

Preface

Dear readers and subscribers

For some 30 years the "Wiener Linguistische Gazette" has been published by the Department of Linguistics of the University of Vienna as a departmental journal with the aim of disseminating the work of people in the department. It is therefore among the longest-lived series of "working papers" in the area of linguistics. Due to changed circumstances, not last in the area publication opportunities elsewhere, we have decided to make our future publications available in electronic form on our departmental webpage

(<http://www.univie.ac.at/linguistics/publications/wlg/index.htm>). You are therefore reading the last printed issue of the "Wiener Linguistische Gazette".

For current projects, please refer to our Newsletter, which appears twice per year and contains updates on research, teaching and people at our department. It can also be accessed via our home page, on

<http://www.univie.ac.at/linguistics/publications/newsletter/index.htm>.

It only remains for us, as the editors, to thank you for your long-standing support and to express our hope that you will continue to read our publication in electronic form with the same interest.

Wolfgang U. Dressler

Florian Menz

Martin Prinzhorn

**Barbara Baumgartinger, Marlene Sator,
Ernst Christian Binder, Gerd Pobaschnig**

METAPHERNGEBRAUCH IN DER BESCHREIBUNG VON BRUSTSCHMERZEN

1. Einleitung

Die Beschreibung von Brustschmerzen ist trotz großer Fortschritte im medizinisch-technischen Bereich nach wie vor ein zentrales Diagnoseinstrument, um harmlose von gefährlichen, mitunter sogar lebensbedrohlichen Krankheiten zu unterscheiden. Umso erstaunlicher ist es, dass hierzu bisher gerade von linguistischer Seite sehr wenig Untersuchungen existieren, die sich diesem Problembereich zuwenden, aber auch medizinische Untersuchungen geben bisher lediglich unbefriedigenden Aufschluss über Zusammenhänge zwischen der Art der Schmerzbeschreibung und der Ursache dieser Schmerzen¹. In dem vorliegenden Beitrag, der aus den Arbeiten eines Proseminars unter der Leitung von Florian Menz im Wintersemester 2002/03 entstanden ist, soll nun der Frage nachgegangen werden, ob Lakoff/ Johnsons (1987) Metapherntheorie einen Beitrag zur Kategorisierung von Brustschmerzbeschreibungen liefern kann.

Lakoff/ Johnson (1987) gehen davon aus, dass Metaphern unser Alltagsleben durchdringen, und auch die Denkprozesse weitgehend metaphorisch ablaufen. Sie beschränken sich nicht nur auf die poetische Sprache. "Unser alltägliches Konzeptsystem, nach dem wir sowohl denken als auch handeln, ist im Kern und grundsätzlich metaphorisch." (Lakoff/ Johnson 1998: 11)

"Das Wesen der Metapher besteht darin, dass wir durch sie eine Sache oder einen Vorgang in Begriffen einer anderen Sache bzw. eines anderen Vorgangs verstehen und

¹ Vgl. Menz/Lalouschek/Stöllberger/Vodopiutz (2002) und die dort zitierte Literatur.

erfahren können." (Lakoff/ Johnson 1998: 13). *So kann man auch über Schmerz reden, ohne dass der Hörer oder die Hörerin ihn erfahren haben muss.*

Ihre Theorie deckt sich nicht mit der Metapherntheorie des Vergleichs, nach der Metaphern rein sprachliche Angelegenheiten seien und metaphorisches Denken nicht existiere. Diese Theorie klammert eine wichtige Funktion der Metapher aus, nämlich die, "uns zu ermöglichen, dass wir eine Art der Erfahrung von einer anderen Art der Erfahrung her partiell verstehen können". (Lakoff/ Johnson 1998: 177)

Die Struktur einer „Metapherkonstruktion“ kann vereinfacht gesehen werden als die Verknüpfung zwischen „Herkunftsbereich“ und „Zielbereich“. (Liebert 1992: 8) Unter „Herkunftsbereich“ wird ein fundamentales bedeutungsvolles kognitives Konzept verstanden. Mit „Zielbereich“ wird der Begriff bezeichnet, auf den die Bedeutung des Herkunftsbereiches übertragen und der um dessen Information erweitert wird. Die Information wird stets vom Herkunftsbereich auf den Zielbereich übertragen. Auch kann auf diese Weise ein neuer Begriff kreiert werden oder ein Zielbereich mit einer zusätzlichen Bedeutung erweitert werden.² *Kognitive Schemata* liefern für Lakoff und Johnson die Grundlage für eine metaphorische Bedeutungsübertragung. „Schemata repräsentieren Konzepte in Form von Oberbegriffen, Teilen und anderen Zuweisungen von Ausprägungen zu Attributen.“ (Anderson 2001: 158)

Ein Konzept übernimmt partiell Aspekte eines anderen, wobei nicht benötigte Aspekte jenes Konzepts verborgen werden. Metaphorische Ausdrücke sind in einer Sprache mit (kulturgebundenen) metaphorischen Konzepten verbunden, die unsere Alltagsaktivitäten strukturieren. Die metaphorische Strukturierung von Konzepten ist zwangsläufig partiell, d.h. nicht alle Ausdrücke eines Konzepts können in einen anderen Kontext übertragen werden.

Metaphern konstituieren sich aus physischen und kulturellen Erfahrungen, mithin "kann eine Metapher niemals unabhängig von ihrem Ursprung in der Erfahrung verstanden [...] werden" (Lakoff/ Johnson 1998: 28).

² Die Schmerzerfahrung ist nun einmal schwer zu verbalisieren. Vermutlich erfolgte deshalb in unserem Korpus seitens der PatientInnen manchmal die *Konstruktion* neuer verbaler Bedeutungselemente - in Form von Begriffen und Phrasen -, wenn eine (subjektive) Schmerzerfahrung verbal konkretisiert wurde. Dabei ist die akognitive Schmerzerfahrung als Herkunftsbereich zu sehen, der auf einen zu konkretisierenden Begriff - den Zielbereich - projiziert wurde. Zum Beispiel kann eine Frage lauten: *Wie war das mit Ihren Schmerzen?* Der Begriff *Schmerz* drängt, konkretisiert zu werden, er ist in dem Beispiel der Zielbereich. Als Antwort kann kommen: *Er fühlte sich wie ein Blitz an.* Dann ist der Begriff *Blitz* verkürzt gesehen der Herkunftsbereich. Meistens wird der Herkunftsbereich nicht mit einem Begriff markiert, sondern mit einer Phrase, weil kein einzelner Begriff völlig abgelöst vom Kontext interpretiert werden kann.

Wir gehen bei unserem Projekt von Lakoff und Johnsons Metaphern der Entität und der Materie (ontologische Metaphern) aus und untersuchen, ob solche Metaphern in Brustschmerzbeschreibungen vorkommen.

Bei der Verwendung ontologischer Metaphern werden bestimmte Teile einer Erfahrung herausgegriffen, und wie Entitäten behandelt. Dadurch kann man sie quantifizieren und in Gruppen zusammenfassen, als ob sie Einzeldinge mit scharfen Grenzen wären. Wir müssen "künstliche Grenzen setzen, die physische Phänomene zu Einzelgebilden machen, wie wir das auch sind." (Lakoff/ Johnson 1998: 35) Dies gilt insbesondere für Erfahrungen des Körpers.

Lakoff und Johnson behaupten, dass ein Großteil des menschlichen Konzeptsystems (z. B. der Wortschatz) metaphorisch entstanden und strukturiert ist. (Lakoff/ Johnson 1980: 56) Diese grundlegenden Konzepte heben sich von den anderen (ausdifferenzierteren Konzepten) dadurch hervor, als dass sie sich am besten für eine metaphorische Übertragung eignen. Sie erfüllen eine zentrale Funktion in der sprachlichen Spezifizierung und Differenzierung.³

Viele solcher Ausdrücke werden nicht als metaphorisch empfunden (z.B. "es drückt..."), weil sie omnipräsent und selbstverständlich sind. Vieles wird als wörtlich zu nehmende Aussage gewertet, obwohl es metaphorischen Charakter hat. Das kommt daher, dass "viele Metaphern ... ein fester Bestandteil [eines] Modells sind, ... nach dem die meisten von uns denken und handeln". (Lakoff/ Johnson 1998: 39)

Lakoff und Johnson geben viele Beispiele für die von ihnen beschriebenen Konzeptsysteme, u.a. auch, dass sich der Mensch als Gefäß mit einer Innen-Außen-Orientierung betrachtet, dass er eine äußere Begrenzung hat und durch die Hautoberfläche von der Außenwelt getrennt ist.

Kütemeyer (2002) hat in ihrer Untersuchung - die allerdings nicht auf diskursanalytischen Modellen beruht - die These aufgestellt, dass lediglich psychosomatische Schmerzen mit ihrem überwiegenden affektiven Anteil metaphorisch beschrieben würden, im Unterschied zu akuten organischen Schmerzen, bei denen der Sensationsanteil überwiege. In einer Konzeptualisierung von Metaphern nach Lakoff/ Johnson (1987) und belegt durch unser eigenes Material ist dies allerdings nur schwer vorstellbar. Eher könnte es sich um einen unterschiedlichen Grad der Internalisierung und der damit indirekt proportionalen Bewusstheit metaphorischen Sprechens handeln.

³ Auch Baldauf führt an: Metaphern ermöglichen „eine Einordnung neuer Erfahrungen in bereits bestehende [kognitive] Kategorien“ (1996: 60). Sie gibt den Hinweis, wie akognitive Erfahrungen in das bestehende kognitive Konzeptsystem übertragen werden: mit Metaphern.

Schmerz ist mit dem medizinischen Vokabular und der Alltagssprache schwer zu beschreiben (Gühlich/ Schöndienst 1999; Küttemeyer 2002; Rehbein/ Löning 1993). Gerade daher könnte eine Analyse von metaphorischen Konzepten aufschlussreich sein zur Differenzierung unterschiedlicher Schmerzursachen. Bereits von Weizsäcker beobachtete, wie schwer Schmerzen mit Gefühlsbegriffen umschrieben oder verglichen werden können. Er schrieb, "daß ein Schmerz eben ein Schmerz ist und nicht nur eine Empfindung". (Weizsäcker, 1926: 333) Eine Schmerzerfahrung steht für sich alleine da und zeichnet sich durch ihre Subjektivität aus. "Jedes Körperorgan [...] spricht seinen eigenen "Organdialekt". (Weizsäcker, 1926: 322). Hier ist allerdings ergänzend Ehlich (1985) Differenzierung von Schmerzbekundung in nichtsprachliche Formen (Weinen, Schreien, Wimmern etc.), Interjektionen und Beschreiben von Schmerzen zu erwähnen, wobei in Zusammenhang mit metaphorischen Beschreibungen nur letzteres von Interesse ist.

2. Datenmaterial und Hypothesen

Bei dem von uns analysierten Datenmaterial handelte es sich um Interviews einer angehenden Ärztin mit Patientinnen und Patienten, die in einem Wiener Spital wegen akuter Brustschmerzen behandelt wurden (Menz/ Lalouschek/ Stöllberger/ Vodopiutz 2002). Dadurch, dass das Gespräch nicht in das routinemäßige Geschehen des Spitalsablaufs eingebettet war, sollten die PatientInnen die Gelegenheit haben, möglichst frei von institutionellen Zwängen und umfassend über ihre Schmerzen sprechen zu können.

Vor dem oben skizzierten Hintergrund stellte sich diese Studie im Zusammenhang mit dem Untersuchungsbereich Brustschmerzen die Frage, wie der grundlegende menschliche Erfahrungsbereich Schmerz von PatientInnen konzeptualisiert wird. Lassen sich analog zu einer Metaphernstruktur wie "Zeit ist ein Behälter" auch für den Schmerz Konzepte der Art "Schmerz ist [...]" im Korpus der PatientInneninterviews nachweisen? Welche Rückschlüsse über basale kognitive Muster betreffend des Schmerzerlebens lassen sich durch die Art der Darstellung von Schmerz ziehen? Bei der Untersuchung dieser Fragestellung stößt man auf zwei immer wiederkehrende Konzeptualisierungen von Brustschmerzen: Zum einen wird der Schmerz sehr häufig als *Besitz* dargestellt, zum anderen als *Täter*. Allerdings ist es keineswegs so, dass in einem Interview der/ die PatientIn den Schmerz durchgängig als Besitz bzw. durchgängig als Täter darstellt. Der Metapherngebrauch muss also nicht unbedingt konsistent sein, eine Beobachtung, die sich mit Lakoff und Johnson dadurch erklären lässt, dass durch verschiedene Metaphern verschiedene Aspekte einer Sache abgedeckt werden können.

Die Fragestellungen, denen im folgenden nachgegangen werden soll, lauten:

1. Wie stellen BrustschmerzpatientInnen ihre Schmerzen als Täter bzw. als Besitz dar?
2. Lassen sich Tendenzen in Bezug auf Zusammenhänge der Darstellungsweise von Schmerz als Täter bzw. als Besitz mit Geschlecht oder Ursache erkennen?
3. Welche Schlussfolgerungen und Interpretationen sind aufgrund der Ergebnisse aus 1. möglich?

3. Ergebnisse

Im untersuchten Korpus stellen PatientInnen sehr häufig ihre Schmerzen als etwas dar, das sie besitzen, das quasi ihr Eigentum ist. In die Kategorie Schmerz als Besitz wurden jene Passagen eingeordnet, in denen Schmerzen, Beschwerden oder Symptome in Verbindung mit den Ausdrücken *haben*, *bekommen* bzw. der umgangssprachlichen Entsprechung *kriegen* beschrieben werden. Zur Veranschaulichung einige Beispiele aus den Transkripten:

Na i hob ghobt hh .hh so Druckn (.) [im Herzn, oba (039BRW: 012),
da krieg i SEHR viel Angst (042MMW: 109),
krieg ich schwarze PUNKTE (052REW: 153),
und ma kriegt ka Luft. (052REW: 157),
do hob in Brustkorb no ned so Schmerzn ghobt (085SKM: 249),
hob i an Infarkt kriegt (041PEM: 137),
da hab ich so einen STOß gehabt (048JJM: 237f),
wie immer (1.0) ah (.) beengtes gefühl ghobt (065KJM: 8),
ich hab ein Problem mit Kreuz (082DJW: 20)

Zur weiteren Differenzierung des Konzepts Schmerz als Besitz wurde die Bildschematheorie von Johnson 1987 (vgl. Kapitel 3.1.) herangezogen. Dabei konzentrierte sich die Studie auf das Behälter-Schema und das Weg-Schema. Das Behälter-Schema wurde in jenen Fällen angenommen, in denen Schmerzen, Beschwerden oder Symptome mit dem Verb *haben* verbunden werden, das Weg-Schema in jenen Fällen, in denen die Verba *bekommen* bzw. *kriegen* zur Schmerzbeschreibung verwendet werden. Beispiele für die Darstellung von Schmerz als Besitz mittels Behälter-Schema wären also etwa:

hob i a Schmerzn ghobt (41 PEM: 224)
dann habe ich einen DRUCK! (48JJM: 459)

Beispiele für Schmerz als Besitz in Form des Weg-Schemas:

DA:durch (---) hab ich bekommen (-) ich hab da einen d (-) einen (.)
 EINEN (---) DRUCK bekommen (48JIM: 88f)
 SCHWEIßausbruch krieg ich (42MMW: 147)

3.1. Exkurs: Johnsons Bildschematheorie

Für die theoriegestützte Textanalyse zogen wir Mark Johnsons Theorie der „Bildschema-Strukturen“ („image schematic structure“) heran, vernachlässigten Lakoffs breiter angelegtes Analyseschema.⁴ Johnson (1987) beobachtete signifikant auftretende, *bildhafte Metaphern* in der verbalen Kommunikation. Diese Metaphern spiegeln für ihn grundlegende anthropologische Denkstrukturen wieder. Unter der Annahme: vor dem persönlichen Spracherwerb denkt jeder Mensch in vorsprachlichen Strukturen, so werden diese *vorsprachlichen Strukturen* am besten mit jenen bildhaften Metapher-Begriffen repräsentiert. Die von Johnson beobachteten kognitiven Konzepte geben damit verstärkt die visuelle Vorstellungsebene menschlicher Wahrnehmung wieder.

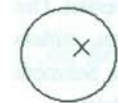
Kognitiv, auf der Wortschatzebene, werden diese vorsprachlichen Strukturen in Form von Bildschemata („image schemata“) repräsentiert. Johnson stellt mit seiner Theorie eindeutig beobachtbare *Indikatoren* auf, die ein methodisches Vorgehen bei der Textanalyse erleichtern. Mithin lassen bestimmte Indikator-Begriffe einen direkten Rückschluss auf die vorbegrifflichen Denkstrukturen zu.

Auch in den Brustschmerzbeschreibungen der PatientInnen kamen Johnsons Indikator-Begriffe vor. In den folgenden Absätzen wird eine kurze Beschreibung der (sechs) - in den Interviews - am häufigsten verwendeten Bildschemata gegeben. Johnson unterscheidet insgesamt 28 Bildschemata. (1987: 126) Als Beispiele werden Transkriptstellen exemplarisch zitiert. Die inhaltliche Trennlinie zwischen den Bildschema-Kategorien ist fließend, sie sind nicht disjunkt abgegrenzt. Die Interviewzitate geben ausschließlich die Antworten auf die Frage nach dem Schmerzerlebnis wieder. Die Indikator-Begriffe sind fett unterlegt, können auch wie bedeutungstragende Begriffe des Herkunftsbereiches (siehe Kapitel 4.1.) einer Metapherkonstruktion verstanden werden.

⁴ Ergänzend sei angeführt: Lakoff (1987) unterscheidet zwei vorsprachliche Strukturen: die Bildschema-Strukturen, und die „Basisbenenstrukturen“ („basic-level structure“). Die Idee der Bildschema-Strukturen ist inhaltlich angelehnt an Johnsons Modell. Mit den Basisbenenstrukturen stützt sich Lakoff auf die Theorie der „Prototypensemantik“ von Eleanor Rosch (1978). Er schreibt der Basisbenenstruktur die Charakteristik zu, „daß sie universal für jede Sprechergruppe der

3.1.1. Johnsons Bildschemata:

Behälterschema: (Johnson 1987: 21f)



Das Behälterschema („containment“) spiegelt eine in der Vorstellung beobachtete Relation mit den Präpositionen „in“/ „aus“ wieder. Es hat die kognitive Funktion, einen Teil der Struktur unserer körpergebundenen Erfahrungen verbal wiederzugeben: „physical in-out orientation involves separation, differentiation and enclosure.“ (1987: 22) „In“ und „aus“ geben eine von uns wahrgenommene Trennung, Unterscheidung oder Einzäunung wieder. In zahlreichen Interviewsequenzen wird der Schmerz durch den Begriff „in“ am Körper lokalisiert. Johnson schreibt: „the contained object gets a relative fixity of location.“ (1987: 22) Die folgende Interviewsequenz veranschaulicht die praktische Relevanz für die Schmerzbeschreibung:

... „manchmal **in** die Arme, manchmal **in** Kopf auch“ ... (052REW: 49)

Der Schmerz wird hier bestimmten Körperregionen zugeschrieben, um vielleicht auf eine somatisch empfundenen Verbindung („accessible“) zum Schmerzsprung hinzuweisen.

Wegschema: (Johnson 1987: 113f)



Das Wegschema („path“) hat die kognitive Funktion, die Fortbewegung eines Objektes auf einem Weg wiederzugeben, beginnend an einem Ausgangspunkt bis zu einem Endpunkt. So schreibt Johnson: „Paths are thus routes for moving one point to another.“ (1987: 113) Die Schmerzträchtigkeit wurde damit in einem Fall so umschrieben:

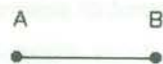
... „es kriecht **da** **hinauf**“ ... (042MMW: 90)

Mit „kriecht“ wird auf eine Aktivität verwiesen, mit „da“ wird der Schmerzweg lokalisiert und „hinauf“ gibt den Wegverlauf an. Der Ausgangs- und Endpunkt des Schmerzverlaufes ist lediglich metaphorisch angedeutet, indem das Begehen eines Wegstückes beschrieben wird. Ein anderes Beispiel ist:

... „es kommt **bis** **da**“ ... (042MMW: 42)

Verbindungsschema: (1987: 117f)

psychologische Ausgangspunkt der Kognition ist“ (Liebert, 1992: 60) und die Interaktionsgeschichte eines sozialen Kollektivs widerspiegelt.



Mit dem Verbindungsschema („link“) kann sprachlich eine Verbindung zwischen zwei körpergebundenen Entitäten hergestellt werden. In der folgenden Interviewsequenz wurde eine logische Verbindung („logical connectives“) verwendet. Die Konjunktion „und“ verweist auf eine Verbindung der Schmerzörtlichkeiten, mittels phonetische zeitliche Nähe („temporary connectives“) im Sprechtempo. Der Schmerz war gleichzeitig im „Brustkorb“, den „Fingerspitzen“ und im „Bauch“ zu spüren:

... „im Brustkorb, und(.) eben bis in die Fingerspitzen und do im (Bauch)“ ... (028AWM: 24)

Die funktionale Verknüpfung („functional linking“) lässt auf eine beobachtete Verschmelzung der Körperteile zu einer Einheit schließen.

Zyklus-Schema: (1987: 119f)



Das Zyklusschema („cycle“) betont einen Wechsel, eine Wiederkehr oder einen Rhythmus einer wahrgenommenen Erscheinung. Meistens gibt dieses Schema eine Struktur zeitlicher Abläufe wieder, wie in der folgenden Interviewsequenz:

... „langsam. So wellenoartig kommt es daher“ ... (052REW: 89)



Das Auftreten des Schmerzerlebnisses wird hier als ein Wechsel zwischen Hoch und Tief beschrieben. Dies lässt auf die Struktur eines unregelmäßigen Verlaufs rückschließen, oder wie Johnson schreibt: „its periodic „rise“ and „fall““ (1987: 120).

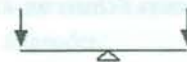
Skalenschema: (1987: 121f)



Das Skalenschema („scale“) gibt ein beobachtetes Erlebnis wieder, welches nach Quantitäten („quantitative aspects“) oder Qualitäten („qualitative aspects“) beschrieben wird. In dem unteren Interviewausschnitt signalisiert der Komparativ „ärger“ eine qualitative Steigerung in der Schmerzintensität.

... „es hot scho langsam begonnen und is immer ärger worn“ ... (052REW: 413)

Gleichgewichtsschema: (1987: 85f)



Das Gleichgewichtsschema („balance“) gibt die Struktur einer Gleichgewichtsrelation zwischen zwei Entitäten wieder. In der unten angeführten Beschreibung wird das Schmerzerlebnis als „gleichmäßig“, ausbalanciert, konstant beschrieben.

... „der zieht sich ... so gleichmäßig (hin)“ ... (041PEM: 57)

Wie die Beispiele mit den ausgewählten sechs Bildschemata demonstrieren, lassen sich Johnsons Sprachkonzepte häufig wiederfinden und stellen sogar wesentliche Bausteine für die verbale Schmerzbeschreibung dar. Diese Indikatoren können einen Beitrag leisten, die individuellen Schmerzerfahrungen zu konkretisieren und einen Zugewinn an Verständnis in einer Kommunikation erzeugen.

3.2. Schmerz als Täter:

Schmerz wird unter anderem durch die Metapher „Schmerz als Täter“ verbalisiert. Da dies in unserem Korpus gehäuft anzutreffen ist, vertiefen wir uns speziell auf diese Strategie der Schmerzbeschreibung. Wir bilden zwei Hauptgruppen, die in sich noch erweitert sind: *personalisierter* vs. *depersonalisierter* Täter und *Aktivität und Bestimmtheit des Täters*. Diese beiden Haupt- und ihre jeweiligen Untergruppen sind nicht immer trennscharf, da sie ineinander über gehen, weshalb es bei den Erläuterungen zu Überschneidungen kommt. Im Folgenden werden wir diese Kategorien mit Hilfe eines kurzen theoretischen Hintergrundes erläutern und anhand von prototypischen Beispielen aus dem Korpus veranschaulichen.

Personalisierter vs. Depersonalisierter Täter

Uns fiel bei der genaueren Beschäftigung mit den Transkripten auf, dass PatientInnen den Schmerz oft als aktive Person darstellen. In Kütemeyer (2002) finden sich verschiedene Formen der bildhaften Schmerzbeschreibung. Sie schreibt unter anderem von einem „Schmerz“ als „ungebärdige[r] Person“: „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.“ (Kütemeyer 2002: 7).

In unseren Fällen handelt es sich auch um Schmerz als ein „fremdes Lebewesen“, das „wie eine andere Person beschrieben“ wird. Die „ungebärdige Person“ in unserem Korpus ist jedoch nicht außer Kontrolle geraten, sondern vielmehr äußerst kontrolliert und fügt bewusst und willentlich Schmerz zu. Was in unserem Datenmaterial nicht

vorkommt, ist die Hartnäckigkeit des von Küttemeyer beschriebenen Schmerzes als Person, die einem auf den Fersen bleibt.

In Anlehnung an diesen Artikel bildeten wir eine Kategorie *personalisierter Täter*, der wir die Kategorie *depersonalisierter Täter* gegenüberstellen. Der *personalisierte Täter* kann sprachlich mit folgenden Wortarten realisiert werden: Anaphern (*er/ sie/ es*) und Demonstrativa (*der/ die/ das*), insofern sie sich im vorhergegangenen Kontext innerhalb der letzten zwei bis drei Äußerungen auf eine Person rückbeziehen, Namen, sowie unbestimmte Ausdrücke wie *jemand* oder *irgendwer*.

Schmerz wird aber auch als Ding, als *es*, als etwas Sächliches, Unpersönliches gesehen. Diesen *depersonalisierten Täter* erkennt man in Wortarten wie dem unpersönlichen *das*, dem unpersönlichen und dem "globalen" *es* (Erben 1972) und andere. Damit setzen wir uns weiter unten im Kapitel über die *Aktivität und Determiniertheit des Täters* dezidiert auseinander.

In diesem Kapitel wollen wir uns anhand der Formulierungsarbeit von Patient 085SKM auf diese spezielle Form der Schmerzbeschreibung konzentrieren. Er nimmt vermehrt Metaphern, in denen der Schmerz eine Person, jemand, einer, ist, auf.

085SKM: 173 und 181

- I: mhm\ / .hh und wie war das, ahm hams auf der rechten Brustseite auch was gespürt oder nur links.
 P: I hob NUR wirklich, als wie wonn do ma ana do am linkn [im=im Körper (axxx schneidt) und sogt okay do
 I: [mhm\ /
 P: de Seitn is kaputt und die ondere die lebt oiso des is
 I: mhm\ /
 P: genauso woas

Die Interviewerin fragt den Patienten in Form einer geschlossenen Frage, ob er nur auf der rechten oder auch auf der linken Brustseite etwas gespürt habe. Patient 085SKM beantwortet die Frage nicht direkt, wie das bei geschlossenen Fragen von Ärzten meist erwartet, oft sogar gefordert wird, sondern mit Hilfe einer Metapher, in der er den Schmerz als *personalisierten Täter* darstellt: es sei *als wie wonn do ma ana do am linkn im Körper (axxx schneidt) und sogt okay do de Seitn is kaputt und die ondere die lebt*. Mit der für Vergleichsmetaphern typischen Markierung *als wie wonn* leitet er die Äußerung ein. Für Patient 085SKM ist der Schmerz ein unbekannter Täter/ eine unbestimmte Person, *ana*, der/ die hergeht und mit einem Messer eine Seite des Körpers ausschneidet und dadurch bestimmt, welche Seite lebensfähig und welche kaputt ist.

Von einer extremen Einschränkung durch Schmerz, erzählt Patient 085SKM im folgenden:

085SKM: 562-565

- I: mhm\ / (---) .hh ham Sie des Gfühl dass wie=also wie Sie jetzt den Schmerz empfinden dass sich das geändert hat im Rückblick? Wie ma zurückschaut, wenn Sie jetzt nochmal drüber nachdenken? .hh (---)
 P: Na, glaub i ned.
 I: Also dass Sie den Schmerz immer gleich beschreiben,
 P: I glaub=i glaub jo, [jo den Schmerz konnst ned anders
 I: [mhm\ /
 P: beschreim. [A wonn
 I: [Weil des so intensiv is und?
 P: Ja weil er=weil er dich äh in der=in der gan=ganzn Persönlichkeit einschränkt momentan

Eingeleitet wird diese Äußerung von der Interviewerin mit einer relativ offenen Frage, die das Interview abschließen soll: Sie will wissen, ob Patient 085SKM den Schmerz rückblickend vielleicht anders beschrieben hätte, was dieser, durch das Verb *glauben* leicht abgeschwächt, verneint. Für die Interviewerin ist mit dieser Reaktion die Frage scheinbar nicht zufriedenstellend beantwortet, woraufhin sie rephrasiert: *Also dass Sie den Schmerz immer gleich beschreiben*. Hier löst sie in Herrn 085SKM eine neuerliche Folge von verschiedenen reformulierenden Sequenzen aus, in der uns nur die unmittelbare Reaktion auf die auslösende Frage interessiert: Herr 085SKM sagt, dass der Schmerz nicht anders beschreibbar sei, *weil er dich äh in der=in der gan=ganzn Persönlichkeit einschränkt momentan*. In diesem Fall erscheint der Schmerz ebenfalls wieder als Täter, im Unterschied zur vorherigen Formulierung jedoch in Form des Personalpronomens *er*. Was diese Personalisierung des Schmerzes noch verstärkt, ist die Tatsache, dass *er* - die Person Schmerz - den Patienten in seiner ganzen Persönlichkeit einzuschränken vermag.

Aktivität und Bestimmtheit des Täters

Wie wir im vorhergegangenen Beispiel sehen konnten, ist nicht nur entscheidend, mit welchen sprachlichen Mitteln und Ausdrücken auf den Schmerz Bezug genommen wird, sondern auch, in was für einer Umgebung das jeweilige Wort eingebettet ist.

Verba machen im Deutschen etwa ein Drittel des Gesamtwortschatzes aus (Metzler Lexikon Sprache 2000: 771), was ihre zentrale Stellung als Satz dominierende Wortart erklärt.

Von der *Aktionsart* des Verbs lassen sich entscheidende Rückschlüsse auf die Aktivität des Täters ziehen. Nach DUDEN, Grammatik der deutschen Gegenwartssprache (1998: 90) bezeichnet man mit Aktionsart "die Art und Weise, wie das durch ein Verb bezeichnete Geschehen abläuft". Es wird betont, dass "eindeutige Abgrenzungen [...] manchmal nur schwer durchzuführen" sind. Das Metzler Lexikon Sprache (2000:772) unterscheidet nach rein semantischen Kriterien:

1. "inchoative (den Beginn eines Geschehens ausdrückende)" Verba, wie zum Beispiel "aufbrechen, erblühen, entbrennen"
2. "resultative (das Ende eines Geschehens ausdrückende)" Verba, wie zum Beispiel "ankommen, verblühen, verbrennen"
3. "durative (das Andauern eines Geschehens ausdrückende)" Verba, wie zum Beispiel "bleiben, blühen, brennen"
4. "iterative (eine stete Wiederholung ausdrückende)" Verba, wie zum Beispiel "grübeln, schaukeln, zittern" und
5. "intensive bzw. diminutiv-iterative (eine schwächere andauernde Intensität ausdrückende)" Verba, wie zum Beispiel "lächeln vs. lachen, kränkeln, husteln".

Für unsere Arbeit sind allein die ersten drei Unterscheidungen sinnvoll, da iterative und diminutiv-iterative Verba in unseren Transkripten nicht von großer Relevanz sind, weil für jede Kategorie nur wenige Vertreter gefunden wurden.

Die *Intensität* der Verba ist sehr wichtig, weshalb wir eine neue Ebene einführen, die quer zu den oben genannten Aktionsarten verläuft und diese durchläuft. Jedes Verb kann, je nach Kontext, intensiver oder weniger intensiv sein, egal ob die Handlung beginnt, dauert oder endet. Im DUDEN, Grammatik der deutschen Gegenwartssprache (1998: 91) wird dies folgendermaßen definiert: "Mit einigen Verben wird ein größerer oder geringerer Grad, die stärkere oder schwächere Intensität eines Vorgangs gekennzeichnet". Diese Verba werden "intensiv" genannt, zum Beispiel *schluchzen*. Diese Intensität wird oftmals zusätzlich noch durch Adjektiva und Adverbia im unmittelbaren Umfeld ausgedrückt. Wir wollen uns hier jedoch hauptsächlich auf die Verba konzentrieren.

Im ersten Beispiel zeigen wir, wie Patient 041PEM inchoative und resultative Verba zum Beschreiben der Schmerzen verwendet:

041PEM: 184-186

- I: mhm/\ (--) .hh und (-) es is nur aufs Nitro besser worn,
DA aber ganz deutlich.
P: jo. [es hot nochlossn. (-) ober hot donn wieder ogfongt.]

In dieser Äußerung bestätigt Patient 041PEM das zuvor Gesagte der Interviewerin. Das Wort *wieder* steigert die Intensität des nachgestellten inchoativen Verbes *ogfongt* und lässt das Schmerzerlebnis durch das weniger intensive resultative Verb *nochlossn* abklingen, gefolgt von einem zyklischem Wiederbeginn.

Wie Schmerz mit durativen Verba beschrieben werden kann, wollen wir anhand von folgendem Ausschnitt zeigen:

041PEM: 52-59

- I: mhm/\ (5.0) mhm/\ (--) und wie fühlt sich dieser Schmerz
A:N, (-) kannma das irgendwie beschreib[en?
P: [(xxxxxxxx) so
ZIE:Hender [Schmerz, (ja?) zieht so, (-) tuat (xxxxxxxx)
I: [mhm/\
P: weh auf oda ob, (-) na der ZIE:HT sich so
I: mhm/\
P: so gleichmäßig (hin)

Die Interviewerin fragt den Patienten, wie sich der Schmerz anfühle und ergänzt diese Frage mit dem metakommunikativen Zusatz, ob er beschreibbar sei. Auf die metakommunikative Ebene geht dieser nicht ein, er beantwortet statt dessen den ersten Teil der Frage genau und mit Hilfe der zwei unterschiedlichen durativen Verba *weh tun* und *ziehen*. Der Schmerz *zieht so*, sagt er und rephrasiert dies mit *tuat weh*. Das scheint ihm jedoch nicht passend genug für die Qualität des von ihm erlebten Brustschmerzes, sodass es das Verb *ziehen* mit dem Präfix *hin* anreichert und die Intensität durch das Adverb *gleichmäßig* verstärkt: *der ZIE:HT sich so gleichmäßig (hin) der Schmerz*.

Wie bereits aus den oberen Transkriptausschnitten offensichtlich wird, kann das "Schmerz als Täter" - Konzept von PatientInnen mit unterschiedlichen Wortarten in Verbindung gesetzt werden: vor allem mit Nomina, Anaphern und Artikeln, aber auch mit Worten wie jemand/ etwas, irgendwer/ irgendwas. Was zur Bestimmtheit des Täters respektive zur Determiniertheit des Subjekts führt.

"ANAPHERN (*er, sie, es*) dienen der Anzeige kontinuierlicher Orientierung auf bereits eingeführte oder sonst präsente Gegenstände oder Sachverhalte, vielfach [...] zum Zwecke thematischer Fortführung." (Grammatik der deutschen Sprache 1997: 37). Wir werden uns hier speziell mit der Anapher *es* beschäftigen, die "allerdings bisweilen Klassifikationsprobleme" bietet, da sie nicht immer ein "echtes Subjekt" ist. (Grammatik der deutschen Sprache 1997: 1082). Wir sprechen von einem unpersönlichen und einem persönlichen *es*: Wir versuchen ein *es* in Schritten von maximal zwei bis drei Äußerungen zurückzuverfolgen bis wir auf etwas Sinnvolles stoßen, auf das sich die Anapher beziehen kann.

Findet sich durch diese Vorgehensweise kein Bezugswort, so werten wir dieses als unpersönliches, nahezu bis vollständig inhaltsleeres *es*.

In einem kurzen Exkurs werden in Grammatik der deutschen Sprache (ebd.) verschiedene Verwendungsweisen nach syntaktischen Kriterien vorgestellt:

1. "es als referierender Proterm für eine NP im Neutrum",
 2. "es als Proterm für einen Satz",
 3. "expletives es",
 4. "Korrelat-es" und
 5. "fixes es".
3. 4. und 5. sind "weder phorisch [...], noch haben sie Verweisfunktion" (ebd)

In unserer Klassifizierung gilt einzig "es als referierender Proterm für eine NP im Neutrum" als *persönliches es*. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn ein/e PatientIn sagen würde: "Das Herz macht Probleme. Es klopft so." Das Beispiel ist fingiert, da in unserem Datenmaterial eine solche Art von Klassifizierung nicht gefunden werden konnte. Alle restlichen, oben genannten Verwendungsweisen (2. - 5.) fallen bei uns in die Gruppe des *unpersönlichen es*. Zusätzlich fanden wir bei Erben (1972: 214) ein *es*, das "oft als allgemeines Anschluß- und Ansatzstück" fungiert und "[...] vorher Genanntes oder Gesagtes als Ansatzgröße neuer Aussagen wieder aufnimmt"; wir wollen es der Kürze halber *globales es* nennen. Man könnte sogar noch weiter gehen und ein *universales es* einführen: es referiert auf relativ umfassende, kaum bestimmbare Umstände aus dem umliegenden, also nicht nur vorhergehenden, Kontext, die in unserem Fall in Zusammenhang mit dem Schmerz stehen.

unpersönliches es:

052REW:203-208

- I: mhm/\ .h aufsetzen, is es da besser?
 P: ja:, is [besser.
 I: [mhm/\ (-) und beim hinlegen schlechter.
 P: jo es vergeht auch wieder, ober ans hob i A gmerkt, es kommt, (--) am ANfang is es gekommen, wann i mi aufregt hob.
 I: mhm/
 P: ober jetzt kommts scho ohne Aufregung a [((lacht kurz))

Das unpersönliche *es* zeigt sich hier in zwei unterschiedlichen grammatikalischen Formen: einmal als Pronomen *es*, das vor den beiden Verba *vergehen* und *kommen* steht, und ein anderes mal als Klitikon an das Verb *kommen* angehängt: *kommts*. Es

handelt sich jedoch immer um ein "es als Proterm für einen Satz" bzw. eine Äußerung. Die Patientin übernimmt das *es*, das für den Zustand Schmerz steht, von der Interviewerin und führt es, alleine stehend und somit betont, wie einen roten Faden durch ihre Beschreibung, bis es am Schluss nur noch als Klitikon angehängt existiert, sozusagen beinahe verschwunden ist, der Zustand Schmerz ist bereits hinreichend eingeführt und braucht nicht mehr betont zu werden. Die Realisation des unpersönlichen *es* als Klitikon kommt nicht nur in Schmerzbeschreibungen sehr oft vor, sie ist generell ein Spezifikum der gesprochenen Sprache.

Auch für die Realisation eines unpersönlichen *es* in Form eines fixen *es* ist ein fingiertes Beispiel notwendig. Wir alle kennen wahrscheinlich den Satz: "*Es geht schon wieder*", wenn eine Krankheit im Abklingen ist. Hier ist das *es* beinahe inhaltsleer und dient als grammatikalischer Platzhalter.

Obwohl prinzipiell grammatikalisch differenziert wird zwischen verschiedenen Verwendungsarten von *das*, ist in unserer Analyse von Schmerz als Täter hauptsächlich das *anaphorische das* relevant. Es ist dem bereits zuvor klassifizierten unpersönlichen *es* in seiner Funktion ähnlich: es referiert auf konkrete Inhalte, meist ganze Äußerungen zurück.

Als Beispiel wollen wir uns die Beschreibungsarbeit von Patientin 052REW anschauen

52REW: 501-511

- I: mhm/\ würdens ma nochmal hinzeigen wo ihnen (-) was weh tut.
 P: pf:
 I: da.
 P: (-) die die GANze Gegend. bis hinten durch.
 I: mhm/
 (9.0)
 P: und manchmoi die Orme.
 I: die Arme, mhm/
 P: des is a scheißlich, ober es vergeht gottseidank immer wieder.

Hier fordert die Interviewerin die Patientin auf, noch einmal hinzuzeigen, wo es weh tut. Die Patientin kann dieser Aufforderung nicht so ohne weiteres Folge leisten, da der Schmerz die *GANze Gegend* besetze, *bis hinten durch* gehe. Nach einer Neun-Sekunden-Pause erwähnt sie zusätzlich die Arme. Auch das erscheint ihr unzureichend und sie erklärt: *des is a scheißlich*. Was wir hier sehen ist ein typisches anaphorisches *das*, das auf etwas vorher Gesagtes referiert: auf die Arme, darauf, dass der Schmerz bis hinten durch geht und die ganze Gegend besetzt.

Vergleicht man das oben zitierte Beispiel des unpersönlichen *es* als *fixes es* (*Es geht schon wieder*) mit dem gerade eben behandelten anaphorischen *das* (053rew: 510), so wird der Unterschied deutlich: Das *des* referiert eindeutig auf den Schmerz als konkreten Inhalt, während das *es* nahezu inhaltsleer ist und aus rein grammatikalischen Gründen existiert.

3.3. Tendenzen in Bezug auf Unterschiede je nach Geschlecht und Ursache

In diesem Kapitel wird einerseits das Datenmaterial mit Hilfe einer deskriptiven Tabellen vorgestellt, andererseits werden Ergebnisse, die mittels eines χ^2 -Tests erlangt wurden, präsentiert: Relative Häufigkeiten der Darstellungen von Schmerz als Besitz bzw. als Täter werden nach Geschlecht und Schmerzsache (+ ucor = koronare Ursache, - ucor = andere Schmerzsache) aufgeschlüsselt. Bei den deskriptiven Tabellen ist zu beachten, dass die nicht fett gedruckten Zahlen die ganzen Zahlen, die fett gedruckten die jeweiligen Prozentsätze dazu darstellen.

Einzelbeschreibung:

Tabelle 1:

PATIENTIN		URSACHE		TÄTER		BESITZ		Gesamtvergleich	
w	m	+ ucor	- ucor		%		%		%
039BRW		x		4	57	3	43	7	3
42MMW		x		10	40	15	60	25	12
052REW		x		28	93	2	7	30	14
082DJW			x	5	42	7	58	12	6
	041PEM		x	21	75	7	25	28	13
	048JJM-B		x	5	23	17	77	22	11
	065KJM		x	16	67	8	33	24	12
	085SKM	x		44	73	16	27	60	29
Gesamt		4	4	133	64	75	36	208	100

Für diese Pilotstudie wurden für die Kategorie Geschlecht jeweils vier Frauen (w) und Männer (m) und für die Kategorie Krankheitsursache (Ursache) ebenfalls jeweils vier koronar (+ ucor) und vier nicht-koronar (- ucor) Erkrankte ausgewählt. In der Relation Geschlecht zu Ursache besteht ein Ungleichverhältnis: drei von vier Frauen sind koronar und nur eine nicht-koronar erkrankt, während drei von vier Männern nicht-koronar erkrankt sind und nur einer koronar erkrankt ist. Ein Gesamtvergleich zeigt, dass 64% der PatientInnen den Schmerz als Täter, jedoch nur 36% als Besitz verbalisieren.

Eine starke Korrelation in der Wahl der unterschiedlichen Metaphern Täter versus Besitz zeigt sich bei allen vier Männern in der ungefähren Relation 1:2. Drei Patienten beschreiben zu etwa 2/3 ihren Schmerz als Täter und zu rund 1/3 als Besitz: 041PEM: 21 vs. 25, 065KJM: 67 vs. 33 und 085SKM: 73 vs. 27. Bei Patient 048JJM-B ist die Relation genau umgekehrt: er wählt die Metapher Schmerz als Täter nur 5 mal, realisiert seinen Schmerz jedoch 17 mal als Besitz. Dies ist unabhängig von der Ursache der Erkrankung.

Bei den Frauen ist ein geringer Zusammenhang zu sehen. Eine deutliche Ausnahme bildet Patientin 052REW: sie nutzt die, man könnte in unserem Fall sagen eher "männliche", Art Schmerz zu beschreiben: 28 mal verbalisiert sie ihn als Täter, nur 2 mal als Besitz. Sie hat somit die auffallendsten Zahlen aufzuweisen. Bei den anderen drei Frauen zeigt sich weder im Vergleich miteinander noch im Vergleich der beiden Krankheitsursachen eine besondere Korrelation.

Im Gesamtvergleich scheint es einen nahen Zusammenhang zu geben zwischen der Wahl der Metaphernart und der Art der Krankheitsursache. Die im folgenden vorgestellten Ergebnisse zeigen jedoch bezüglich der Metaphernwahl keinen Unterschied zwischen den zwei biologischen Geschlechtern Frau und Mann. Der Metapherntyp Besitz wird von den PatientInnen insgesamt zu 36,1% genutzt, der Metapherntyp Täter zu etwas mehr als 1/3 häufiger, nämlich zu 63,9%.

Krankheitsursache / Metaphernart:

Tabelle 2: Erkrankung - Metapher

Absolute Zahlen und
Spaltenprozente

	+ucor	-ucor	Summe
Besitz	36 29,5%	39 45,3%	75 36,1%
Täter	86 70,5%	47 54,7%	133 63,9%
Summe	122	86	208
chitest	0,01912806		

In dieser Tabelle wird der Unterschied von PatientInnen mit koronarer Krankheitsursache zu denen mit nicht-koronarer Ursache und ihr Verhältnis zur Wahl der Metaphernart gut ersichtlich: nicht-koronar erkrankte Personen zeigen keinen wesentlichen Unterschied bezüglich der Metaphernwahl: 45,3% wählen die Metapher

Besitz und nur knapp mehr, nämlich 54,7%, die Metapher Täter. Koronar erkrankte Personen jedoch nutzen zu 70,5% die Metapher Täter und nur zu 29,5% die Metapher Besitz, um Brustschmerzen zu beschreiben.

Die Irrtumswahrscheinlichkeit laut χ^2 -Test lautet 0,01912806. Dies bedeutet, dass die Vermutung, es bestehe eine Abhängigkeit zwischen der Krankheitsursache und der Art der Metaphernwahl von BrustschmerzpatientInnen zu 98,087% haltbar ist.

Geschlecht / Metaphernart:

Ganz anders sind die Ergebnisse bei Inbezugsetzung von der Variable Geschlecht mit der Variable Metapher: diese Vermutung ist nach den Ergebnissen des χ^2 -Tests nicht haltbar, da eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 92,375% besteht. Die Vermutung, dass die Wahl der Metaphernart abhängig ist vom jeweiligen biologischen Geschlecht der PatientInnen, ist also unhaltbar.

Tabelle 3: Geschlecht – Metapher

Absolute Zahlen und
Spaltenprozent

	w	m	Summe
Besitz	27 36,5%	48 35,8%	75 36,1%
Täter	47 63,5%	86 64,2%	133 63,9%
Summe	74	134	208
chitest	0,92375202		

Werden die Gesamtprozentsätze mit den einzelnen Prozentsätzen verglichen, so fällt auf, dass nur ganz geringe Abweichungen zu finden sind: Insgesamt nutzen 36,1% der PatientInnen die Metapher Besitz, Männer zu 35,8% und Frauen zu 36,5%. Ähnlich ist es bei der Metapher Täter: diese wird zu insgesamt 63,9% gewählt, wobei sie Frauen zu 63,5% und Männer zu 64,2% nutzen.

Zusammenfassend werden diese Ergebnisse mit der Zusammenfassung der medizinisch-sprachwissenschaftlichen Studie von Menz, Lalouschek, Stöllberger und Vodopiutz (im Ersch.) verglichen:

1. In der vorliegenden Pilotstudie zeigt es sich im Gegensatz zur oben genannten nicht relevant, ob eine Patientin oder ein Patient die Brustschmerzen schildert

2. Es zeigt sich jedoch eine Relevanz bezüglich der Krankheitsursache: koronar Erkrankte erzählen zu etwa 2/3 mit Hilfe der Täter-Metapher, bei nicht-koronarer Krankheitsursache scheint in diesem Vergleich keine Relevanz auf.

4. Schlussfolgerungen und Interpretationen

Es muss angenommen werden, dass die Ergebnisse dieser Arbeit unter der Voraussetzung, dass 1) sich das Konzept von Lakoff und Johnson weiterhin als adequates Beschreibungsmodell für Schmerzbeschreibungen erweist und dass 2) sich die Ergebnisse aus der vorliegenden Studie auch bei einem umfangreicheren Korpus halten, gerade in der Medizin weitreichende Folgen hätte. Solche hier angenommenen Konsequenzen müssten freilich in weiterführenden interdisziplinären Studien v.a. durch PsychologInnen, MedizinsoziologInnen, MedizinerInnen und LinguistInnen gesondert untersucht werden.

Konsequenzen können sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie und eventuell weiterführender Studien nämlich in zweierlei Hinsicht ergeben: Zum einen könnte eine nachgewiesene Korrelation zwischen Krankheitsursache und Art der Metaphernwahl, welche hier an einem ersten kleinen Korpus überprüft wurde, eine Hilfestellung für die medizinische Diagnoseerstellung darstellen. In der Beantwortung der Frage, ob es sich bei einem Patienten/ einer Patientin um eine koronare Herzkrankheit handelt oder andere Ursachen für die Beschwerden verantwortlich sind, könnte möglicherweise eine linguistische Analyse des Metapherngebrauchs die herkömmlichen medizinischen diagnostischen Verfahren sinnvoll ergänzen. Zum anderen könnte die Art der Metaphernwahl im Rahmen einer bio-psycho-sozio-kulturellen medizinischen Zugangsweise⁵ auch für therapeutische Maßnahmen relevant sein. Dafür sollen im folgenden mögliche weiterführende Forschungsfragen und Ansätze für forschungsleitende Hypothesen, zu denen die in dieser Studie präsentierten Ergebnisse anregen, skizziert werden.

Solche weiterführenden interessanten Forschungsfragen wären z.B.: Was könnten die unterschiedlichen Darstellungen von Schmerz als Besitz oder als Täter in einem weiteren Sinne bedeuten? Welche weiterführenden Interpretationen lassen sich also in bezug auf das Schmerzerleben der PatientInnen anstellen, je nachdem, ob sie ihren Schmerz als Besitz oder als Täter konzeptualisieren? Wie sehen die PatientInnen ihre Krankheit und welche Rolle spielen sie selbst dabei? Was könnten diese

⁵Vgl. zum Paradigma der bio-psycho-sozio-kulturellen Medizin Sonnek/ Frischenschlager/ Hexel/ Kropiunigg/ Pucher/ Schjerve (1999: 19).

unterschiedlichen Konzeptualisierungen der eigenen Krankheit für den Arzt/ die Ärztin und seinen/ ihren Umgang mit dem Patienten/ der Patientin bedeuten?

Um nun Ansätze für weiterführende forschungsleitende Hypothesen zur Diskussion zu stellen, soll zunächst einmal kurz die Darstellung von Schmerz als Täter betrachtet werden: Eine mögliche überprüfungswürdige Annahme für eine solche Konzeptualisierung wäre, dass sich die PatientInnen in diesem Fall vielleicht in einer Art Opferrolle sehen - Wo ein Täter ist, gibt es auch ein Opfer. Die interessante Frage, wenn sich eine solche Interpretation in weiteren Untersuchungen bestätigt, wäre nun, für wen oder was im Leben des Patienten/ der Patientin der Schmerz stehen könnte, wer oder was hinter dem Schmerz als Täter stecken könnte. Verbergen sich dahinter evtl. Mitmenschen des Patienten/ der Patientin, den gegenüber er/ sie sich als Opfer fühlt, oder stehen dahinter Belastungen des Alltagslebens oder sogenannte Stressful Life Events⁶? Wäre für den Arzt/ die Ärztin dann vielleicht ein möglicher Zugang zum Patienten/ zur Patientin und seiner/ ihrer Krankheit, mit dem Patienten/ der Patientin aufzuarbeiten, wer oder was hinter dem Schmerz als Täter steht?⁷

Betrachtet man nun die Darstellung von Schmerz als Besitz, so lautet eine mögliche forschungsleitende Hypothese, dass sich der Patient/ die Patientin in diesem Fall in einer widersprüchlichen Situation befindet: Gleichzeitig mit dem Wunsch, die Schmerzen bzw. die Krankheit loszuwerden, sieht der Patient/ die Patientin den Schmerz vielleicht als etwas zur eigenen Person Gehöriges, als ein eigenes Gut, das er/ sie daher auch nicht so einfach hergeben will. Sieht der Patient/ die Patientin also u.U. im Schmerz bzw. in der eigenen Krankheit auch etwas Positives, gibt es für ihn/ sie also einen bedeutsamen Krankheitsgewinn⁸? Sollte sich eine solche Hypothese in

⁶ Vgl. zum Begriff des *Stressful Life Events* Sonnek/ Frischenschlager/ Hexel/ Kropiunigg/ Pucher/ Schjerve (1999: 86f u. 233).

⁷ In Sonnek/ Frischenschlager/ Hexel/ Kropiunigg/ Pucher/ Schjerve (1999:233) heißt es dazu: "Generell scheint es, als ob viele Menschen ihre psychischen und sozialen Probleme hauptsächlich durch körperliche Beschwerden und Symptome äußern können. Man weiß heute, dass mehr als die Hälfte jener, die in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, kurz vor der Einlieferung unter einem erheblichen Druck standen (stressful life event). Ein Gespräch über die Ereignisse, die in letzter Zeit vor der stationären Aufnahme erfolgten, kann hier klärend wirken, wobei man jedoch erkennen muss, dass der Konflikt auch häufig nicht direkt bewusst sein kann."

⁸ *Sekundärer Krankheitsgewinn* wird bei Sonnek/ Frischenschlager/ Hexel/ Kropiunigg/ Pucher/ Schjerve (1999) folgendermaßen definiert: "Emotionale und praktische Zuwendung und Unterstützung, die ein Kranker von Angehörigen, Ärzten, Pflegepersonal oder Freunden und Kollegen erfährt." (364). "Durch Krankheit und Schmerzen sind die Betroffenen manchmal von Verpflichtungen und Verantwortung entbunden. (Nicht zur Arbeit gehen müssen, die Familienangehörigen sind netter etc.) Krankheit oder Schmerzen können damit eine gute Möglichkeit sein z.B. eine schwierige soziale (Familien-)Situation günstig zu verändern. Auch bei älteren

weiteren Untersuchungen bestätigen, hieße das u.U., dass in weiterer Folge, wenn MedizinerInnen versuchen, dem Patienten/ der Patientin die Schmerzen bzw. die Krankheit wegzunehmen, diese ihm/ ihr auch etwas Positives nehmen; sie würden gewissermaßen etwas zum Patienten/ zur Patientin Gehöriges, seinen/ ihren Besitz "stehlen". Behandelnde ÄrztInnen müssten vielleicht mit einem unbewussten Widerstand des Patienten/ der Patientin rechnen. Sie müssten davon ausgehen, dass der Patient/ die Patientin einen Teil seiner/ ihrer Kraft dazu aufwenden könnte, das eigene Gut zu verteidigen, d.h. an der eigenen Krankheit festzuhalten. Die sogenannte *compliance*⁹ des Patienten/ der Patientin wäre evtl. gefährdet. Ein möglicher Weg für die behandelnden ÄrztInnen wäre vielleicht, mit dem Patienten/ der Patientin vor einer Therapie zuerst einmal auszuhandeln, ob der Arzt/ die Ärztin ihn/ sie überhaupt behandeln darf, sich vom Patienten/ von der Patientin quasi die Erlaubnis einzuholen, an seinem/ ihrem Besitz zu manipulieren. Nachdem die eben hypothetisch formulierten Zusammenhänge dem Patienten/ der Patientin in den wenigsten Fällen bewusst sein werden, könnte das Einholen der Behandlungserlaubnis freilich nicht auf direktem Wege erfolgen. Auch wäre zuvor ein anderer Schritt nötig, nämlich behutsam gemeinsam mit dem Patienten/ der Patientin einen eventuellen Krankheitsgewinn aufzudecken und mögliche Wege zu finden, wie der Patient/ die Patientin anders als durch Krankheit einen ähnlichen Gewinn bzw. einen anderen Gewinn erzielen könnte.

Die weitere Differenzierung der Darstellung von Schmerz als Besitz je nach verwendetem Schema, ließe sich u.U. als Unterschied in der Perspektive deuten und weiter untersuchen: Stellt der Patient/ die Patientin seinen/ ihren Schmerz mit Hilfe des Behälter-Schemas dar, so fokussiert er/ sie vielleicht eher darauf, dass der Schmerz sehr eng mit ihm/ ihr verbunden ist. Steht dabei also vielleicht für den Patienten nicht so sehr im Vordergrund, von wem oder von was der Schmerz kommt, sondern die Tatsache, dass er/ sie ihn jetzt hat? Bei der Darstellung von Schmerz mit Hilfe des Weg-Schemas hingegen fokussiert der Patient/ die Patientin, so könnte dann hypothetisch angenommen werden, nicht so sehr auf die Tatsache, dass er/ sie den Schmerz hat, sondern eher darauf, dass und von wem oder von was er/ sie den Schmerz bekommt. Die letztere Darstellungsart würde also schon etwas in Richtung der Konzeptualisierung von Schmerz als Täter gehen.

Menschen ist Krankheit manchmal die einzige Möglichkeit, quälender Einsamkeit zu entkommen." (215).

⁹ In Sonnek/ Frischenschlager/ Hexel/ Kropiunigg/ Pucher/ Schjerve (1999) wird unter *Compliance* die "Bereitschaft des Patienten, sich den Anordnungen und Empfehlungen des Arztes zu fügen bzw. sie einzuhalten" (359), "Akzeptanz und Kooperation" (176) und die "Bereitschaft zur konstruktiven Zusammenarbeit" (184) von Seiten des Patienten verstanden.

So die Ergebnisse der vorliegenden Studie in Untersuchungen mit größeren Datenkorpora validiert würden, wäre es sicherlich lohnend, die eben skizzierten Interpretationshypothesen in interdisziplinären Studien zu überprüfen.

5. Literaturnachweis

Anderson, John R. (2001): Kognitive Psychologie. Übers. und hrsg. von Ralf Graf und Joachim Grabowski. 3. Aufl. Heidelberg; Berlin: Spektrum, Akad. Verl. (Original: 2000, Freeman and Company, New York.)

Baldauf, Christa (1996): Metapher und Kognition: Grundlagen einer neuen Theorie der Alltagsmetapher. Frankfurt am Main; Berlin; Bern; New York; Paris; Wien: Lang.

Dudenredaktion (Hrsg.) (1998): DUDEN, Grammatik der deutschen Gegenwartssprache. Bd.4. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag.

Erben, Johannes (1972): Deutsche Grammatik. Ein Abriss. München: Max Hueber Verlag.

Glück, Helmut (Hrsg.) (2000): Metzler-Lexikon Sprache. Stuttgart, Weimar: Metzler

Gühlich, Elisabeth/ Schöndienst, Martin (1999): Das ist unheimlich schwer zu beschreiben. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft: Zeitschrift für qualitative Forschung, Heft 1.1999, Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht. (199-227)

Johnson, Mark (1987): The Body in the Mind: The Bodily Basis of Reason and Imagination. Chicago; London: The University of Chicago Press.

Kütemeyer, Mechthilde (2002): Metaphorik in der Schmerzbeschreibung. In: Brünner, Gisela/ Gühlich, Elisabeth: Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankendarstellungen. Bielefeld: Aisthesis Verlag.

Lakoff, George/ Johnson, Mark (1980): Metaphors we live by. Chicago; London: The University of Chicago Press.

Lakoff, George (1987): Women, Fire and Dangerous Things. What Categories Reveal about the Mind. Chicago; London: The University of Chicago Press.

Liebert, Wolf-Andreas, (1992): Metaphernbereiche der deutschen Alltagssprache. Frankfurt am Main; Berlin; Bern; New York; Paris; Wien: Lang.

Menz, Florian/ Lalouschek, Johanna/ Stöllberger, Claudia/ Vodopituz, Julia (2002): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von Brustschmerzen: Ergebnisse einer medizinisch-linguistischen transdisziplinären Studie.

Rehbein, Jochen/ Löning, Petra (1993): Arzt-Patienten-Kommunikation. Berlin, New York: Walter de Gruyter.

Rosch, Eleanor (1978): Principles of Categorization. In: Rosch, E./ Lloyd, B. (Hrsg.): Cognition and Categorization. New York: Hillsdale. (27-48)

Sonnek, Gernot/ Frischenschlager, O./ Hexel, M./ Kropiunigg, U./ Pucher, I./ Schjerve, M. (Hrsg.) (1999): Medizinische Psychologie: Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsfragen. Wien: Facultas-Univ.-Verl.

Weizsäcker, Viktor von (1926): Die Schmerzen: Stücke einer medizinischen Anthropologie. In: Die Kreatur. Vierteljahrszeitschrift, hrsg. v. M. Buber, J. Wittig und V.v. Weizsäcker. Wieder abgedruckt in: Gesammelte Schriften, Bd. 5, S. 27-47. Suhrkamp, Frankfurt 1987.

Zifonun, Gisela/ Hoffmann, Ludger/ Strecker, Bruno (Hrsg. Innen) (1997): Grammatik der deutschen Sprache. Berlin, New York: de Gruyter (Schriften des Instituts für Deutsche Sprache; Bd 7,2)

Abstract

Despite good progress in the medical-technical area the description of thoracic pain is still a central instrument of diagnosis to discriminate between harmless and fatal diseases. Our essay is concerned with the following questions: 1) How do patients depict their pain as actor or possession? 2) Can we prove relationships between the way the symptoms are described and gender or cause? 3) Which conclusions and interpretations are possible on the basis of the answers to question No. 1?

Starting from Lakoff's and Johnson's theory, expounded in their book "Metaphors we live by", that metaphors always pervade our way of thought and that descriptions of pain are part of a concept system, we sounded out a sample of eight transcripts for the use of ontological metaphors and we found two main concept systems: a) Pain as possession: connected to the verbs "have" and "get" and b) Pain as actor (occurred frequently): here we have to distinguish a personalized or a depersonalized actor.

The personalized actor is expressed by an anaphora (it) or a demonstrative (this). (This can refer to a part of the body.) The depersonalized actor can further be subdivided in impersonal "it", impersonal "that" and "global it". The latter can be empty like in "it's raining". It is not always possible to identify a person or thing that causes pain (who is "it" in "it stings"?). The termination of the subject indicates the determinedness of the actor and therefore the cause of the pain.

Besides we have to distinguish the lexical aspects of a verb: Intensity, result, duration, iterative. The lexical aspect of the verb indicates the activity of the actor.

Finally we tried to bring to the surface a correlation between gender or cause and the description of a disease. If our initial assumptions prove right, our findings can be investigated with a more extensive sample of transcripts in interdisciplinary studies. Further investigations could e. g. take into account what different descriptions of pain as possession or actor mean in medical sense.