindung?

Kl.: Ich merke meine Sitzhöcker, das Fallen geht nicht weiter, da ist was anderes, ich merke meinen Po und die Hüften und jetzt meine Beine und die Füße. (Ein leises Stöhnen folgt, dann richtet sich ihr Oberkörper auf und mit der dadurch geänderten Blickrichtung schaut sie jetzt auf die anderen Gruppenmitglieder und mich.)

Durch Rückfragen, weitere kleine Reizsetzungen und durch anschließende Beschreibung ihrer sichtbar veränderten Situation fasst sie diese zusammen. Ein erleichtertes Stöhnen, dann: „Ein bisschen ist wieder von mir da. Ich versinke nicht mehr, das Wasser geht mir noch bis (Ansatz eines leichten Stöhnens, was Hoffnung ausdrückt), aber ich habe wieder Grund (dabei drückt sie mit den Füßen zum Boden).“ Sie beschließt ihre Beschreibung mit einem festen Stöhnen, das Entschlossenheit andeutet, und sagt noch, dass sie diese Erfahrung nützen will, sobald dieses „Bodenlos-Gefühl“ sich wieder bemerkbar macht. Sie berichtet, dass sie die Bodenlos-Empfindungen zwar immer merkt, dass sie sie jedoch meistens übergeht und durch irgendwelche Beschäftigungen irgendwie „wegmacht“ und dass es dann noch schlimmer wird. Sie hat mit der eben beschriebenen Erfahrung die Erkenntnis gewonnen, dass sie sich selbst helfen kann, wenn sie über den Kontakt mit dem Stuhl oder Boden (das

ist ihre unmittelbare Berührungs-Umwelt) andere vorhandene, aber noch unbemerkte Empfindungen aktualisiert. Bisher Unbemerktes bemerken¹⁷, das leibliche Unbewusste hält den Ausgleich bereit, es muss durch Erspüren „abgefragt“ werden. Diese festen Empfindungen, wahrgenommen und als Festigkeit ihres stützenden Gerüsts (Sitzhocker z.B.) und an der Grenze ihres Körpers als Widerstand (da geht was nicht weiter) beschrieben, ermöglichen, dass die Bodenlos-Empfindungen ihres Körpers sich verändern, in das Gesamt des organismischen Systems von selbst sich einordnen. So werden eine andere Verortung und eine größere Ordnung des Körpers spürbar. Es ist nicht mehr nur die Trauer, die alles mitzieht ins Bodenlose, sondern, gestützt und begrenzt, „vernetzt“ als ein Besitz neu wahrgenommen und beschrieben werden kann. „Vorher hatte die Trauer mich, jetzt habe ich Trauer.“ Das half ihr am Arbeitsplatz und im Alltag: Sie lernte durch rechtzeitiges Merken und Bemerken (= sich selbst sagen), ihr Bodenlos-Gefühl nicht mehr wegzumachen, sondern es als Eigentum vorsichtig zu pflegen. Sie erkannte im Laufe des Kurses, dass das eine für sie bodenlose Verzweigung (weil sie sich einseitig nur an dem Bodenlos-Gefühl spürte), das andere erst Trauer genannt werden konnte. Über die differenziertere Eigenwahrnehmung ihres Körpers gewann sie eine veränderte Körperhaltung (Aufrichtung im zweifachen Sinn), eine differenziertere, vertiefte Beziehung zu ihrem Körper und dadurch eine vertieftere und differenziertere Beziehung zu ihrer Trauer.

3.5 Die „naja“ – Frau und die Kunst des Stöhnens

Obwohl ich mit meinen Ausführungen fast schon am Ende des Beitrags bin, habe ich mich entschlossen, noch einen längeren Fall darzustellen. Dieser schließt zwar thematisch an der Trauer an, fokussiert aber auf das Stöhnen. Bei den vorangehenden Fallbeschreibungen wurde das Stöhnen zwar miterwähnt, leitmotivische Entfaltung erfuhren jedoch besonders die Beziehung zum Boden und der unmittelbaren Umwelt. Auch wurde der Einfluss von Vor- und Einstellungen, sog. Lebenskonzepten, auf den Leib beschrieben.

Bei der Arbeit mit dieser Patientin habe ich meine Entdeckungen über das Stöhnen vertiefen und nutzen können. Das Stöhnen als unbewusst erfolgende, automatische Äußerung gibt mir, früher und präziser als eine

¹⁷ von Uexküll, Thure/Fuchs, Marianne/Müller-Braunschweig, Hans/Johnen, Rolf (Hgg.) (1994): *Subjektive Anatomie*. Stuttgart.

Beschreibung, Auskunft über die Qualität der Empfindungen: wie (fest, hart, weich, einwärts/auswärts) vernommen und wo im Körper lokalisiert (unten/ oben/ im Hals steckengeblieben etc.). Der Stöhnlaut als kleines akustisches Ereignis meldet mir zurück, ob sein Klang ins „Bodenlose“ fällt oder ob eine Unterlage wie ein Stuhl oder der Boden dem Laut Widerstand und damit Festigkeit bietet. Das Stöhnen wie andere präverbale Laute informieren mich sehr früh über die Beziehung zu dieser unmittelbaren Binnen- und Umwelt.

An dieser Stelle also möchte ich von einer Frau berichten (Einzelgespräch), die ihre Sätze mit einem „Naja“ eröffnete oder schloss. Atypisch, stöhnte sie nicht, sondern äußerte sich stattdessen mit einem gedehnten, in vielen Klangstufen näselndem „Naja“. Die 48jährige Mutter hatte vor fünf Monaten ihren 19jährigen Sohn (nach schwerer Krankheit) verloren. Wie eine entmutigte Balletttänzerin auf der Suche nach ihrem Partner für den Pas de Deux, so stand diese zierliche Frau vor mir: auf kleinen Füßchen und mit zersausten, langen Haaren. Ein Bild des Jammers. „Ich bin ja so traurig“ und „er war so lebendig und musste so früh sterben, naja! Sein früher Tod hat mir alle Lebendigkeit genommen, naja“. Fast rituell gebrauchte sie nur diese Sätze, um ihre Not zu beschreiben. Mich erschreckte und beschäftigte ihr „Naja“, das ich wie eine zähe, klebrige, sich dehnende und sich zusammenziehende Masse vernahm, es blieb auch – obwohl geäußert – in ihrem Körper stecken, anders als ich es von einem bodenlosen oder gefestigten Seufzen kannte. Ich fühlte Ratlosigkeit und viele Fragen in mir aufsteigen. Die Patientin ging zwar bereitwillig auf meine Fragen ein, kommentierte sie aber doch auch mit einem zäh und widerwillig geäußerten: „Was Sie so alles wissen wollen!“ Sie wunderte sich, antwortete, wenn ich fragte, aber schien anschließend alles wieder wegzuschieben. Sie war auf eine bemerkenswerte Art mürrisch und höflich zugleich. Ich begriff, dass hier eine Frau zu mir gekommen war, die mit Sprechen wenig im Sinn hatte. War sie durch den Tod ihres Kindes sprachlos geworden oder hatte sie nie jemanden gehabt, der mit ihr zusammen gesprochen hatte? Ihre Mutter? Jetzt erst erfuhr ich – sie erzählte es gelangweilt und fast mit Vorwurf auf mein lästiges Fragen –, dass sie auch noch eine Tochter hatte, die, älter und schon berufstätig, in der gleichen Stadt wie die Großmutter, ihre Mutter, lebte. Hatte sie nichts zu sagen, konnte sie oder wollte sie nichts sagen? Wollte sie von mir, einer Frau, nichts hören? Oder wollte sie nichts hören? Mit wachsendem Erstaunen ging sie die Kommunikationspartner ihrer jetzigen Situation durch: nur Männer, vor allem Ärzte, de-

nen sie in der Medikamentenverabreichung willig, wenn auch widerwillig folgte – ihren Sohn gab es nicht mehr, ihr Mann zählte nicht – mehr? Stand ihr „Naja“ stellvertretend dafür, dass zwar vieles besprochen werden könnte, aber dass doch alles völlig zwecklos und sinnlos sei, stand es für ein Ja UND ein Nein zugleich? Mürrisch UND höflich kam mir in den Sinn. Sie litt ohne Ende, sie war ohne Trost – und im Vergleich zu dem, was ich bisher kennengelernt hatte, auch ohne Trauer.

Sie war sportlich gewesen und hatte mit ihrem Sohn viel Eiskunstlauf gemacht, der Pas de Deux kam mir in Erinnerung. So besaß sie einen sicheren Zugang zu ihrem Körper, erarbeitete sich ihren Rücken – sie wählte einen Halb-Liege-Sessel als Sitzgelegenheit – als Rückhalt und Stütze; Aufatmen und zaghaftes Gähnen als autonome Rückmeldungen aus dem Leiblichen erfolgten. Mit zunehmender Körperdifferenzierung konnte sie, woran sie litt, zuordnen: das sie verfolgende (!) Kopfbrummen hatte sie, als körperliches Zeichen und Ausdruck, ihrer Ehe und ihrem Mann zugewiesen, der sie unter Druck setzte, sich doch endlich wieder dem Alltag, der Wohnung, dem Haus zuzuwenden; den Schmerz in der Brustbeingegend, zum Herzen hin, empfand sie als zu ihrem Sohn gehörig; während der empfindsame Magen den verschiedenen stützenden Medikamenten und ihrer Furcht vor Sucht zugeordnet wurde. Eingedenk dieser drei Beschwerde-Regionen äußerte sie den Wunsch, sie möchte sich am liebsten auflösen, wenn es ginge. Da sie schon etliche Male Suizid-Gedanken geäußert hatte, fragte ich sie, was sie denn damit meine. „Naja, wie ich es sage, auflösen eben!“ Ich sehe, wie sie ihre Hände dabei ungeduldig bewegt. Ich bitte sie, ob sie mir mit den Händen zeigen könne, wie sie das mit dem Auflösen verstehe. „Na, so!“ fast burschikos hebt sie ihre Arme, dabei bewegt sie die Hände schwirrend und flatternd. Ich bin überrascht: einmal von der Bewegung, dann von der klaren, fast etwas übermütig klingenden Stimme – und überdies war ihr erstmalig ein direktes Na,so! herausgerutscht. Sie löste meine Frage also nicht verbal, sondern interpretierte sie leiblich mit den Händen; zugleich kann sie dieses Besserzeigen als Besserwissen in der Konkurrenz zu mir genießen.

Ich teile ihr meine Überraschung mit und frage zugleich: „Wenn Ihre Hände sich so bewegen, dann nennen Sie das auflösen?“ Sie antwortet: „Ja, ich meine, wie von Schmetterlingen eben in der Luft!“ – und sie wiederholt die Geste. Sie stimmt mir erstaunlicherweise zu, als ich ihr sage, auf mich würde das wie „leichter werden“ wirken. Im Nachspüren dieser Bewegung spürt sie das Gewicht – sie probiert „leicht“ und

„schwer“ leiblich aus – ihrer Schultern, die hochgezogen gegen etwas gestemmt sind (was weder sie noch ich bis jetzt wissen und kennen) und die sie jetzt, im Fallenlassen des Schultergelenks, beweglicher und ohne Spannung erlebt; zugleich wird die untere Rückenpartie als weiche, gerundete Fläche spürbar, über welche sie ebenso mehr Gewicht und Schwere bemerkt und es an die Unterlage abgeben kann. Eine Spannung im Nacken habe sich gelöst. „Auflösen“ war auch ihr Wort gewesen. Sie spricht über den Zusammenhang mit dem schmerzenden Nacken, einer weiteren BeSCHWERde. Dass sie dort Massagen bekommt, hatte sie noch nicht erwähnt: Sie berichtet also zum ersten Mal etwas von sich, ohne dass ich danach fragen muss; das geschieht über den „Umweg“ im Umfeld der Worte „leicht“, „schwer“ und „Gewicht“. Es war ihr vorher noch unmöglich gewesen, selbständig die Spannungen und Verfestigungen im Schulter- und Nackenbereich zu merken und zu bemerken, weil ich sie nicht danach gefragt und damit aufmerksam gemacht hatte. Bis dahin hatte sie ihre Leiden, die Spannung und Verfestigung in Schulter und Nackenpartie vermutlich nur einem männlichen Gesprächspartner, dem Physiotherapeuten, von sich aus berichten und klagen können. Es ist möglich, das Thema „Eigengewicht“ anzusprechen und von ihr zu erfahren, wie sie ihr bisheriges Leben vor dem Todesfall „gewichtet“ hat und worin sie sich wichtig nimmt. Ihre Menstruation setzt nach dieser Stunde wieder ein.

Das Schmetterlingserlebnis bewirkte, dass sie sich zustimmender auf das leibliche Arbeiten einließ. Sie merkte, wenn sie ihr Gewicht an der Unterlage spürte, dann hatte das Auswirkungen auf ihren Kopf, wo das Brummen leiser wurde. Ihr Körpervolumen wurde ihr erlebbar, wenn sie sich zwischen dem Rücken und den Händen, die sie auf der Vorderseite abgelegt hatte, wahrnahm. Sie war kurz davor, sich zu dehnen und zu räkeln, sich einmal wenigstens wieder wohl zu fühlen – wiederum beendete ihr „Naja“ diese Anzeichen einer beginnenden, aus dem Autonomen stammenden Lebendigkeit und hinderte sie an aller weiteren Entfaltung des Brustkorbes, einem herzhaften Gähnen oder auch lauten Stöhnen oder Weinen.

Ich entschloss mich, dieses „Naja“ zu thematisieren. Wie sie die letzten 25 Minuten F.E. einschätze? Ob sie ihr wichtig seien? Sie erinnert sich schmunzelnd an die vorherige Stunde. Doch, sie habe die positiven Veränderungen bemerkt, aber irgendwie nehme sie das nicht zur Kenntnis, alles sei ja so traurig. Sie nahm sich zwar wahr, erteilte dem Gemerkten jedoch keine Akzeptanz und Bedeutung, gleichzeitig verlor sie

wieder den Kontakt zur Unterlage, dem „Boden“ der Liege. Ich frage zurück, ob ich ihr Verhalten mit einem „Ja, aber“ betiteln und auch kennzeichnen dürfe? Sie antwortet mit einem klaren „Ja!“, es wird sogar von einem zustimmenden tiefen Brummtönen begleitet. Zunächst glaubte ich, mich verhört zu haben, aber sie ist sogar bereit, dieses „Ja“ plus Brummtönen zu wiederholen. Körpersensibel wie sie ist, kann sie diesen Brummtönen bei sich lokalisieren: als etwas, was sich abwärts innen sammelt und wieder auseinanderstrebt nach außen, bei den Rippenbögen. Mit einem Aufatmen kann sie die positive Veränderung von vorher wieder erinnern. „Was passiert, wenn Sie ‚ABER‘ sagen?“ „Naja, es zieht sich wieder alles zusammen und verkrampft.“ Sicher und schnell findet sie die Antwort.

Durch das Angebot, leiblich ein „Ja“ und dann ein „Nein“ auszuprobieren, wurde es ihr möglich, die Wirkungen eines „Ja, aber“ und „Naja“ zu erkennen. Sie war in der Folge damit einverstanden, diese Separierung von klarem Ja und Nein in der Stunde zu erfahren und bemerkte selbst schon fast spitzbübisch, wann sie wieder ein „Naja!“ geäußert hatte.

Mit einem klaren „Ja“ oder „Nein“ zu Situationen konnte sie auch besser beschreiben, was alles so traurig in ihrer Situation war. Es wurde deutlicher, dass die Beziehung zu ihrem Mann außerordentlich schlecht war (sie konnten nicht miteinander über den Tod des Sohnes sprechen), sie hatten offensichtlich schon seit langem kaum Austausch, das wurde erst deutlich mit dem Tod des Sohnes. Durch den Verlust dieser lebendigen Beziehung zu ihrem Kind wurde ein zweiter Verlust offengelegt: die für sie entsetzliche Erkenntnis, dass ihre Ehe auch eine sehr traurige Situation darstellte. Sie begriff allmählich, dass sie zwei Trauerfälle zu beklagen hatte: den Tod ihres Sohnes und den seiner Wege gehenden, unverständigen Ehemann. Ihren Satz, „Ich bin ja so traurig“, der eine allgemeine Stimmungslage beschrieben hatte, gebrauchte sie immer seltener, dafür sagte sie: „Ich traure wegen meines Sohnes/ ich traure wegen meiner Ehe.“ Ihr Körper hatte an ihrer statt diese zwei Verluste schon sehr viel früher (durch Kopfbrummen und Herzschmerzen) unterscheiden können, als sie es sprachlich vermochte: dort, wohin die Sprache nicht reicht.¹⁸

In der Arbeit mit Trauernden habe ich erlebt, wie Lebensereignisse (Tod, Scheidung, Unglück, aber auch Operationen) erworbenes Verhalten außer Kraft setzen und die durch Verlust Geschädigten auf das Ve-

¹⁸ Keilson, Hans (1994): Das Leben geht weiter. Frankfurt.

getativum zurückführen. Wenn es gelingt, die „Leistungen“ des Vegetativums – das, was trotz allem Unglück von selbst noch funktioniert – deutlich zu machen und dafür zu sorgen, dass die autonomen Reaktionen gestärkt werden, kann Vitalisierung und damit Neues entstehen. Trauer muss und kann manchmal gar nicht in die Sprache geholt werden. Sie ist unsäglich und unsagbar, sie ist dort, „wohin die Sprache nicht reicht“. In diesem Zusammenhang weise ich auf die Arbeiten Keilsons mit traumatisierten jüdischen Kindern¹⁹ und A. Drees Arbeiten mit Tätern/Opfern hin.²⁰

4 Schlussbetrachtungen

4.1 *Dialektisches Empfindungsmodell: „Der Mensch ist ein Objekt, das ein Subjekt enthält“²¹*

Mein Beitrag hat sich mit der Beziehung zwischen Sprechen/Sprache und Körper beschäftigt; Metaphern als rhetorische und präverbale Äußerungen als leibliche Figuren dienten dabei als Instrumente, um an ihnen diese Beziehung zu erläutern, die durch ständigen Ebenenwechsel²² zwischen Sprechen und Empfinden dialogisch zwischen Patient und Therapeut hin und her geht.

Sprechen/Sprache wird über das Ausatmen transportiert und beinhaltet einen willkürlichen und einen unbewussten, autonomen Anteil. Das kommt im Stimmklang, den präverbalen Äußerungen, der Wortwahl und auch und gerade durch die Metapher zum Ausdruck, die eine bemerkenswerte Kreuzung oder auch Arrangement zwischen Körper- und Sprachwelt darstellt und ein besonders sinnfälliger Ausdruck des sog. leiblichen Unbewussten ist. Ihre Rückführung auf den „Kontext“ Körper, die Empfindungs-Umwelt, stößt auf wirksame und bemerkenswerte Resonanz. Ob ich Metaphern auf Bildfelder hin untersuche oder ob ich sie verwende, um sie zum Entstehungsort Körper zurückzuführen – sie gleichsam leiblich beheimate: Immer ist der Wunsch da, mehr über Strukturen und Prozesse von Wahrnehmung zu erfahren.

¹⁹ Keilson, Hans (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart.

²⁰ Drees, Alfred (1996): Folter, Opfer und Therapeuten. Göttingen.

²¹ von Weizsäcker, Viktor: Mündliche Mitteilung v. Marianne Fuchs.

²² Eberspächer, Hans-Eberhard (1986): Der Ebenenwechsel in der Funktionellen Entspannung. In: A.F.E. Intern, Heft 2.

Zwischen Wahrnehmung und Bedeutungszuweisung tut sich ein Niemandsland auf – ein offenes Terrain. Im Körper ist etwas angelegt, was wir nicht wissen und kennen. Die Neugierde, die wissen will, muss sich doch fügen und warten, bis das im Körper angelegte nicht Wiss- und Machbare, das Unverfügbare, die vierte Dimension offenbar wird und sich äußert. Das ist organismisches Denken.²³ Therapeut und Patient müssen warten, bis es kommt und sich entwickelt, dann erst sind Wahrnehmung und Sprechen möglich (zu „es“ und „sich“ vgl. 4.2).

Der Organismus als strukturierter Raum ist nicht grenzenlos offen, sondern durch Haut eingegrenzt, dem inneren Rhythmus angekoppelt, den Ordnungsprinzipien Schwerkraft und Halt (äußerer und innerer) unterstellt. Diese repräsentieren Instanzen, mit deren Hilfe der Mensch sein aus der Ordnung geratenes Inneres erstens orten, zweitens einordnen kann. In der Propriozeption gewonnene Worte sind Zwischendinge, gesprochen anders als geschrieben. Sie kommen im Schlepptau der Empfindungen, sind durch Kongruenz und Konsonanz gewonnene Äußerungen; sie sind sinnlich und körperanalog gewonnen durch ein dialogisches Hin und Her zwischen Therapeut und Patient: erst empfinden, dann bezeichnen. So entsteht dialektisches und zugleich zielorientiertes Sprechen, da es bisher Unbemerktes bemerkt und ausspricht. Es ist außerdem ressourcenorientiertes Sprechen, weil es vegetative Vorgänge positiv beeinflusst. Es ist salutogenetisch orientiertes Sprechen, weil es Wert darauf legt, die gesunden Anteile des Leibes zu beschreiben und somit Störungen anders integriert. Damit bringt es auch die Beziehung von Gesundheit und Krankheit zur Sprache. Es ist dialogisches Sprechen, weil in der Propriozeption deutlich wird, dass der Leib als etwas, was ich belauschen kann, zu einem dialogischen Gegenüber wird, dem ich mich als Freund (sinnlich) oder Feind (leibentfernt/leibfeindlich) verbünden kann. Spüren und Sprechen, Merken und Bemerkten sind dialektisch aufeinander bezogen.

Analog dem dialektischen Denkmodell Gadamers²⁴ könnte also hier von einem dialektischen Empfindungsmodell in Bezug auf den sonst verborgenen erlebbaren Körper gesprochen werden.

²³ von Uexküll, Thure/Fuchs, Marianne/Müller-Braunschweig, Hans/Johnen, Rolf (Hgg.) (1994): *Subjektive Anatomie*. Stuttgart. 79ff.

²⁴ Gadamer, Hans-Georg (1993): *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt.

Diese einfache Tatsache lässt die Frage aufkommen, wieviele Interaktanten im Grunde beteiligt sind, wenn Therapeut und Patient sich körpertherapeutisch unterhalten. Unter dem Aspekt des Körpers, des Objekts, der einen Leib, das Subjekt, enthält, wird jedes Zweiergespräch zum Quartett durch die Referenz auf den Körper.

Ich komme zum Schluss auf meine Rolle als Therapeutin zu sprechen und möchte sie mit einem Bild wiedergeben. Wenn Sprache/Sprechen das eine, der Körper das andere Ufer eines Gewässers bilden, dann bilden Metaphern und präverbale Äußerungen des Patienten die Brücke oder auch das Boot, mit deren Hilfe ich die Ufer miteinander immer wieder verbinde: Ich setze über oder trage hinüber (sic!) die Informationen des Sprachufers, bekomme Neues und Sorge dafür, dass das jetzt im Austausch Erhaltene auch wieder rückübersetzt wird. Auf diese Weise entsteht ein Netz im Hin und Her dieser Brücken- oder Fährrverbindungen, die ich mit einer anderen Metapher auch als Gewebe oder Textur bezeichnen könnte, in dem der Patient seine zerstörten Passungsprozesse bemerken und sich selbst als neue Erfahrungsgestalt in einer neuen, weil anders wahrgenommenen Realität erleben kann. Er erfährt, dass Realität keine stete Größe ist, sondern dass er sie täglich zwischen diesen Ufern herzustellen hat. Er wird die beiden Ufer, seinen lebendigen Körper und den Sprachkörper, nicht als sein Eigentum, aber als seinen Besitz ausmachen und damit umgehen können, weil er sich sowohl in seiner Sprache als auch in seinem Leib enthalten weiß.

4.2 Ausblick: Sprachwissenschaft und Körpertherapie

Sprachwissenschaft und Körpertherapie unterscheiden sich grundlegend im Zugang und Auswerten von Krankenberichten und Patienten-Narrativen. Die Körpertherapie versucht, den Patienten selbst zu beteiligen an der Verwandlung und Interpretation von Metaphern und anderen sprachlichen Äußerungen, indem sie das leibliche Korrelat des Patienten und das des Therapeuten (Übertragung und Gegenübertragung) zum Verstehen heranzieht und somit eine zusätzliche Information vom Körper erhält. Der Patient weiß sich später im Verstehen und im Text-Körper ganz anders enthalten. Die Körpertherapie fragt z.B., wie ein Patient vor und nach der Behandlung vom Körper spricht, wie sich sein Sprechverhalten und seine Körperhaltung geändert haben. Es wäre spannend, sprachwissenschaftlich zu evaluieren, wie sich Sprechverhalten verändert und was anders wird, wenn Patienten ihr Gesprochenes leib-

lich erspürt haben. Es wäre spannend zu erfahren, was Sprachwissenschaftler oder Körpertherapeuten mit dem Reflexivpronomen anfangen: sich aussprechen, sich aushalten und sich leben, sich verzehren und sich suchen/finden, sich empfinden, sich erinnern, bei sich und außer sich sein, sich entdecken und mit sich übereinkommen? Worüber gibt dieses „sich“ Auskunft? Und pflegt es Beziehungen zu dem biblischen „es geschah aber zu der Zeit“ oder dem märchenhaften „es war einmal“ oder unserem alltäglichen „Wie geht’s?“ – „Danke, es läuft“. Sind „sich“ und „es“ verwandt? Und wie kann ihre leibliche Referenz erspürt, beschrieben und verglichen werden?

Ferner: Was ist sprachwissenschaftlich oder körpertherapeutisch ein „NEIN“? Der lebendige Körper kennt kein Nein, er kann nicht nicht kommunizieren²⁵, sondern er befindet sich im stetigen Energiefluss und folgt einer Ruhe- oder Leistungsaktivität.

²⁵ Watzlawik, Paul (1985): *Menschliche Kommunikation*. 7. Aufl. Bern.

Michael B. Buchholz

Metaphern im therapeutischen Kontakt. Qualitative Ergebnisse einer triadischen Studie

- 1 *Das therapeutische Dreieck*
- 2 *Anlage der Untersuchung und Fragestellung*
- 3 *Was ist Kontakt? Der Ansatz der Metaphernanalyse*
- 4 *Was ist ein Szenario?*
 - 4.1 Das Szenario der schrittweisen Annäherung
 - 4.2 Das Szenario der elektromagnetischen Kontaktkräfte
 - 4.3 „Vom seidenen Faden zum reißfesten Tau“
 - 4.4 Das Szenario der Wandlung
- 5 *Die Szenarien und das Behandlungsergebnis*
 - 5.1 Maximaler Misserfolg
 - 5.2 Maximaler Erfolg
- 6 *Schlussbemerkung: Wozu ist das alles gut?*
- 7 *Literatur*

1 Das therapeutische Dreieck

Meine familientherapeutischen Erfahrungen haben mich zu der These geführt, dass das Subjekt der Entwicklung nicht das einzelne Individuum ist, sondern die familiäre Triade. Die familiäre Entwicklung kann in der Form erzählter Geschichten in einer familientherapeutischen Sitzung zur Sprache kommen und diese Geschichten lassen sich dann als „Dreiecksgeschichten“ (Buchholz 1993a) kennzeichnen. Neuerdings wird in der Psychoanalyse an prominenter Stelle der Übergang zu einer „Dreipersonenpsychologie“ (Kernberg 1999) gefordert und hier bietet sich die Verbindung zu den familientherapeutischen und metaphortheoretischen Konzeptualisierungen geradezu an.

Wie kann man eine Untersuchung zum therapeutischen Kontakt konzipieren, die diese Erfahrungen aufnimmt, die Kontakt nicht als „einseitiges“ Patientenmerkmal, sondern als interaktives Geschehen von wenigstens zwei Seiten her fasst? Und die es gestattet, den Kontakt eines

Patienten mit einem Behandler zu vergleichen mit dem Kontakt eines Patienten zu einem anderen Behandler – eine Untersuchung also, die tatsächlich „dreiseitig“ verfährt? Hier soll nun über eine Untersuchung im Rahmen qualitativer Psychotherapieforschung berichtet werden, die ich mit Cornelia v. Kleist gemeinsam durchgeführt habe und die die Verwendung von Metaphern für die Art der Beziehungen in den Blick nimmt.¹ Ich will die Grundidee kurz skizzieren.

Ein stationär aufgenommenener Patient hat es mit einer Vielzahl von Personen zu tun. Dazu gehören sein Therapeut oder seine Therapeutin, aber auch das Pflegepersonal, die Gestaltungstherapeutin oder der Masseur sowie eine Vielzahl weiterer Personen. Diese werden hier als Komplementärtherapeuten bezeichnet. Klinisch-psychotherapeutische Studien (z.B. Ruff/Leikert 1999) verfolgen den Weg der Besserung oder Heilung eines Patienten während seines Aufenthalts und betrachten den Behandlungsverlauf als Funktion seiner Störung. Wenig ist bisher die Art der Beziehungsgestaltung zu verschiedenen Behandlern in den Blick gerückt noch, inwieweit diese Beziehungsgestaltung koordiniert oder synchronisiert verläuft. Gerade aber dort, wo es ein Patient mit mehreren Behandlern zu tun hat, muss die Behandlung selbst koordiniert werden. Dazu dienen im klinischen Alltag eine Vielzahl von Konferenzen und Besprechungen, die zum Ziel haben, ein gemeinsames Bild vom Patienten zu kreieren, das für die Behandlungsführung weitgehend verpflichtend wird.² Dennoch ist und bleibt der Kontakt verschiedener Behandler mit demselben Patienten höchst verschieden; es kann nicht darum gehen, dies zu vereinheitlichen, sondern die Auswirkungen unterschiedli-

¹ Ein ausführlicher Bericht über diese Untersuchung findet sich bei Buchholz/v. Kleist (1997). Die folgenden „Zitate“ aus den Interviews haben eine Codierung; P am Anfang bedeutet, dass es sich um ein Interview mit einem Patienten oder einer Patientin handelt; T bezeichnet einen Psychotherapeuten und K eine Komplementärtherapeutin (in einigen Fällen auch Krankenschwestern).

² Die Untersuchung des „Bildaufbaus“ in Teambesprechungen hat sich eine „Arbeitsgruppe PAMIR“ (Psychoanalysis And Metaphor Interaction Research) zum Ziel gesetzt. In einer ersten Studie wurde die Besprechung derselben Patientin durch ein stationäres Behandlungsteam während fünf im Abstand mehrerer Wochen aufeinander folgender Teamsitzungen audiographiert und die angefertigten Transkripte analysiert (Buchholz et al. 2000). Die Entstehung des „Bildes“, dessen Veränderung sowie der Einfluss der Teamdynamik konnten genau beschrieben werden.

cher Gestaltungen des therapeutischen Kontakts von allen drei Seiten aus in der Wirkung auf das Behandlungsergebnis zu beschreiben. Dazu ist es erforderlich, einen individualisierenden Untersuchungsansatz, der nur den Patienten in den Blick nimmt, zu überwinden. Wir wissen mittlerweile ziemlich genau, dass Patientenvariablen für sich genommen lediglich 8-9% der Varianz des „outcome“ einer Behandlung erklären (Kächele/Fiedler 1985; Bachrach et al. 1991; Wampold 2001). Es macht demnach wenig Sinn, Patientenmerkmale „vorher“ und „nachher“ miteinander zu vergleichen – sofern man etwas über den Zusammenhang zwischen Prozess und Ergebnis ermitteln will. Die Beteiligten selbst müssen ihren Kontakt „darstellen“ können.

Dementsprechend machen wir zwei basale theoretische Annahmen:

- (1) Psychotherapie findet immer als Interaktion statt. Sie ist „soziales Ereignis“ (Buchholz 1995). Unter Interaktion will ich hier nicht die bloße Abfolge von Redezügen verstehen. Menschen machen sich ein inneres Bild von ihrem Gegenüber, sie typisieren die Art der Interaktion, d.h. sie beantworten stillschweigend und fortlaufend gleichsam die Frage, in welchem „Film“ sie sich befinden, und sie reagieren aufgrund der Bilder, die sie sich so wechselseitig anzeigen und dokumentieren. Psychotherapie ist also genau genommen eine „Interaktion der Bilder“ (Buchholz/v. Kleist 1995) und diese Annahme ist kohärent mit vielen Befunden der Ethnomethodologie. „Soziale Tatsachen“ werden immer „hergestellt“.
- (2) Wenn es nicht genügt, den Patienten zu untersuchen, muss man „die Behandlung“ zum Gegenstand machen. Im Fall der stationären Psychotherapie nehmen an einer solchen Behandlung mindestens drei Personen teil: der Patient, der Einzeltherapeut und eine Person aus den weiteren Berufsgruppen, die ich schon genannt habe. Damit dürfte klar sein, was ich hier unter dem „therapeutischen Dreieck“ verstehen will.

2 Anlage der Untersuchung und Fragestellung

Zum Zeitpunkt ihrer Entlassung wurden 30 unausgelesene Patienten qualitativ interviewt. Sie sollten narrativ einen Rückblick auf ihre Behandlung darstellen, den möglichen Nutzen und ihre Zufriedenheit beschreiben, v.a. aber die Art ihrer Beziehung zum therapeutischen Perso-

nal. Zum gleichen Zeitpunkt, d.h. im Abstand von 1-2 Tagen, wurde der dazugehörige Einzeltherapeut interviewt; auch er war aufgefordert, zu den gleichen Bereichen ausführlich und narrativ-beschreibend Stellung zu nehmen. Hinzu kamen 30 Interviews mit den Komplementärtherapeuten.³ Auf diese Weise haben wir für jede Behandlung ein Interviewset aus 3 Interviews erhalten, insgesamt also 90 Interviews. Diese wurden transkribiert und ausgewertet. Ich berichte über denjenigen Teil der Auswertung, der sich mit der Frage beschäftigt, wie unsere Interviewpartner ihren Kontakt zueinander beschreiben. Dabei spielen metaphorische Sprechweisen eine wichtige Rolle.

Die „therapeutische Beziehung“ ist ein wohlbekannter kurativer Faktor, aber niemand weiß so recht, was das eigentlich ist. Wir wollten uns in der Auswertung unserer Ergebnisse dieser Frage mit qualitativen Mitteln nähern. Qualitative Untersuchungsansätze werden neuerdings in der psychotherapeutischen Forschung stärker gewürdigt (Stiles 1993; 1994; Safran/Muran 1994; Frommer/Rennie 2001).

3 Was ist Kontakt? Der Ansatz der Metaphernanalyse

Wir haben die Literatur daraufhin studiert, was dort über „Kontakt“ zu finden ist (Buchholz/v. Kleist 1997). Die Beschreibungen sind vielfältig. Kontakt scheint ein universelles menschliches Basisverhalten darzustellen, das niemand so richtig zu definieren vermag. Kontakt kann in einem *theoretisch-abstrakten* Sinne nicht *definiert* werden, wohl aber fanden wir, dass „Kontakt“ *praktisch* definiert wird. Für solche „praktischen Definitionen“ hat sich in der Ethnomethodologie der Begriff des „account“ eingebürgert. Diese praktischen Definitionen werden gleichsam in actu vollzogen. Beispiele:

Man kann Kontakt z.B. *suchen* und ihn dann auch *finden*; er kann aber auch, etwa der zur Realität, *verloren* werden. Andere wiederum *knüpfen* Kontakt, *nehmen* ihn auf, *brechen* ihn ab. Wieder andere *schalten* im Kontakt ab oder warten darauf, bis ein *Kontaktfunke* entsteht und wieder die nächsten wollen sich „in“ den Kontakt einlassen. Der Kontakt kann *flüssig* sein oder *fest*, er kann sich *ausdünnen* oder *verhärten*; man kann ihn *pflügen*, *schleifen lassen* oder ihn *vernachlässigen* und dann *geht er ein*.

³ Über das „Tiefenbrunner Abschlussinterview“ vgl. Schöttler/Buchholz (1993).

Kontakt wird praktisch definiert durch eine bestimmte Sprechfigur, die Metapher. Sprechen Menschen über Kontakt, dann dient ihnen dieses Wort als „focus imaginarius“, „dazu da, die Vorstellung auf einen gewissen Punkt zu richten“.⁴ Kontakt ist soziales *und* imaginatives Geschehen zugleich.

Dieses Zwischenreich von Interaktion und Imagination kann man sich an Folgendem verdeutlichen: Wer bei einem Flirt fragen wollte, was der zugeworfene Blick bedeutet, wer sich also wie ein „Naturwissenschaftler-mit-Interesse-an-objektiven-Fakten“ verhielte, würde nur zeigen, dass er nicht flirten kann. *Während* des Flirts kann nicht gefragt werden: „Ist das hier ein Flirt?“ – eine gemeinsame Typisierung der Interaktion mit Worten ist nicht möglich? Wie verständigen sich Flirtende darüber, nicht in verschiedenen „Filmen“ zu sein, wie vergewissern sie sich, dass beide Interesse aneinander haben, nicht aber etwa eine polizeiliche Überprüfung vornehmen – obwohl das Spiel mit dieser Möglichkeit Teil jener Interaktion ist, die wir als Flirt typisieren? Wenn sie etwas Vergleichbares feststellen müssten, wäre das nicht ein „Missverständnis“ über die Bedeutung von Worten, sondern über den Typ der Situation. Es beendet ihre Interaktion vorhersagbar. Dennoch ist eine ausdrückliche Verständigung darüber so wenig möglich wie bei Leuten, die sich im „Klatsch“ über einen Dritten ergehen. Auch sie können nicht gemeinsam feststellen, dass sie gerade „klatschen“ (Bergmann 1987) – *während* sie klatschen. Eine solche Feststellung verändert die Zeitstruktur, sie kann immer nur „danach“ getroffen werden und beendet diesen besonderen Interaktionstyp. Sie leitet zu einer anderen Fortsetzung über. *Während* des Geschehens bleibt die Typisierung dessen, um was es sich hier eigentlich handelt, Angelegenheit der Imagination der Beteiligten. Die inhärente Ambivalenz und Vieldeutigkeit muss also als Ressource der Beteiligten genutzt werden. Von dorthier wird die Fortsetzung der Interaktion angeregt – oder nicht. Verbale Explizitheit freilich ist so wenig möglich, wie wenn jemand seinen Finanzbeamten direkt fragen würde, ob er sich bestechen lassen würde.

Es gibt dennoch beschreibbare Abläufe: Man testet die Situation und dabei immer auch, ob der Andere versteht, dass er getestet wird; dann wagt man den nächsten Schritt und wieder muss die Doppelbödigkeit der Interaktion beachtet werden usw. Eben solche Schritte gibt es auch beim Kontakt; und soweit die dabei ablaufenden Muster von beiden

⁴ Kant, Immanuel: Kritik der reinen Vernunft. Ausgabe B, 672.

Seiten genutzt werden (müssen), damit überhaupt eine Interaktion anfangen kann, spreche ich von kultureller Vorformuliertheit. Kulturell vorformulierte Szenarien des Kontakts lassen sich beschreiben und auch, wie sie genutzt werden. Sie schließen die Register des Körpers ein.

Nach der Schaffung „sozialer Tatsachen“ allerdings, nach Flirt, Klatsch oder Bestechungsversuch, kann dann die Imagination *formuliert* werden und dann bedient sie sich unweigerlich der Metapher (z.B. „Dieser Flirt war – ein Abenteuer“). Sie definiert praktisch.

Die Metapher ist diejenige kognitive Figur, mit deren Hilfe wir eine Erfahrungskonzeption aus dem einen Bereich so auf einen anderen Bereich übertragen, dass dieser neue Bereich zugänglich und verständlich wird. (vgl. Buchholz 1993b und c; 1996, Lakoff/Johnson 1998; Lakoff/Turner 1989). Wir können so Neues adaptieren und Angst vor dem Neuen reduzieren; die Metapher erlaubt weiter, das Unsagbare zu formulieren und tiefe Gefühle auszudrücken; sie ermöglicht es, neue Bereiche denkend zu erschließen und Zukunft zu projektieren (Beispiele dazu bei Buchholz 1996).

Wir unterscheiden mit Lakoff/Johnson (1998) zwischen manifesten und konzeptuellen Metaphern. Manifeste Metaphern sind leicht zu erkennen, konzeptuelle müssen hingegen erschlossen werden. Sie sind sozial unbewusste Arbeitsmodelle zur Strukturierung des Sinns einer Erfahrung. Die Unterscheidung zwischen manifesten und konzeptuellen Metaphern will ich an der Liebe erläutern.

So wird Liebe praktisch definiert als „Krieg“, wenn wir davon sprechen, dass Hans Lisa *erobert* („Eroberung“ ist die manifeste Metapher) hat, dass sie sich ihm *ergab* oder aber vor seinen Avancen *floh*. Diese Redeformen dokumentieren als Ganzes das metaphorisch formulierte Konzept LIEBE IST KRIEG. Wir können Liebe auch praktisch als „Wahnsinn“ definieren, wenn wir etwa davon sprechen, dass Karl *ganz verrückt* nach Petra ist, dass Jens *süchtig* nach Sex sei oder Jenny *ausflüpfte*, als ihr Rainer begegnete. Auch wissenschaftliche Auseinandersetzungen definieren wir praktisch, konzeptuell formuliert als AUSEINANDERSETZUNG IST KRIEG, wenn wir etwa sagen, der Gegner musste seine *Positionen räumen* oder dass ihm das *Wasser abgegraben* wurde oder wenn wir uns mit einem flotten „*Schieß los*“ zum Beginn der akademischen Feindseligkeiten auffordern. Es hätte Folgen, wenn Auseinandersetzungen nicht als Krieg, sondern als Tanz praktisch definiert würden (Galtung 1983). Praktische Definitionen haben praktische Folgen.

Weil wir Liebe nicht wissenschaftlich definieren können, steht uns eine Fülle von praktischen Definitionen mittels metaphorischer Bildgebungen zur Verfügung. Wir können uns vorstellen, in welche Schwierigkeiten ein Ehepaar käme, bei dem der Mann sein Konzept von der Ehe praktisch als „ökonomisches Unternehmen“, die Frau sie aber als „Reise“ definiert (Quinn 1982; Quinn/Holland 1987). Hier kann man die „Interaktion der Bilder“ sehen. Dabei verwende ich das Verb „sehen“ natürlich in einem metaphorischen Sinn. Sie sehen nur, wenn Sie metaphorisch „sehen“.⁵

Die Beispiele zeigen, wie wir Metaphern in unbemerkter Vielfalt *produzieren*. Nur jedoch, wenn uns dies auffällt, können wir sie auch *analysieren*. Die Analyse der Metapher hat Ziele, von denen ich hier zwei nennen will:

- o sich darüber klar zu werden, was mit einer bestimmten Metapher verdunkelt bzw. erhellt wird,⁶
- o welche operativen und interaktiven Effekte die Wahl einer bestimmten Metapher hat.

Das eine Ziel der Metaphernanalyse richtet sich auf die kognitiven, das andere auf die interaktiven Folgen. Nie aber ist Ziel der Metaphernanalyse, die Metapher durch den wissenschaftlichen „Begriff“ zu ersetzen – weil neuere Arbeiten (vgl. v.a. Debatin 1995) uns zu der Einsicht zwingen, dass die Metaphorizität der Sprache basal ist, selbst in der Wissenschaft.⁷ Die Bildgebung kommt vor dem Begriff, vor dem Begreifen steht das Ergriffensein.

Die hermeneutische Analyse der Metapher zeigt, dass eine Metapher einem Wort nicht nur abweichende Bedeutung verleiht; die metaphorische Prädikation⁸ (Debatin 1995) ist dadurch ausgezeichnet, dass sie von

⁵ Und damit haben wir eine weitere, in unserer Kultur verbreitete konzeptuelle Metapher: WISSEN IST SEHEN (wenn wir im Nebel tappen, nicht durchblicken oder ein Problem klären wollen).

⁶ Die Liebe als Wahnsinn muss „behandelt“ (wie oft legen sich „Liebeskranke“ ins Bett oder suchen wegen frustrierter Liebe Therapeuten auf), als Krieg hingegen muss sie „bekämpft“ werden und sucht sich nicht selten Menschen, mit denen das möglich ist. – Es gibt eine Vielzahl weiterer konzeptueller Metaphern der Liebe.

⁷ Dazu das neue Buch von Lakoff/Johnson (1999).

⁸ Im Unterschied zur semantischen Prädikation. Hier werden einem Gegenstand X Prädikate P1, P2 ...Pn zugeordnet und Wissen hat dann die Form $X = f(P)$.

etwas sagt, es sei so – also: „Der Mensch *ist* ein Wolf“; und dass sie zugleich sagt: „der Mensch *ist kein* Wolf“. Damit erzeugt die Metapher ein referentielles Paradoxon: Sie erlaubt das logisch verbotene Zugleich: „A sei B“ und „A ist nicht-B“. Was sprachtheoretisch *metaphorische Prädikation* genannt wird, entspricht der *metaphorischen Projektion* (Johnson 1987) auf der imaginativen Seite. Eine sinnlich-erfahrbare Bildgebung wird auf einen Bildempfänger projiziert wie ein Dia durch einen Projektor auf eine weiße Wand. Ohne das Licht der Metapher würden wir nicht einmal die Weißheit der Wand sehen. Die Metapher erzeugt so eine „Bewusstseinslage der doppelten Bedeutungen“ (Stählin 1914), sie zeigt uns etwas in einem neuen Licht. Zugleich gibt es das, worauf sie zeigt, nur durch die Metapher, denn über „Liebe“ oder „Seele“ können wir nicht anders sprechen als durch die Metapher, die immer über sich selbst hinausweist. Sie substituiert nicht ihren Gegenstand, sie konstituiert ihn. Sie verweist über sich hinaus auf Ungesagtes und Un-Erhörtes – sie operiert mit einer Logik des „tertium datur“, die große Nähe zu den von Freud in der „Traumdeutung“ beschriebenen Eigenschaften des Primärprozesses hat. Ricoeur (1986) hat deshalb in der Metapher das „Träumen der Worte“ vernommen. Darin haben alle Therapeuten⁹, die sich mit der Metapher beschäftigt haben, ihre große Faszination gesehen. Metaphern dienen dazu, etwas zu sagen und das Gesagte zugleich in der Schwebelage zu halten. Ermöglicht wird so die starke Einbindung der Imagination in das interaktive Geschehen. *Metaphernanalyse* ist ein methodischer Versuch, die Imagination in der Kommunikation, die Interaktion der Bilder wieder sichtbar und hörbar werden zu lassen. Metaphern sind unsere sozialen Sinnesorgane auch und gerade im Kontakt.

Will man wissen, was „Kontakt“ *ist*, dann empfiehlt es sich, auf dessen praktische Definitionen durch die Teilnehmer selbst zu achten; sie teilen sich vorrangig durch Metaphern für Handlungen mit. Wir haben eine Fülle von solchen praktischen Definitionen gefunden, denn der Kontakt selbst ist definitiv „leer“. Das verlockt, seine Leere mit einer Fülle von Bildgebungen auf dem Weg metaphorischer Projektion aufzuladen, um ihn praktisch definieren zu können. Wir haben gefunden, dass die Metaphern der Kontaktgestaltung sich einer sequenziellen Logik fügen und sich die Kontaktgestaltung in Szenarien darstellt. Wir wollten wissen, ob es einen Zusammenhang zwischen den Szenarien des Kontakts und dem Behandlungserfolg gibt.

⁹ Empfehlenswert: Cox/Theilgaard (1987).

4 Was ist ein Szenario?

Ein Szenario ist ein prototypisches Ablaufmuster mit einer sequenziellen Struktur, mit dessen Hilfe sich Interaktionspartner gegenseitig anzeigen, welche Schritte der Kontaktentwicklung bereits erfolgt sind und welche noch folgen können. Um diese abstrakte Definition mit Leben zu füllen, präsentiere ich aus unserem Material die Äußerung einer Patientin:

P 26/5: Also der eine Mitpatient, zu dem hatte ich ein sehr enges Verhältnis, wir haben guten Kontakt gehabt und auch sehr persönliche Sachen haben wir besprochen; es war einfach ein unwahrscheinliches Vertrauensverhältnis da, ohne dass da irgendwie mehr¹⁰ war.

Das ist eine leicht zu verstehende Mitteilung. Es ist von einem „guten Kontakt“ die Rede und diese Beschreibung wird praktisch durch Illustratoren definiert. Und nun kommt das Wörtchen „mehr“. Wieso verstehen wir, was mit „mehr“ gemeint ist? Die Antwort ist, dass wir es in unserem interaktiven Repertoire haben, was nun folgen müsste, wenn eine Patientin so über einen Mitpatienten spricht. Und die Patientin weiß es auch, und sie weiß auch, dass die Interviewerin es weiß und deshalb spielt sie darauf an, um das Eintreten eines nun ja doch recht wahrscheinlichen Ereignisses zu verneinen. Auf einen so guten Kontakt müsste etwas folgen, von dem wir alle wissen – das ist es, was ich mit sequentieller Logik meine. Die Szenarien des Kontakts, so kann man hier schon sehen, sichern in einer unauffälligen, aber höchst wirkungsvollen Weise die Kommunikation. Es ist schwer, in dieser Äußerung der Patientin *nicht* eine fein sublimierte erotische Anspielung zu erkennen.¹¹

4.1 Das Szenario der schrittweisen Annäherung

Im Folgenden zeige ich an Ausschnitten aus unserem Material einige der von uns gefundenen Szenarien. Therapeuten und Patienten verwenden diese Szenarien gleichermaßen; sie dienen zu einer prozessualen Diagno-

¹⁰ Der Kursivdruck bedeutet hier nur eine Hervorhebung, um Aufmerksamkeit für die folgenden Bemerkungen zu schaffen.

¹¹ Wegen dieser Nähe zur Erotik definierte Nelson Goodman (1984) die Metapher als „Affäre (!) zwischen einem Prädikat mit Vergangenheit und einem Subjekt, das sich unter Protest hingibt“.

se (Buchholz/Seide 1995) des Kontakts und zur kognitiven Organisation der Behandlung auf Seiten der Therapeuten.

Das erste haben wir das Szenario der schrittweisen Annäherung genannt. In diesem Szenario beginnt Kontakt immer mit einer einseitigen Kontaktanzeige. In unserem Material sind es Briefe und Postkarten, die geschrieben, Telefonate, die getätigt werden müssen, oder es ist Trauer, die „gezeigt“ wird. Aber es finden sich auch Beispiele, dass ein nonverbal „Kontakt-anzeigender“ Blick durchaus genau beobachtet und verbal im Interview repräsentiert wird. Damit aus dem ersten Schritt ein wechselseitiges Geschehen, ein „Kontakt“ entsteht, muss die „Anzeige“ beobachtet und erwidert werden. Von dieser Notwendigkeit der Erwidern scheinen alle Interviewpartner ein implizites Wissen zu haben. Die Beteiligten nehmen sich als Personen, die ihren Kontakt wahrnehmen, wahr. Es entsteht interaktive Reflexivität, die ihrerseits durch manifeste metaphorische Bildgebungen anschaulich gemacht wird. Kaum irgendwo kommt dies schöner zur Darstellung als im folgenden Zitat einer Patientin über den Kontakt zu ihrem Therapeuten:

P 2/150: Also ich habe das immer so als Spiegel gesehen, wie ich ihm begegnet bin, so ist er auch mir begegnet.

Hier wird Wechselseitigkeit reflektiert. Die manifeste Metapher vom Spiegel dient der Veranschaulichung der Erfahrung, vom Anderen wahrgenommen worden zu sein und umgekehrt ihn als Wahrnehmenden wahrzunehmen. Die Erfahrung des Kontakts, der Begegnung, selbst kann nicht direkt mitgeteilt werden. Die manifeste Metapher der Spiegelung zeigt deren transzendente Funktion. Sie versucht, einen Überschuss zu kommunizieren. Die konzeptuelle Metapher heißt hier KONTAKT IST SEHEN UND GESEHEN WERDEN.

Damit der Kontakt sich entwickelt, muss über die Stufe des Sehens und Gesehen-Werdens hinaus gegangen werden; die Vertrautheit auf der Stufe der Wahrnehmung ist die Voraussetzung dafür, zum Zugehen überzuwechseln. Darin zeigt sich die sequenzielle Logik:

P 19/4: AvD (Arzt vom Dienst während der Nachtstunden) ist dann für mich einfach ein unbeschriebenes Blatt, da ist mir jemand lieber, den ich schon ein bisschen kenne, der mir *vom Ansehen her* zumindest ein bisschen vertrauter ist. Und da, denke ich, habe ich gemerkt, so schlimm ist das gar nicht. Vor allem weil es für mich irgendwo auch peinlich war, weil – ja – und dann habe ich ziemlich gezielt auch und öfters Kontakt gesucht. Und der

Bann war dann gebrochen, dann war das Pflegepersonal – also schon bestimmte Personen, ich hab *geguckt*, wen ich da auswähle, durchaus für mich die Möglichkeit gesehen, Probleme anzusprechen.

Ein „unbeschriebenes Blatt“ – das ist jemand, der im Kontakt bislang nichts angeboten hat, das man sehen konnte. Jemanden kennen, der „vom Ansehen her zumindest ein bisschen vertrauter ist“, wird deshalb als Bedingung formuliert, um die Peinlichkeit zu überwinden, mit Problemen zu jemandem zu gehen. Die sequenzielle Logik ist genau ausgezeichnet; erst „Sehen“, dann „Zugehen“.

Auf die Stufen der Anzeige und der Wahrnehmung folgt die Stufe des Zugehens. Wir sehen dies in der Äußerung einer Therapeutin über einen Patienten:

T 25/8: Kontakt zum anderen Geschlecht – also da gab es immer wieder so diese *Anläufe*, aber dass er nicht so ganz verstanden hat, wenn sich Frauen auch wieder so *zurückgezogen* haben, wo er dann diese jüngeren Frauen so in die Position gebracht hat, dass die ihm auch nicht so *offen* das sagen konnten, und dass dann so Äußerungen kamen, dass er gemocht werde, aber *mehr* möchten sie eigentlich nicht.

Erst ist von „Anläufen“ die Rede. Damit wird ein hohes Tempo der Annäherung indiziert; auf jemanden ZUGEHEN wird hier zum ANLAUFEN gesteigert. Weiter wird beschrieben, dass der Patient „nicht verstanden“ habe, wenn die Frauen sich zurückzogen. Der metaphorische „Abstand“ bleibt auf diese Weise gleich. Was eine metaphorische Liebeszene hätte werden können, verwandelt sich in einen erfolglosen Eroberungsversuch. Die jüngeren Frauen können ihm „das nicht so offen“ sagen, und beantworten seine „Anläufe“ mit Rückzug. Die Frauen „berühren“ den Patienten mit der Bemerkung, „dass er gemocht werde“, „aber mehr möchten sie eigentlich nicht“. Was wiederum wäre hier „mehr“? Wenn die Frauen sich „mehr geöffnet“ hätten... Wieder finden wir die Verwendung des „mehr“ als Index für eine weitere Stufe des Szenarios.

Das Zitat artikuliert mehrere konzeptuelle Metaphern des Kontakts (Kontakt = zugehen/anlaufen, zurückziehen, berühren, „mehr nicht“), die von der Sprecherin sequenziell angeordnet werden. Teilnehmer können „Positionen“ einnehmen, sie erkennen und Interaktionen auf sie beziehen. Das Szenario steuert außerordentlich gut erkennbar das ge-

samte Geschehen auch und gerade in den Stufen, die nicht vollzogen, aber *als mögliche* (durch „mehr“) indiziert werden. Diese Indizierung ermöglicht uns, zu verstehen, wovon da die Rede ist. Denn was eigentlich wüssten wir, wenn wir das Wörtchen „mehr“ nur wörtlich verstehen würden? Nichts – und dass wir dennoch verstehen, wovon da die Rede ist, verdanken wir unserer bildhaften Imagination, die von der Indizierung des Szenarios angeregt wurde.

Wenn wir uns die einzelnen Stufen des Szenarios graphisch veranschaulichen (Abb.1) und dabei E für „Einigungen“, A für „Auseinandersetzungen“ *zwischen* den Stufen eintragen, dann erkennt man deutlich den „Kontaktpfad“, der mit einer „Anzeige“, einem „Beziehungsangebot“ oder einem solchen „Wunsch“ beginnt und beim Eindringen/Öffnen endet. Es sind Personen, die sich in einem metaphorischen Kontakt-Raum aufeinander zu bewegen, und wir werden noch sehen, dass das bei anderen Szenarien anders ist.

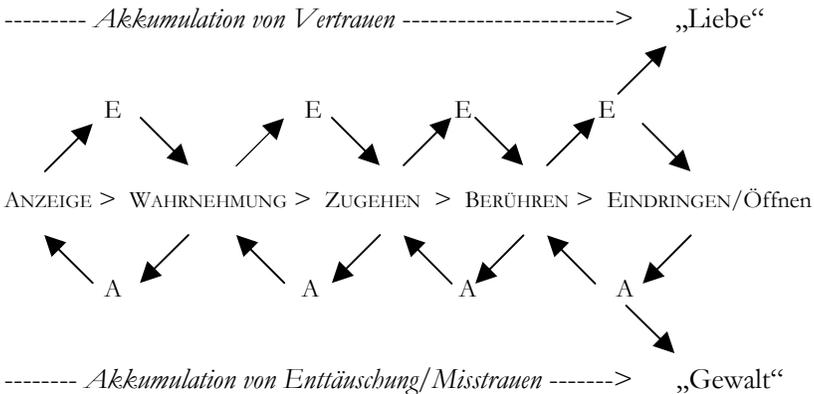


Abb.1: Szenario der schrittweisen Annäherung

Der Ablauf dieses Szenarios ist demnach, dass der Kontakt mit einer Anzeige beginnt und in der Stufe der Wahrnehmung wechselseitig ratifiziert wird. Dann folgt ein metaphorisches „Zugehen“ und eine metaphorische „Berührung“ und schließlich kommt es zu einem Bifurkationspunkt: Der Ausgang kann sich entweder in Gewalt oder in einer Form von „Liebe“ manifestieren. Das soll gleich erkennbar werden.

„Gewalt“ ist hier Sammelbegriff für Beziehungsformen, die von milden Formen der Zurückweisung über Antipathie zu manifesten Formen der Gewalt reichen können. Mit „Liebe“ ist hier in einer ähnlichen Weise ein Sammelbegriff gemeint, der von Graden der Sympathie („Mögen“) bis zu manifest erotischen Formen reichen kann. Von besonderem Interesse scheint, dass Gewalt dann entstehen kann, wenn die sequentielle Logik der Stufenfolge nicht eingehalten wird, wenn also Kontaktpartner notwendige Zwischenstufen überspringen, überrennen, zu schnelle Anläufe nehmen – oder wie auch immer die manifest-metaphorischen Bildgebungen dafür heißen mögen. Patienten wie Therapeuten diagnostizieren ihre Kontaktstörungen auf genau diese Weise. So sagt ein männlicher Patient:

P 12/8: Kontakte zum anderen Geschlecht, das ist auch noch schwierig, weil immer noch stark auch, wenn mir 'ne Frau gefällt, dann ist auch stark der sexuelle Gedanke gleich da.

„Schwierig“ sind die Kontakte, weil die Stufe des „Eindringens“ (der sexuelle Gedanke) hier „stark“ anvisiert wird, ohne dass Möglichkeiten zur Verfügung stünden, die vorangehenden Stufen zu realisieren. Dieser Patient geht vom „Wahrnehmen“ („ne Frau gefällt“) zum „Eindringen“ in der Phantasie („der sexuelle Gedanke“) über und diagnostiziert selbst mit solchem raschen Übergang seine Kontaktschwierigkeiten. Er phantasiert, kaum dass ihm eine Frau gefällt, das sexuelle „Eindringen“ – für die erforderlichen Zwischenstufen der erotischen Praxis fehlen ihm die Metaphern mit der Folge, dass er für das, was Zeit der interaktiven Realisierung braucht, zu schnell wird. Wegen des zu hohen Tempos muss er möglicherweise den ganzen Ablauf des Szenarios abbremsen, was klinisch als Gehemmtheit auffällt. Die Äußerung dieses Patienten zeigt sehr gut das Zusammenspiel von Drang und Hemmung, wie es die psychoanalytische Abwehrlehre ausgearbeitet hat. Das Szenario, als praktische Leitlinie verstanden, böte hier eine Fülle von Möglichkeiten, den „Einbau“ von metaphorischen Zwischenstufen in die Konzeptualisierung von Kontakt therapeutisch zu etablieren.

Wie Therapeuten mit solchen Kontaktstörungen umgehen und sie prozessual diagnostizieren, will ich hier anschließen. Therapeuten reagieren auf Nicht-Einhaltung der Stufenfolge mit Maßnahmen, die den Patienten auffordern, auf einer früheren Stufe zu beginnen. Man kann das an der längeren Äußerung einer Komplementärtherapeutin über einen Patienten erkennen:

K 6/65: Ja, dann ist rausgekommen bei ihm, dass er andauernd die Grenzen der anderen *verletzt*. Das heißt, er *übertritt* die Grenzen und Räume, die abgesteckt sind, die betritt er und holt sich dort Sachen aus diesen Räumen, die andere für sich dort hingelegt haben, das heißt, er *will die Grenzen nicht sehen*. Im Nachgespräch, das war ziemlich am Anfang, sagte ich ihm dann einmal, Herr <Name>, „Ist Ihnen bewusst, dass Sie die Grenzen der anderen für sich gar nicht so wahrgenommen haben, die *übertreten* haben, dort *reingegangen* sind, dort Sachen rausgenommen haben?“ – „(Unwillig) Ja, das weiß ich jetzt!“ Und dann sagten andere Patienten was dazu, dass sie sich *verletzt gefühlt* haben, und dann habe ich gesagt, „naja, wenn das mein Raum wäre, und mir das so geschehen würde, würde ich mich auch *verletzt fühlen*.“ Um so'n Stückchen von den anderen Patientinnen das wegzunehmen auf meine Kappe, woraufhin er mich dann angeguckt hat und mich *angebrüllt* hat: „Sie altes Mist!“ Das war also die erste Situation, wo es da *Reibungen* gegeben hat und er mich dann *groß angeguckt* hat, ganz verwundert, wo er dann ganz schnell realisierte, was er da gesagt hat, sich *entschuldigte* und sagte: „Ach, da dachte ich wohl, Sie sind gut ausgebildet und bei Ihnen kann ich abladen, was ich habe, und ich habe Ihnen im Vorgespräch doch alles schon gesagt, was los ist, und Sie müssen das doch ertragen.“ Und da sagte ich: „Ja, und auch hier gibt es Grenzen. *Genau so, wie es Grenzen in den Räumen gibt, gibt es auch Grenzen im Umgang mit Menschen, und für mich ist da 'ne Grenze überschritten*.“ Und dann hat er mir aber gesagt, *dass ihm das leid tut*, dass er sich da *wirklich entschuldigt*, das hat er im Nachhinein *auch noch mal gemacht*, und er hofft, dass das *so in Ordnung* ist, dass *ich das so annehmen* kann, und ich habe ihm gesagt, dass ich das annehmen kann. Mit zunehmendem Maße *mochte er mich lieber*.“

Dieser Patient „verletzt“ Grenzen anderer. Die Metapher verdeutlicht, dass diese Grenzen durchaus wie die von konkreten Räumen zu verstehen sind und nicht weniger respektiert werden müssen. Der Patient seinerseits verletzt die metaphorischen Grenzen Anderer, indem er sich „Sachen von dort“ holt. Sodann gibt K, wörtlich zitierend, den Dialog wieder. Ein erster Hinweis auf Grenzen wird vom Patienten „unwillig“ zur Kenntnis genommen; er wird zur „Wahrnehmung“ verpflichtet. Dieser Hinweis war erforderlich aus Sicht von K, weil der Patient den Kontakt mit „Eindringen“ beginnen wollte. Es hat „Reibungen“ gegeben. Einigungen auf der Stufe des „Berührens“ sind nicht möglich, der Patient wird auf dem Kontaktpfad zur Stufe der Wahrnehmung zurück-

verwiesen, er „guckt mich dann groß an, ganz verwundert“, realisiert den „gewaltsamen“ Ausgang der ersten Runde des Kontakts, entschuldigt sich und es kommt zu einer gelingenden Einigung, die hier als „Annehmen“ beschrieben wird. Der Ausgang ist charakteristisch: „Mit zunehmendem Maße mochte er mich lieber“. Wo zuvor ein gewaltsamer Ausgang drohte, entsteht jetzt eine milde Form der Zuneigung.

Deutlich erkennen wir an diesem Beispiel, wie nicht nur die Konzeptualisierung des Kontakts im Szenario der schrittweisen Annäherung erfolgt, sondern das Szenario auch die Beschreibung der therapeutischen Vorgehensweise organisiert. Die sequenzielle Logik des Szenarios erzwingt subtil die Einhaltung beschreibbarer „Schritte“. Wo diese nicht eingehalten werden, der Kontakt als sozial-interaktive Synchronisation nicht abgestimmt werden kann, erfolgt der Verweis auf frühere Stufen und von dort aus wird der Kontakt in die Bahnen des Szenarios gelenkt. Dann kann er sich entwickeln, voranschreiten, angehalten oder weitergeführt werden – aber immer erfolgt die Abstimmung gemäß den beschriebenen Stufen.

Und das wird interessanterweise auch von Patienten genau so beschrieben:

*P 12/1: Ja, z.B. so, wenn es da um Kontakt ging zu Mitpatienten oder zur Mitpatientin, da glaubte ich früher, da hätte ich keine Schwierigkeiten damit. Habe aber hier festgestellt so eben, dass ich da auch so in Extremen mich verhalten habe, entweder zu jemand *zu große Distanz*, oder so, dass ich ihn gleich *vereinnahmte*. Daraus entstand für mich so eine *neue Erfahrung*, auch mal *auf jemand zuzugehen* und sich nahe zu kommen und auch *mal da stehen zu lassen*, weil der andere vielleicht sagt, das wird mir jetzt zu nahe oder ich selbst gespürt habe auch, das reicht mir jetzt und nicht diese beiden Extreme wieder – entweder gleich so oder mit dir will ich nichts zu tun haben.*

Dieser Patient verwendet Worte wie „Distanz“ als manifeste Metapher. Kontakt kommt nicht zustande, wenn die Distanz „zu groß“ ist oder der andere gleich „vereinnahmt“ würde – eine Bezeichnung für die Stufe des Eindringens. Er hat im Laufe der Behandlung durch eine „neue Erfahrung“ realisiert, dass dafür Zwischenstufen eingehalten werden müssen; man muss „zugehen“ und auch mal „stehen lassen“ – abhängig von den Reaktionen des Anderen. Kontakt muss interaktiv realisiert werden und bedient sich kulturell vorformulierter Ablaufmuster, eben der Szenarien.

Das beschriebene Szenario der schrittweisen Annäherung kann unsere therapeutischen Vorstellungen von „Nähe – Distanz“ erheblich verfeinern und es bietet, wie wir schon gesehen haben, Möglichkeiten der prozessualen Diagnostik von Kontaktstörungen – immerhin eine der häufigsten Diagnosen. Störungen treten auf, wenn das Tempo nicht angemessen berücksichtigt wird und die Stufe des Zugehens zu „Anläufen“ beschleunigt wird. Im therapeutischen Kontakt verfährt die Diagnostik prozessual, nicht kategorial-klassifizierend. Szenarien haben eine antizipative Struktur, deshalb sprechen wir auch von imaginativen Szenarien. Wer drängende Anläufe macht, will die sequenzielle Struktur gewissermaßen abkürzen, um zum Ziel zu kommen, und darauf reagieren Interaktionspartner und therapeutische Beobachter irritiert. Störungen treten auch auf, wenn ganze Stufen übersprungen, d.h. ausgelassen werden sollen. Eine weitere Quelle für Störungen ist, wenn das metaphorische „Berühren“ zu „Reibungen“ umgewandelt wird.

Zu „Reibungen“ kommt es nur und ausschließlich zwischen Männern.¹² Sie benutzen diese zwischen Erotik und Aggression schillernde Metapher, um ihre „Interaktion der Bilder“ vor dem Übergang zur nächsten Stufe des „Eindringens“ gewissermaßen abzubremsen; es ist nahe liegend, dass das Tabu der Homosexualität seine imaginativen und interaktiven Wirkungen entfaltet – Hinweis auf die Unbewusstheit sozialer Ordnung in den für ganz persönlich gehaltenen Beziehungen.

An diesem Beispiel kann man die große Bedeutung der Szenarien sehr deutlich sehen. Wenn man sich zu einem Kontakt erst *verabreden* müsste, hätte er immer schon begonnen. Soweit er aber erst verabredet werden *müsste* , könnte er nicht beginnen – und aus diesem Dilemma befreit uns das Angebot kulturell vorformulierter Muster, die wir nutzen und auch beim Anderen jeweils solange voraussetzen, bis wir eines Besseren (oder Schlechteren) belehrt werden.

Das Szenario der schrittweisen Annäherung ist das bekannteste und häufigste. Um es zu „sehen“, braucht man einen sinnlichen Sinn für die Präsenz des Körpers in der Sprache. Ich habe deutlich zu machen versucht, dass wir Worte wie „zugehen“ oder „berühren“ hinsichtlich der darin sich artikulierenden Körpersprache zu vernehmen versuchen. Der Körper artikuliert sich „in“ der Sprache mittels der Metapher. Die „Be-

¹² Die einzige Ausnahme in unserem Material ist das schon genannte längere Zitat der Komplementärtherapeutin, die ihren Patienten auf seine Grenzen verwies; dieser Patient war homosexuell.

rührung“ zweier Körper – in und durch Sprache (!) – könnte in einem gewissen Umfang für das Gefühl „tiefen Verstehens“ verantwortlich sein, welches sich in guten therapeutischen Kontakten herstellt.

4.2 Das Szenario der elektromagnetischen Kontaktkräfte

Ich wende mich nun einem anderen Szenario zu, stelle aber dafür das Material nicht mehr so ausführlich dar. Unser gesamtes Material ist in der genannten Studie (Buchholz/v. Kleist 1997) präsentiert.

Gegenüber dem Szenario der schrittweisen Annäherung sieht das Szenario der elektromagnetischen Kontaktkräfte die Personen nicht in Bewegung. Sie bewegen sich nicht in einem metaphorischen Raum aufeinander zu, sondern werden ihrerseits von den „vibrations“ des Kontakts erfasst. Entscheidend ist, dass dem Kontakt eine eigenständige Macht zugesprochen wird. Die Veränderung der Person erfolgt entweder gar nicht – oder schlagartig. Das Szenario der elektromagnetischen Kontaktkräfte operiert mit einem Alles-oder-Nichts-Prinzip, es „funk“ oder es „funk nicht“.

Dies soll zunächst beispielhaft an der Redewendung demonstriert werden, „einen Kontakt zu schließen“:

P 7/10: Wichtig ist, dass ich wieder Kontakt schließen kann – sei es jetzt mit einem Mann und mit ner Frau, dass ich dazu keine Hemmungen habe.

Schließen – das wird hier nicht als „beenden“ gemeint, sondern als „Schließen eines Stromkreises“. Erkennbar benennt der Patient seine allgemeine Fähigkeit „Kontakt zu schließen“ als eine, die nicht auf bestimmte Personen bezogen ist. Es macht keinen Unterschied, ob die Kontaktpartner wechseln, ob von Kontakten „mit einem Mann“ oder „mit ner Frau“ die Rede ist. Er ergänzt dann, „dass ich dazu keine Hemmungen habe“. Damit ist impliziert, dass das „Schließen“ von Kontakten ein Vorgang sei, der von allein stattfindet, wenn er nicht „gehemmt“ wird. KONTAKT IST EINE KRAFT – so lautet die praktische Definition hier. Die Verwendung des Verbs „schließen“ lässt uns erschließen, dass es sich um eine spezifische Art von Kräften handelt: Bildspender sind elektromagnetische Kräfte der wechselseitigen Anziehung.¹³ Kon-

¹³ Tatsächlich lassen sich Belegstellen aus dem 18. Jahrhundert finden, die die Entstehung des metaphorischen Sprachgebrauchs aus der technischen Vorlage genau anzeigen (vgl. McReynolds 1990). Die „Anziehung“ (Attraktivität)

takt erzeugt ein solches Wirkfeld, mit dem andere Kräfte, die hier als „Hemmungen“ bezeichnet werden, interferieren können. Sind diese Gegenkräfte beseitigt, kann der Kontakt geschlossen werden.

Das Szenario der elektromagnetischen Kontaktkräfte wird von vielen Menschen als Prototyp gelingender Kontakterfahrung betrachtet. Der Kontakt, den die Kontaktpartner in anderen Szenarien vorsichtig und zeitverbrauchend *aufbauen* müssen, zeigt und realisiert sich hier *in einem Moment*. Als gängiges imaginatives Vorbild für einen solchen Vorgang hat sich das Modell¹⁴ eines Telefon- oder Funkkontakts durchgesetzt:

P 21/1: Es gibt halt Mitpatienten, zu denen habe ich nicht soviel Kontakt gehabt, insofern hat auch nicht soviel Zusammenleben stattgefunden, halt Leute, mit denen man nicht so auf einer Wellenlänge liegt, hab ich mich auch nicht groß drum bemüht, insofern hat es da wenige Punkte gegeben, klar man hat sich gesehen, hallo gesagt, ist mal zusammen zum Essen gegangen, aber viel mehr war da halt bei einigen nicht.

Ich habe dies Zitat hier gewählt, weil sich daran die selektive Funktion der gewählten Metapher sehr schön erkennen lässt. Dieser Patient definiert Kontakt praktisch als „auf einer Wellenlänge liegen“. Ein außenstehender Beobachter könnte jedoch einwenden, er sei doch mit anderen auch zum Essen gegangen oder habe mit anderen „hallo gesagt“. Aber das Entscheidende ist: Das stellt für diesen Patienten weder „Kontakt“ her noch stellt es ihn dar. Er definiert Kontakt praktisch anders. Konzeptuell leistet dieses Kontaktmodell durch die Entgegensetzung von innerer und äußerer Kontaktdimension, dass der äußere Kontakt bedeutungslos erscheint und man zu einer möglichst *reinen Vor- und Darstellung des inneren, des erlebten Kontaktgeschehens* gelangen möchte. Die Wahl dieses Szenarios erfüllt seine Funktion dadurch, dass es dem Einzelnen hilft, in einer Masse von Menschen diejenigen schnell wahrzunehmen, zu denen er sich durch die KRAFT des Kontakts „hingezogen“ fühlen

zwischen Menschen wird dann nach dem technischen Modell gedacht, während umgekehrt Newton die Anziehung physikalischer Körper noch nach dem Modell der menschlichen Attraktivität beschreibt.

¹⁴ Der Ausdruck „Modell“ ist beinahe zu anspruchsvoll, denn es handelt sich um verschiedene Teile eines *Bildfeldes*, die aus dem Bereich der Elektromechanik, des Funkverkehrs, des Einstellens von Sendern bei Radioapparaten („tuning“ wird in der Säuglingsforschung zu „attunement“ zwischen Mutter und Kind) etc. entnommen sind.

kann. Dies Szenario ist deshalb das einzige, das keine Zwischenstufen des Kontakts vor- und darstellt; vielmehr verdichtet sich die Kontaktentwicklung zu einem einzigen *Test*, in dem die Kontaktpartner unmittelbar merken, ob sich ein „innerer Kontakt“ zwischen ihnen eingestellt hat – oder nicht. Von einer *Entwicklung* kann nicht gesprochen werden, es fehlt das Moment der Herstellung. Metaphorisch wird dies ausgedrückt in der Vorstellung, dass *Nachrichten- oder Energieströme automatisch zu fließen beginnen*, sobald durch das Zusammentreffen der Kontaktpartner *die Verbindung hergestellt* ist: Es funkt oder es funkt nicht. Wenn Differenzierungen situativ erforderlich werden, muss deshalb in der Darstellung auf ein anderes Kontaktmodell übergewechselt werden:

P 19/1: Ja, und wirklich in mich reinzuborchen und, den Kontakt möchte ich nicht oder die Situation ist mir unangenehm. Ja, wo ich sonst so drüber weg gerannt wäre. Und eben auch da sehr deutlich zu merken oder, gut, ich weiß, dass ich mit meinem Körper nicht sonderlich gut umgehe, der reagiert sehr stark und ist eigentlich ein ständiges Barometer und Signal für mich.

Um zu merken, dass sie einen bestimmten Kontakt „nicht möchte“ und um unangenehme Kontakte rechtzeitig identifizieren und aussortieren zu können, bedient diese Patientin sich einer Art Klassenbildung; sie teilt ihre Kontaktpartner in zwei Klassen ein. Dazu verlangsamt sie den Kontaktprozess und wendet ihre Aufmerksamkeit den „sehr deutlichen“ Reaktionen ihres Körpers zu. Es sind die warnenden Signale ihres Körpers, über die sie sonst „drüber weg gerannt“ wäre, denen sie nun, als Ergebnis des therapeutischen Prozesses, zeitverbrauchend mehr Aufmerksamkeit schenkt. Das wirkt sich retardierend aus. Allerdings ist der Wechsel zu einem anderen Kontaktszenario, das die Zeitdimension darstellen könnte, noch nicht konstant vollzogen. Verlangsamung ist im Szenario der elektromagnetischen Kontaktkräfte wegen der Realisierung des Kontakts in einem Augen-Blick nicht darstellbar; das erzwingt hier den passagären Wechsel des Szenarios. Anschließend kehrt die Patientin zum Szenario der elektromagnetischen Kontaktkräfte zurück und verwendet für den Körper und seine Signale die manifesten Metaphern von Signal und Barometer. Das sind Bildspender, die mit dem Szenario der elektromagnetischen Kontaktkräfte wiederum gut vereinbar sind.

4.3 „Vom seidenen Faden zum reißfesten Tau“

Wir fanden in unserem Material, dass der Kontakt häufig als „Faden“ praktisch definiert wird. Einen solchen Kontaktfaden kann man „aufnehmen“, „anknüpfen“ oder ihn anspinnen, man kann ihn „halten“ oder wie eine Masche „fallen lassen“. Kontakte dieses Szenarios können deshalb dann „abreißen“, oder man kann sich in sie „verwickeln“. Die Bildung aus dem Bereich des Webens von Stoffen lässt dann auch eine Beschreibung von Kontakten als „locker“ zu.

P7/3: Und eine Woche später war dann diese Anamnese und da war schon der Kontakt da und das ging eigentlich ganz locker und das war schön.

An diesem Beispiel kann man etwas Interessantes beobachten. Anders als beim Szenario der schrittweisen Annäherung gibt es hier keinen ausdrücklich thematisierten Kontaktfadenanfang. Der Kontakt ist immer schon „da“, man muss ihn nur „aufnehmen“. Und weiter: Der Kontakt braucht ein Medium. Die Körper der Personen bewegen sich auch hier nicht, sondern sie halten sich Kontaktfäden hin, die sie aneinander anknüpfen und sie tun dies bei Gelegenheiten wie der Anamnese, dem Sport, Gruppenveranstaltungen etc. Solche Gelegenheiten bezeichnen wir als Medien des Kontakts, denn sie können dann auch wieder aufgegeben werden, wenn der Kontaktfaden erst einmal hält. Der Kontaktfaden kann durch die Medien zu einem ganzen „Netz“ ausgebaut werden. Im folgenden Beispiel ist das Schreiben von Briefen ein Medium des Kontakts.

P 26/3: Ich möchte auch mit einigen Patienten Kontakt halten und Briefe schreiben. Und dann das, was ich ja zu gerne mache, dieses Hängenlassen... in das will ich auf keinen Fall zurück.

Kontakte kann man „hängen lassen“ – das ist eine Metapher, die sich gut in die konzeptuelle Metapher, wonach der Kontakt ein Faden sei, integrieren lässt.

Eine funktionale Entsprechung zum „Hängenlassen“ ist die Handlungsmetapher vom „Schleifen lassen“ des Kontakts. Wir können beobachten, wie die Kontaktmedien den Kontaktpartnern einen Teil der Anstrengung abnehmen.

P 12/9: Wenn ich mit Leuten zusammen sein wollte, bin ich einfach in so'n Gemeinschaftsraum gegangen, da war ich mit Leuten zusammen, und das war o.k. für mich, em, und draußen muss ich

da sicher mehr für tun, und mir ist das aber auch bewusst, dass da, dass das ein wichtiger Punkt ist für mich. Da kann ich es eben, hier kann ich es *ein bisschen schleifen lassen*, da muss ich *mehr tun* einfach draußen, *um Kontakte zu haben*, um Freizeit aktiv zu gestalten.

Der Patient kontrastiert das „Hier“ der Klinik, wo er auch dann „mit Leuten zusammen“ sein kann, wenn er „es ein bisschen schleifen“ lässt, mit einem „Draußen“, wo er „mehr tun“ muss, „um Kontakte zu haben“. Die Formulierung vom „Gemeinschaftsraum“, in den er „einfach hineingehen“ konnte, ist jedoch offensichtlich nicht metaphorisch, sondern wörtlich gemeint. Zur Darstellung des Kontakterlebens benutzt er eine andere Metaphorik: Die realen Personen im Gemeinschaftsraum werden zu einem Kontaktnetz metaphorisiert, welches dem Patienten das „Halten“ von Kontakten auch im entspannten Zustand ermöglicht. Zwischen Aktiv und Passiv, zwischen „Halten“ und „Gehalten-Werden“, braucht dann nicht mehr so prägnant differenziert zu werden; wenn das Netz hält, braucht er selbst weniger zu halten. Deshalb kann er „es (hier) schleifen lassen“ und trotzdem „Kontakte haben“. Es wird deutlich erkennbar, dass und wie die kulturelle Vorformuliertheit der Szenarien von der „Arbeit“ beim Kontakt entlastet.

Soziale Netze, sind sie erst einmal als Medien etabliert, „halten“ und entlasten die Kontaktpartner von der Anforderung, selbst den Kontakt zu halten. Diese haltende Funktion kann auch durch andere Metaphern dargestellt werden, wie im folgenden Beispiel:

P 8/2: Ja, wenn ich das so schleifen lasse, wenn ich jetzt hier rausgehe; ich könnte das hier als auftanken ansehen z.B., d.h. das Auto fährt nur so lange, solange es auch Benzin hat. (I:) Womit hätten Sie dann hier aufgetankt ? (P:) Durch den Umgebungskreis mit den Menschen, mit denen ich hier Kontakt gehabt habe, in der Einzeltherapie, in der Gruppendynamik.

Auch dieser Patient spricht für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt als Gefahr an, „das so schleifen“ zu lassen. Was dann passieren könnte, formuliert er jedoch plastischer als der zuvor zitierte Patient, indem er sich selbst mit einem Auto vergleicht, das durch die „Menschen, mit denen ich hier Kontakt gehabt habe“, „aufgetankt“ worden sei. Diese Vorstellung impliziert, dass er jetzt zwar allein „fahren“ kann (auf seinem Lebensweg), aber „nur so lange“, wie die Tankfüllung reicht. Der „Umgebungskreis“ der Klinik wird so imaginativ zu einer Tankstelle, die

„Menschen“ in der Klinik zu Zapfsäulen und der Kontakt selbst zu einem Benzinschlauch – eine imaginative Variante der Kontaktverbindung durch Schlauch, Rohr oder Faden. Entscheidend ist die Imagination, dass etwas durch die Verbindung „fließt“. Mit dieser Metaphorik kann die quasi-nährende Funktion von Kontakten, die den Einzelnen in ein soziales Netz einbinden, kommuniziert werden. Sie motiviert den Wunsch, sich „anzuschließen“. Durch Rohre fließen dann Nahrungssubstanzen.

Prägnant erkennbar ist im letzten Zitat die Rolle der Imagination. Denn die manifesten Metaphern sind „schief“¹⁵, durch einen Umgebungskreis kann man nicht „auftanken“. Wieder verstehen wir dennoch, weil wir uns gleichsam automatisch auf unser metaphorisch „gebildetes“ Verstehen verlassen – dies Verstehen nimmt gerade nicht wörtlich, sondern nutzt die Unschärfe von bildhaft-figurativen Sprechweisen als eine Ressource, um die Anschlussfähigkeit zu sichern.

Aber noch einmal zum Zusammenspiel zwischen Medien und innerem Kontakt. Wir beobachten nämlich, dass der Kontakt ein eigenes Wesen wird.

Wenn gemeinsame Interessen und Kontaktmedien nicht mehr selbstverständlich vorhanden sind, entsteht für die Teilnehmer ein Problem. Soll der Kontakt fortgesetzt werden können, muss er eine eigene Wertigkeit gegenüber den Medien erhalten. Sie erst würde dazu motivieren, den „natürlichen Verfallsprozess“ eines „spröden Fadens“ aufzuhalten. Am Anfang geht man in den Sport aus einem gemischten Interesse am Sport und an möglichen Kontaktpartnern. Aber wenn die Interessengeleitetheit nachlässt, muss der Kontakt ein eigener Wert geworden sein, soll er „gehalten“ und damit fortgesetzt werden. Diese imaginative (Be-)Setzung mit einem eigenen Wert motiviert die Metaphorisierung des Kontakts als „lebendiges Wesen“, das unter Pflege gedeiht. Auch ein „Faden“ kann sich dann „entwickeln“. Dementsprechend beobachten wir, dass die Metapher des Pflegens dann verwendet wird, wenn sich der Kontakt selbst von den gemeinsamen sachlichen Interessen, denen er seine Entstehung verdankt, ablöst. Dies wird im folgenden Beispiel besonders deutlich, weil die Patientin ein sachliches Interesse von Anfang an verneint:

¹⁵ Ähnlich wie es im „Spiegel“ zur Weihnachtszeit einmal hieß, die Westdeutschen fühlten sich von den Ostdeutschen „gemolken (!) wie eine Weihnachtsgans“.

P 26/2: Dann habe ich noch gehabt – Volleyball – das habe ich nicht gern gemacht – *ich habe das gemacht wegen Kontakt zu pflegen.*

Die kontaktgenerierende Funktion sozialer Netzwerke und persönliche Verbindungen ergänzen einander und verstärken sich. Um dies zu nutzen, spielt die Patientin Volleyball, obwohl sie das „nicht gern“ tut. Sie hat die Gelegenheit genutzt – nicht zum Spiel, sondern zum Kontakt. Das war es ihr wert. Der imaginierte Kontaktfaden wird durch das Kontaktmedium stabiler; es werden gleichsam mehrere Fäden ineinander verflochten mit der Erwartung, dass ein dickerer, reißfesterer Faden entstehen möge. Wir sehen klar die operative Funktion der Metapher: Die Nutzung des Kontakt-Mediums (Volleyballgruppe) und „Pfleger“ wirken zusammen; würde eins von beiden fehlen, „zerfiel“ das Kontaktnetz.

Durch die Metapher des „Pfleger“ kann die kooperative Anstrengung der Kontaktpartner auf dieser Stufe des Szenarios leichter vor- und dargestellt werden als durch den Bildgehalt der Metapher des Kontaktfadens; dennoch schwingt diese Bildgebung weiter mit. Die Konkretisierung der abstrakten Verbindung, also z.B. der FADEN, wird zu einem pflegebedürftigen, weil lebendigen Wesen, das wie ein solches wachsen kann. Natürlich „weiß“ man, dass Fäden und Rohre keine Lebewesen sind; werden sie metaphorisch wie solche behandelt, wird die konstitutive Bedeutung der Kontaktmedien in diesem Szenario vor- und darstellbar. Volleyball zu spielen ist für Kontaktpfleger dasselbe wie das Wasser für die Blume. Kontakt entwickelt sich in doppelter Abhängigkeit von sozialem Kontaktmedium und individueller Pflege. Eine Pflanze wächst von allein, aber sie braucht auch Wasser. Die Metapher *löst* das eigentümliche Rätsel, wie es überhaupt möglich ist, durch Volleyball oder andere Aktivitäten Kontakt zu *mehren*. So „wächst“ der Kontakt in diesem Szenario immer auch ein wenig von allein und stabilisiert sich nicht nur in Abhängigkeit von der auf ihn gerichteten Anstrengung der Kontaktpartner.

Die hier angesprochene Übertragung des „Lebendigen“ auf den Ursprungsbereich des Fadens kommt tatsächlich vor:

P 18/3: Ja, das war auch keine Partnerschaft, das war eine relativ junge Partnerschaft, so. Aber es war schon, ich *hänge da schon dran*. Wir hatten das auch so abgesprochen, mal *abwarten*, *positiv gestalten*, *mal gucken*, *mal schnuppern*, und *mal schauen*, ob das wächst oder sich noch mehr *entwickelt*.

Die Patientin spricht davon, an der Partnerschaft zu „hängen“. Trotz dieser Konventionalität übt diese Metapher ihre operativen Effekte aus: Über die Zwischenstufen des „Abwartens“, des „positiv Gestaltens“, des „mal Guckens“ und schließlich sogar des „Schnuppens“ – immer wieder finden wir die sinnlichen Bilder des Körpers – verwandelt sie schließlich die „tote“ Metapher in eine sehr anschauliche, sequenziell gesteigerte Darstellung der Verlebendigung: „mal schauen, ob das wächst...“ und damit dokumentiert sie ihre Ahnung oder Erwartung, dass der Kontakt selbst ein eigenes Leben führt. So verhält man sich gegenüber Pflanzen oder gegenüber einem (Haus-)Tier. Der Faden, an dem die Patientin „hängt“, das wird hier deutlich, ist ein metaphorisches Lebewesen – und sie weiß das, auch wenn sie nicht weiß, dass sie es weiß.

Will man das Szenario und seine sequenzielle Logik als Ganzes darstellen, findet man eine ähnliche Struktur wie beim ersten Szenario. Es beginnt mit dem Aufnehmen des Kontakts, dann werden die Fäden miteinander verknüpft, sie werden getestet, ob sie halten, und dann kann der Kontakt abreißen oder fallengelassen werden. Auch hier gibt es einen Bifurkationspunkt: man kann sich – im negativen Fall – darin „verwickeln“ oder „verstricken“, im positiven Fall wird der Kontakt so angereichert, dass aus einem seidenen Faden ein reißfestes Tau oder Netz entsteht.

4.4 *Das Szenario der Wandlung*

„Kontakt“ wird in noch einem weiteren Szenario verwendet und erzeugt hier Bedeutungen und Handlungsrahmungen, die von den vorangegangenen gänzlich unterschieden sind. Was hat es mit dem „Sich-Einlassen“ in einen therapeutischen Kontakt auf sich?

„Einlassung“ ist zunächst im juristischen Kontext ein üblicher Ausdruck, wo etwa von den „Einlassungen“ eines Beschuldigten die Rede ist. Das Wort hat aber auch eine in der Umgangssprache übliche, normative Bedeutung; danach verbieten Autoritäten anderen, sich auf etwas einzulassen, z.B. jungen Mädchen auf diesen oder jenen Mann, auf bestimmte Erfahrungen o.ä. Vom Wortstamm her deutet „Einlass“ auf das Metaphernfeld der „Tür“, des Öffnens und Schließens – aber was ist mit dem reflexiven Gebrauch, was ist mit der Rede vom „sich einlassen“ eigentlich gemeint? Einen ersten Hinweis findet man bei Heidegger; er beschreibt in seinem Zollikoner Appell an die „denkenden Ärzte“ die „phänomenologische Methode“, die er von der naturwissenschaftlichen

abgrenzt, als ein „Eigens Sich Einlassen in das Verhältnis zu dem Begehrenden. „Sich-Einlassen“ wird hier gemeint als Verzicht auf Beherrschung und Macht (insbesondere gegenüber der Natur). Macht und Kontrolle werden dem Ich-Bewusstsein zugerechnet, dem Heidegger noch ein präreflexives Bewusstseinsfeld unterlegt. Um dieses geht es hier.

„Sich-Einlassen“ nimmt im therapeutischen Kontext eine außerordentlich positive Bedeutung an. Hier formuliert „sich einlassen“ häufig einen Appell, den man auch an sich selbst richten kann. „Sich einzulassen“ heißt dann so viel wie seine Bedenken, Zweifel, Skepsis, Einwände beiseite oder fallen zu lassen, um eine Erfahrung zu machen, die anders nicht zu haben ist. Aus dem therapeutischen Kontext ist diese Vokabel in die Umgangssprache diffundiert und dient dort der Verständigung über Beziehungen. Ich stelle eine kleine Sammlung von Zitaten hier voran:

K 8/44: und es war mir ein Stück weit möglich, ihn auch bei Übungen zu korrigieren, weil er sich auch so *auf den Kontakt mit mir eingelassen* hat, so dass er, denke ich schon, auch profitieren konnte

T 8/17: Und er hat sich dann hier ansatzweise *in eine Liebesbeziehung eingelassen* zu einer Frau

T 2/102: Und sie ist die Beziehung auch mit eingegangen...Und dann sagte ich, naja, wenn Sie sich doch *da mit hineinbegeben* haben ... sondern Sie haben sich mit *in die Beziehung eingelassen* und haben auch da keine Grenzen gesetzt.

Auffallend ist, dass davon gesprochen wird, sich „*auf* den Kontakt“ oder „*in* eine Liebesbeziehung“ einzulassen. Dann ist die Rede vom „sich hineinbegeben“, was als gleichbedeutend mit dem nachfolgenden einlassen „*in* die Beziehung“ ausgewiesen wird. Die Rede vom „sich einlassen“ impliziert in Verbindung mit dem Kontakt eine bestimmte Imagination. Der Kontakt wird praktisch definiert: Er ist EIN GEFÄß. Der Kontakt ist jetzt ganz anders; er ist kein Weg mehr, auf dem man aufeinander zugehend sich berühren kann, er ist keine Telefon- oder Funkverbindung, auch kein Faden oder Rohr, sondern mit der Imagination eines Gefäßes ist die Vorstellung des Wassers verbunden und die der Tiefe:

K 12/11: Also da kam im Körperverhalten wieder so was, ja, so *Spannung verlieren, sehr weich, nachgiebig*, dann aber auch sehr *genießereich* werden, aber ich hatte auch den Eindruck, fast wie, dass er nicht so richtig mitkriegte, wie weit er da geht in seinem *Loslassen*,

inwieweit er sozusagen auch noch Kontrolle hat, dass er das nicht so deutlich mitkriegt. Also in diesem Genussvollen schon auch leicht *davon driften* konnte. Und das trat aber vornehmlich *in Frauenkontakten* auf.

Deutlich wird die Qualität des „Weichen“ herausgestellt und mit anderen Bildern („Spannung verlieren“) anschaulich illustriert. Mit dem Weichen verbindet sich die Fähigkeit, „genießerbisch zu werden“ und zugleich wird ein Risiko beschrieben: „dass er das nicht so deutlich mitkriegt.“ „Loslassen“ ist Bedingung für die Art von Kontakt, die hier beschrieben wird. Verzicht auf Kontrolle wäre hier als Vorstufe des gesamten Szenarios ausgewiesen. Was muss losgelassen werden? Zwischen „Loslassen“ und „Kontrolle“ soll eine Balance, eine optimale Justierung gleichsam, gestaltet werden. Lesen wir genau: Es ist nicht von Kontakten *mit* Frauen die Rede, sondern gesprochen wird davon, dass etwas *in* Frauenkontakten auftritt. Es ist gerade diese sprachliche Form, die eine bestimmte Imagination entstehen lässt. Kontakte sind ein Gefäß, in das der Patient sich „einlässt“. Wie? Genussvoll. Auch hier wird in einer erneuten eigentümlichen Substantialisierung „das“ Genussvolle dieser Frauenkontakte als Gefäß beschrieben: „Also *in* diesem Genussvollen...“ und damit wird eine Imagination evoziert, die den Patienten als *in* genussvolle Frauenkontakte gleichsam eingebettet darstellt. Er selbst ist „weich“ in diesem Gefäß und seine Kontrolle erscheint fraglich. Die Gefahr wird als „davon driften“ beschrieben. Das indiziert eine Bildgebung aus der Welt der Meere, des Wassers, des Segelns insbesondere. Kontakte mit Frauen, so sieht es die Körpertherapeutin, könnten im „davon driften“ enden, dann geht der Patient verloren, man findet ihn nicht wieder. Der „weiche“ Patient könnte so weich werden, dass er sich dem „Flüssigen“, das sich im Kontaktgefäß befindet, angleicht. Sich einzulassen ist mit Gefahren verbunden.

Um in das Kontaktgefäß hineinzugelangen, muss man Kontrolle und Selbstkontrolle aufgeben:

K 4/55: ja, also ich denke, dass es so eine Sache der Kontrolle ist, dass er Angst hatte, es könnte sich was seiner Kontrolle entziehen, so ein bisschen habe ich auch sein Verhalten in den Gestaltungsphasen so gesehen, dass er eigentlich die Situation kontrollieren wollte mit seinem Rumalbern, er wollte es in der Hand haben. Er konnte *sich einfach nicht reingeben* oder *sich einfach reinfallen lassen in die Situation*, sondern er musste das *lenken*.

Der Patient wird als einer gesehen, der „lenken“ und die „Situation kontrollieren“ will – weil er Angst hat. Das Gegenstück zur Aufgabe der Kontrolle wird nun in einer Weise metaphorisiert, die erkennbar werden lässt, dass K den therapeutischen Kontakt als Gefäß konzeptualisiert: er konnte sich nicht „reinbegeben“ wird expressiv gesteigert zu „sich einfach reinfällen“ lassen. Diese Steigerung lässt zugleich erkennen, dass K einen Sinn für das damit verbundene Risiko hat. Denn wenn man „reinfällt“, kann man sich wie bei einem Sturz verletzen und kommt möglicherweise nicht mehr heraus.

Aber es sind auch die Behandler selbst, die sich in einem mit Wasser gefüllten Kontakt-Gefäß befinden:

K 14/30: Ich bin dann, ich stebe dann wirklich wie im Wechselbad, ich denke, das kann doch nicht wahr sein, es ging gestern noch darum, also ihre Impulse, auch dass sie verschiedene Träume hatte und dass ich es mitbekommen habe aus Therapiegesprächen, dass es ihr auch nicht gut geht so im Kontakt mit ihrem Mann und also auch Mordimpulse da irgendwo auch vielleicht im Gespräch waren, und das war dann in der Visite noch morgens ein Thema und nachmittags sitzt sie mit ihrem Mann dann wieder friedlich auf der Bank, als wenn nichts war, also das war wirklich wie ein Wechselbad.

Das Bild des „Wechselbades“ wird hier für die Kontakterfahrung verwendet. Der Kontakt ist ein Gefäß, K „steht“ darin. K will insbesondere die Erfahrung illustrieren, dass sie nicht weiß, „wo sie dran ist“ mit dieser Patientin. Erst ist die Rede von deren Mordimpulsen gegenüber ihrem Mann, dann sitzt sie „friedlich“ neben ihm „als wenn nichts war“. Das setzt auch die Behandlerin einer verwirrenden Erfahrung aus, die sie zweimal als „wirklich wie ein Wechselbad“ beschreibt. Soll sie „das“ oder „das“ glauben? Was ist „wirklich“? Die Wahrnehmung der Patientin teilt sich abhängig vom jeweiligen Kontext in zwei Bilder („Mordimpulse“ versus „friedlich“) auf und deshalb kann die Krankenschwester kein kongruentes Bild der Patientin prozessual diagnostizieren. Was sie metaphorisiert, ist eine Selbst-Erfahrung im Kontakt mit dieser Patientin: sie, die Schwester, steht im „Wechselbad“.

Nicht oft findet man unmittelbar so schöne Belege für die zu entwickelnde Theorie wie in diesem Fall. In der Interview-Äußerung, die dem Zitat K 14/30 unmittelbar voran geht, sagt die Krankenschwester:

also Mitgefühl entstand, dass Frau (Name der Patientin) auch eine wirklich schwierige Situation erlebt da – ich denke mit dem Bild Wechselbäder – so habe ich das Gefühl empfunden.

Denken mit dem Bild – genauer kann man die imaginative Qualität der Szenarien nicht formulieren. Mit Bildern denken, das formuliert die Operationsweise prozessualer Diagnostik, wenn man sich auf die „Interaktion der Bilder“ einlässt.

Hier bleibt unklar, ob die Krankenschwester das „Gefühl“ der Patientin oder ihr eigenes beschreibt. Welche Perspektive, die eigene oder die der Patientin, wählt sie? Sie hat „das Gefühl empfunden“ und dieser Formulierung ist nicht zu entnehmen, ob sie ihr eigenes Gefühl *darstellt* oder aber sich eine *Vorstellung* vom Gefühl der Patientin macht. Dementsprechend reagiert die Interviewerin sofort mit einer Nachfrage: „Euer oder Dein Gefühl?“. Jetzt klärt K auf: „Ja, mein Gefühl“ und setzt das Interview mit der zitierten Passage fort.

„Sich einzulassen“, so darf man dieser Passage des Interviews entnehmen, verwischt die konventionellen Abgrenzungen zwischen „Ich“ und „Du“ und das wiederum passt sich dem Bild des Flüssigen kohärent ein. Die Erfahrung verschmilzt zu einer Gemeinsamkeit des Kontakts, in der es vorübergehend unscharf wird und werden darf, wessen Gefühle dargestellt werden. Die Umgangssprache spricht hier vom „verschwimmen“ und evoziert damit das Bildfeld des Flüssigen ebenso.

Ich fasse dieses Szenario zusammen: In einem ersten Schritt muss die Möglichkeit des Aufgebens der Kontrolle geprüft werden, dann muss der Kontakt als „die Person umfassend“ vorgestellt werden können, Schwellen und Risiken müssen abgeschätzt werden, bevor der eigentliche Schritt des „Einlassens“ erfolgen kann. Steigt man dann aus dem Kontaktgefäß wieder aus, ist im günstigen Falle eine Wandlung erfolgt:

P 12/18: und habe aber gesagt, dass ich mich trotzdem darauf einlassen will. Und – ja, in diesem Prozess, das waren ja sechs Wochen oder acht Wochen geht das ja, da *hat sich eine Wandlung auch vollzogen* in der Darstellung meiner Bilder, die sind mehr vom abstrakten, sind die immer gegenständlicher geworden

Scheitert die Kontaktentwicklung hingegen, müssten sich Bilder eines harten Aufpralls finden lassen, den man erleidet, wenn man sich in ein nicht mit Wasser gefülltes Kontaktgefäß hineinbegibt. Auch dafür ein Beleg:

T 10/24: und noch nach der Entlassung habe ich irgendwelche Dinge erfahren über ihn, von Gerichten und von Mitpatienten, all so Dinge, die ich nicht wusste und im Grunde, dass es alles noch viel schlimmer war, als er es mir jemals gesagt hat und ich jemals vermutet hatte, ich also auch so ein bisschen äh..., wie ich einfach doch *auf ihn reingefallen* bin

Die Metaphernanalyse solcher Szenarien setzt an den Handlungsverben an und nimmt diese zunächst wörtlich. Dann kann man sehen, dass das Verb „reinfallen“ eine starke implikative Macht hat. Die Umgangssprache versteht hier „Enttäuschung“ und „Täuschung“, aber die Analyse des Szenarios zeigt, beim „Reinfall“ geht es in einem metaphorischen Sinne „wirklich“ um einen Sturz. Wenn die Gefühle dann „verletzt“ werden, nutzt die Sprache wiederum die Darstellungsmittel des Körpers. Die Verletzungen können so weit gehen, dass man selbst zu einem Fall wird.

5 Die Szenarien und das Behandlungsergebnis

Wir wollten nun wissen, ob Behandler und Patienten ihre Kontaktszenarien synchronisieren, wie sie das tun und ob eine Beziehung zwischen solcher Synchronisierung und dem Behandlungsergebnis abgeschätzt werden kann. Damit wenden wir uns der Frage der „Passung“ (Strauß/Burgmeier-Lohse 1995) bzw. des „matching“ zwischen Therapeut und Patient (Kantrowitz et al. 1989; Kantrowitz 1995) zu.

Das Tiefenbrunner Abschlussinterview (Schöttler/Buchholz 1993) endet mit einer Aufforderung an die Interviewpartner, den Behandlungserfolg auf einer Likert-Skala von -3 bis +3 einzuschätzen. Alle Interviewten müssen das tun. Dabei wird zwischen der „Zufriedenheit“ und dem „Nutzen“ unterschieden. Die Zufriedenheit bezieht sich auf die Einschätzung des gesamten Aufenthaltes; hier gehen Bewertungen der äußeren Rahmenbedingungen ebenso ein wie Momente eines längeren Krankenhausaufenthaltes, die nicht in einem engen Sinne zur Behandlung gehören. „Nutzen“ dagegen bezieht sich auf die Behandlung im engeren Sinn. Diese beiden Dimensionen werden noch einmal differenziert bezüglich der verschiedenen Elemente der Behandlung (Wie wird Nutzen/Zufriedenheit des Kontakts zum Pflegepersonal, die Beschäftigungstherapie, die Visite, die Parkmöglichkeiten, die Mitpatienten etc. eingeschätzt?). Neben dieser differenzierenden Bewertung wurden unsere Interviewpartner zu einer Gesamtbeurteilung aufgefordert. Das ist

gewiss nicht mehr als eine grobe Orientierung, aber sie genügt für unsere Zwecke.

Wir haben diese Daten nicht statistisch aufbereitet. Ihre Erhebung in einem Interview ist „wachsweich“, man weiß weder genau, was man erhoben hat, welche Bedeutung bei der Einschätzung der gegenwärtige Kontext der Entlassung spielt, noch scheinen sich unsere Interviewpartner besonders sicher. In fast jedem Interview spielt sich deshalb ein „Eiertanz“ um diesen Teil der Befragung ab, von dem ich ein Beispiel geben will, um unsere Zurückhaltung bei der statistischen Aufarbeitung zu illustrieren.¹⁶

Nachdem die Interviewerin die Art der Skala und die Bedeutung der Werte als eine Art „Notengebung“ erklärt hat, sagt ein Patient:

P: Ja, es ist schwer. Ich kann nicht sagen, dass ich zufrieden bin. Na ja, eher ein wenig, nicht ganz zufrieden. +1 wäre schon – es sieht besser aus, als es geschrieben steht.

Int.: Also würde es eher zu 0 tendieren? Oder geht es in den negativen Bereich?

P: Ja, eigentlich mehr unzufrieden.

Int.: Und wie stark unzufrieden?

P: Ich wollte es nicht ganz abwerten, ich würde -2 nehmen. Ein paar Wochen später könnte ich sagen, im Endeffekt hat es mir doch einiges gebracht.

Int.: Das wäre dann ein anderer Akzent. Deswegen unterscheide ich auch zwischen zufrieden und was Ihnen genützt hat. Das ist noch mal ein Unterschied.

P: Ein wenig. Nicht ganz zufrieden würde doch mehr passen.

Zwar kommen alle Interviewpartner irgendwann zu einer Festlegung auf einen numerischen Wert – der soeben wiedergegebene Patient entscheidet sich für eine Beurteilung von Nutzen und Zufriedenheit mit dem Wert -1. Aber wir haben den Eindruck gewonnen, dass der „Eiertanz“ davor das im Grunde interessantere Phänomen darstellt. Es lässt sich in der zitierten Passage nicht mehr unterscheiden, wie und was der Patient bewertet, welchen Einfluss die Fragen der Interviewerin hier nehmen, auf welchen inneren Maßstab der Patient sich bezieht, welche Rolle der Zeitpunkt des Interviews spielt. Würde man solche Daten durch einen Fragebogen erheben, erhielte man sie zweifellos in einer klarer schein-

¹⁶ Zu vermuten ist, dass sich vergleichbare Schwierigkeiten auch bei anderen Datenerhebungen solcher Art ergeben, aber darüber wird wenig publiziert.

den Version – aber gerade die Erhebung in Form eines Interviews macht erkennbar, wie außerordentlich komplex der Prozess der Bewertung einer Behandlungserfahrung durch einen numerischen Wert ist. Der Patient gibt eine Note, aber wenn man nicht über den Notenschlüssel verfügt, wird man auch kaum die Melodie erkennen können.

Ich will deshalb hier nur zwei Beispiele, eines für maximalen Misserfolg der Behandlung und eines für den maximalen Erfolg, und daran die Rolle der Kontaktszenarien darstellen.

5.1 Maximaler Misserfolg

Patient 3 bewertet Nutzen und Zufriedenheit seiner Behandlung insgesamt jeweils mit -1. Dies ist das negativste Ergebnis in unserem Material. Der Einzeltherapeut bewertet das Gesamtergebnis mit +1,5. Wir wählen dieses Interviewset wegen der Beurteilung als Misserfolg durch den Patienten aus.

Drei Kontaktbeschreibungen desselben Patienten haben wir dem Faden-Szenario zugeordnet:

Was soll ich zuhause? Ja, sie müssen doch aber sehen, dass sie den Kontakt zu Hause nicht abreißen lassen

Da ist erst das Problem, dass man den Kontakt einfach nicht aufrechterhalten kann. Außerdem muss man sich hier arg ins Zeug legen.

...Und viele sind ja erst abends da. Wie soll ich die erreichen? Ich halte hier den Kontakt für ziemlich verloren durch dieses Krankenhaus.

Weitere Zitate, mit welchen der Patient seine Kontakterfahrung mit dem therapeutischen Personal beschreibt, haben wir nicht gefunden. Seine Kontaktobjekte, die er metaphorisch darstellt, sind an erster Stelle nicht die Personen der Klinik, sondern die Personen an seinem Heimatort. Der Aufenthalt im Krankenhaus wird von ihm als Behinderung der Kontakte mit den Menschen zu Hause beschrieben; diese Kontakte sind sowieso „ausgedünnt“ und nur spärlich vorhanden. Der Patient sieht, dass die Kontaktfäden zu Hause abreißen oder nicht gehalten werden könnten. Er ist einsam.

Der Therapeut aber schildert seinen Kontakt mit diesem Patienten überwiegend im Szenario der schrittweisen Annäherung. Mehrfach ver-

wendet er die manifeste Metapher von einer Kontaktschiene. Er beschreibt ihn dann so:

Also er war sehr wohl in der Lage, Kontakte aufzubauen
 dass er relativ fähig in der Kontaktaufnahme ist, dass er aber
 schwer, es nicht so leicht ist für ihn, Kontakte durchzuhalten
 Und durch dieses Verhalten er dann die wenigen Kontakte sich
 dann auch noch verprellt

Der Kontakt gelingt in den Anfangsstufen des Szenarios der schrittweisen Annäherung, dann kann er nicht „durchhalten“ oder „verprellt“ sich seine Kontakte. Der Therapeut diagnostiziert prozessual eine erhöhte Chance des Ausgangs der Kontakte dieses Patienten in „Gewalt“.

Wir sehen hier, dass der Therapeut seine Kontakte mit diesem Patienten im Szenario der schrittweisen Annäherung darstellt und sie damit auch anders kognitiv und imaginativ konzipiert. Der Patient hingegen nutzt überwiegend das Faden-Szenario. Die so unterschiedliche Verwendung konnte eine *gemeinsame* Kontakterfahrung nicht entstehen lassen. In der therapeutischen Begegnung ist es demnach vermutlich zu einer eher *antagonistischen Kooperation* gekommen. Das wird, so unsere Vermutung, für die negative Beurteilung des Behandlungsergebnisses nicht ohne Bedeutung gewesen sein.

5.2 *Maximaler Erfolg*

Die folgende Patientin bewertet Zufriedenheit und Nutzen mit jeweils +3; ihre Einzeltherapeutin bewertet beides mit +2.

Es handelt sich um eine Patientin, die von sich sagte, dass durch die Behandlung bei ihr das Kreative „erwacht“ sei, als sie sich „da einfach drauf einlassen“ konnte. Sie sagt im Interview:

Irgendwie, ich weiß auch nicht, wie ich das so richtig beschreiben soll das Gefühl. Das war eigentlich nur – endlich hier, endlich hier und endlich weg und Gott sei Dank. Jetzt kann ich nur auf mich gucken und dann habe ich mich auch ziemlich schnell darauf eingelassen – auf die Ruhe – also das hat mir sehr gut getan dann auch.

Schwierig war es eigentlich nicht für mich, irgendwie bin ich hier her gekommen und habe gedacht, ich werde mich auf alles einlassen.

Diese Patientin kann man sich unschwer als hoch motiviert zur Behandlung vorstellen. Während sie eine hohe Bereitschaft mitbringt, sich auf die gesamte Behandlung einzulassen, konzeptualisiert sie den Kontakt mit einem anderen Kontaktobjekt, ihrem Körper, der durch Bäder und Massagen intensiviert worden sei, durch das Szenario der schrittweisen Annäherung:

Ich denke, das hat so angefangen mit meinem Körperempfinden dann auch. Und da ist dann die Atemgymnastik dann mit reingelaufen – noch dazu und irgendwie habe ich erst mal gemerkt, dass ich meinen Körper eigentlich gar nicht kenne, dass der eigentlich ganz weit weg ist.

Das von ihr dargestellte Szenario der schrittweisen Annäherung an das Kontaktobjekt „eigener Körper“ ist außerordentlich differenziert. Sie verwendet sogar eine eigene Metapher („Stufen“) für diese Differenzierung:

Das war natürlich auch wieder so eine Stufe gewesen zum Körpergefühl hin

Sie erwirbt durch die Behandlung eine Differenzierung zwischen „nahen“ und distanzierteren Beziehungen im Faden-Szenario:

Ich habe schon so Freundschaften geschlossen hier und das muss ich sagen, hat mir auch sehr gut getan, so die verschiedenen Leute hier und auf der anderen Seite wieder zu anderen Distanz, einfach diese Unterschiede zu sehen, wer mir liegt und wer nicht, mit wem ich besser kann und mit wem nicht.

Auch für diese Differenzierung findet sie eine originelle Metapher, die sie kurz nach dem letzten Zitat verwendet:

Ja, also das ist schon sehr bewusst und es sind auch ganz wenig, früher waren es unheimlich viel und jetzt sind es nur so bestimmte, ich habe das auch *auskristallisiert*.

Über eine Kontakterfahrung mit einer Frau, die sie in einem Kaufhaus kennen gelernt hat, sagt sie durch Darstellung des Faden-Szenarios:

ich habe da eine Frau kennengelernt, mit der werde ich auch den Kontakt noch halten.

Diese Patientin verfügt leichthändig über mehrere imaginative Szenarien, mittels derer sie ihre Kontakte darstellen kann. Mit den verschiedenen Kontaktobjekten (eigener Körper, die Behandelnden, die Frau im Kaufhaus) wechselt sie die Darstellung der Szenarien. Für die Differenzierung

zwischen den Kontaktpartnern findet sie eine Metapher („auskristallisieren“). Sie kann aber nicht nur darstellend flexibel zwischen den Szenarien wechseln, sondern die Szenarien selbst intern differenzieren. Auch für diese Differenzierung findet sie eine Metapher („Stufen“). Sie kommt mit der Bereitschaft sich „einzulassen“ (Szenario der Wandlung), nähert sich ihrem Körper, der vorher „weit weg“ war (Szenario der schrittweisen Annäherung), und knüpft Kontakte zu einer fremden Frau (Faden-Szenario).

Die Einzeltherapeutin verfügt ebenfalls über eine Palette verschiedener, zugleich intern differenzierter Szenarien:

sich eben daran gemacht hat und dass es ihr möglich war, auch eben, dass sie hier so Kontakte zu anderen aufgenommen hat, jetzt keine sexuellen, aber so Liebesbeziehungen waren das hier.

Das war so in der ersten Zeit, als es sehr viel Ärger und Kontakte mit dem Mann gab, als es ... sie haben sich auch schwer getrennt hier – er kam häufig hierher, häufige Anrufe.

Als Behandlungsanlass formuliert die Therapeutin gleich zu Anfang des Interviews:

Ja, also die Patientin kam ja mit dem Anliegen, in ihrer Ehesituation mehr Klarheit zu gewinnen, mehr Abstand zu bekommen. Ich denke auch, dass sie ja deswegen auch hierher geschickt worden ist von dem behandelnden Arzt, um eben einen räumlichen Abstand zu bekommen.

Das ist erkennbar im Szenario der schrittweisen Annäherung formuliert. Konstruieren wir eine konzeptuelle Metapher, dann erhalten wir ABSTAND IST KLARHEIT. Diese Patientin musste etwas „klären“, etwas sehen lernen aus einer neuen Perspektive und das hat ihr die Behandlung erfolgreich ermöglicht.

6 Schlussbemerkung: Wozu ist das alles gut?

Ich komme zum Schluss und fasse zusammen: Ich habe aus unserem Material verschiedene Szenarien des Kontakts rekonstruiert. Erkennbar wurde dabei, dass „Kontakt“ nicht theoretisch-abstrakt, sondern „praktisch definiert“ wird durch die verwendeten Metaphern. Diese Metaphern beziehen ihren Ursprung aus der körperlichen Situietheit und

artikulieren immer eine sinnliche Erfahrung. Dies ist auch dann der Fall, wenn der Kontakt durch manifeste technische Metaphern beschrieben wird. Denn technische Metaphern sind zugleich Extensionen des körperlich fundierten Selbstgefühls. Technik bildet keinen Gegensatz zum Körper, sie ist Prothese des Körpers. Die Technik liefert hier die Bildgebungen.

Die Szenarien sind körperlich fundiert, zugleich aber stellen sie kulturelles Gemeingut dar und deshalb können sie Verwendung finden für die Synchronisation des Kontaktgeschehens zwischen menschlichen Kontaktpartnern. Wir haben ein unbewusstes soziales Wissen von ihnen, wir verwenden sie in einer ähnlichen Weise, wie wir eine Sprache sprechen können, auch ohne deren Grammatik zu kennen.

Eines der gut gesicherten Ergebnisse der Psychotherapieforschung ist, dass die therapeutische Beziehung ein entscheidender kurativer Faktor ist. Niemand allerdings hat bisher genau sagen können, was eine „gute Beziehung“ ist. Wir haben in unserer Untersuchung den Weg gewählt, die Untersuchungsteilnehmer selbst zu Wort kommen zu lassen, und fanden, dass sie über ein implizites und zugleich sehr homogenes praktisches Wissen über Kontakt verfügen. Wenn sich nun Therapeuten für die von ihnen selbst ebenso wie für die von ihren Patienten bevorzugten Kontaktszenarien sensibilisieren könnten, dürfte das Auswirkungen auf das therapeutische Zuhören haben, die nicht ohne Bedeutung sind. Wir haben gesehen, wie Therapeuten Szenarien nutzen, um eine prozessuale Diagnose zu stellen. Sie halten gewissermaßen fest, in welchem Szenario ein Patient den Kontakt imaginativ konzipiert, an welcher Stelle innerhalb des Szenarios der Patient sich befindet und sie richten ihre therapeutischen Operationen daran aus. Eine solche Diagnose heißt prozessual, weil sie *im Prozess über* den Prozess gemacht wird, und sie beeinflusst nachhaltig, wie Therapeuten ihre Patienten sehen und wie sie die Beziehung gestalten. Die prozessuale Diagnostik verfährt praktisch anders als es kategorial abgrenzende Diagnoseverfahren tun.¹⁷

Auf beiden Seiten, bei Therapeuten und bei Patienten, gibt es drei Momente, die günstige Voraussetzungen für einen erfolgreichen Therapie-Kontakt bilden: Wenn

- o verschiedene Szenarien verfügbar sind,

¹⁷ Zu einer empirischen Kritik an klassifizierenden Diagnoseverfahren (ICD, DSM und OPD), die in psychotherapeutischen und psychiatrischen Kliniken immer mehr zum Gebrauch empfohlen werden, siehe Buchholz (2000).

- o zwischen den verschiedenen Stufen eines Szenarios differenziert wird und
- o schließlich diese Differenzierungen selbst wiederum metaphorisiert werden können,

sind die Voraussetzungen für eine Behandlung gut – das bestätigt die Psychotherapieforschung: „Gute“ Patienten profitieren von beinahe jeder Form der Behandlung. Aber wir könnten auf diesem Wege vielleicht etwas genauer bestimmen, was wir in unseren therapeutischen Kontakten ändern, wie wir uns auf jene Patienten einstellen können, die über nur *ein* Szenario des Kontakts verfügen oder das intern nicht differenzieren; das wird insbesondere dann von Bedeutung, wenn unsere individuellen Kontaktszenarien mit denen unserer Patienten nicht kompatibel, nicht „anschlussfähig“ sind. Denn auch das hat unsere Untersuchung gezeigt, dass es Therapeuten und Therapeutinnen gibt, die ihrerseits an bestimmte Szenarien „fixiert“ sind, während andere eine Vielzahl von Szenarien zur selbstverständlichen Verfügung haben.

Therapeuten und Patienten machen sich wechselseitig ein Bild voneinander und sie machen sich ein Bild über ihren Kontakt im Kontakt. Am Ende steht die Anschauung, die „Interaktion der Bilder“, von der ich am Anfang gesprochen habe. Auf diese Weise lösen die Beteiligten ein praktisches Problem, das etwas mit der Kluft zwischen Forschung und Praxis zu tun hat (Talley et al. 1994). In der Wissenschaft mag es darauf ankommen, irgendwann das letzte Wort zu haben; in der therapeutischen Situation hingegen kommt es immer darauf an, ein nächstes zu finden. Vielleicht könnte qualitative Forschung dazu beitragen, mit praktischem Gewinn zu klären, wie das eigentlich geschieht. „In Bildern denken“ – das könnte eine *Maxime* sein, die dem therapeutischen Geschehen besser gerecht wird, als wenn wir es in Variablen fassen wollten, die wir dann anzuwenden haben. Denn wir sind Maler des Bildes und Komponisten der therapeutischen Musik, immer zugleich darin enthalten und deshalb immer auch Mitspieler.

7 Literatur

Bachrach, Henry M. et al. (1991): On the efficacy of psychoanalysis. In: *Journal of the American Psychoanalytical Association* 39, 871-916.

Buchholz, Michael B. (1993): Dreiecksgeschichten – Eine klinische Theorie psychoanalytischer Familientherapie. Göttingen. (= 1993a)

- Buchholz, Michael B. (1993): Probleme und Strategien qualitativer Psychotherapieforschung in klinischen Institutionen. In: *Psyche* 47, 148-179. (= 1993b)
- Buchholz, Michael B. (Hg.) (1993): *Metaphernanalyse*. Göttingen. (= 1993c)
- Buchholz, Michael B. (1996): *Metaphern der ‚Kur‘. Studien zum therapeutischen Prozess*. Opladen.
- Buchholz, Michael B. (1999): *Psychotherapie als Profession*. Gießen.
- Buchholz, Michael B. (2000): Diagnose – oder Verständigung in Beziehung. In: *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 2, 172-202.
- Buchholz, Michael B./Seide, L. (1995): Aspekte einer prozessualen Diagnostik – Der äußere und der innere Kontext der familientherapeutischen Behandlungssituation. In: *System Familie* 8/4, 197-216.
- Buchholz, Michael B./v. Kleist, Cornelia (1995): *Metaphernanalyse eines Therapiegesprächs*. In: Buchholz, Michael B. (Hgg.): *Psychotherapeutische Interaktion. Qualitative Studien zu Konversation und Metapher, Geste und Plan*. Opladen. 93-126.
- Buchholz, Michael B./v. Kleist, Cornelia (1997): *Szenarien des Kontakts. Eine metaphernanalytische Studie zur stationären Psychotherapie*. Gießen.
- Buchholz, Michael B. et al. (2000): *Illegitime Deals – Ein Teamprozeß unter der Lupe*. In: *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 2, 34-61.
- Cox, Murray/Theilgaard, Alice (1987): *Mutative Metaphors in Psychotherapy*. London usw.
- Frommer, Jörg/Rennie, D. A. (2001): *Qualitative Psychotherapy Research – Methods and Methodology*. Lengerich usw.
- Galtung, Johan (1983): *Struktur, Kultur und intellektueller Stil. Ein vergleichender Essay über sachsenische, teutonische, gallische und nipponische Wissenschaft*. In: *Leviathan* 11/3, 303-338.
- Goodman, Nelson (1984): *Weisen der Welterzeugung*. Frankfurt a.M.
- Johnson, Mark (1987): *The Body In The Mind: The Bodily Basis Of Meaning, Imagination, and Reason*. Chicago.
- Kächele, Horst/ Fiedler, Peter (1985): *Ist der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung vorhersagbar? Erfahrungen aus dem Penn-Psychotherapy-Project*. In: *Psychother. Med. Psychol.* 35, 201-206.
- Kantrowitz, Judy L. (1995): *The Beneficial Aspects of the Patient-Analyst Match*. In: *International Journal of Psychoanalysis* 76, 299-313.
- Kantrowitz, Judy L. et al. (1989): *The Patient-Analyst Match and the Outcome of Psychoanalysis: A Pilot Study*. In: *International Psychoanalytical Association* 37, 893-919.
- Kernberg, Otto F. (1999): *Übertragungsliebe im analytischen Setting – Die Beeinflussung der psychoanalytischen Beziehung durch das Geschlecht von Analytiker und Patient*. In: Brech, Elke et al. (Hgg.): *Weiblicher und männlicher Ödipuskomplex*. Göttingen.
- Lakoff, George/Johnson, Mark (1998): *Leben in Metaphern*. Heidelberg.
- Lakoff, George/Johnson, Mark (1999): *Philosophy in the Flesh*. Chicago.

- Lakoff, George/Turner, Mark* (1989): More than cool reason: A field guide to poetic metaphor. Chicago.
- McReynolds, Paul* (1990): Motives and metaphors: a study in scientific creativity. In: Leary, David E. (Hg.): Metaphors in the History of Psychology. Cambridge usw.
- Quinn, Naomi* (1982): „Commitment“ in American marriage: A cultural analysis. In: American Anthropologist 9, 775-798.
- Quinn, Naomi/Holland, Dorothy C.* (Hgg.) (1987): Cultural Models in Language and Thought. Cambridge usw.
- Ricoeur, Paul* (1986): Die lebendige Metapher. München.
- Ruff, Wilfried/Leikert, Sebastian* (1999): Therapieverläufe im stationären setting. Eine psychoanalytische Untersuchung zur Prozessqualität. Gießen.
- Safran, Jeremy D./Muran, J. Christopher* (1994): Toward a working alliance between research and practice. In: Talley et al. 206-226.
- Schöttler, B./Buchholz, Michael B.* (1993): „Haltung“, „Prozeßphantasie“ und „Fortschrittsvorstellung“ nach stationärer Psychotherapie. In: PPM – Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 43, 140-149.
- Stählin, Wilhelm* (1914): Zur Psychologie und Statistik der Metaphern. In: Archiv für Psychologie 31, 297-415.
- Stiles, William B.* (1993): Quality control in qualitative research. In: Clinical Psychology Review 13, 593-618.
- Stiles, William B.* (1994): Views of the chasm between psychotherapy research and practice. In: Talley et al. 154-166.
- Stiles, William B./Shapiro, D.A.* (1989): Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. In: Clinical Psychology Review 9, 521-543.
- Strauß, Bernhard/Burgmeier-Lobse, Manuela* (1995): Merkmale der „Passung“ zwischen Therapeut und Patient als Determinante des Behandlungsergebnisses in der stationären Gruppenpsychotherapie. In: Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 41, 127-140.
- Talley, P. Forrest et al.* (Hgg.) (1994): Psychotherapy Research and Practice. New York.
- Wampold, Bruce E.* (2001): The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings. Mahwah, NJ. usw.

Nicolas Tsapos

Die Konstitution von Patientenbildern in Krankenakten betreuter Patientinnen der Anstalt Bethel 1898-1945¹

- 1 *Präsentation des Datenmaterials*
- 2 *Untersuchungsmethode*
- 3 *Verfahren zur Konstitution von Patientenbildern*
 - 3.1 Kategorisierung durch expliziten Kategorien-Namen
 - 3.2 Kategorisierung durch Aktivitäten
 - 3.3 Fokussierung eines zentralen Aspekts bei der Patientinnendarstellung
 - 3.4 Widersprüchlichkeiten bei der Patientinnendarstellung
- 4 *Abgleich der linguistischen Erkenntnisse mit historischem Wissen*
- 5 *Literatur*

1 Präsentation des Datenmaterials

Krankenakten psychiatrischer Patienten sind eine ergiebige und vielfach auch die einzige Quelle, um Informationen über den klinischen Alltag in der Frühphase der Psychiatrie zu gewinnen. Besonders hinsichtlich des Bildes der in ihnen dargestellten Patientinnen sind die Akten aufschlussreich. Einstiegsanalysen am Material haben ergeben, dass gerade die Darstellung der Patientinnen und ihrer Leiden von besonderer Relevanz für das Verständnis des klinischen Alltags im Untersuchungszeitraum ist. Deshalb werde ich im Folgenden verschiedene, z.T. interaktive Methoden der Patientenbildkonstitution aufzeigen, die in den Krankenakten nachweisbar sind.

Bei den zur Verfügung stehenden Daten handelt es sich um einen unverzeichnisnten Bestand von schätzungsweise 3.000 parallelen Massenakten. Sie entstammen dem Altbestand des zu den von-Bodelschwinghshen-Anstalten Bethel gehörenden Hauses Mahanaim, der dortigen Abteilung für gemütskranke Frauen. Dies erklärt, weshalb die untersuchten

¹ Dieser Artikel entstand im Rahmen einer Dissertation zu einer linguistischen Analyse von Krankenakten betreuter Patientinnen aus Bethel.

der Regel aus nicht mehr als einem im Tagebuchstil verfassten Beobachtungsbogen, der von den betreuenden Diakonissen des Mutterhauses Sarepta angelegt wurde. Erst ab etwa 1910 finden deutliche Veränderungen statt. Die Krankenakten werden ausführlicher und variationsreicher, außerdem sind von nun an neben den Diakonissen auch noch weitere Verfasser an der Textproduktion beteiligt, wodurch man über zusätzliche Beobachtungsperspektiven verfügt: Die Krankenakten beginnen jetzt i.d.R. mit einer ärztlich erhobenen Anamnese, die meist von den Schwestern verschriftlicht wird. Neben den bereits erwähnten Stationsberichten der Schwestern findet man die vom Arzt ebenfalls in Tagebuchform verfasste Krankengeschichte, die jedoch nur aus in unregelmäßigen Zeitabständen gemachten Notizen besteht. Im anschließenden Verwaltungsteil mit Aktennotizen über Verlegungen und Entlassungen, Fieberkurven oder Medikationen kommen in der ebenfalls dazugehörenden Korrespondenz weitere Beteiligte zu Wort, nämlich die Angehörigen der Patientin. Schließlich liegen zum Teil auch schriftliche Dokumente der Patientinnen selbst vor, wenn im Verwaltungsteil beispielsweise ihre nicht weitergeleiteten Briefe gesammelt wurden. In seltenen Fällen findet man noch retrospektive Berichte, in denen die Patientinnen in der Rückschau die Entwicklung der eigenen Krankheit beschreiben; aufgegeben wurden diese Berichte vermutlich als therapeutische, quasi kathartische Aufgabe seitens des Arztes. Alle Teilnehmungsgruppen produzierten Texte, die sich insbesondere mit der Patientin und ihren Leiden beschäftigen.

2 Untersuchungsmethode

Der Abwesenheit des Telefons in der untersuchten Epoche verdanken wir viele schriftliche Aushandlungsprozesse, die heutzutage eher im flüchtigen mündlichen Medium anzutreffen wären. Es ist naheliegend, an solche z.T. interaktiven Quellen mit einer konversationsanalytischen Untersuchungsmethode heranzugehen. Dass dies an schriftlichen Texten methodologisch möglich und ertragreich ist, haben u.a. Knauth/Wolff (1991) an psychiatrischen Obergutachten demonstriert.

Texte in Krankenakten sind häufig entweder Teil einer Interaktion, wie z.B. Briefe im Korrespondenzteil, oder das Resultat interaktiven Handelns, wie etwa Stationsberichte der Schwestern oder die vom Arzt verfasste Krankengeschichte, die die Interaktion mit der Patientin aus

einer bestimmten Perspektive dokumentieren. Deshalb ist es erwartbar, dass diese Texte Aufschlüsse über strukturelle Bedingungen ihrer Entstehungssituation liefern können. Entscheidend ist dabei, dass bei der Rekonstruktion der rahmengebenden Strukturen Teilnehmerkategorien im Vordergrund stehen und nicht historisch etablierte.

Während eine historische Quellenanalyse vor allem den propositionellen Gehalt eines Textes berücksichtigt, also den Inhalt, legt die konversationsanalytische Herangehensweise zusätzlich noch Wert auf die Form der Mitteilungen. So ist es beispielsweise nicht nur von Bedeutung, ob eine Patientin als schizophren diagnostiziert wird oder nicht, sondern es gilt auch zu untersuchen, welche Aushandlungsprozesse zu dieser Bezeichnung geführt haben und in welcher Weise die Bezeichnung dem Adressaten übermittelt wird (vgl. Kap. 3.1).

Bei einem linguistischen Ansatz besteht eine größere Textbezogenheit als bei einem historischen, die Orientierung an der ursprünglichen Quelle ist deutlicher, Entstehung und Komposition des Textes werden intensiver untersucht. Dabei spielen Interaktivität und Sequenzialität von Texten eine entscheidende Rolle, wie im Nachfolgenden v.a. an Beispielen aus der Korrespondenz zwischen Angehörigen und Ärzten deutlich werden wird. Weiterhin ist es bei dieser Herangehensweise von zentraler Bedeutung, dass, hier wie auch bei einer konversationsanalytischen Untersuchung mündlicher Texte, die Relevanzsetzung von untersuchenswerten Aspekten durch das Material selbst geschieht und nicht aus einem vorskizzierten Erkenntnisinteresse heraus, welches bei Historikern eher anzutreffen ist.

Die so gewonnenen Analyseergebnisse werden anschließend in Beziehung zu historischen Rahmendaten gesetzt. Auf diese Weise sind z.B. historische Erkenntnisse über den Pflegealltag in psychiatrischen Kliniken um die Jahrhundertwende genauso erwartbar wie beispielsweise auch Erkenntnisse darüber, welche äußeren Faktoren Verfasser zu bestimmten Darstellungsmethoden gebracht haben und wie diese Einflüsse sich in den Texten widerspiegeln.

3 Verfahren zur Konstitution von Patientenbildern

Die folgenden Abschnitte stellen verschiedene sprachliche Verfahren vor, die dazu beitragen, dass sich aus der Lektüre einer Krankenakte beim Leser das Bild eines Patienten konstituiert. Diese Verfahren sind,

wenn auch in sehr unterschiedlicher Ausprägung, zu allen untersuchten Zeiten in vergleichbarer Form auffindbar; z.T. werden die Konstitutionsprozesse interaktiv realisiert.

3.1 Kategorisierung durch expliziten Kategorien-Namen

Die älteren Aktentypen aus der Zeit kurz vor der Jahrhundertwende zeichnen sich dadurch aus, dass sie in den weitaus meisten Fällen auf eine explizite Bezeichnung der Bezugsperson völlig verzichten. Es werden subjektlose und z.T. auch verblose Satzfragmente konstruiert wie beispielsweise *Fängt an sich zu beschäftigen, spricht etwas* oder *Freundlich, ruhig, sonst unverändert*. Findet eine Kategorisierung durch eine Bezeichnung tatsächlich statt, so ist sie stereotyp verfasst und variiert zwischen *Die Kranke* oder *Die Patientin* sowie den zugehörigen Abkürzungen *Die Pat.* oder schlicht *P.* Auch implizite Kategorisierungen durch Bezeichnungen Dritter finden statt. Wird über eine Patientin notiert: *Heute heftig erregt über den Entweichungsversuch einer Mitkranken (...)*, so wird die Betreffende damit indirekt als ebenfalls Kranke bezeichnet. Konkrete Namensnennungen tauchen in diesen älteren Krankenakten nicht auf, und auch in den jüngeren ab etwa 1910 sind sie selten.

Diese jüngeren Akten enthalten zusätzlich im Korrespondenzteil interaktive Aushandlungsprozesse. Dort findet man beispielsweise mehrfach Aushandlungen von Kategorisierungen zwischen Ärzten und Angehörigen. In einem Fall kündigt eine Mutter die Rückkehr ihrer Tochter nach Bethel an, wo diese nach einem langjährigen Aufenthalt sechs Monate zuvor entlassen worden war. Die Mutter stellt ihre Tochter als Besucherin auf einem kurzen Erholungsaufenthalt dar und grenzt sie von den übrigen Kranken ab³:

Brief der Mutter, Oktober 1925: Eben höre ich (...), daß Martha ichren zu morgen verabredeten *Besuch* in Bethel auf ihren eigenen Wunsch auf 14 Tage bis 3 Wochen ausdehnen möchte. (...) Ich möchte nun um eins bitten: ist es möglich, daß Martha nicht mit *all den Kranken* zusammen schläft? Sie ist ja nun gewohnt, allein zu schlafen, und wenn sie wieder unter all die unruhigen Geister kommt, so würde für sie an Schlaf ja überhaupt nicht zu denken sein.

³ Sämtliche Namen von Patientinnen und ihren Angehörigen sind anonymisiert.

Der Arzt dagegen bezeichnet die Betreffende in seinem Antwortschreiben als Kranke:

Am Sonnabend (...) ist Frl. Martha bei mir eingetroffen, d. Nerven durch Neuralgien ziemlich angegriffen. Wir haben sie oben in einem der kleinen Zimmer untergebracht, wo sie vergangene Nacht recht gut geschlafen hat und heute Morgen recht munter mich begrüßte. Nichts desto weniger möchten wir die *Patientin* – *eine solche ist es leider immer noch in beträchtlichem Grade* – einige Wochen hier behalten.

Im ersten Satz seines Antwortschreibens weist der Arzt der Patientin Eigenschaften einer kranken Person zu, indem er ihr Nervenleiden darstellt. Anschließend kommentiert er die Kategoriezuweisung „Besucherin“, verstärkt seinen Kommentar noch metakommunikativ und weist so die Kategorisierung der Mutter deutlich zurück.

Ein ähnlicher Konflikt bei der Wahl der zutreffenden Bezeichnung ist bei dieser Patientin zehn Jahre später zu beobachten. Nach einer längeren Krankengeschichte mit mehrfachen Entlassungsphasen wird sie im Juni 1935 kurzfristig von einer anderen Anstalt aufgenommen und dann einige Wochen später mit der neuen Diagnose „Schizophrenie“ nach Bethel übergeben. Zuvor war sie immer als *Die Kranke*, *die Geistesranke* oder schlicht als *Pflegling* oder *Tochter* bezeichnet worden, nun aber als *Schizophrenie*:

Brief des Arztes, Juli 1935: Martha habe sich „zu ihrem Nachteil verändert, und *wahrscheinlich* haben die Ärzte in der Anstalt Y. mit der Diagnose „*Schizophrenie*“ leider recht. Denn das Krankheitsbild ist ein anderes geworden. Die Patientin halluziniert andauernd und äußert Wahnideen in kritikloser Weise, behauptet, sie solle von uns hingerichtet werden, wir stünden ja mit dem Gericht in Verbindung, sie habe gemordet (...). Körperlich ist sie ebenfalls zurückgegangen, sie sieht blaß und mager aus und ist sehr gealtert. (...) Unter diesen Umständen ist die Prognose leider ungünstig, jedenfalls für absehbare Zeit Anstaltspflege durchaus notwendig.“

Antwort der Mutter: Die Nachrichten seien „sehr betäubend und niederschmetternd (...) *Das kleine Wort* „*wahrscheinlich*“, das Sie gebrauchen, läßt mir noch einen Rest von Hoffnung, aber ich muß ja darauf gefaßt sein, auch diesen schwinden zu sehen.“

Antwort des Arztes: Seit dem letzten Bericht sei leider keine Änderung eingetreten, „*so daß ich an der Diagnose Schizophrenie eigentlich*

kaum noch zweifeln kann, jedenfalls macht das ganze Verhalten der Patientin keinen günstigen Eindruck.“

Diesmal ist es die Mutter, die in metakommunikativer Weise auf das Wort des Arztes „wahrscheinlich“ Bezug nimmt, um damit eine neuerliche Aushandlung der Bezeichnung „Schizophrene“ überhaupt zu ermöglichen. Der Arzt weist dies zurück, lässt aber – bei aller Sicherheit seiner Diagnose – mit dem Wort „kaum“ eine minimale Aushandlungsmöglichkeit offen; diese wird jedoch von der Mutter nicht aufgegriffen. Dies zeigt, dass es für die Beteiligten offensichtlich einen qualitativen Unterschied ausmacht, ob man nur geisteskrank oder schizophran ist, denn ansonsten wäre das Ringen der Mutter um die Zurückweisung der Bezeichnung *Schizophrene* unverständlich.

In der Interaktion zwischen Angehörigen und Ärzten kommt es bei der Wahl der zutreffenden Bezeichnung der Patientin regelmäßig zu solchen Aushandlungsprozessen. Im Kern betreffen sie das Recht auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Patientin und die einzuschlagenden Therapieformen. Dieses Recht wird grundsätzlich von den Ärzten beansprucht, wie beispielsweise aus den oben dargestellten Aushandlungen von Bezeichnungen (*Besucherin – Kranke, Schizophrene oder nicht*) deutlich wird, die letztendlich vom Arzt entschieden wurden. Diese Inanspruchnahme der Beurteilungskompetenz tritt dann besonders klar hervor, wenn sie in Frage gestellt wird oder gestellt zu werden scheint. So teilt in einem Fall der Betheler Anstaltsleiter Pastor Voigt dem Arzt Dr. Hobohm in einer Notiz im Juli 1927 Folgendes mit:

Fräulein Klingenberg sagte mir vor einigen Tagen, sie bekäme bereits wieder Briefe von ihrer Mutter, in denen diese darauf drängte, daß Fräulein Klingenberg möglichst schnell von hier fortkäme und irgend einen Beruf ergriffe. (...) Sie war sehr damit einverstanden, daß von uns aus doch einmal an die Mutter die Bitte gerichtet würde, derartige Briefe zu unterlassen. Ich bin nun der Ansicht, daß es ungleich wirkungsvoller ist, wenn *Sie als Arzt* in diesem Falle an die Mutter ein paar Zeilen richten – wofür auch Ihre Ansicht es ist, daß derartige Briefe von Seiten der Angehörigen vorläufig ganz unterbleiben.

Die hier zitierten Äußerungen der Patientin lassen den Schluss zu, dass ihre Mutter ihren Gesundheitszustand positiver beurteilt hat als die zuständigen Ärzte und sie ihre Tochter deshalb drängt, wieder ein normales Leben aufzunehmen. Diese Einmischung weist Dr. Hobohm in einem

Brief an die Mutter entschieden zurück. Es ist ein Initiativbrief, denn die Mutter hat derartige Dinge ihm gegenüber niemals geäußert:

(Martha) hat sich gut eingewöhnt, kommt mit den Menschen gut aus und freut sich der größeren Freiheit. Freilich will das nun nicht sagen, daß wir über alle Schwierigkeiten hinweg sind. Ich bin dauernd auf eine Überraschung, vielleicht sogar auf einen Rückfall gefaßt. Soviel ich habe in Erfahrung bringen können, *stehen Sie in dieser Frage auf eine(m) Standpunkt, der der Erreichung eines nachhaltigen Erfolges recht gefährlich ist.* Wäre die Kranke jetzt sich selbst überlassen bezw. würde man zuviel mit ihr wagen, so würde man alles wieder aufs Spiel setzen.

Im nun folgenden Briefwechsel klärt die Mutter sofort auf, dass alles auf einem Missverständnis beruhe, sie habe gegenüber ihrer Tochter nie die ärztliche Kompetenz in Frage gestellt:

(I)ch kann Ihnen nicht verhehlen, daß ihr Brief mich sehr berührt u. etwas ratlos gemacht hat. Denn ich weiß durchaus nicht, was es eigentlich ist, das Sie mir vorwerfen. *Ich stehe doch ganz ohne Zweifel auf demselben Standpunkt, wie Sie, daß Martha dort bleiben muß, solange es irgend nötig ist (...).* In meinen Briefen an Martha selbst ermahne ich sie immer zur Geduld.

Aber allein die Tatsache, dass die Kompetenz in Frage gestellt zu sein schien, macht es notwendig, dass sich auch noch einmal der Pastor als Vermittler einschaltet, bis alle Missverständnisse behoben sind:

Ich glaube, daß ich in dieser Angelegenheit ein aufklärendes Wort sagen kann: Als Ihre Tochter noch in Mahanaim war, erhielt sie eines Tages einen Brief von Ihnen, der sie beunruhigte. (...) Sie hätten darin geschrieben, sie müsse sich nun aber auch beeilen, daß sie wieder aus der Anstalt heraus an die Arbeit käme (...) Bald darauf kam Fräulein Martha dann in unsere Anstalt Bethesda und hat in dieser Zeit einmal einen Brief Ihres Herrn Sohnes erhalten (...). Irgendeinen Satz dieses Brief hat sie dann ebenso verstanden, als ob nämlich auch Ihr Sohn den dringenden Wunsch habe, daß sie so bald wie irgend möglich wieder aus der Anstalt herauskäme. Da Sie (...) unter diesen Brief (...) einen eigenhändigen Gruß geschrieben hatten (...), so war sie überzeugt, daß Sie beide sozusagen ein wenig unzufrieden seien, daß sie noch immer anstaltspflegebedürftig wäre.

3.2 Kategorisierung durch Aktivitäten

Außer durch Bezeichnungen werden die Patientinnen durch ihnen zugeschriebene Aktivitäten beschrieben. Diese kommen zahlreich als singuläre und regelmäßig wiederkehrende Ereignisse vor und ordnen durch dargestellte Handlungen den Aktanten implizit kategoriale Eigenschaften zu. Solche Notizen lauten beispielsweise:

- (1) Still, beschäftigt sich etwas, ißt. (*Nov. 1905, Sign. 101-B*)
- (2) Drängt wieder viel nach Hause, oft wieder Drohen und Schelten. (*Nov. 1899, Sign. 8*)
- (3) Schimpft laut, bedroht die anderen Kranken und Schwestern, schlägt mit dem Klosettdeckel eine Fensterscheibe ein; wird isoliert. (*Feb. 1900, Sign. 8*)
- (4) Zerreißt die Kleidung von anderen Kranken, wird gewalthätig, muß wieder isoliert werden. (*Feb. 1900, Sign. 8*)
- (5) Vorgestern nachts sehr aufgeregt, sang und lief im Saal umher, sonst überhaupt sehr unruhig. Kann keine Strümpfe und Schuhe anziehen. (*Juli 1900, Sign. 101-A*)
- (6) Geht häufig in die Küche zum Kartoffelschälen, ruhig und freundlich. (*Aug. 1900, Sign. 101-A*)
- (7) In letzten Nächten viel lautes Sprechen, ebenso am Tage. (*Jan. 1900, Sign. 101-A*)

Betrachtet man die erwähnten Ereignisse in ihrer Gesamtheit, so fällt auf, dass sie nicht unsystematisch sind, sondern sich im Rahmen begrenzter Paradigmen bewegen, die alle den Grad der Pflegebedürftigkeit und somit der Inanspruchnahme der Schwestern widerspiegeln. Die Notizen erfassen in der Regel Bemerkungen zum Ruhezustand der Patientin, zur Sauberkeit, zum Appetit, zur akustischen Wahrnehmbarkeit, zur selbstständigen Beschäftigung und zur Zugänglichkeit.

Ein besonderes Augenmerk wird dabei häufig auf die verbalen Aktivitäten der Patientin gelegt. Diese finden dann zum einen als Patientinnenzitate Eingang in die Krankenakte, um mit den Worten der Patientin selbst ihr unnormales Verhalten zu illustrieren und möglicherweise zu erklären:

- (1) Sie äußert „sie sei krank, habe es im Kopf, seit 12 Jahren habe sie am Nervenfieber gelegen, hätte einen Krebschaden, könnte deshalb nicht arbeiten. Der Vater sei verkehrt im Kopf, er hätte nach Längerich kommen sollen.“ (*Dez. 1898, Sign. 101-A*)

- (2) I. d. Nacht von 1 Uhr an laut; klopfte, verlangte ihre Kleider. Auf energisches Zureden legte P. sich wieder hin, bat um Entschuldigung. Gab heute bei der Visite an, nicht mehr von den Vorgängen in der Nacht zu wissen. Sie hätte nur schwer geträumt. Sprach heute vormittag, schwieg konstant am Nachmittag. (*Dez. 1898, Sign. 101-B*)

Zum anderen dienen die verbalen Aktivitäten zur Illustration der Ansprechbarkeit der Patientin. Hierbei ist es dann ohne Belang, was sie gesagt hat, es geht lediglich um die Feststellung verbaler Aktivitäten oder eben deren Abwesenheit:

- (1) Fängt an sich zu beschäftigen, spricht etwas. Meist sitzt sie stumpf und teilnahmslos am Tisch, den Kopf auf die gespreizten Arme gelegt, läuft auch unruhig im Zimmer umher. (*Jan. 1899, Sign. 101-A*)
- (2) Pat. giebt auf Fragen in den letzten Tagen nicht Antwort; läuft unruhig hin u. her. Schmiert. (*Feb. 1908, Sign. 101-A*)
- (3) Unzugänglich, antwortet gar nicht oder kurz, hält viel die Augen geschlossen; nahm auf Zureden ihr Frühstück (...). (*März 1906, Sign. 101-B*)

Die bisher aufgezeigten Beobachtungen bezüglich der Darstellung der Pflegebedürftigkeit der Patientinnen sowie ihrer verbalen Aktivitäten lassen sich auch an jüngeren Krankenakten, etwa ab 1910, feststellen.

Komplexer sind jedoch die Darstellungen von Handlungen, die in interaktiven Quellen, also der Korrespondenz, zu finden sind. In einem Beispiel meldet sich der Ehemann einer in Bethel eingelieferten Patientin bei unterschiedlichen Adressaten (Ärzte und Pastore in Bethel, zuständige Oberinspektoren) mehrfach zu Wort. Durch die Darstellung des Verhaltens seiner Frau stuft er ihre Krankheit als etwas Unbegründetes, nicht real Fassbares herab, auf das nur sie allein Einfluss nehmen kann, was sie aber nicht will. Dies erreicht er, indem er seiner Frau konsequent ein passives, ja sogar kontraproduktives Verhalten zuschreibt: Sie gebe sich grüblerisch, zeige keine Initiative und lasse sich fallen.

Um einen Eindruck davon zu vermitteln, wie Handlungsbeschreibungen Kategoriezuweisungen ermöglichen, ohne dabei aber explizit zu werden, gebe ich den Briefwechsel ausschnittsweise wieder:

- (1) April 1938: Meine Frau leidet seit 4 Jahren an einer Nervenschwäche, die sich in letzter Zeit in einem Angstgeföhle auswirkt. *Meine Frau hat jeden Willen und jede Lebensfreude verloren. (...) Fassbare Gründe liegen nicht vor. (...) Wenn auch zuerst Zeichen der Besserung sichtbar erschienen, so läßt sich leider meine Frau immer wieder fallen.* Selbst Drohungen mit der Scheidung

- der Ehe brachten zuerst einen Stimmungswechsel, nachher aber wieder den Rückschlag. (...)
- (2) Januar 1939: *Meine Frau* erkrankte vor 4 Jahren an Gehstörungen und *konnte* trotz aller Versuche *die Kraft nicht wieder aufbringen*, in den eigenen *guten* Haushalt zurückzukehren. (...)
- (3) Januar 1939: Ich selbst bin der Meinung, dass *meine Frau kein Vertrauen zu sich selber hat. Würde sie nur arbeiten und nicht soviel grübeln, dürfte in kurzer Zeit die Sache behoben sein.* Aber gerade dadurch, dass sie nicht arbeitet, oder *nach ihrer eigenen Ansicht* nicht arbeiten kann, legt sie sich ins Bett und grübelt. Selbst als gesunder Mensch würde man dabei zugrunde gehen. (...) Die Jungs machen sich sehr gut, und ich kann es nicht übers Herz bringen, dieselben, *bedingt eigentlich durch die Krankheit meiner Frau*, nun gleich in die Fabrik zu schicken. (...)
- (4) September 1939: (...) In den ersten Tagen hatte ich viel Hoffnung, aber jetzt *läßt sie sich wieder vollständig hängen*, trotzdem sie im Bilde ist, dass ich dieses Leben hier in der Einsamkeit nicht weiter führen kann, sondern die Absicht habe, die Ehe scheiden zu lassen. *5 Jahre habe ich wirklich jedes Opfer auf mich genommen*, heute bin ich nicht mehr in der Lage dazu. Dazu kommt, dass meine Frau jetzt eine derartige *Gebässigkeit gegen mich* zeigt, die wirklich alle Grenzen übersteigt (...).

Ohne dass er es ausdrücklich sagt, wird dem Leser der deutliche Eindruck vermittelt, dass es sich bei dem eigentlich Hilfe- und Zuspruchbedürftigen um den Ehemann handelt. Ob die Nervenschwäche seiner Frau gerade aus den beschriebenen Lebensumständen resultiert, wird von keiner Partei zu keiner Zeit thematisiert.

In einem der zuvor zitierten Briefe an die Betheler Ärzte stellt der Ehemann zudem die Kompetenz eines anderen Ärztekollegen und die von diesem gestellte Diagnose in Frage. Der Ehemann schreibt dort (Januar 1939):

Bei meiner Frau handelt es sich um eine Gemüts- und Nervenfrage, soweit es *ärztlich* festgestellt ist. *Ich selbst bin der Meinung*, dass meine Frau kein Vertrauen zu sich selber hat. Würde sie nur arbeiten und nicht soviel grübeln, dürfte in kurzer Zeit die Sache behoben sein. Aber gerade dadurch, dass sie nicht arbeitet, oder *nach ihrer eigenen Ansicht* nicht arbeiten kann, legt sie sich ins Bett und grübelt. (...) *Ich bin der Meinung*, dass hier nur die Zeit heilen kann. (*Wechseljahre*).

Hier stellt der Ehemann seine Meinung deutlich über die der Ärzte und liefert auch gleich noch eine ihm naheliegende Alternativdiagnose, nämlich die Wechseljahre. Damit spricht er der psychischen Erkrankung

seiner Frau den Krankheitswert ab, indem er alles auf ein normales körperliches Geschehen reduziert.

Insgesamt verkehrt der Ehemann durch diese Handlungsdarstellungen die Leidensrollen in dieser Krankengeschichte, er nimmt quasi eine Umkategorisierung vor: Die Patientin, die keine sein müsste, wenn sie es nicht wollte, ist nicht länger die Leidende, sondern die Ursache für die Leiden, die der an dieser Situation wirklich Erkrankende durchmachen muss: er selbst.

3.3 Fokussierung eines zentralen Aspekts bei der Patientinnendarstellung

Bei der Untersuchung älterer Krankenakten ist auffällig, dass häufig bereits zu Beginn der Behandlungskarriere ein bestimmtes Thema fokussiert wird, das später regelmäßig wieder auftaucht. Oft sind Umfang und Informationsgehalt der Krankenakten insgesamt sehr spärlich: In der Regel finden nur monatlich Einträge statt, manchmal werden nur vierteljährlich ein oder zwei Sätze eingetragen. Trotz dieser geringen Ausführlichkeit ist es oft ein spezielles Thema, das als einziges immer wieder auftaucht und bei anderen Patientinnen nicht zu finden ist. Bei einer Patientin ist es das Thema „Krebsschaden im Kopf“. Bei ihrer Aufnahme im Dezember 1898 wird Folgendes in Form eines Patientenzitates notiert und damit als eine Relevanzsetzung seitens der Patientin markiert:

Sie äußert, „sie sei krank, habe es im Kopf, seit 12 Jahren habe sie am Nervenfieber gelegen, hätte einen Krebsschaden, könnte deshalb nicht arbeiten. Der Vater sei verkehrt im Kopf, er hätte nach Längerich kommen sollen.“

Ähnliche Beobachtungen finden dann immer wieder Eingang in die Akte, oft auch wieder als Zitat gekennzeichnet:

- (1) Ziemlich ruhig. Untätig, legt den Kopf auf den Tisch, deckt ihn mit der Schürze zu. Sie sei recht krank im Kopf, ihre Mutter sei es, sei in Längerich. (*Juli 1899*)
- (2) Unruhig, viel Bewegungen; schmiert mit Speichel, Essen etc. Ganz untätig; kleidet sich selbst an, muß gewaschen und frisiert werden. Fragt den Arzt, ob sie krebskrank sei; zur Schwester, sie habe den Krebsschaden. (*Nov. 1899*)
- (3) Zustand unverändert, spricht laut ungereimtes Zeug, bringt allerlei unsinniges Zeug vor, „sie hätte einen Krebsschaden im Kopfe“ und dgl. Beschäftigt sich mit nichts. (*März 1900*)

Nach einer mehrjährigen Pause und häufigem Pflegewechsel, der in wechselnden Handschriften seinen Ausdruck findet, ist ab 1904 das Thema wieder präsent:

- (4) Schmutzt noch vielfach. Freundlich; spricht oft von Krankheiten, die sie habe: Krebs im Kopf, Typhus etc. (*Sept. 1904*)
- (5) Klagt über viel Kopfweh, schlägt sich an Kopf und das Gesicht, davon vor einigen Tagen Schwellung u. Abschürfung an den Wangen, Nase, Liedern, jetzt verschwunden. Ist gut. (*Feb. 1905*)
- (6) Klagt öfter über Kopfweh. (?Schmiert) noch vielfach. (*April 1905*)
- (7) Schmiert gern mit Speichel; klagt oft über ihren Kopf. (*Juni 1905*)
- (8) Schlägt sich viel an den Kopf, habe „Typhus“ darin. (*Sept. 1905*)
- (9) Gestern Besuch, ziemlich (?XXX). Klagt oft über Kopfschmerzen. (*Nov. 1905*)
- (10) Viel Schmieren, Kratzen; klagt oft über „Nervenfieber im Kopf.“ (*März 1906*)
- (11) Schmutzt fortdauernd. Klagt oft über „Typhus im Kopf“. Ist ziemlich. (*Juli 1906*)

In ähnlicher Weise ziehen sich Themenstränge, wie z.B. „Vergiftungsangst“ oder „Fluchtgedanken“, durch viele Krankenakten. Es ist natürlich kein Urteil darüber möglich, ob die betroffenen Patientinnen tatsächlich dauerhaft einen zentralen Aspekt thematisiert haben oder nicht. Die Akten vermitteln jedoch den Eindruck, dass, unabhängig davon, ob es so war, sich die Wahrnehmung der Patientin durch das Pflegepersonal auf eine zentrale Idee konzentrierte, die es mit dieser Person verband. Begünstigt wurde ein solcher Effekt beim Verfassen eines Eintrages möglicherweise noch durch die inspirierende Wirkung vorhergehender Einträge, die sich auf diese Art selbst reproduzierten.

3.4 Widersprüchlichkeiten bei der Patientinnendarstellung

Ist es bei den Stationsberichten oder Krankengeschichten auffällig, dass sich häufig die Beobachtungen allmählich auf einen Kernpunkt reduzieren, so stößt man beim Vergleich von Patientinnendarstellungen ein und desselben Verfassers in Korrespondenztexten manchmal innerhalb eines kurzen Zeitraumes auf absolut widersprüchliche Darstellungen. Die Vermutung liegt nahe, dass dies durch unterschiedliche Adressaten bedingt ist. So schreibt der Betheler Arzt Dr. Dickel im Oktober 1936 an die Mutter einer Patientin:

In letzter Zeit hat sich Fräulein Marthas *Befinden* erfreulicher Weise etwas *gebessert*. Als ich sie eben fragte, ob sie sich über ihren Besuch freuen würde, *bejahte sie es lebhaft*. Vielleicht bringt sie es fertig (...) ihnen selbst einige Zeilen zu schreiben. – Das *körperliche Befinden* ist ebenfalls *befriedigend*.

Nur eine Woche später schreibt der Arzt über dieselbe Patientin einen Brief an eine Äbtissin, in deren Obhut die Patientin sich längere Zeit befunden hat:

Das Befinden ihres früheren Pfleglings ist leider dauernd recht *ungünstig*. Sie zeigt fast gar *kein Interesse*, hält sich *völlig für sich*, *spricht fast gar nicht* und ist zu keiner Beschäftigung heranzuziehen.

Sucht man nach einer Erklärung für diese Diskrepanz, so findet man sie darin, dass die Äbtissin in Bethel angefragt hatte, ob ein Besuch bei Martha möglich sei. Der Arzt lehnt diesen – mit dem schlechten Gesundheitszustand argumentierend – ab, weil er den Besuch der Äbtissin nicht möchte.

Eine ähnliche Funktionalität der Beschreibung des Gesundheitszustandes der Patientinnen ist regelmäßig in Briefen an die Krankenkassen zu erkennen. Der Betheler Arzt Dr. Jaspersen schreibt im November 1934 an die Mutter einer Patientin:

Die Frage der Entlassung habe ich mit ihrem Fräulein Tochter und mit Schwester Y. eingehend *erwogen*, ohne selbstverständlich Fräulein Klingenberg gegenüber von dem Inhalt Ihres letzten Briefes an mich Kenntnis zu geben. Wir sind doch zu der Ansicht gekommen, dass es das Zweckmäßigste ist, wenn Fräulein Klingenberg bis nach den Weihnachtsfeiertagen hier in Daheim verbleibt. Auch ihr Fräulein Tochter selbst wünscht dies im Grunde. (...) Das *Befinden* ihrer Fräulein Tochter ist in der letzten Zeit *durchaus befriedigend*.

Drei Wochen später schreibt er an die Allgemeine Ortskrankenkasse:

Frl. Martha Klingenberg aus X. *bedarf* wegen der bei ihr bestehenden körperlichen und psychischen Störungen *weiterhin der stationären Krankenhausbehandlung*.

Nur zwei weitere Wochen später, Anfang Januar 1935, äußert er sich dann in einem neuerlichen Schreiben an die Mutter folgendermaßen:

Ich habe ärztlich keine Bedenken, daß ihr Fräulein Tochter hier etwa Mitte Januar zur *Entlassung* kommt. Es ist mir jedenfalls

nicht möglich, die Kostenübernahme für den Aufenthalt von Fräulein Klingenberg hier noch weiterhin von der Krankenkasse zu verlangen, da dazu eine ärztliche Indikation nicht vorliegt.

Diese Gegensätzlichkeiten lösen sich auf, wenn man weiß, dass die Krankenkasse der Patientin im Oktober 1934 eine Genesungszeit von 6-8 Wochen vorgegeben hatte. Dies war allen Beteiligten bekannt. Um jedoch die Finanzierung dieser zwei letzten Monate nicht zu gefährden, wurde der Gesundheitszustand der Patientin noch im November gegenüber der Ortskrankenkasse als so schlecht dargestellt, wie es sich mit dem ärztlichen Ethos verbinden ließ.

4 Abgleich der linguistischen Erkenntnisse mit historischem Wissen

Ich möchte an dieser Stelle nur kurz verschiedene historische Dimensionen skizzieren, die von der Bearbeitung eines solchen Krankenaktenbestandes berührt werden.⁴

Aus einer alltagsgeschichtlichen Perspektive sind beispielsweise die Beobachtungen bezüglich der beschränkten Beschreibungsparadigmen in den ältesten Akten von Interesse. Sie stecken den Grad der Pflegebedürftigkeit einer Patientin ab und illustrieren damit den Pflegealltag der Psychiatrie im ausgehenden 19. Jahrhundert: Es ging damals ausschließlich um die störungsfreie Verwahrung geisteskranker Personen, was durch diese Krankenakten eindrucksvoll untermauert wird. Die Aufgaben von Therapie und Heilung kamen erst einige Jahre später hinzu, was sich in den Akten darin widerspiegelt, dass dort die Grenzen der Paradigmen langsam aufbrechen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt des Pflegealltags ist das Zahlenverhältnis von Schwestern und Patientinnen. Es ist bekannt, dass diese Relation alles andere als günstig war. Die zuvor bereits erwähnte Martha Klingenberg beklagt in ihrem letzten Brief an ihre Mutter im Juli 1939 einen Mangel an pflegerischer Zuwendung und erklärt ihn u.a. folgendermaßen:

Du mußt immer mal bedenken, wie Elsa krank war, hatte sie 3 Menschen zur Pflege, hier sind 17 auf 3, das ist zu viel der Anspannung des Einzelnen.

⁴ Ausführlicher gehe ich in meiner Dissertation auf dieses Thema ein.

Dass sich das ungünstige Zahlenverhältnis von Schwestern und Patientinnen auch auf die Betreuung auswirkte, spiegelt sich z.B. darin wider, dass Patientinnen – wie oben gezeigt – gerade in der frühen Phase häufig auf eine einzelne Wahrnehmung reduziert wurden, die dann regelmäßig in den sehr spärlichen Einträgen wiederkehrte.

Für das Arzt-Patientinnen-Verhältnis ist es aufschlussreich, dass nachweislich zahlreiche Einträge in der ärztlichen Krankengeschichte Reformulierungen von Einträgen im Stationsbericht der Schwestern sind. Da die ärztlichen Notizen z.T. verkürzt oder sogar sinnentstellend sind, liegt die Vermutung nahe, dass die Ärzte oftmals ihre Erkenntnisse über die Patientinnen lediglich aus den Beobachtungen Dritter gewannen, die sie dann unreflektiert wiedergaben.

Eine für Bethel spezifische Dimension könnten die dargestellten Kompetenzaushandlungen gewinnen. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts versuchten die Betheler Ärzte zunehmend aus dem Schatten der dominierenden Anstaltsleiter, der Pastore, herauszutreten. Die Geistlichen bestimmten bis dato die Leitlinien der medizinisch-pflegerischen Betreuung, die vorgaben, dass es nicht um die Heilung der Patienten gehe, sondern um Beistand beim Ertragen des Leides, das Gott den Kranken auferlegte. Im Rahmen der zunehmenden Professionalisierung ist es vielleicht verständlich, dass – wie im Fall der Mutter der Patientin – ein In-Frage-Stellen der ärztlichen Zuständigkeit und Kompetenz auf erheblichen Widerstand stößt.

Medizin- und religionsgeschichtliche Dimensionen sind u.a. in der mehrfach von allen Beteiligten als relevant eingestuften Verquickung von Religiosität und Wahnsinn zu sehen. Oft galt gerade dies als ein Beweggrund der Angehörigen dafür, die Heilsgemeinde Bethel als Unterbringungsort auszuwählen, auch wenn man m.E. gerade im pietistischen Bethel damit rechnen musste, mit Wahnvorstellungen, die aus der Hinterfragung des eigenen Glaubens resultierten, schlechter versorgt zu sein als anderswo.

Auch emanzipationsgeschichtlich ist der Krankenaktenbestand von Bedeutung. Verschiedene Einzelschicksale von Patientinnen zeigen, dass diese nach heutiger Interpretation vermutlich an einem Rollenkonflikt zwischen traditionellem Frauenbild und emanzipatorischem Anspruch gescheitert sind, was in den ersten Frauenrechtsbewegungen zum Jahrhundertwechsel (19./20. Jahrhundert) seinen historischen Kontext hat. Im Fall Martha Klingenberg liegt beispielsweise ein umfangreiches Selbstzeugnis der Patientin vor, in der diese die Entstehung ihrer Krank-

heit erzählt. Vom Lande kommend genoss sie eine mehrjährige Ausbildung an der Frauenschule Gertrud Bäumers in Hamburg. Nach der Ausbildung kehrte sie in ihre Heimat zurück und wurde von ihrem Umfeld in die traditionelle Rolle „Heim und Herd“ zurückgedrängt. Hatte sie zuvor gelernt, alles kritisch zu hinterfragen, so galt dies nun nicht mehr, vor allem nicht in Bezug auf ihren Glauben. Dies trieb sie in einen unlösbaren Gewissenskonflikt, denn sie hinterfragte weiter ihren Glauben, ohne ihn jedoch grundsätzlich in Frage zu stellen. Sie entwickelte religiöse Wahnvorstellungen und kam mit 25 Jahren nach Bethel, wo sie den Rest ihres Lebens verbrachte.

5 Literatur

Knauth, Bettina/Wolff, Stephan (1991): Zur Fruchtbarkeit der Konversationsanalyse für die Untersuchung schriftlicher Texte. In: *Zeitschrift für Soziologie* 1, 36-49.

Radkau, Joachim (1997): Zum historischen Quellenwert von Patientenakten. In: *Meyer, Dietrich/Hey, Bernd* (Hgg.): *Akten betreuer Personen als archivische Aufgabe*. Neustadt an der Aisch. 73-102.

Iris Hermann

Krankschreibungen.¹ Krankheit und Tod in Texten von Montaigne, Jean Paul, Kafka, Beckett und Brodkey

- 1 *Einleitung*
- 2 *Allein im Turm: Michel de Montaigne*
- 3 *Vervundungen: Jean Paul und Franz Kafka*
- 4 *Beckett als Diagnostiker: „Malone stirbt“*
- 5 *Zwischen Fiktion und Dokumentation:
Harold Brodkeys „Die Geschichte meines Todes“*
- 6 *Literatur*

1 Einleitung

Wo Krankheit und Sprache aufeinander treffen, entstehen (Hiob-)Geschichten. Oft ist es das Kranksein und erst das Kranksein, das ein Erzählen in Gang setzt. Wie nimmt der ästhetische Text Krankheit in seinen Blick? Was für ein Text entsteht, wenn in ihm Krankheit an zentraler Stelle auftaucht? Ich gehe davon aus, dass Krankheit eine Metapher im literarischen Text ist, zumindest aber über die reine Gegenständlichkeit hinaus systematische Funktionen im Text übernimmt: Im Mittelpunkt steht daher die ästhetische Funktion von Krankheitsphänomenen im literarischen Text.

In den letzten zwanzig Jahren sind der Krebs und jüngst die Immunschwäche Aids zu neuen literarischen Gegenständen geworden. In ihrem 1978 erschienenen Buch „Krankheit als Metapher“ wendet sich Susan Sontag entschieden dagegen, Krebs mit Zeichencharakter auszustatten, denn so würden Betroffene mit Schuldzuweisungen überzogen. Wie ein Gegenmanifest liest sich da „Mars“ (1977) von Fritz Zorn. Der Autor stellt zwischen seiner Krebserkrankung, der Beziehung zu den Eltern

¹ Der Text geht auf einen Vortrag zurück und hat den mündlichen Gestus weitgehend beibehalten. Die Literaturangaben im Text enthalten oft nur den Titel bzw. Kurztitel. Die vollständigen Angaben finden sich im Literaturverzeichnis.

und seiner Depression einen lückenlosen Zusammenhang her. Seine Vorwürfe treffen ihn selbst:

Ich war mein ganzes Leben lang lieb und brav, und deshalb habe ich auch Krebs bekommen. Das ist auch richtig so. Ich finde, jedermann, der sein ganzes Leben lang lieb und brav gewesen ist, verdient nichts anderes, als daß er Krebs bekommt. (S. 135)

Fritz Zorns Buch dokumentiert die Krankheit nicht, er lehnt sich gegen sie auf, die Ich-Figur klagt sich selbst an und verschont auch die Lesenden nicht. Um diese beiden Texte wird es im folgenden nicht gehen, dennoch leuchten sie das Spannungsfeld aus, das Krankheit und Tod herstellen zwischen den Polen von Krankheit als existentiellm Phänomen und Krankheit als Metapher. Einige in dieser Hinsicht wichtige Texte sollen in Bezug auf die Frage: Wie wird Krankheit rezipiert und so auch ästhetisiert? untersucht werden: Montaignes „Essais“, Jean Pauls „Leben des Quintus Fixlein“, Kafkas „Ein Landarzt“, Becketts „Malone stirbt“ und schließlich Brodkeys „Die Geschichte meines Todes“.

2 Allein im Turm: Michel de Montaigne

Über zwanzig Jahre lang verfolgt der zumindest für das 16. Jahrhundert schon alternde Montaigne nur ein Ziel: Er will über sich Buch führen, Augenblick um Augenblick, alles, jede Regung soll aufgeschrieben, dokumentiert, zu einem Archiv seiner selbst werden. Das ist sein Projekt: sich selbst schreibend zu erfinden, sich selbst zum alleinigen Untersuchungsgegenstand zu erheben.² Dabei passiert etwas Überraschendes:

Als ich mich kürzlich nach Hause zurückzog, entschlossen, mich künftig soweit wie möglich mit nichts anderem abzugeben, als das Wenige, was mir noch an Leben bleibt, in Ruhe und für mich zu verbringen, schien mir, ich könnte meinem Geist keinen größeren Gefallen tun, als ihn in voller Muße bei sich Einkehr halten und gleichmütig mit sich selbst beschäftigen zu lassen [...]. Nun aber sehe ich, daß umgekehrt der Geist vom Müßiggang verwirrt, zum ruhelosen Irrlicht wird; wie ein durchgegangenes Pferd macht er sich selber heute hundertmal mehr zu schaffen als zuvor, da er für andre tätig war; und er gebiert mir soviel Schimären und phantastische Ungeheuer, immer neue, ohne Sinn und Verstand,

² Zur Selbstreflexion Montaignes s. Norton (1975).

daß ich, um ihre Abwegigkeit und Rätselhaftigkeit mir mit Gelassenheit betrachten zu können, über sie Buch zu führen begonnen habe. So hoffe ich, ihn mit der Zeit dahin zu bringen, daß er sich selbst ihrer schämt. (Montaigne: Essais, S. 20)

Das aber ist nicht eingetreten. Im Gegenteil: Montaigne schämt sich nicht, es gibt nichts in seiner Selbstbeobachtung, was er verschweigen möchte. Mit zunehmender Schreib- und Lebensdauer gibt er Auskunft über die intimsten Dinge, über den Körper und seine Ausscheidungen, sein Liebesleben, seine Ess- und Trinkgewohnheiten und, nicht zuletzt, über seine Krankheiten und den für ihn spürbar nahenden Tod, der dann doch noch nicht so schnell eintreten wird. Er stirbt erst 1592 an einer schweren Angina, wird also fast 60 Jahre alt. Montaigne beginnt aber sein Projekt zu einem Zeitpunkt, an dem er sich bereits altern *fühlt*:

Abgesehen davon, daß dieses tote und stumme Portrait mein lebendiges Wesen nur unzulänglich wiedergibt, stellt es mich auch keineswegs in meinem besten Zustand dar, sondern in dem eines weitgehenden Verfalls, der kaum noch etwas von meiner früheren Kraft und Munterkeit aufweist: Er zeigt mich im Dahinsiechen und Ranzigwerden. Ich habe den Boden des Fasses fast erreicht, und man riecht schon die Ablagerungen und Hefen. (S. 389)

An dieser Stelle fallen zwei Dinge auf: zum einen der Gestus der Zurücknahme, wenn Montaigne auf die Unzulänglichkeit seiner Aufzeichnungen hinweist. Das durchzieht die „Essais“, ein sich selbst für unbedeutend Halten und dennoch nicht davon Ablassen, sich fortwährend schreibend zu erfassen.³ Zum anderen sind die Aufzeichnungen an seinen sinnlichen Wahrnehmungen orientiert. Diese Perspektive der unmittelbaren Sinneserfahrung ist die für ihn entscheidende: Es geht um Erkenntnis der Sinne und durch die Sinne. Allein im Turm nur mit seiner Bibliothek, die er aber möglichst gar nicht benutzen will, ist Montaigne seinen unmittelbaren Wahrnehmungen, seinem Körper und dessen Spüren ausgeliefert. Was er dort spürt, ist immer unabweisbarer seine Krankheit, er hat Nierensteine:

³ Peter Bürger bemerkt zu Montaigne: „Das Schreiben Montaignes ist nicht (wie später bei Rousseau) nachträglicher Bericht mit dem Ziel der Selbstrechtfertigung, sondern der unabschließbare Versuch, alles über sich in Erfahrung zu bringen“ (Bürger 1998, 37). Zum Projekt der Selbstbeobachtung s. auch Wuthenow (1974, 12f.).

Ich liege mit der schlimmsten aller Krankheiten im Kampf, mit der unberechenbarsten und quälendsten, unheilbarsten und tödlichsten. Fünf oder sechs lange und peinigende Anfälle habe ich bereits durchlitten. Doch falls ich mir nichts vorspiegle, gibt es sogar in dieser Lage für einen, der seine Seele von der Todesfurcht befreit hat, befreit auch von all den Befunden, Voraussagen und Androhungen, mit denen die Medizin uns den Kopf schwirren macht, immer noch Mittel und Wege, sich aufrecht zu halten. Nicht einmal der Stachel des Schmerzes selber ist in Wahrheit so spitz, scharf und bohrend, daß ein gefaßter Mensch darüber in Raserei und Verzweiflung geraten müßte. So habe ich von meinen Koliken zumindest den Gewinn, daß ihnen gelingen dürfte, wozu ich mich noch nicht zu überwinden vermochte: mich mit dem Tod tatsächlich vertraut zu machen und völlig auszusöhnen; denn je mehr sie mich bedrängen und mir zusetzen, desto weniger werde ich ihn fürchten. Immerhin bin ich ja schon so weit, daß ich allein um des Lebens willen weiterlebe, und die Krankheit wird nun auch dieses einvernehmliche geknüpfte Band allmählich lösen. Gott gebe nur, daß am Ende, wenn ihre Heftigkeit meine Kräfte zu übersteigen beginnt, sie mich nicht in das andre, keineswegs minder schimpfliche Extrem stoße: den Heimgang zu ersehnen und herbeizuwünschen. (S. 377)

Für die Beschreibung der Krankheit bleibt Montaigne nur der Superlativ, und doch nimmt er diese höchste Steigerung sogleich zurück: „Raserei“ und „Verzweiflung“ ziehe das noch nicht nach sich; zudem diene ihm die Krankheit dazu, sich auf den Tod vorzubereiten. Krankheit und Todesnähe sind in den „Essais“ ein immer wieder beschworenes Paar, fast nie ist von Genesung die Rede. Ist das Schreiben ein Anschreiben gegen den Tod oder schreibt er den Tod herbei, indem er sich fortwährend mit ihm beschäftigt? Montaigne hat ein eher pragmatisches Ziel, das zwischen den genannten Optionen liegt: „Von der Furcht vorm Tode mach dich frei aber sehne ihn auch nicht herbei“ (S. 377) reimt er mit einem Gestus der Verharmlosung. Auf extreme Herausforderungen wie seine Krankheit antwortet Montaigne grundsätzlich mit Äußerungen, die Mäßigung betonen. Er plädiert für eine Ökonomie der Schmerzäußerung:

Im übrigen aber habe ich jene Vorschrift, die uns so unerbittlich gebietet, Schmerzen mit beherrschter Miene und würdevoller Verachtung zu ertragen, stets viel zu förmlich gefunden. Warum verschwendet die Philosophie, die sich doch nur mit der Menschen Wesen und Wirklichkeit befassen sollte, ihre Zeit auf der-

artige Äußerlichkeiten? Überlasse sie doch den Komödianten und Leuchten der Redekunst, für die Gebärden und Gebaren die Hauptrolle spielen! Erlaube sie uns getrost, uns vor Schmerz gehenzulassen, wenn es bloß mit den Lippen und nicht aus innerer Haltlosigkeit geschieht, und rechne sie die unwillkürlichen Weh- und Klagelaute jenem Seufzen und Schluchzen zu, jenem Herzklopfen und Erbleichen, die von der Natur unsrer Verfügungsgewalt entzogen wurden. Falls die Seele dabei unerschrocken bleibt, und die Worte frei von Verzweiflung, gebe sie sich zufrieden. [...] Verschafft Ächzen dem Körper Erleichterung, ächze er! Tut ihm lebhaftige Bewegung wohl, werfe und wälze er sich herum, soviel er will! Hat er das Gefühl, daß es das Leiden abschwächt und seine Qualen ein wenig verringert, wenn er mit schriller Stimme losschreit (was den Frauen, sagen manche Ärzte, bei der Entbindung helfe), schreie er mit schriller Stimme los! Freilich sollten wir der Stimme dies Schreien nicht aufzwingen, sondern gewähren lassen. (S. 377)

Das erinnert an Lessings spätere Überlegungen zur Schmerzdarstellung im „Laokoon“ (1766), an seine Empfehlung, Schmerzäußerungen zuzulassen, wenn sie ein noch fassliches Maß nicht überschreiten. Montaigne ist noch radikaler als später Lessing, er scheint alle dem Körper nur möglichen Schmerzgesten für artikulierbar zu halten. Eine Grenze gibt es für ihn allerdings dort, wo das Vergraben in den Schmerz jede andere Lebensäußerung zunichte macht. Unbedingt will er seine Zuversicht behalten, „Haltlosigkeit“, „Erschrockensein“, „Verzweiflung“, „Verdrehung der Gedanken“ haben für ihn keine Berechtigung. Wie er diesen Gefahren entgeht?

Selbst im engsten Würgegriff des Leidens fahre ich fort, mich zu beobachten, und stets konnte ich feststellen, daß ich dann noch ebenso vernünftig zu sprechen, zu denken und zu antworten vermag wie zu jeder andern Zeit, nur nicht so zusammenhängend, weil der Schmerz mir zwischendurch zu schaffen macht und mich ablenkt. Sehe ich, daß die Anwesenden glauben, ich sei völlig am Ende, und mich daher schonen wollen, erprobe ich oft erst recht meine Kräfte und fange von mir aus ein Gespräch über Dinge an, die von meinem Zustand am weitesten abliegen. Im ersten Schwung kann ich alles – aber fragt nicht, wie lange er anhält! (S. 378)

Sein Projekt einer permanenten Selbstbeobachtung ist dann auch eines des Standhaltens, des Vertrauens in die eigenen Kräfte des Überwindens.

So gesehen ist es kein melancholisches Projekt, als das es ja zunächst erscheint bei so ausschließlicher Selbstbeobachtung und einem Krankheitsbefund, der keine Steigerung mehr zulässt. Auch die derbe und direkte Sprache, die an Rabelais denken lässt, vermittelt den Eindruck, als schreibe dort einer, der sich seiner Krankheit sehr wohl zu erwehren weiß. Seine derbe Ironie schließt den eigenen Körper und das eigene Leiden mit ein.⁴ Was ihm aber womöglich noch mehr Luft verschafft als alles andere, ist die Tatsache, dass er jede ärztliche Hilfe mit aller Vehemenz ablehnt. Seine beißende Kritik am Ärztestand füllt mehr Seiten als die Schilderung seiner Krankheit und man begreift bald, dass das ganze Projekt des sich stetig neu Beschreibens und Erschreibens (im Sinne von Erfinden) aus einer Abgrenzung von der Außenwelt und einer Fokussierung auf das nur Eigene besteht: Montaigne erklärt die Ärzte schlicht alle miteinander für inkompetent, sich selbst aber gerade deshalb für fähig sich zu helfen, weil er sich über eine so lange Zeit selbst beobachtet hat. Deshalb ist er in der Lage sich zu kurieren und über die Welt, zumindest so weit sie seine Turmmauern durchdringt, gültige Aussagen zu treffen. Das Unaufhörliche der Selbstbeobachtungen soll dabei für die Authentizität seiner Aufzeichnungen bürgen. Montaigne gibt hier den Maßstab vor, dem fortan viele autobiographische Texte folgen: Wahr ist der Text, der, weil er nichts auslässt, alles in seine Beobachtungen miteinbezieht.⁵ Das jedenfalls ist eines der Resultate der Beschäftigung mit Montaignes „Essais“. Sie wählen Krankheitszustände des Körpers zu einem ihrer zahlreichen Themen. Das Schreiben oszilliert dabei ständig zwischen Schmerz-wahrnehmung und Schmerz-bei-Seite-Lassen hin und her und markiert so ein Paradox: einen Schwebezustand zwischen Selbstverlust und Selbstvergewisserung, dessen Instabilität jedoch genau die Beweglichkeit ist, die das Schreiben erst ermöglicht.

Im Folgenden geht es in einem kühnen Sprung zum Ende des 18. Jahrhunderts nicht mehr um das autobiographische Schreiben, sondern um einen Krankheitsdiskurs, der sich vor allem um das Bild des verwundeten Körpers zentriert.

⁴ Zur Derbheit und Körperlichkeit bei Montaigne s. Olney (1972, 51-89).

⁵ Bürger weist drauf hin, dass Montaigne zentrale Motive des autobiographischen Schreibens schon vorwegnimmt: „[...] die Vorstellung der Selbsttransparenz des Ich [...], die Selbstverpflichtung des Schreibenden zu unverfälschter Wiedergabe der eigenen Erfahrung [...], schließlich der Hinweis auf die Einheit von schreibendem Ich und Buch“ (Bürger 1998, 37).

3 Verwundungen: Jean Paul und Franz Kafka

Lessing hat im „Laokoon“ darauf hingewiesen, wie gut sich das Bild der Wunde dafür eigne, Schmerzhaftes im Text sichtbar zu zeigen.⁶ Jean Paul und später Franz Kafka haben diese Anregung aufgegriffen und die Krankheitsmetaphorik ihrer Texte in unterschiedlicher Weise um das Bild der Wunde gruppiert. In Jean Pauls frühem Roman „Leben des Quintus Fixlein“ ist sie eines der wichtigsten Bilder.⁷ Was die ältere Sekundärliteratur als „Idylle“ auffasste, erweist sich bei näherem Hinsehen und gerade in Bezug auf die Blutmetaphorik als immer schon gestörte, als eine Idylle, die in unmittelbarer Todesnähe angesiedelt ist.⁸ Im Mittelpunkt der Geschichte steht mit Fixlein ein Konrektor, der aufgrund einer Namensverwechslung eine Pfarrstelle bekommt, ansonsten aber wenig vom Glück verwöhnt erscheint. Wie alle seine männlichen Vorfahren steht auch er unter dem Orakel eines frühen Todes. Er überlebt jedoch, weil man ihm glaubhaft vorspielt, er sei noch der achtjährige Knabe, der an einer gefährlichen, aber keineswegs tödlichen Kinderkrankheit laboriere. Die Fieberphantasien helfen ihm hinweg über den kritischen Tag, Fixlein stirbt nicht, *weil* er krank war. Die Krankheit verkleinerte den Tod, führte Fixlein nah heran und ließ ihn doch entkommen: „Krankheit wird zum Symptom des Genesens“.⁹ Das ist der eine Komplex der Geschichte, in dessen Mittelpunkt die genesende Kraft der Krankheit steht, ein anderer etabliert einen Zusammenhang zwischen Leid und Liebe, also einen sehr traditionellen Zusammenhang, aber wie das geschieht, ist ungewöhnlich: In Bildern blutender Körperwunden werden in einer Sprache des Körpers Gefühle artikuliert, die im Text selbst nicht mehr kommunikabel sind. Thienette, Fixleins spätere Frau, hat gerade einen für die damalige medizinische Praxis üblichen Aderlass erlitten, als Fixlein sie aufsucht. Thienette besetzt im Text ganz die Rolle

⁶ Er schreibt über den „Philoktet“: „Wie wunderbar hat der Dichter die Idee des körperlichen Schmerzes zu verstärken und zu erweitern gewußt! Er wählte eine Wunde – [...] und nicht eine innerliche Krankheit; weil sich von jener eine lebhaftere Vorstellung machen läßt, als von dieser, wenn sie auch noch so schmerzlich ist“ (S. 37f.).

⁷ Zur Metaphorik des blutenden Körpers in Texten Jean Pauls s. Wöbkemeier (1990, 185ff.).

⁸ Zur problematischen Idylle bei Jean Paul immer noch nicht überholt: Böschenstein (1967); Wuthenow (1966, 79-94).

⁹ Adorno/Horkheimer (1988, 121).

einer leidenden „femme fragile“ des ausgehenden 18. Jahrhunderts. Im Gespräch, dort, wo die Worte aufhören und die Hände die Kommunikation übernehmen, beginnt Thienettes Wunde erneut heftig zu bluten. Die Wunde öffnet die wie zugesperrte Thienette für die Außenwelt. Das Bedrohliche aber dabei ist, dass sie zu verbluten droht und neu verbunden werden muss: „Er riß aus der Tasche ein Goldstück heraus – deckte es, wie man bei offenen Arterien tut, auf die sprudelnde Quelle und verschloß mit diesem goldnen Gesperre und mit der Binde darüber die Pforte, aus der ihr gequältes Leben drang“ (S. 128). Das Dilemma zwischen schmerzhafter Offenheit und ebenso schmerzhaftem Verschlussein ist nicht lösbar, auch wenn die Geschichte einen guten Ausgang nimmt. Alle bleiben am Leben, aber die Wunden, die sich geschlossen haben, bluten weiter nach innen:

Aber der Schmerz tut mir zu wehe, den ich von Thienettes blässlichen Lippen lese, wiewohl nicht höre. Es ist nicht das Verziehen eines Marter-Krampfes, noch das Entzünden eines versiegten Auges, noch das laute Jammern oder das heftige Bewegen eines geängstigten Körpers, was ich an ihr sehe: sondern das, was ich an ihr sehen muß und was das mitleidende Herz zu heftig zerreiβet, das ist ein bleiches, stilles, unbewegliches, nicht verzognes Angesicht, ein blasses, blutloses Haupt, das der Schmerz nach dem Schlage gleichsam wie das Haupt einer Geköpften leichenweiß in die Luft hinhält; denn o! auf dieser Gestalt sind alle Wunden, aus denen sich der dreischneidige Dolch gezogen, fest wieder zugefallen, und das Blut quillet verdeckt unter der Wunde in das erstickende Herz. (S. 203/204)

Wo Jean Paul im „Quintus Fixlein“ Liebe und Schmerz zusammendenkt, fügt er den Tod hinzu. Spätestens da ist die Idylle längst durchbrochen, der Radikalität ähnlicher Hinrichtungsbilder begegnen wir später in Büchners „Danton“ wieder.¹⁰ Dass die Individuen wie zugesperrte Monaden letztlich nicht aus sich heraus und wirklich miteinander in Kontakt treten können, beklagt Jean Paul in Bildern nicht heilender Wunden mit einer überbordenden Blutmetaphorik:

¹⁰ Büchner lässt Danton zum Henker sagen, der ihn daran hindern will, Hérault ein letztes Mal zu umarmen: „Willst Du grausamer sein als der Tod? Kannst du verhindern, daß unsere Köpfe sich auf dem Boden des Korbes küssen?“ (Georg Büchner: Dantons Tod, S. 67).

Jetzt wurde alles in seiner Seele blutig; das Blut seines ertrunkenen Bruders floß mit dem Blute, das aus Thienettens Aderlaßwunde längst gedrunken war, in einen Blutregen zusammen – ihm kam immer vor, er sei in der Verlobungsnacht in dem Garten, und er begehrte immer Schrauben zum Blutstillen [...]. (S. 203)

Letztlich betrifft die überall im Text anzutreffende Metaphorik der Wunde diesen selbst: Auch der Idyllentext ist defekt, öffnet sich in den blutenden Bildern, zerstört das vermeintlich Idyllische und Humoreske, das aber dennoch anwesend bleibt. Es wird aber fortwährend in Frage gestellt von Bildern des kranken Fixlein, der blutenden Thienette und der abgerissenen Köpfe.

Erst über hundert Jahre später ist die Metaphorik von Wunden und Verwundung in den Texten Franz Kafkas wieder so deutlich in Erscheinung getreten wie bei Jean Paul. In seiner kurzen Erzählung „Ein Landarzt“ entfaltet die Metapher der Wunde einen existenziellen Zusammenhang. Es geht um Leben und Tod, die Todesgefahr wird wie in einem Traum bearbeitet.¹¹ Neben einzelnen phantastisch anmutenden Handlungselementen ist eine ausgeprägte Traumsymbolik zu bemerken. Ein Landarzt wird zu einem kranken Jungen gerufen, der Weg dahin wird erschwert durch das Fehlen eines Pferdes und die winterlichen Witterungsverhältnisse. Kaum erklärlich, aber umso plötzlicher finden sich nicht nur zwei Pferde, sondern auch der Weg von eigentlich zehn Meilen erweist sich als äußerst kurz. Der Junge, dessen Krankheit zunächst für den Arzt gar nicht erkennbar ist, laboriert an einer Wunde, die sich, wie auch die Wunde des Affen Rotpeter, in der Hüftengegend befindet:

In seiner rechten Seite, in der Hüftengegend hat sich eine handtellergroße Wunde aufgetan. Rosa, in vielen Schattierungen, dunkel in der Tiefe, hell werdend zu den Rändern, zartkörnig, mit ungleichmäßig sich aufsammelndem Blut, offen wie ein Bergwerk obertags. So aus der Entfernung. In der Nähe zeigt sich noch eine Erschwerung. Wer kann das ansehen ohne leise zu pfeifen? Würmer, an Stärke und Länge meinem kleinen Finger gleich, rosig aus eigenem und außerdem blutbespritzt, winden sich, im Innern der Wunde festgehalten, mit weißen Köpfchen, mit vielen

¹¹ Eine dezidierte Lektüre von Kafkas Text als „Traumtext“ hat Hans Hiebel (1999, 164ff.) vorgelegt. Dieser Text geht auf eine frühere Arbeit desselben Autors zurück: Franz Kafka – „Ein Landarzt“. München 1984. Zu Parallelen zwischen Kafkas Erzählung und Freuds Traumdeutung s. Campbell (1987, 420-431).

Beinchen ans Licht. Armer Junge, dir ist nicht zu helfen. Ich habe deine große Wunde aufgefunden; an dieser Blume in deiner Seite gehst du zugrunde. (S. 115)

Wie im Traum, wo die Figuren oft unterschiedlichen Ausgestaltungen des Träumer-Ichs gleichen,¹² so liegen auch hier starke Identifizierungen vor. Der Arzt wird, ebenso nackt wie der Junge, zu ihm ins Bett gelegt, die Wunde des Jungen wird so zu seiner eigenen und bei genauem Lesen wusste man das bereits. Heilung gibt es keine, im Gegenteil: der Arzt selbst wird „verwundet“ und ist in Gefahr.¹³ Wie das Hausmädchen mit Namen Rosa, so wird auch die Wunde als rosa bezeichnet, Indiz dafür, dass es zwischen beiden einen Zusammenhang gibt. Auch die Beschaffenheit der Wunde mit ihren fingerdicken Würmern legt es nahe, sie auch, wenn auch nicht nur, sexuell konnotiert zu lesen. Ebenso wird deutlich, dass mit Rosa nicht nur das Begehren des Landarztes, sondern auch das des Pferdeknechtes, den der Arzt deshalb auch nicht mit Rosa allein lassen will, verbunden ist. Die Erzählung geht in dieser sexuellen Komponente nicht auf, sie dreht sich aber von da aus ins noch Existenzellere, das heißt in die unmittelbare Todesgefahr und Todeserfahrung. Der Arzt flieht, ganz entblößt und damit wohl auch verwundet, der wärmende Pelz bleibt greifbar, aber nicht wirklich erreichbar. Die Entblößung ist nicht aufzuheben, ihr Einhergehen mit dem Verlust der ganzen Existenz wird im Text vermutet.

Bei Jean Paul entfaltete sich ein Zusammenhang zwischen einer Wunde, die nötig war, um einen Kontakt herzustellen, und einem Liebesdiskurs, der so aber, eben in Begleitung einer dann auch nach innen blutenden Wunde, letztlich tödlich verlaufen musste, zumindest aber immer vom Tod bedroht war. Bei Kafka hat sich die bei Jean Paul noch streckenweise vorhandene Idylle in eine Groteske verwandelt. Die Wunde gehört nicht einer leidenden, begehrten Frau, sondern eigentlich einem kleinen Jungen (auch wenn, bezeichnet durch den Namen „Rosa“, die

¹² „In literary creation and in dreams, all characters must be animated from within; that is, made of the substance of the author’s self – which in turn is not only his own, but a composite of others“ (Canning 1984, 197–212).

¹³ Stephen Harroff hat gezeigt, dass es in Kafkas Erzählung keine Heilungsperspektive gibt: „Kafka’s country doctor fails because he remains in the cocoon of his own ego. The doctor first fails to recognize his patient is ill, just as he failed for years to recognize Rosa. He then fails to heal the wound, both as doctor and as shaman, just as he failed to save Rosa from the great worm attacking her“ (Harroff 1980, 42-55).

enge Verbindung des Hausmädchens zur Wunde deutlich wird). Wird bei Jean Paul noch, so paradox er es ja entwickelt, Liebe durch Verwundung bewirkt, so ist bei Kafka das Begehren selbst die Wunde. Grotesk wölbt sie sich als ein schaurig-faszinierendes Abjektes aus dem Leib und ist vor allem Todeszeichen, ein Stigma, eine Wunde, die nicht mehr zugeht.¹⁴

Kafka selbst hat eine Beziehung zwischen der Wunde im Landarzt und seiner eigenen Krankheit, der Lungentuberkulose, geknüpft:

Von besonderer Wichtigkeit ist jedoch, daß das biographische Faktum der ausbrechenden Lungentuberkulose und die reflektierende Deutung dieses Faktums mittels des Motivs der „Wunde“ einige Monate später liegen als die dichterische Gestaltung des Motivs. Es ist also zuerst die Dichtung da, dann ereignet sich das biographische Faktum, und in der Rückschau kann für die interpretierende Selbstdeutung die Dichtung zur Prophezeiung des tatsächlichen Ereignisses werden. Die reale Krankheit wird von Kafka als „Lungenwunde“ zum Sinnbild erklärt, zum Sinnbild einer medizinisch nicht feststellbaren, aber grundlegenden Realität: Die Lungenwunde ist „Sinnbild der Wunde, deren Entzündung F. und deren Tiefe Rechtfertigung heißt.“¹⁵

Auch in den Briefen Kafkas fällt eine ausgeprägte Blut- und Wundenmetaphorik auf. An Max Brod schreibt er 1917:

Unser Briefwechsel kann sehr einfach sein; ich schreibe Meines, Du Deines, und das ist schon Antwort, Urteil, Trost, Trostlosigkeit, wie man will. Es ist das gleiche Messer an dessen Schärfe sich unsere Hälse, armer Tauben Hälse, einer hier, einer dort, zerschneiden. Aber so langsam, so aufreizend, so Blut sparend, so Herz quälend, so Herzen quälend. Das Moralische ist hierbei vielleicht das Letzte, oder vielmehr nicht einmal das Letzte, das Blut ist das Erste und das Zweite und das Letzte. Es handelt sich darum, wieviel Leidenschaft da ist, wieviel Zeit nötig ist, um die Herzwände dünn zu klopfen, d.h. wenn die Lunge dem Herzen nicht zuvor kommt. (Kafka: Briefe, S. 163f.)

¹⁴ Zur Verbindung von Tod und Erotik in Kafkas Werk s. Karst (1985).

¹⁵ Dangelmayr (1988, 190). Dangelmayr zitiert am Schluss dieser Passage Kafkas Tagebuchaufzeichnung vom 15.9.1917. Mit F. ist Kafkas zeitweilige Verlobte Felice gemeint.

Nicht nur die Bilder erinnern hier an Nietzsches „Zarathustra“, auch der Gestus des sich mit aller Leidenschaft Verströmen-Wollens nimmt Nietzsches Verausgabungsmodus auf.¹⁶

Die Tode in Kafkas Texten werden aber genauso wenig beweint wie die Kranken in ihrer Krankheit bemitleidet: „Es genügt, daß die Pfeile genau in die Wunden passen, die sie geschlagen haben“, vermerkt Kafka am 22. Januar 1922 in seinem Tagebuch (S. 203).

4 Beckett als Diagnostiker: „Malone stirbt“

Die Todesnähe ist auch die Mitte eines Textes, der im 20. Jahrhundert wieder an Montaignes Projekt anzuknüpfen scheint. Der Ausgangspunkt, den Beckett in „Malone stirbt“ gewählt hat, ist der gleiche wie bei Montaigne: Dem Tode nah, beginnt Malone seine Aufzeichnungen, eine Art Inventur, ein „Wie es ist“: „Es muß gesagt werden, wie es ist, ohne dass man es zu begreifen versucht, bis zum Ende“ (S. 101). Der Gestus aber, in dem das geschieht, entscheidet sich deutlich von dem Montaignes. Es gibt keine Ethik, keine Therapievorschläge, auch kein Auflehnen und Aufbegehren mehr. Malone hat sich mit seinem Sterben arrangiert¹⁷, fast stumpf und bewegungslos liegt er in seinem Bett und schreibt auf, was ihm angesichts solcher Regungslosigkeit noch einfällt: Geschichten, die um den Tod kreisen, Befindlichkeiten, die genauestens beobachtet werden. Zu großen Gefühlen gibt es keine Veranlassung mehr. Wenn Malone eines ist, dann stoisch. Nur der Schmerz vermag ihn noch zu beunruhigen, manchmal auch eine von ihm selbst erzählte Geschichte. „Malone stirbt“ ist die Geschichte eines fortschreitenden Verfalls des Körpers.¹⁸ Wo der Körper schon nahezu tot erscheint, wird aber noch gedacht und, wenn auch mit Mühe, geschrieben:¹⁹

¹⁶ Zu Nietzsches Poetik der Verausgabung s. Hermann (1997, 88ff.). Auf die unüberschaubare Todesnähe von Nietzsches „Zarathustra“ hat Bohrer (1996, 417ff.) hingewiesen. Zu Kafka und Nietzsche s. Bridgewater (1974).

¹⁷ Zur Ambivalenz von Todeserwartung und Todesfurcht in Becketts Prosa s. Webb (1970, 113ff.).

¹⁸ Dabei zeigt der Blick auf den Körper, dass Becketts Figuren nicht einfach mit ihrem Körper identisch sind. Sie befinden sich außerhalb ihrer Körper, so dass der Blick auf den eigenen Körper möglich wird. Vgl. dazu Schurman (1987, 103).

¹⁹ Steven Connor hat die Funktion von Malones Schreibprojekt skeptisch beschrieben: „Writing would seem therefore to occupy the position of vol-

Ist noch etwas hinzuzufügen? Vielleicht ein paar Worte über mich. Mein Körper ist, was man vielleicht leichthin gebrechlich nennt. Er kann sozusagen nichts mehr. Ich bedaure manchmal, mich nicht mehr herumschleppen zu können [...]. Ich liege auf dem Rücken, aber meine Wange ruht auf dem Kopfkissen. Ich brauche nur die Augen zu öffnen, und der Himmel und der Dunst der Menschen sind wieder da. Ich sehe und höre sehr schlecht. Nur ab und zu wird die Ferne durch einen schwachen Abglanz beleuchtet, alle meine Sinne sind auf mich gerichtet. Stumm, finster und fade, gelte ich ihnen nichts mehr. [...] Ich werde nicht von meinen Leiden sprechen. Versenkt in ihre tiefsten Tiefen fühle ich nichts. Da sterbe ich, ohne daß mein stumpfsinniges Fleisch es merkt. Das, was man sieht, was schreit und zappelt, sind die Reste. Sie wissen nichts voneinander. Irgendwo in dieser Verwirrung hetzt der Geist sich ab, auch vergebens. [...] Das scheint meine Lage zu sein. (S. 16)

Ein Schreiben, dessen Experiment es ist, sich dem Tod so nahe wie möglich anzunähern, gleicht einer Bilanz und es hat die Schwere eines melancholischen Abschieds.²⁰ Aber seltsam affektarm berichtet Malone vom Auseinanderfallen seines Körpers:

Es ist sonderbar, ich fühle meine Füße nicht mehr, das Gefühl ist aus Barmherzigkeit daraus geschwunden, und doch fühle ich sie jenseits der Reichweite des mächtigsten Telekops. [...] Das gleiche gilt für den Rest, denn wenn es sich nur um ein lokales Phänomen handelte, hätte ich es nicht bemerkt, da ich mein Leben lang nur eine Folge oder eine Aufeinanderfolge lokaler Phänomene gewesen bin, ohne daß je etwas dabei herausgekommen wäre. (S. 80f.)

Auch der Text, den der sterbende Malone produziert, hat den partikularen Charakter des so empfundenen Körpers angenommen. Zurückgewendet auf Becketts Text ist das aber nur bedingt der Fall. Er wechselt stets die Perspektive, schreibt (von den unmittelbaren Ich-Befindlich-

untary memory, for Beckett, guaranteeing a kind of continuity through repeatability; if words and feelings are not retrievable, then the repetitions or representations of those words and feelings surely are. But Malone does not seem to be able to rely quite so implicitly on writing. He seems only rarely to reread what he has written, and therefore is not able to take advantage of the retrievability that writing offers“ (Connor 1988, 69).

²⁰ Christopher Ricks hat Becketts gesamtes Werk als eines in Todesnähe gelesen (Ricks 1993).

keiten der Figur herkommend) Geschichten, die von Erzählerkommentaren unterbrochen werden, um dann in Malones kleine Welt zurückzukehren: eine Kreisbewegung, die den Gedankengängen Malones nur in etwa nachgebildet erscheint. Beckett hat nicht dokumentieren wollen, es gibt Phantasiereisen, Bildungsreste, auch noch Lichtblicke im wörtlichen Sinn. Eine auffällige Lichtmetaphorik beleuchtet den Erkenntnisprozess Malones, ästhetisiert den mitunter auch derben Krankheitsdiskurs.²¹

Das, was noch die Verwundungsbilder bei Jean Paul und Franz Kafka „erträglich“ machte, war ihr Kommunikationspotential, war die Tatsache, dass sie zwischen den Figuren Begehrensstrukturen knüpften. Das fehlt in Becketts Texten völlig. Es gibt kein Liebesobjekt, noch nicht einmal eines, um das zu trauern wäre. Beckett hat Malones Sterben ganz ohne menschlichen Kontakt inszeniert. Das Arrangement seines Krankenzimmers sieht vor, dass ihm sein Essen hingestellt, sein Nachtopf regelmäßig entleert wird. Einen lebendigen Menschen bekommt Malone bei diesen Verrichtungen nicht zu sehen.²² Diese Kontaktlosigkeit entspricht jedoch auch Malones Bedürfnissen. Unerschütterlich hält er an sich selbst fest, phantasiert Figuren in seinen Geschichten, seine Affektbewegungen haben sich längst auf unbedeutende Kleinigkeiten verlagert. Vieles Berichtete erscheint auf den ersten Blick unwichtig. Aus vielen banalen Einzelheiten formt sich jedoch ein Bild Malones, das zunehmend schärfere Konturen gewinnt:

In dieses Zimmer, auf dieses Bett geworfen, ist er beschränkt auf diesen Raum und auf seine Sachen, von denen wir bald erfahren, daß sie nicht mehr gebraucht werden. [...] Diese stummen Brüder begrenzen eine Fläche der Existenz, konstituieren eine organisierte Welt, in die das erschreckte Bewußtsein sich flüchtet. Wie die Figur bei Nathalie Sarraute meditiert der Beckettsche „Held“ über die Dinge, indem er sich an sie anlebt, dank ihrer unterscheidet er, was ihn bedroht und schützt; er wickelt sich in sie hinein oder streichelt sie, nennt, *ist* dank ihrer. [...] Die Besitztümer nähren mit Sein und täuschen über die Einsamkeit hinweg.

²¹ Zur Lichtmetaphorik in Becketts Trilogie s. Solomon (1975, 94ff.).

²² Zur Isoliertheit Malones bemerkt Jean Yamasaki Toyama: „His world stops at the door and at the window’s perimeter; it begins and ends in his room. [...] In effect, the world is his room; his only society, a pair of yellowed hands which appear through the door to empty and fill two pots: one for elimination, the other for consumption“ (Toyama 1991, 46).

In dieser von Fetischen bevölkerten Bleibe liefert sich das Sprechen dem Spiel der Geschichten aus.²³

Das Ringen um das Schreiben mit einem kleinen Bleistiftstummel auf den letzten noch verbleibenden Seiten eines Heftes macht den nahenden Tod plausibel. Die Bilder des Todes aber, die der immer mehr verfallende Malone entwirft, haben einen ganz anderen Charakter: sie sind stark ästhetisiert:

Meiner Müdigkeit müde, letzter weißer Mond, einziges Bedauern, nicht einmal das. Tot sein, vor ihm, auf ihm, mit ihm, und kreisen, als Toter auf Totem, um die armen Menschen, und nie mehr sterben müssen, unter Sterbenden. Nicht einmal, nicht einmal das. Mein Mond war hier unten, hier ganz unten, das wenige, nach dem ich mich sehnen konnte. Und eines Tages, bald, in einer Erdnacht, bald, unter der Erde, wird ein Sterbender, wie ich, im Erdschein sagen, Nicht einmal, nicht einmal das, und sterben, ohne irgend etwas bedauert haben zu können. (S. 121)

Das ist eine Artistenmetaphysik im Sinne Nietzsches, ein elliptisches Schreiben, dessen unruhiger Rhythmus die zunehmende Atemlosigkeit des Sterbenden angenommen hat. Am Ende des Textes wird diese Fiktion auch sichtbar gestaltet: Mit dem Tod zerfasert auch das Schreiben, typographisch sichtbar im Text und auch semantisch gekennzeichnet:

„das ist es das ist es
nichts mehr“ (S. 154)

Beckett erweist sich in „Malone stirbt“ als genauer Diagnostiker, er entwickelt die radikale Perspektive eines „Wie es ist“: eines Schreibens, das sich so nah wie möglich an den Tod heranbewegt, ohne seine ästhetische Kraft zu verlieren. Wo der Tod das Siechtum ablöst, sind die Bilder, wird die Sprache freier, so als wäre im Tod ein Aufbruch zu einem neuen Sprechen möglich:

Ich werde die Augen öffnen, ich werde mich zittern sehen, ich werde meine Suppe hinunterschlingen, ich werde das Häufchen meiner Sachen betrachten, ich werde meinem Körper die alten Befehle erteilen, von denen ich weiß, daß er sie nicht ausführen kann, ich werde mein verschlissenes Gewissen erforschen, ich werde meinen Todeskampf verpfuschen, um ihn besser zu erleben, schon fern der Welt, die sich endlich dehnt und mich durchläßt. (S. 20)

²³ Janvier (1976, 126f.).

Der Tod wird als Geburt metaphorisiert,²⁴ Ende und Anfang des Lebens im Bild vertauscht und so Leben und Sterben unauflöslich miteinander verbunden:

But neither being born nor dying allows the body or speaking voice the possibility of self-identity or self-coincidence; they are activities that threaten language and have no self-evident relationship to time or story. Rather, both being born and dying are processes of delay or retardation; [...] and by the end of Malone meurt, for instance, the reader is left in quandary of not yet knowing whether the narrator is still dying or has finally died, or whether –per impossibile– he is at last somehow being born.²⁵

Auf Becketts Text scheint zuzutreffen, dass (wie oben behauptet) Kranksein, der Verfall, der Tod, das alles, den ästhetischen Text auslösen kann. Zuletzt soll jetzt ein Text im Mittelpunkt stehen, der wiederum einem autobiographischen Kurs folgt und die Krankheit als Existenzialie diskutiert und dennoch oder gerade einen hochästhetisierten Text produziert. Er knüpft an die Tradition der Texte von Sontag und Zorn an, aber er schreibt dennoch ein ganz anderes Buch. Mehr als deutlich wird die melancholische Signatur des Textes, sein wachsendes Bewusstsein, sich dem eigenen Ende zu nähern und diese Verzweiflung auch zu artikulieren und zum Prüfstein alles jetzt noch Gesagten zu machen.

5 Zwischen Fiktion und Dokumentation: Harold Brodkeys „Die Geschichte meines Todes“

Harold Brodkey legt in seinem 1996 erschienenen Buch die Geschichte seiner Aids-Erkrankung vor. Das Buch beginnt mit ihrer Entdeckung und endet damit, dass alle Medikamente zu ihrer Bekämpfung nun durchprobiert seien. Zwischen diesen diagnostischen Daten entfalten sich in seinem Text zärtlich-dankbare Betrachtungen über die Beziehung zu seiner Frau Ellen, daneben all das, was ihm einfällt, wenn er allein ist: Prägende Missbrauchs- und Übergriffserfahrungen vor allem in seiner Kindheit, Bemerkungen über den Stellenwert des literarischen Schreibens und Kostproben dieser Erinnerungsarbeit, und, am Rande nur,

²⁴ Lawrence Miller spricht in diesem Zusammenhang von Malone's „Birth into Death“ (Miller 1992, 128).

²⁵ Hill (1992, 14).

Begegnungen mit Verlegern und Freunden und noch viel wichtiger, die Beziehung zu seinem Arzt. Es ist ein Buch über die verrinnende Zeit, die die Krankheit noch lässt, und die wachsende Verzweiflung, zu wenig gelebt, zu wenig geschaffen zu haben. Die Krankheit beginnt sofort mit dem drohenden Tod. Erst eine schwere Lungenentzündung, die Brodkey nur mit großem Glück überlebt, erbringt die Diagnose Aids. Das unvorbereitete Zusammentreffen mit der Todesgefahr ruft zunächst heftige Gefühle hervor: „Alles, was ich nun sage, bezieht sich auf Gefühle im Innern eines solchen Kartons, in dem ich lebe. Unmöglich, daß irgend jemand die mächtigen Gefühle ahnen kann, die ich in meinem Karton an die Pappwände projiziere“ (S. 23). Hier wird Wittgensteins berühmtes Schachtelbeispiel zitiert und es wird die Position eingenommen, die von außen nicht möglich ist, der Blick in das Innere von Krankheit und Schmerz.²⁶ Die Isoliertheit ist die eine Facette einer Lebensgeschichte, die zu dem Fazit kommt: „Nie habe ich, seit meiner Kindheit, wirklich erwartet, daß mich jemand tröstet“ (S. 48). Aber die andere Seite, die er immer wieder betont, ist: „Ich habe über Liebe und Sex keine traurigen Geschichten zu erzählen“ (S. 31). Dieser Satz ist deshalb so erstaunlich, weil es ein sexueller Kontakt war, der zur Ansteckung mit dem Virus führte. Seine Reaktion darauf ist vor allem ehrlich: Seine Homosexualität gehöre zu seinem Leben und kann deshalb weder verleugnet noch bedauert werden. Noch mehr trifft diese Haltung auf sein Schreiben zu. So würde er, könnte er es, seine beiden Romane nicht gegen Gesundheit eintauschen, wichtiger als die Gesundung ist ihm sein Schreiben. Das sind Sequenzen im Buch, die wehe tun und doch ihre Bestätigung finden in Passagen, die deutlich machen, dass hier tatsächlich nicht nur ein Aids-Kranker, sondern zugleich ein Schriftsteller schreibt. Dabei hängt er keineswegs der These an, die Krankheit habe seine schriftstellerischen Fähigkeiten verbessert oder seine Sensibilität gesteigert. Im Gegenteil, große Teile des Buches haben das Eingeständnis der eigenen Schwäche

²⁶ Wittgenstein schreibt: „Wenn ich von mir selbst sage, ich wisse nur vom eigenen Fall, was das Wort ‚Schmerz‘ bedeutet, muß ich das nicht auch von den anderen sagen? Und wie kann ich denn den einen Fall in so unverantwortlicher Weise verallgemeinern? Nun ein Jeder sagt es mir von sich, er wisse nur von sich selbst, was Schmerzen seien! – Angenommen, es hätte Jeder eine Schachtel, darin wäre etwas, was wir ‚Käfer‘ nennen. Niemand kann je in die Schachtel des andern schauen; und jeder sagt, er wisse nur vom Anblick seines Käfers, was ein Käfer ist“ (Philosophische Untersuchungen I. Teil, Nr. 293, 373). Zum Schmerzbezug Wittgensteins s. Hermann (1999, 67-89).

zum Thema. Dennoch, und das ist das Eigenartige des Buches, sind nicht nur die emotional anrührendsten jene, die seine unmittelbare Todesbedrohung reflektieren:

Von andern Kranken im Endstadium hatte ich in Erinnerung, daß die menschliche Gestalt zu pulsieren schien wie eine sich öffnende und schließende Faust, zu pendeln schien zwischen Kraft und Schwäche, dann zwischen geringerer Kraft und größerer Schwäche – daß der Körper sich auftat wie eine verletzte, weite Handfläche und sich dann zur Faust umbildete, auf der Suche nach Überlebenskraft. An einem bestimmten Punkt bildete die Faust sich dann nicht mehr um, das Pulsieren endete. (S. 80)

Das sind sehr sinnliche, an Funktionen des Körpers orientierte Worte für etwas, was sich so schwer in Worte fassen lässt wie das Sterben eines Menschen. Brodkey hat es hier mit einer Art *pars pro toto* versucht und ein Wechselspiel zwischen Hand und Faust beschrieben, in dem der Rhythmus des Pulsschlages die noch verbliebene, aber stetig abnehmende Lebendigkeit markiert. An anderer Stelle heißt es:

Der Tod ist von transitorischer, von wechselnder Bedeutung für mich. Auch wie ich ihn empfinde, wechselt – die Bilder dafür, der Schock, der durch die Nerven fährt, die Furcht (oder die Panik) hinter dem Brustbein. [...] Manchmal kommt es mir so vor, als tuschelten mein Blut, meine Knochen, meine Nerven, mein Geist, mein Herz miteinander, jedoch nicht mit mir: Ich fühle mich wie der in Auflösung begriffene Vater der noch vorhandenen Teile meiner selbst. (S. 149)

Das Partikulare, das schon bei Beckett auffällt, tritt auch hier hervor und Brodkey hat das Gefühl der Fragmentierung des Körpers deutlich hervorgehoben. Während am Anfang des Buches Symptome, Medikamentenwirkungen und allerlei medizinische Fachbegriffe den Text prägen, treten diese Details spätestens dann zurück, wenn Brodkey sich gegen den Rat seines Arztes aus dem Krankenhaus selbst entlässt, um ein einigermaßen normales Leben, das für ihn vor allem Schreiben heißt, zu führen. Seine Reflexionen werden allgemeiner, beziehen die Kindheitserfahrungen mit ein, haben etwas von Altersweisheit (tatsächlich ist Brodkey ja 65) und von Bilanz: „Im Kranksein, wie ich es nun erlebe, verbinden sich Schocks – diesmal werde ich sterben – mit einem Schmerz, mit Qualen, die mir nicht vertraut sind, die mich mir entreißen“. Und wenig später fährt er fort:

Ich durchlebe eine umgekehrte Adoleszenz, ebenso mysteriös wie die erste, nur empfinde ich sie diesmal als Verfall der Chance, daß ich vielleicht noch eine Weile leben, daß ich durch Schlafen darüber hinwegkommen kann. Und ich erlebe sie als sprachliche Veränderung: [...]. O ja, einen Abschluß kann ich begreifen, daß eine große Macht mich durch jemand anderes (und durch Schweigen) ersetzt; diese Unfähigkeit aber, angesichts des Todes eine Identität zu wahren – das, glaube ich, habe ich nie beschrieben gefunden, in keiner der vielen Todesszenen und Schilderungen des Alters, die ich gelesen habe. Es ist merkwürdig, wie mein Leben zu diesem Punkt hinabgetaumelt ist, daß meine Erinnerungen nicht mehr den Körper betreffen, in dem sich meine Worte bilden. (S. 184)

Brodkey kann sein Nichtbegreifen formulieren, er findet beredte Worte dafür, dass die Worte für das Erlebte auszugehen scheinen. Die eindrucksvollsten Passagen im Buch sind die, die das Zweifeln am Artikulierenkönnen unmittelbar aussprechen. Bis zum Schluss verfolgt er das melancholische Projekt seiner Tagebuchaufzeichnungen und fast ganz am Schluss, ähnlich den Stift absetzend wie Becketts Malone, heißt es: „Und wie Sie sehen, schreibe ich noch immer. Ich pflege Tagebuchaufzeichnungen zu machen, und so verfolge ich meinen Übergang in die Nichtexistenz mit. Beinahe ist es mit dieser Identität, diesem Verstand, dieser besonderen Form des Sprechens vorbei“ (S. 181). Da wird es für die Lesenden unbegreiflich begreiflich: Das Schreiben von Krankheit und von Tod ist eines, das sich vom Ende her schreibt, von daher schreiben muss. Das macht den besonderen Charakter aus, immer Bilanz, Fazit, Letztes sein zu können und zu müssen. Das ist allen hier besprochenen Texten gemeinsam. Schreiben, das Krankheit und Tod zum Mittelpunkt hat, ist mit der Schwierigkeit konfrontiert, das Nichtmehr-Schreiben-Können bedenken zu müssen. Auf der Basis des Subjekts heißt Kranksein die Infragestellung der körperlichen Existenz. Alle Texte hier wählen diese radikale Perspektive.

Was aber macht das „Thema“ Krankheit mit dem Text selbst? Gibt es ein „Unwohlsein“ des Textes, das mit den Krankheitsmetaphern korrespondiert? In Becketts „Malone stirbt“ werden die Sätze, die geschrieben werden, im nächsten Schriftzug oft wieder durchgestrichen, so als sei das Schreiben mit einer großen Unsicherheit infiziert. Das Schreiben mit der Aufgabe, letzte Momente vor dem Sterben zu beleuchten, stellt sich immer wieder selbst in Frage, kennt keine Sicherheit mehr, schwankt

schwindelnd hin und her.²⁷ Jean Pauls Idyllen und ihre Krankheitskontexte und tödlichen Bedrohungen haben die Idylle schadhafte werden lassen. Immer wieder wird sie von heterogenen Diskursen durchbrochen. Bei Kafka schließlich hat der Text um die eigenartige Wunde ein ebenso grotesk anmutendes Sinnangebot ausufern lassen. Wem gehört die Wunde eigentlich, wer ist bedroht, wer ist krank? Das Verschieben von Sinn wird vorgeführt und zur eigentlichen „Krankheit“ des Textes.²⁸

Montaignes autobiographische Aufzeichnungen und Brodkeys Text zwischen Dokumentation und Fiktion fokussieren die Krankheit vielleicht am deutlichsten. Es geht wirklich um sie, um die Krankheit, nicht um sie als Zeichen oder ästhetisches Experiment. Und doch bietet sie in ihrer Phänomenalität vielfältige Anknüpfungspunkte. Bei Montaigne sprechen ganze Bibliotheken mit, bei Brodkey färbt die Krankheit alles ein, aber ebenso bewegt sie seinen Text dazu, Immunisierungen vorzunehmen. Beobachtungen ganz anderer Art treten so hervor, kleine Poetisierungen des Alltags, die der Krankheit in homöopathischer Dosierung entgegenwirken. Natürlich ist der Tod am Ende stärker. Das wissen alle Texte, aber manchmal können sie so tun, als sei noch unendlich viel Zeit.

6 Literatur

Adorno, Theodor W./*Horkheimer*, Max (1988): *Dialektik der Aufklärung*. Frankfurt a.M.

Beckett, Samuel (1977): *Malone stirbt*. Frankfurt a.M.

Bobrer, Karl Heinz (1996): *Der Abschied*. Theorie der Trauer. Frankfurt a.M.

Böschstein, Renate (1967): *Idylle*. Stuttgart.

²⁷ Manfred Smuda schreibt über Becketts Sprache in „Malone stirbt“: „In ‚Malone Dies‘ treibt Beckett die Sprache der Prosa derartig in die Enge, daß sie sich den Gegenstand ihrer Auseinandersetzung im Roman konstruiert. [...] Das bedeutet aber, daß die Sprache der Prosa im Kontext des Romans sich ihre eigene Redundanz erzeugt“ (Smuda 1976, 141).

²⁸ Lawrence O. Frye beschreibt als „Qual“ der Lesenden: „The real torment, for reader and narrating character alike, lies less in searching for sense than in believing one is finding it along the way. The source of the fallacy lies in the structure of the text. Its antidote may be found there as well. The more one sees the total shape of part of the text as a reconstruction of the preceding part of the text, the more one sees of the origin of materials, of their regeneration, and of the perpetuation of structural forms“ (Frye 1983, 321–336).

- Bridgwater*, Patrick (1974): Kafka and Nietzsche. Bonn.
- Brodkey*, Harold (1996): Die Geschichte meines Todes. Reinbek bei Hamburg.
- Büchner*, Georg (1984): Werke und Briefe. München.
- Bürger*, Peter (1998): Das Verschwinden des Subjekts. Eine Geschichte der Subjektivität von Montaigne bis Barthes. Frankfurt a.M.
- Campbell*, Karen J. (1987): Dreams of Interpretation: On the Sources of Kafka's „Landarzt“. In: *The German Quarterly* 60/3, 420-431.
- Canning*, Peter M. (1984): Kafka's Hierogram: The Trauma of the „Landarzt“. In: *The German Quarterly* 57, 197-212.
- Connor*, Steven (1988): Samuel Beckett. Repetition Theory and Text. New York.
- Dangelmayr*, Siegfried (1988): Der Riß im Sein oder die Unmöglichkeit des Menschen. Interpretationen zu Kafka und Sartre. Frankfurt a.M.
- Frye*, Lawrence O. (1983): Reconstructions: Kafka's Ein Landarzt. In: *Colloquia Germanica* 16, 321-336.
- Harroff*, Stephen (1980): The structure of „Ein Landarzt“: rethinking mythopoeis in Kafka. In: *Symposium* 34, 42-55.
- Hermann*, Iris (1997): Raum – Körper – Schrift. Mythopoetische Strukturen in der Prosa Else Lasker-Schülers. Paderborn.
- Hermann*, Iris (1999): Ludwig Wittgensteins Schmerz begriff im Dialog mit Fernando Pessoa, Franz Kafka und Clarice Lispector. In: *Zeitschrift für Literaturwissenschaft und Linguistik* 115, Jg. 29, 67-89.
- Hiebel*, Hans H. (1999): Franz Kafka: Form und Bedeutung. Würzburg.
- Hill*, Leslie (1992): Late Texts: Writing the Work of Mourning. In: *Buning, Marius u.a. (Hgg.): Samuel Beckett Today/Aujourd'hui 1970-1989*. Amsterdam usw. 14-25.
- Janvier*, Ludovic (1976): Malone meurt. In: *Engelhardt, Hartmut u.a. (Hgg.): Materialien zu Samuel Becketts Romanen „Molloy“, „Malone stirbt“, „Der Namenlose“*. Frankfurt a.M. 126-136.
- Jean Paul* (1972): Leben des Quintus Fixlein. Stuttgart.
- Kafka*, Franz: Briefe 1902-1924. In: *Gesammelte Werke*. Brod, Max (Hg.) (1975). Frankfurt a.M.
- Kafka*, Franz: Ein Landarzt und andere Drucke zu Lebzeiten. In: *Gesammelte Werke*. Bd. 1. Koch, Hans-Gerd (Hg.) (1994). Frankfurt a.M.
- Kafka*, Franz: Tagebücher 1914-1923. In: *Gesammelte Werke*. Bd. 11. Koch, Hans-Gerd (Hg.) (1994). Frankfurt a.M.
- Karst*, Roman (1985): Sterben und Tod in Kafkas Werk. In: *Schmidt-Dengler, Wendelin (Hg.): Was bleibt von Franz Kafka? Positionsbestimmung*. Kafka-Symposium Wien 1983. 129-145.
- Lessing*, Gotthold Ephraim: Werke und Briefe in zwölf Bänden. Werke 1766-1769. Bd. 5/2 (1990). Frankfurt a.M.
- Miller*, Lawrence (1992): Samuel Beckett: The expressive Dilemma. New York.
- Montaigne*, Michel de: Essais. Übersetzt von Hans Stilett. (1998). Frankfurt a.M.
- Norton*, Glyn (1975): Montaigne and the Introspective Mind. The Hague.

- Olney*, James (1972): *Metaphors of Self. The meaning of autobiography*. Princeton.
- Rieks*, Christopher (1993): *Beckett's Dying Words*. Oxford.
- Schings*, Hans-Jürgen (1980): *Der mitleidigste Mensch ist der beste Mensch. Poetik des Mitleids von Lessing bis Büchner*. München.
- Schurman*, Susan (1987): *The Solipsistic Novels of Samuel Beckett*. Köln.
- Smuda*, Manfred (1976): *Malone Dies: Die Prosa mit „eingebauter Abnützung“*. In: Engelhardt, Hartmut u.a. (Hgg.): *Materialien zu Samuel Becketts Romanen „Molloy“, „Malone stirbt“, „Der Namenlose“*. Frankfurt a.M. 136-142.
- Solomon*, Philip H. (1975): *The Life After Birth: Imagery in Samuel Beckett's Trilogy*. Mississippi (= *Romance Monographs*, 15).
- Sontag*, Susan (1978): *Krankheit als Metapher*. München.
- Toyama*, Jean Yamasaki (1991): *Beckett's Game. Self and Language in the Trilogy*. New York usw.
- Webb*, Eugene (1970): *Samuel Beckett. A Study of His Novels*. London.
- Wittgenstein*, Ludwig (¹1997): *Philosophische Untersuchungen I. Teil, Nr. 293*. Werkausgabe Bd. 1. Frankfurt a.M.
- Wöbkemeier*, Rita (1990): *Erzählte Krankheit. Medizinische und literarische Phantasien um 1800*. Stuttgart.
- Wutbenow*, Ralph-Rainer (1966): *Gefährdete Idylle*. In: *Jahrbuch der Jean-Paul-Gesellschaft*. 79-94.
- Wutbenow*, Ralph-Rainer (1974): *Das erinnerte Ich. Europäische Autobiographie und Selbstdarstellung im 18. Jahrhundert*. München.
- Zorn*, Fritz (1977): *Mars*. München.

Über die AutorInnen

Univ.-Prof. Dr. Gisela Brüenner: Professorin für germanistische Linguistik (Schwerpunkt: sprachliche Interaktion in beruflichen und institutionellen Zusammenhängen)

Universität Dortmund

Institut für deutsche Sprache und Literatur

Emil-Figge-Straße 50

D – 44221 Dortmund

gisela.bruenner@uni-dortmund.de

<http://www.brecht.fb15.uni-dortmund.de/home/bruenner>

Prof. Dr. Michael B. Buchholz: Apl. Prof. am Fachbereich Sozialwissenschaft der Univ. Göttingen; von 1990–1999 Leiter der Forschungsabteilung am Krankenhaus für Psychotherapie und Psychosomatik „Tiefenbrunn“; seitdem in privater Praxis als Psychoanalytiker niedergelassen.

Schlesiering 60

D – 37085 Göttingen

Buchholz.mbb@t-online.de

Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer: Fachärztin für Allgemeinmedizin, Leiterin der Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover

Carl-Neuberg-Straße 1

D – 30623 Hannover

Dr. med. Dipl. Psych. Nahid Freudenberg: Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Roßkampstraße 41

D – 30519 Hannover

Dr. phil. Ingrid Furchner: Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt PARADYS (Participation and the Dynamics of Social Positioning)

Universität Bielefeld

IWT

Postfach 10 01 31

D – 33501 Bielefeld

ingrid.furchner@uni-bielefeld.de

Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Gülich: Professorin für Romanistik/Linguistik
(Schwerpunkte: Textlinguistik, Konversationsanalyse, Medizinische
Kommunikation)

Universität Bielefeld
Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft
Postfach 10 01 31
D – 33501 Bielefeld
elisabeth.guelich@uni-bielefeld.de

Dr. phil. Iris Hermann: Literaturwissenschaftlerin an der
Universität Bielefeld
Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft
Postfach 10 01 31
D – 33501 Bielefeld
iris.hermann@uni-bielefeld.de

Dr. med. Martin Konitzer: Facharzt für Allgemeinmedizin
Oskar-Winter-Straße 9
D – 30161 Hannover
kleinwaechter.edv@t-online.de

Dr. med. Mechthilde Kütemeyer: Fachärztin für Psychosomatische
Neurologie. Leiterin der Psychosomatischen Abteilung im
St. Agatha Krankenhaus
Feldgärtenstr. 97
D – 50735 Köln
kuetemeyer@st-agatha-krankenhaus.de

Dr. phil. Johanna Lalouschek, M.A.: Freiberuflich tätige Linguistin (Ge-
sprächsforschung und Gesprächsberatung) und Wissenschaftliche Mitar-
beiterin am Institut für Sprachwissenschaft der Universität Wien
Büro für GesprächsForschung, -Analyse und -Beratung
Ruthstraße 6
D – 44149 Dortmund
Tel. & Fax (02 31) 7 26 53 84
johanna@lalouschek.de
<http://www.lalouschek.de>

Wiebke Schemm: Körpertherapeutin (Funktionelle Entspannung u.a.) und Pädagogin, Romanistin, Linguistin und Historikerin. Tätig in freier Praxis und Unternehmen (Einzel-, Gruppen- und Teamarbeit).

Heckenweg 7
D – 91056 Erlangen
wiebke.schemm@t-online.de

Prof. Dr. Gunnar Stollberg: Professor an der Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld (Schwerpunkt Medizinsoziologie)

Fakultät für Soziologie
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31
D – 33501 Bielefeld
gunnar.stollberg@uni-bielefeld.de
www.uni-bielefeld.de/~stollber/

Volker Surmann: Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt „Linguistische Differenzialtypologie epileptischer und anderer anfallsartiger Störungen – Diagnostische und therapeutische Aspekte“ der Universität Bielefeld und des Epilepsie-Zentrums Bethel

Universität Bielefeld
Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft
Postfach 10 01 31
D – 33501 Bielefeld
epi.ling@uni-bielefeld.de
www.uni-bielefeld.de/lili/projekte/epiling

Nicolas Tsapos: Doktorand an der Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft der Universität Bielefeld, Stipendiat der v.Bodelschwingschen Anstalten Bethel

Roonstr. 6
D – 33615 Bielefeld
Tel. (0521) 123049
tsapos@t-online.de



Hanjo Berressem
Dagmar Buchwald
Heide Volkening (Hgg.)

Grenzüberschreibungen: »Feminismus« und »Cultural Studies«

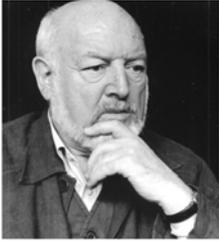
Bielefelder Schriften zu Linguistik
und Literaturwissenschaft Bd. 16

2001, 298 Seiten,
kart. € 34,80
ISBN 3-89528-270-7

Unter dem Titel Grenzüberschreibungen fokussieren die Beiträge des Bandes Konstellationen, in denen sich die mit den Begriffen ‚Feminismus‘ und ‚Cultural Studies‘ umrissenen Felder überschneiden, überlagern und ineinander verschränken. Ohne selbst klar voneinander abgrenzbar zu sein, lenken feministische und kulturwissenschaftliche Fragestellungen die Aufmerksamkeit auf die Effekte und Funktionen von Grenzziehungen – zwischen akademischen Disziplinen, zwischen Geschlechtern, zwischen Ethnien, zwischen Kunst und Populärkultur. Was geht als Frau durch? Was als Mann? Was geht als menschlicher Körper durch? Was als weiß, europäisch oder amerikanisch? Was geht als Kunst durch? Was bleibt kleben? Wie unterscheiden sich Operationen der Grenzziehung in unterschiedlichen Gattungen und Medien? Welche Strategien im Umgang mit Grenzen wie Auflösung oder Aufweichung, Überschreiten oder Überschreiben sind denkbar, wie verhalten sie sich zueinander? Inwiefern generieren Grenzen nicht nur Felder der Zugehörigkeit, sondern provozieren auch zur Entdeckung dessen, was das mit ihnen auftretende Verbot der Mischung bzw. Gebot der Reinheit immer schon unterläuft?

Mit Beiträgen von Niran Abbas, Dagmar Buchwald, Ulla Haselstein, Annette Keck, Antje Kley, Sabine Kyora, Bettine Menke, Verena Mund, Claudia Öhlschläger, Kaja Silverman, Martina Stange und Heide Volkening.

Bielefelder Schriften zu Linguistik und Literaturwissenschaft



Sabine Kyora (Hg.)

Die poetische Republik

Annäherungen an Paul Wühns *Salve res publica poetica*

BSLL 17

AV

Sabine Kyora (Hg.)

Die poetische Republik

Annäherungen an Paul Wühns

Salve res publica poetica

Bielefelder Schriften zu Linguistik
und Literaturwissenschaft Bd. 17

2002, 175 Seiten,

kart. € 29,80

ISBN 3-89528-356-8

Poetische Republik und republikanische Poesie: Beides gleichermaßen ist Paul Wühns Gedichtband *Salve res publica poetica*. In der von Wühr entworfenen poetischen Republik werden in 50 Kapiteln die Elemente versammelt, die für ein republikanisches Gemeinwesen unverzichtbar sind: Es geht um die Legitimität von Hierarchien, um Rechtsprechung und Gerechtigkeit, um das Verhältnis von Staat und Religion, um das Verhältnis des Individuums zum Staat, kurz: um Probleme, die die politische Philosophie immer schon behandelt hat. Aber es geht auch und vor allem um die Rolle der Poesie in einer Republik, die nur als poetische denkbar und darstellbar ist.

„Hernach // wird es sich immer darum / handeln Ordnungen // zu erfinden“: Mit diesem Zitat aus *Salve res publica poetica* ist auch die Aufgabe des vorliegenden Bandes zutreffend beschrieben, der erstmals in konzentrierter Form eine Annäherung an Wühns Gedichtband bietet. Die hier versammelten Beiträge versuchen sich *Salve* zu nähern, indem sie »Ordnungen« anbieten, die es der Leserin und dem Leser leichter machen, einen Zugang zur poetischen Republik zu finden. Dabei nehmen sie Aspekte auf, die *Salve* strukturieren: So sind es immer wieder die intertextuellen Bezüge, die im Blickfeld stehen, aber auch den Kompositionsprinzipien der poetischen Republik gilt die Aufmerksamkeit.

Die Themen Krankheit und Gesundheit begleiten unser Leben; sie begegnen uns als Gesprächsthemen in vielfältigen Zusammenhängen: in Familie und Freundeskreis, in Arztpraxis und Krankenhaus, in den Medien und in der Literatur. Die Beiträge dieses Bandes untersuchen aus der Perspektive verschiedener Disziplinen (Linguistik, Medizin, Psychotherapie, Soziologie, Literaturwissenschaft), wie Krankheitsverläufe und Krankheitserscheinungen, z.B. Schmerzen oder Anfälle, sprachlich dargestellt werden, wie krankheitsbezogenes Wissen und subjektives Erleben vermittelt werden und welches Bild von Gesundheit dabei zugleich aufgebaut wird. Im Einzelnen geht es z.B. um Metaphern und andere Formen der Veranschaulichung, um alternative Medizinformen und um mediale Inszenierungen. Insgesamt wird das Bemühen deutlich, durch genaues Beobachten und Hinhören Krankheit besser zu verstehen.

Mit Beiträgen von Gisela Brünner, Michael B. Buchholz, Ingrid Furchner, Elisabeth Gülich, Iris Hermann, Martin Konitzer u.a., Mechthilde Küttemeyer, Johanna Lalouschek, Wiebke Schemm, Gunnar Stollberg, Volker Surmann, Nicolas Tsapos.

GISELA BRÜNNER, geb. 1951, ist Professorin für Germanistische Linguistik am Institut für deutsche Sprache und Literatur der Universität Dortmund. Sie arbeitet besonders in den Bereichen linguistische Diskursanalyse, sprachliche Interaktion in beruflichen und institutionellen Zusammenhängen, Fach- und Wirtschaftskommunikation sowie Gesundheitskommunikation.

ELISABETH GÜLICH, geb. 1937, ist Professorin für Romanistik/Linguistik an der Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft der Universität Bielefeld. Ihre Arbeitsschwerpunkte im Rahmen der Konversationsanalyse sind Formulierungsverfahren, sprachliche Formelhaftigkeit und die Analyse von Erzählungen. In den letzten Jahren hat sie Forschungsprojekte im Bereich medizinischer Kommunikation, insbesondere zu Anfallskrankheiten durchgeführt.