

Florian Menz, Johanna Lalouschek,
Marlene Sator, Karin Wetschanow
unter Mitarbeit von Martin Reisigl und Lisa Blasch

Sprechen über Schmerzen

Linguistische, kulturelle und
semiotische Analysen



Universitätsverlag Rhein-Ruhr, Duisburg

Mit Unterstützung durch die Österreichische Forschungsgemeinschaft (ÖFG)

ANSCHRIFT FÜR DIE AUTOREN UND AUTORINNEN:

Universität Wien
Institut für Sprachwissenschaft
Berggasse 11
1090 Wien
Österreich

Umschlaggestaltung VVRR / Mike Luthardt

Titelfoto My head @ *Valentin Casarsa*, 2005

Bibliografische Information der Deutschen
Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese
Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://www.ddb.de> abrufbar.

Copyright © 2010 by Universitätsverlag Rhein-Ruhr OHG

Paschacker 77
47228 Duisburg
www.uvrr.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile
ist urheberrechtlich geschützt. Jede
Verwertung außerhalb der engen Grenzen des
Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung
des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt
insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und
Verarbeitung in elektronischen Systemen.

ISBN 978-3-940251-74-9

Satz UVRR

Druck und Bindung GCP media on demand, Pöbneck

Printed in Germany

Danksagung

Dieses Buch geht aus einem Forschungsprojekt hervor, das durch den österreichischen Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (FWF) gefördert wurde, weshalb eine Reihe von Personen und Institutionen wesentlich am Gelingen beteiligt waren. Ihnen möchten wir unseren ganz besonderen Dank aussprechen:

- allen voran den PatientInnen, die bereit waren, an dieser Studie mitzuwirken. Ohne sie wäre eine derartige, auf authentischen Gesprächen basierende Untersuchung nicht möglich
- dem Leiter der Allgemeinen Ambulanz der Universitätsklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna
- der Leiterin der Universitätsklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Univ.-Prof. Dr. Veronika Fialka-Moser
- dem ehemaligen Leiter der Kopfschmerzambulanz der Universitätsklinik für Neurologie, Univ.-Prof. Dr. Peter Wessely sowie dem jetzigen Leiter, Univ.-Prof. Dr. Christian Wöber
- dem Leiter der Universitätsklinik für Neurologie, Univ.-Prof. Dr. Eduard Auff
- allen Ärztinnen und Ärzten dieser beiden Ambulanzen, die bereit waren, sich in ihrem professionellen Tun aufzeichnen zu lassen und die die Studie mit großem Interesse verfolgt haben
- Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Lalouschek für die Kontaktherstellung
- Frau Mag.a Nezhida, die uns bei den Aufnahmen unterstützt hat
- den TranskribentInnen: Lisa Blasch, Verena Blaschitz, Maria Busch, Sabine Nezhida, Luzia Plansky, Nathalie Ranning, Sonja Tautermann, Maria Weissenböck
- all jenen, die uns in zahlreichen Workshops, Datensitzungen und Diskussionen wertvolle Anregungen und Hinweise für unsere Analysen gegeben haben, insbesondere Prof. Dr. Elisabeth Gülich, Prof. Dr. Werner Kallmeyer, Dr. Nathalie Frickey
- dem Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (FWF) für die Finanzierung des Projekts, aus dem dieses Buch hervorgegangen ist
- der Österreichischen Forschungsgemeinschaft (ÖFG) für den Druckkostenzuschuss
- Karin Mittermann für die formale Überarbeitung des Manuskripts.

Wien, im November 2009

Florian Menz, Johanna Lalouschek, Marlene Sator & Karin Wetschanow

Inhalt

Florian Menz & Marlene Sator

1	Einleitung	7
----------	-------------------------	---

Johanna Lalouschek

2	Medizinische und kulturelle Perspektiven von Schmerz	15
2.1	Einleitung	15
2.2	Die Klassifizierbarkeit von Schmerz	16
2.3	Schmerz und Medizinformen	23
2.4	Soziokulturelle Dimensionen von Schmerz	45
2.5	Fazit	60
	Literatur	60

Martin Reisigl

3	Prolegomena zu einer Semiotik des Schmerzes	71
3.1	Zum Verhältnis der Medizin zur Semiotik	71
3.2	Die semiotischen Konzepte Charles S. Peirce' und ihre Relevanz für eine „Semiotik der Medizin“	74
3.3	Roland Barthes' semiologischer Zugang zur Medizin	100
3.4	Sprachlich bzw. semiotisch relevante Schmerzqualitäten	104
3.5	Die metaphorische, metonymische und vergleichende Darstellung von Kopf- und Gesichtsschmerzen – Eine Illustration am Beispiel der medizinischen Typologisierung von Busch und May (2002)	112
3.6	Zwei Beispiele	123
3.7	Medizinsemiotik und Gesprächsanalyse	128
3.8	Zur Relevanz des medizinsemiotischen Zugangs – Ein Resümee	131
	Literatur	134

4 Schmerzdifferenzierung	141
4.1 Ausgangspunkt	141
4.2 Gegenstandskonstitution	142
4.3 Untersuchungsleitende Fragen	147
4.4 Vorgangsweise und Datenmaterial	149
4.5 „Also, Wir, wir bleiben jetzt noch bei dem Kopfweh, des vom Nacken her kommt.“ Fallanalyse IGW_KA_Erstgespräch	149
4.6 „Irgendwie schwierig das zu differenzieren“ Fallanalyse NNW_KA_Erstgespräch	173
4.7 „Oiso, ich hob zweierlei Arten von Kopfschmerzen“ Fallanalyse FTW_KA_Erstgespräch	198
4.8 Auswertung	212
Literatur	220
<i>Lisa Blasch, Florian Menz & Karin Wetschanow</i>	
5 Texttypspezifische und gendertypische Unterschiede in der Darstellung von Kopfschmerzen	225
5.1 Einleitung: Hypothesen, Methoden	225
5.2 Das Kategorieraster	227
5.3 Ergebnisse.....	268
5.4 Diskussion der Ergebnisse	284
Literatur	291
6 Transkriptionskonventionen	295

1 Einleitung

Schmerzen gehören zu den wichtigsten Krankheitserscheinungen. Daher ist es nicht überraschend, dass es im Rahmen der Diagnostik von medizinischer Seite zahlreiche Systematiken und Taxonomien von Schmerzbeschreibungen gibt, die sich in detaillierten Fragebögen niederschlagen. Trotzdem zählt medizinische Schmerzkommunikation nach wie vor zu den kompliziertesten Feldern medizinischer Kommunikation. Erstaunlich ist daher, dass von Seite der linguistischen Diskursforschung kaum Untersuchungen zu diesem Bereich existieren, obwohl die Arzt-Patient-Kommunikation seit Jahrzehnten einen Schwerpunkt der Diskursforschung darstellt und gerade im Bereich primärer Schmerzen, also Schmerzen, die nicht Symptom einer anderen Erkrankung, sondern selbst die zu behandelnde Krankheit sind, die interaktive verbale und nonverbale Darstellung vor allen apparativen Untersuchungen das wichtigste Diagnoseinstrumentarium bildet.

Dies liegt zum einen daran, dass Schmerzen eine subjektive Erfahrung sind, die nicht ohne Weiteres und unproblematisch mit anderen kommunikativ geteilt werden kann, weil gemeinsame Bezugspunkte fehlen. Die Kommunikation von Schmerzen bereitet systematisch grobe Probleme, weil die Alltagssprache dafür ein lediglich sehr eingeschränktes Beschreibungsspektrum zur Verfügung stellt – im Unterschied etwa zu visuellen oder akustischen Phänomenen, wo die sprachliche Typologie in so gut wie allen Sprachen sehr ausgeprägt ist. Die medizinische Seite behilft sich daher mit ausgearbeiteten Kategorierastern zur Schmerzerfassung (vgl. Reisinger in diesem Band, Abschnitt 3.5). Dimensionen des zeitlichen Ablaufs („wann?“), der Lokalisation („wo?“), der Intensität („wie stark?“), der Qualität (z. B. „stechend“, „bohrend“), der Begleitsymptome (z. B. Übelkeit), der Umstände des Auftretens (z. B. beim Gehen, Liegen etc.) und des Schmerzmanagements („was lindert bzw. verstärkt die Schmerzen?“) werden darin erfasst. Das Problem solcher Kategorisierungen liegt jedoch darin, dass es für PatientInnen nicht immer einfach ist, ihre subjektiv erlebten Schmerzen den medizinischen Kategorien zuzuordnen.

Daher werden neben verbalen Möglichkeiten zur Schmerzbeschreibung auch nonverbale, gestische Ressourcen in besonderer Weise genutzt, die aufgrund neuer technischer Aufzeichnungsmöglichkeiten auch verstärkt in den Fokus der Forschung zur ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktion gerückt sind. Sie werden hauptsächlich zur Unterstreichung der Dimensionen der *Intensität* und der Charakteristik der Schmerzen verwendet. Mit „demonstrativem Leiden“

- Schegloff, Emanuel A. (1982), "Discourse as an interactional achievement. Some uses of 'uh huh' and other things that come between sentences." In: Tannen, D. (ed.), *Analysing Discourse: Text and Talk*. Washington: Georgetown Univ. Press, 335-349.
- Schegloff, Emanuel A. (1988), "Discourse as an Interactional Achievement II: An Exercise in Conversation Analysis." In: Tannen, D. (ed.), *Linguistics in Context: Connecting Observation and Understanding: Lectures from the 1985 ISA/TESOL and NEH Institutes*. Norwood, NJ: Ablex, 135-158.
- Schegloff, Emanuel A. (1996), "Discourse as an Interactional Achievement III: The Omnirelevance of Action." *Research on Language and Social Interaction*, 28, 185-211.
- Stiles, W./ Putnam, Samuel M. (1989), "Analysis of Verbal and Nonverbal Behavior in Doctor-Patient Encounters." In: Stewart, M. A./ Roter, D. L. (eds.), *Communicating with medical patients*. Newbury Park: Sage, 211-222.
- Stivers, Tanya (2001), "Negotiating Who Presents the Problem: Next Speaker Selection in Pediatric Encounters." *Journal of Communication*, 51, 252-282.
- Stukenbrock, Anja (2008), "Wo ist der Hauptschmerz? – Zeigen am menschlichen Körper: " *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 9, 1-33.
- Stukenbrock, Anja (in Vorb.), "Selbst- und Fremdszenierung von Schmerz: Demonstrative Suffering Revisited".
- Zifonun, Gisela/ Hoffmann, Ludger/ Strecker, Bruno (1997), *Grammatik der deutschen Sprache. Bd. 1-3*. Berlin u. a.: de Gruyter.

Lisa Blasch, Florian Menz, Karin Weischanow

5 Texttypspezifische und gendertypische Unterschiede in der Darstellung von Kopfschmerzen

5.1 Einleitung: Hypothesen, Methoden

Das Erleben aber auch das Kommunizieren von „Schmerz“ ist ein zentrales Element innerhalb der diagnostischen Medizin, was dazu geführt hat, dass in unterschiedlichen medizinischen Fachgebieten eine Reihe von Schmerzbeschreibungsrastern entwickelt wurde, die jedoch alle auf das selbe, sehr beschränkte sprachliche Repertoire zurückgreifen. Den vielfältigen, möglichen sprachlichen Repräsentationsweisen von Schmerz wurde bisher in keinem Systematisierungsversuch Rechnung getragen. Dieses Missverhältnis war Ausgangspunkt der Formulierung unserer Fragestellungen:

Erstens sollte eine empirisch fundierte systematische Beschreibung jener thematisch inhaltlichen Bereiche und sprachlichen Verfahren erfolgen, die deutschsprachige Menschen jenseits ärztlicher Befragungszusammenhänge benutzen, um Schmerzen unterschiedlichster Art und Qualität darzustellen.

Zweitens sollte der Frage nachgegangen werden, ob sich die Formen der Schmerzdarstellung von Frauen von denen von Männern unterscheiden. Ein diskursanalytisches Pilotprojekt (Menz et al. 2002) hat starke Hinweise dafür geliefert, dass es beim Reden über Schmerzen infolge von koronaren Erkrankungen geschlechtstypische Unterschiede gibt, die auch auf die Diagnose Auswirkungen haben können. Anhand eines anderen Krankheitsbildes (Migräne und andere Kopfschmerzen) sollten diese Ergebnisse überprüft und differenziert werden.

5.1.1 Forschungsablauf und Datamaterial

Das gemäß unserer ersten Fragestellung darum ging, Sprechen über Schmerzen außerhalb medizinischer Kontexte zu elizitieren, wurden von einer geschulten Projektmitarbeiterin mit insgesamt 19 PatientInnen halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Zehn der Interviewten waren KopfschmerzpatientInnen der Kopfschmerzambulanz des AKHs Wien. Diese Gespräche dienten der vorgestellten Untersuchung als Datenbasis: Während die Schmerzdarstellungen in den Anamnesegesprächen oft nur sehr kurz ausfallen oder sehr eng mit anderen medizinischen und institutionellen Erfordernissen verwoben sind, konnten die

PatientInnen in den Interviews sprachliche Verfahren der Schmerzdarstellung aufgrund der thematischen Fokussierung ausführlich verwenden. Innerhalb eines zyklisch-abduktiven Forschungsprozesses (vgl. Abbildung) wurde zunächst – unter Berücksichtigung der in Anamnesegesprächen des Wiener AKHs tatsächlich verwendeten Schmerzdifferenzierungsraster und der vorhandenen Literatur zu Schmerzbeschreibungen (vgl. Abschnitt 5.2.1) – eine datenbasierte Typisierung der Schmerzdarstellung entwickelt, die dazu geeignet ist, große Datenmengen mit qualitativen Auswertungsprogrammen (z. B.: atlas.ti) zu bearbeiten (vgl. Punkt 1 in der Abbildung 5.1). Das Kategorieraster systematisiert thematische Bereiche der „Schmerzbeschreibung“, typisiert inhaltliche Bereiche der Schmerzspezifik und beinhaltet grundlegende Kategorien zur Analyse sprachlicher Verfahren in (mündlichen) Schmerzdarstellungen. In darauf folgenden weiteren Durchgängen wurden dann auch die ärztlichen Gespräche der entsprechenden PatientInnen mit dem anhand der Interviews entwickelten Raster kodiert (es gab zwei RaterInnen). Dabei wurde das Kategorieraster weiter differenziert bzw. adaptiert, sodass ein systematischer quantifizierender Vergleich vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Gesprächstypen (vgl. Abschnitt 5.3.2) und der Genderrunterschiede (vgl. Abschnitt 5.3.3) möglich wurde (vgl. Punkt 2 und 3 in der Abbildung 5.1).

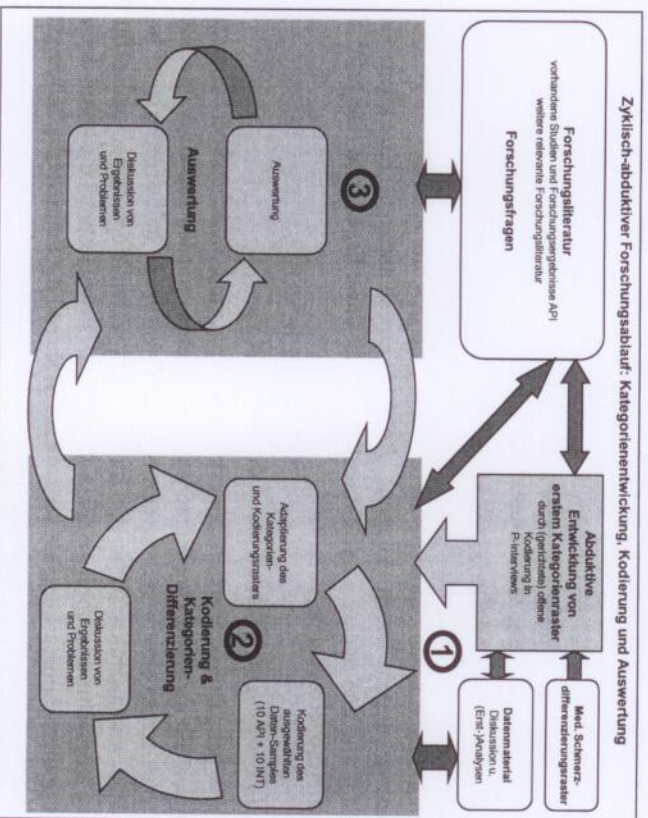


Abbildung 5.1: Der zyklisch-abduktive Forschungsablauf

Den hier dargestellten Ergebnissen der quantifizierenden Auswertung liegen die Kodierungen von insgesamt 20 Gesprächstranskripten (10 Anamnese-gespräche von fünf weiblichen und fünf männlichen PatientInnen der Kopfschmerzzambulanz des AKH Wien und 10 informelle Interviews mit denselben PatientInnen) mit einer Gesamtlänge von ca. 9 Stunden zugrunde (vgl. Tabelle 5.1 über die in die Untersuchung einbezogenen Gesprächsaufnahmen). In den gesamten Forschungsablauf wurden Transkripte von Gesprächsaufnahmen in der Gesamtlänge von ca. 14 Stunden einbezogen.

	API	INT
Gesamtlänge d. Gesprächsaufnahmen	301min32s	220min11s
längste Gesprächsaufnahme	45min05s	37min35s
kurzeste Gesprächsaufnahme	11min59s	3min14s
Durchschnittslänge d. Gesprächsaufnahmen	31min38s	22min01s
Durchschnittslänge Männer	31min40s	21min43s
Durchschnittslänge Frauen	28min39s	22min19s

Tabelle 5.1: Das zugrunde liegende Datenmaterial

5.2 Das Kategorieraster

5.2.1 Die Entwicklung des Kategorierasters

Der Entwicklung des Kategorierasters wurde besondere Aufmerksamkeit gewidmet, da entsprechend der Problematik der Verbindung qualitativer und quantifizierender Verfahren sowie der sich durch unsere Fragestellungen ergebenden Konstellation einige Eckpunkte beachtet werden mussten. Einerseits gibt es hoch differenzierte Frageschemata aus der medizinischen Literatur, andererseits sollten dem Datenmaterial nicht Kategorien von außen übergestülpt, die Gespräche also nicht an die Kategorien angepasst werden, sondern sollten die Kategorisierungen vielmehr entsprechend diskursanalytischen Grundannahmen aus dem Datenmaterial, in unserem Fall den ärztlichen Gesprächen und den Interviews, entwickelt werden. Eine für die Wiener Schule der kritischen Diskursanalyse wichtige Anforderung besteht darin, das inhaltliche Raster im Wechselspiel zwischen theoretischer Auseinandersetzung und Pilotanalyse zu entwickeln (vgl. z. B. Hein et al. 1984, Menz 1991, Wodak et al. 1998, Menz et al. 2002, Lalouschek/ Menz 2005, Menz/ Lalouschek/ Gsettnner 2008, Menz/ Al-Roubaiie 2008), eine Vorgehensweise, die mittlerweile auch in die traditionell qualitativ ausgerichtete Konversationsanalyse Einzug gehalten hat (vgl. z. B. Heritage/ Maynard eds, 2006). Als Ausgangspunkt wurde ein „Fragebogen zur Schmerzbehandlung“, der auf der Schmerzzambulanz des

Wiener Allgemeinen Krankenhauses (AKH) verwendet wird⁶⁴, adaptiert (vgl. Reisigl in diesem Band, Tabelle 3.1).

Die (medizinische) Literatur zu Schmerzdarstellungen legt darüber hinaus nahe, kausale Faktoren der Schmerzdarstellung zu berücksichtigen (vgl. Reisigl in diesem Band, Kütemeyer 2003). Aus linguistischer Sicht unterscheidet Deppermann (2003) in seiner Fallanalyse einer Schmerzanamnese folgende divergierende Schmerzkonzepte von ÄrztInnen und PatientInnen:

- Lokalisation
- Rangreihe der Schmerzen
- Qualität
- Intensität
- Situation
- Familiäre Schmerzbelastung
- Häufigkeit
- Erklärung
- Körpersymptome
- Befindlichkeitskonsequenzen
- Handlungskonsequenzen
- Bewältigungsstrategien (Deppermann 2003, 175)

Er bezeichnet diese relevanten Inhaltsaspekte als „Dimensionen der Schmerzbeschreibung“, d. h. als „unterschiedliche Slots, die das Schmerzkonzept von Ärztin und Patientin ausmachen“ (Deppermann 2003, 172).

In einem mehrfachen Zyklus zwischen Anwendung auf Interviews, Diskussion und Adaptierung sowie unter Einbeziehung verschiedener RaterInnen wurde ein *inhaltliches Kategoriennaster* entwickelt, das insgesamt sechs Dimensionen des Sprechens über Schmerzen beinhaltet, die auf der Basis der Gespräche weiter ausdifferenziert wurden. Darüber hinaus interessierten uns jedoch nicht nur die vorgebrachten inhaltlichen Dimensionen, sondern im Speziellen auch *sprachliche Verfahren* der Schmerzdarstellung. Da die Kategorisierung der Verfahren über weite Strecken orthogonal zur inhaltlichen Dimension steht, musste sie in einem gesonderten Kategorisierungsschritt vorgenommen werden. Die folgenden Abschnitte beschreiben sowohl die inhaltlichen Dimensionen (Abschnitt 5.2.2) als auch die sprachlichen Realisierungsverfahren (Abschnitt 5.2.3).

64 Dieser entspricht allerdings nicht dem auf der Kopfschmerzambulanz verwendeten Fragebogen.

5.2.2 Inhaltliche Dimensionen der Schmerzbeschreibung

Das inhaltliche Kategoriennaster wurde zunächst anhand der Interviews entwickelt, das folgende sechs Dimensionen des Sprechens über Schmerzen als relevante Inhalte ermittelte:

- Spezifikation der Schmerzen
- Thematisierung der Begleitsymptome
- Metakommunikative Äußerungen über Schwierigkeiten, Schmerzen zu beschreiben
- Thematisierung der Beeinträchtigungen durch Schmerzen
- Thematisierung von (angenommenen) Umstandszusammenhängen und subjektiven Krankheitstheorien
- Thematisierung des Schmerzmanagements bzw. des Umgangs mit Schmerzen im Alltag

Diese Hauptkategorien wurden in zwei weiteren Stufen differenziert, die aus der graphischen und tabellarischen Repräsentation ersichtlich sind (vgl. Abbildung 5.2):

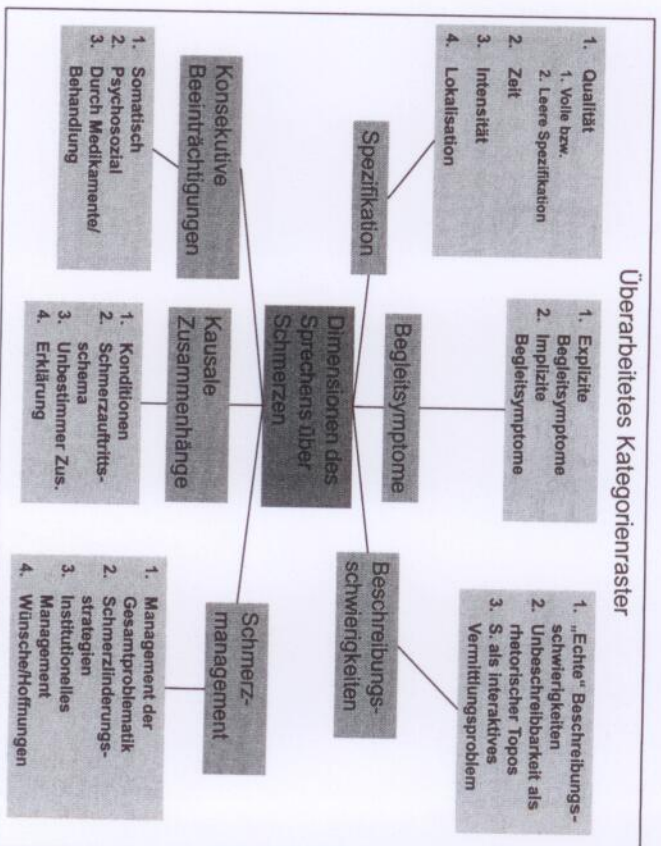
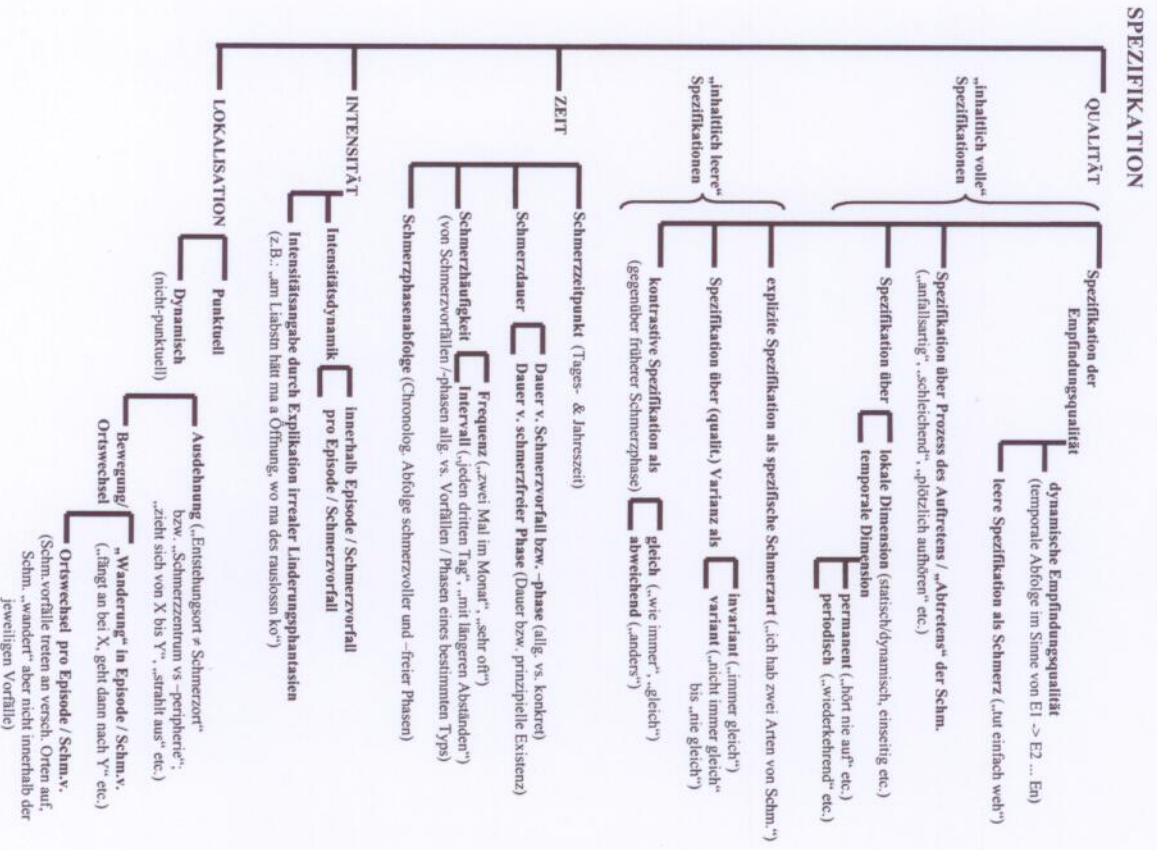


Abbildung 5.2: Das Kategoriennaster mit Stufe 1 und 2

Die vollständige Kategorisierung sieht in einem Klammerdiagramm folgendermaßen aus (vgl. Abbildung 5.3):



BEGLEITSYMPTOME

- Explizite BEGLEITSYMPTOME (Beschwerden, die explizit in unmittelbar temporalen Zusammenhang mit Schmerzgeschehen gestellt werden)
- Implizite BEGLEITSYMPTOME (unmittelbar temporaler Zusammenhang zw. Beschwerden u. Schm. wird explizit nicht gewusst / angemerkt)

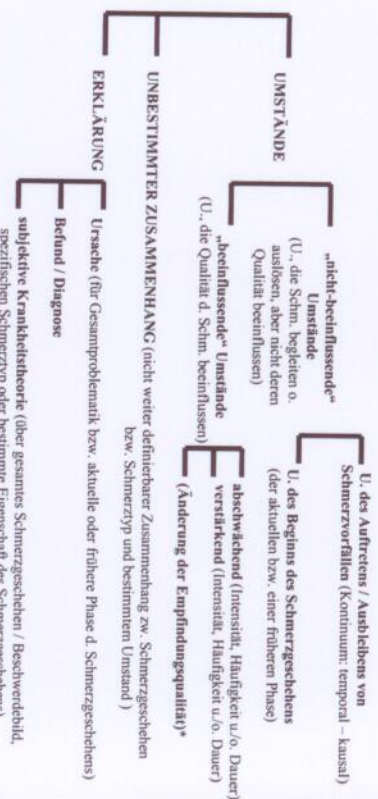
EXPLIZIERTE BESCHREIBUNGSSCHWIERIGKEITEN

- „ethere“ Beschreibungsschwierigkeiten aufgrund von WAHRNEHMUNGSBEINTRÄCHTIGUNGEN
- Unbeschreibbarkeit als RHETORISCHER TOPOS (vgl. Gülich 2005; in der Veranschlagung als „unbeschreibbar“ erfolgende Beschreibung der Schmerzen)
- Schmerzbeschreibung als generelles INTERAKTIVES VERMITTLUNGSPROBLEM („das is immer so schwer, an Schmerz zu beschreiben“ etc.)

KONSEKUTIVE BEINTRÄCHTIGUNGEN

- SOMATISCH (Beintr. des Körpers inkl. körperlicher Routinen wie Schlafen, Essen etc.)
- PSYCHOSOZIAL (Beintr. des psychisch-emotionalen Wohlergehens bzw. des sozialen Lebens)
- Beintr. durch MEDIKAMENTE bzw. BEHANDLUNG
 - somatisch
 - psychosozial
 - Medikamentenüberkonsum/-sucht

KAUSALE ZUSAMMENHÄNGE



*Beeinflussung der Empfindungsqualität: Umstände, die das Schmerzgeschehen bzw. einen bestimmten Schmerzvorfall dahingehend beeinflussen, dass sie mit Veränderungen der Empfindungsqualität in Zusammenhang gebracht werden, scheinen zwar prinzipiell plausibel, kommen aber innerhalb des untersuchten Korpus mit KopfschmerzpatientInnen nicht vor.

Hingewiesen werden soll im Zusammenhang mit den inhaltlich-thematischen Aspekten des Sprechens über Schmerzen schließlich darauf, dass die Einheiten, die innerhalb der Schmerzbeschreibungen von den PatientInnen näher bestimmt und spezifiziert werden, bei Weitem nicht immer mit den – auch in diesem Beitrag der Einfachheit halber zumeist verwendeten – Formulierungsvarianten „der Schmerz“ bzw. „die Schmerzen“ korrelieren: Geht man von der Tatsache aus, dass Schmerzen *erlebt* werden, wird klar, das die vorrangig(er)e, der außersprachlichen Wirklichkeit adäquatere Einheit vom Erleben der PatientInnen aus nicht die abstrakt-allgemeine Entität „der Schmerz / die Schmerzen“, sondern ein jeweiliges *Schmerzgeschehen* ist, das sich aus einzelnen Schmerzereignissen bzw. -vorfällen zusammensetzt⁷⁰. Dieser grundlegend ereignishafte, prozesshafte Charakter von Schmerzen als (psychisch-somatische) Erlebnisse spiegelt sich in der Komplexität der Beschreibungsverfahren der PatientInnen wider: Bei näherer Betrachtung zeigen sich in den Schmerzbeschreibungen zumeist komplexe Systeme an etablierten „Bezugseinheiten“, die – als „Definiendum“ der Beschreibungen – den jeweiligen Geltungsbereich der zugeschriebenen Charakterisierungen und Spezifizierungen markieren. Ausgehend von den hier untersuchten Gesprächen von Kopfschmerz-PatientInnen können zumindest folgende Typen eines Schmerzgeschehens über Eigenschaftszuschreibungen und Charakterisierungen beschrieben werden (vgl. auch Sator in diesem band, Kap. 4):

- (a) das allgemeine Schmerzgeschehen des vorliegenden Beschwerdebildes (z. B. Kopfwelch, Migräne)
- (b) das allgemeine Schmerzgeschehen unter einer bestimmten Bedingung X (z. B. Migräne unter der Bedingung der Menstruation oder das Schmerzgeschehen unter der Bedingung besonders hoher Intensität)
- (c) das Schmerzgeschehen eines bestimmten, explizierten Schmerztyps (z. B. „Migräne“ vs. „Dauerdruck hinter den Augen“ als spezifische Untertypen des allgemeinen Schmerzgeschehens „Kopfschmerzen“)
- (d) eine (bestimmte) Schmerzperiode (als – spezifische – Phase des Schmerzgeschehens, die sich über das Vorhandensein von Schmerzvorfällen von schmerzfreien Perioden unterscheidet) oder

⁷⁰ Insofern stellen Bezugsformen wie „der Schmerz / die Schmerzen“ häufig Beispiele für M. A. K. Hallidays Kategorie der „grammatischen Metapher“ (Halliday 1994, 342 f.) dar: Der (erlebte bzw. erinnerte) Prozess des „Schmerzen-habens“ bzw. „Weh-tuns“ wird dabei als (abstrakte) Entität „Schmerz“ realisiert, die so als Partizipant in Prozessen bzw. sprachlichen Attribulierungen realisiert sein kann (z. B. „die Schmerzen gehen dann von der Stirn hinter die Augen“ bzw. „das ist ein stechender, linksseitiger Schmerz“).

- (e) ein konkreter Schmerzvorfall (z. B. die stärkste oder die jüngste Migräne-Angriffe).

Die Komplexität wird weiter dadurch erhöht, dass sich diese potentiellen, in den Schmerzbeschreibungen etablierten Bezugseinheiten nicht immer auf die aktuelle bzw. akute Phase des Krankheitsverlaufs beziehen müssen, sondern auch vergangene, frühere Phasen des Schmerzgeschehens betreffen können (vgl. Abbildung 5.4)⁷¹.

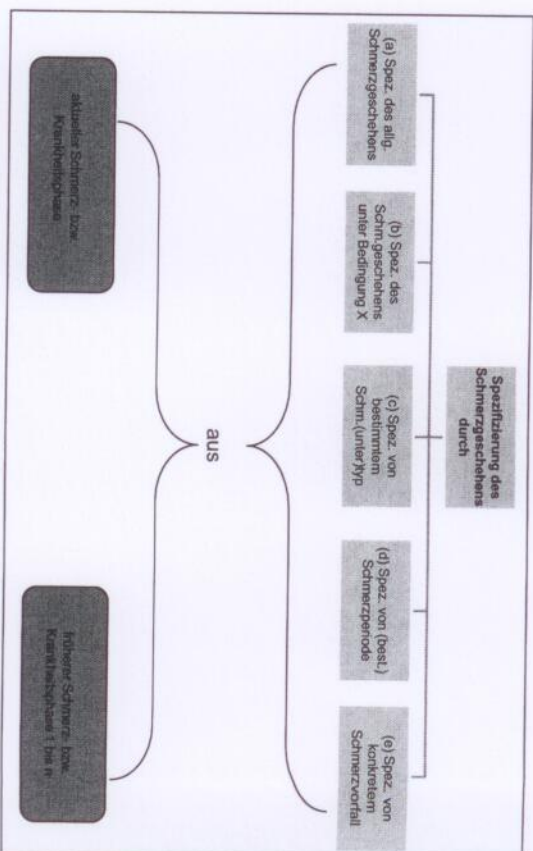


Abbildung 5.4: Potentielle Bezugseinheiten in Schmerzbeschreibungen

Die Häufigkeit der kategorisierten Inhalte und Schmerzthematizierungen wird aus der folgenden Abbildung 5.5 ersichtlich. Die Etikettierungen der Kategorien richten sich dabei nach den drei Ebenen des Kodiergrasters (vgl. „vollständiges Kategorienraster tabellarisch“).

Im Folgenden werden die 6 inhaltlich-thematischen Dimensionen des Sprechens über Schmerzen und deren Unterkategorien näher und anhand illustrierender Korpusbeispiele erläutert.

⁷¹ Vgl. zu diesem Punkt der potentiellen Bezugseinheiten in Schmerzbeschreibungen ebenso Abschnitt 5.2.3.2 in diesem Beitrag.

is eben wie ein Ring“, „dieser ringförmige Kopfschmerz“, „Es ist ein einseitiges Stechen.“, „is [...] fast ned lokalisierbar“) oder die Art und Weise ihrer Bewegungsmöglichkeit („kann die Seite wechseln“; „Und der wandert auch nicht, ja? Also der is halt einfach da, wo er is“) bestimmt werden. Temporal charakterisiert wird ein Schmerzgeschehen durch die Beschreibung des „zeitlichen Verhaltens“ desselben, etwa durch dessen Charakterisierung als zeitlich regelmäßig („Immer zu den selben • Tageszeiten.“), als permanent („Es is immer zugegen.“; „Des hört nicht auf.“) oder periodisch („Is/ tritt phasenweise auf“).

Realisierungen der bislang erläuterten Unterkategorien der Qualitätspezifikation (1a-1c) sind allesamt dadurch ausgezeichnet, dass sie das Schmerzgeschehen in inhaltlich „voller“, „positiver“ Weise mit Eigenschaftsmerkmalen beschreiben, die relativ unmittelbar, d. h. ohne die besondere Kenntnis bzw. Aktualisierung spezifischer Kontexte, von einer HörerIn gelingend verarbeitet werden können. Demgegenüber sind sprachliche Realisierungen der im Folgenden dargelegten Unterkategorien (1d-1f) insofern durch eine inhaltliche „Leere“ und „Unterbestimmtheit“ charakterisiert, als deren inhaltlich-informativem Wert hochgradig kontextrelativ und nur bei entsprechender Kenntnis bzw. Aktualisierung der spezifischen Bezugskontexte zugänglich ist. Zu dieser Sorte „inhaltlich leerer“ Qualitätsbestimmungen zählen neben (1d) der *expliziten Bestimmung eines Schmerzgeschehens als ein spezifischer Schmerztypus* („ich hab zwei Arten von Kopfschmerzen“; „das ist ein spezieller Schmerz“), zwei Spezifikationsverfahren, die auf dem Moment des Vergleichs aufbauen: (1e) Zum einen können die Schmerzvorfälle S1 bis Sn einer bestimmten Schmerz- bzw. Krankheitsphase über ihre (*qualitative*) *Varianz* spezifiziert werden, d. h. als invariant, als immer gleich ablaufend („die [die spezielle Art von Kopfschmerz, Ann.] is im Wesentlichen immer gleich. [...] die ändert sich nicht.“) oder als variant, d. h. als zumindest nicht immer oder als nie gleich ablaufend beschrieben werden:

Transkriptbeispiel 5.2: (*qualitative*) *Varianz*

A ((7 sek)) So. Und • jetzt bitte die Kopfschmerzen, erzählen,
P ((3 sek)) ((ea))

P Aah, ((aa)) die san eigentlich nie gleich. Aber meistens, das ärgste

(1f) Davon zu unterscheiden ist die *kontrastive Spezifikation eines Schmerzgeschehens* einer bestimmten, zumeist der aktuellen Krankheitsphase P1 als dem Schmerzgeschehen einer anderen Phase Pn gegenüber, „gleich“ oder „abweichend“⁷⁵. Ein Beispiel für eine derartige kontrastive Spezifikation als „gleich“

⁷⁵ Für eine Qualifikation von Schmerzen als in/variant oder als gegenüber einer anderen Krankheitsphase gleich/abweichend, reicht es innerhalb des hier untersuchten Kor-

bietet der folgende, die Komplexität derartiger Schmerzbeschreibungen widerspiegelnde Transkriptausschnitt einer Patientin, die aufgrund der Einnahme eines neuen Medikaments („Belok“) und der darauf bezogenen Aussagen ihres Arztes auf eine Veränderung des Schmerzgeschehens eingestellt ist, eine solche Veränderung bei ihrem letzten Migräneanfall aber nicht ausmachen konnte („Und da war s eigentlich wie immer“) und schließlich noch eine genauere Spezifikation dieses „wie immer“ des jüngsten Migräneanfalls gegenüber der vorigen Krankheitsphase (ohne das neue Medikament) liefert:

Transkriptbeispiel 5.3: *kontrastive Spezifikation als „gleich“*

I hab, ((ea)) dann is die wesentlich stärker.
Aha\ Versteh. Und er hot gsoft.

I des sollt jetzt eigentlich immer weniger werden.
Hmhmv\ Mit Hilfe dieser

I Versteh. Hmhmv\ ((ea)) Und es war zum Beispiel jetzt am Samstag

P da weiß ich die Ursache, ((mein)), mein Schwager ist am, am Wochenende

I Oh je!
P verstorben, ((ea)) und wir ham gwusst, er wird (()) sterben und es is

I ja.
P am Samstag um neun Uhr der Anruf gekommen, ((ea)) und da is wirklich

I so richtig bumm und sie wo da da ((ea)) Und da war s eigentlich wie immer

I ((ea)) dass es da in der Stirn/ do is immer der Mittelpunkt ((gendwie)), und

I des strohlt hinter die Augen, oder links oder rechts, je nach dem, ((ea)) und

(2) Unter *Schmerzzeit* sind all jene Äußerungen bzw. Äußerungsstelle kategorisiert, die ein Schmerzgeschehen über dessen Relation zur Zeitachse t beschreiben. Mittels derartiger Beschreibungen werden von PatientInnen mehr

pus offenbar aus, dass zumindest *eine* Eigenschaftsdimension der Schmerzvorfälle in ihren Ausprägungen von den PatientInnen als un/veränderlich bzw. als gleich/abweichend erlebt wird. Auf welcher Eigenschaftsdimension eine Spezifikation als in/variant bzw. als gleich/abweichend beruht, ist innerhalb des Korpus von PatientIn zu PatientIn verschieden – und somit von HörerInnenseite auch kaum vorhersehbar.

oder weniger konkrete Auskünfte über (2a) Schmerzzeitpunkt (Wann?), (2b) Schmerzdauer (Wie lange?), (2c) Schmerzhäufigkeit (Wie oft?) oder (2d) eine Chronologie der Abfolge spezifischer Schmerzphasen geliefert.

(2a) Unter Angaben des Schmerzzeitpunkts werden hier Formulierungen verwendet, die die Tages- oder Jahreszeiten thematisieren, zu welchen Schmerzen einsetzen bzw. auftreten („Na, • meistens kommen die in da Früh“; „Aber es is/war in der Regel im Herbst und im, im Frühling“). (2b) Unter Schmerzdauer fallen Thematisierungen der zeitlichen Ausdehnung sowohl schmerzvoller Phasen („manchmal dauert s auch so wie heuer dann nur eine Woche“) wie auch schmerzfreier Phasen, sofern diese Beschreibungen nicht auch zugleich Häufigkeitsangaben sind („so zwei Wochen war wirklich nichts“, „so unterschiedliche Intervalle, so ein Jahr, mal manchmal ein halbes Jahr“). Ebenso unter diese Kategorie subsumiert werden Passagen, in denen PatientInnen weniger die Dauer als vielmehr die prinzipielle Existenz schmerzfreier Phasen thematisieren („Ich hab jetzt Tage, wo i auf amoi sog: Ah! Ich hob überhaupt nix, mei Kopf is gonz frei.“). (2c) Angaben der Schmerzhäufigkeit geben Auskunft über die Häufigkeit des Auftretens von Schmerzvorfällen bzw. Schmerzperioden („do hob i Kopfweh jeden Tog ghobt“, „und meistens kommt s dann so zwei bis drei Mal pro Tag“). (2d) Als Schmerzphasenabfolge kategorisiert sind chronologische Beschreibungen einer konkreten oder immer wiederkehrenden Abfolge von schmerzvollen und schmerzfreien Phasen:

Transkriptionsbeispiel 5.4: Schmerzphasenabfolge

A	Is/Tritt phasenweise auf. Also es san dann Wochen oder manchmal
P	
A	
P	a mehrere Monate, so zwa, drei wo nix is. HmV Und dann ((2s))
P	gibt s. ((1s)) deis is unterschiedlich, also a zwischen einer
P	Woche, würd i sogn, bis zu • einernhalb • Monaten, wo s so
P	jeden Tag, jeden zweiten, jeden dritten Tag auftrit. Ah, is vom

(3) Als Angaben der Schmerzintensität sind Formulierungen zu werten, in denen – mehr oder weniger konkret, mehr oder weniger „objektiviert“ – über die (empfundene) Stärke von Schmerzen Auskunft gegeben wird („ein ziemlich starker Druck“, „Die san oft sehr extrem“, „das ärgste Kopfweh hab i dann, ((ea)) da hab i s Gfith. • mir hebt s die Schädeldecken wirklich ((ab/hoch))“). (3a) Ähnlich der Empfindungsqualität kann auch die Intensität von Schmerzen durch eine Dynamik innerhalb oder pro Schmerzvorfal/-periode ausgezeichnet

sein⁷⁶ („der Schmerz wird dann auf einer Stelle immer ärger und immer ärger“). (3b) Ebenfalls als eine – stark subjektiv-bildliche – Form der Thematisierung der Schmerzintensität zu kategorisieren, sind Äußerungen, in denen PatientInnen spezifische irrealer Linderungsphantasien und –wünsche darstellen („Da tät i ma am liebsten alles, oman alles oschneiden, ((ea)) undl dass da endlich amal da Überdruck alles aufbeht.“).

(4) Werden Schmerzen über deren Relation zu spezifischen Körperregionen als den „Orten des Geschehens“ näher beschrieben, also Informationen hinsichtlich der Frage „Wo befinden sich die Schmerzen?“ geliefert, handelt es sich um Formen der Schmerzlokalisierung. Sprachliche Realisierungen dieser Kategorie lassen sich vom inhaltlich-thematischen Standpunkt aus weiters entlang der Frage unterteilen, ob ein Schmerzgeschehen nur einen konkreten, abgegrenzten Bereich im Körper betrifft oder mehrere Bereiche: (4a) Im ersten Fall liegt eine statische, punktuelle Lokalisation vor („Also manchmal hatt ich auch im Hinterkopf Schmerzen“, „ein Seechen aus dem Auge heraus“)⁷⁷, im zweiten Fall handelt es sich um eine (4b) dynamische (nicht-punktuelle) Lokalisation: Realisierungen dieser Kategorie lassen sich in Beschreibungen einer räumlichen, mehrere Körperregionen betreffenden Ausdehnung (Wie weit? Welche Strecke?) („der zweite Kopfschmerz geht ah vom Nacken aus bis hin/ in die Stirne“, „dass es da in der Stirn/ do is immer der Mittelpunkt ((irgendwie)), und des strotzt hinter die Augen, oder links oder rechts, je nach dem“) und Beschreibungen einer spezifischen „Bewegung“ (Wohin?) („((dann)) is es dann ((ea)) von der rechten Seite nach hinten gegangen ((ea)) und dann auf die linke über“) bzw. eines „Ortswechsels“ (An welchen unterschiedlichen Orten?) („ich hab meistens des, wenn ma da so von Episoden spricht, dann hab ich meistens Episoden, die nur auf der rechten Seite sind, und Episoden, die nur auf der linken Seite sind.“) der Schmerzen, die/der innerhalb oder pro Schmerzvorfal/-periode stattfindet, unterteilen.

76 Die beschriebene Intensitätsdynamik muss sich dabei auf einen konkreten Schmerzvorfal oder auf den wiederkehrenden Ablauf von Schmerzvorfällen bzw. Schmerzperioden beziehen – Beschreibungen der Zu- und Abnahme der Intensität über längere Zeiträume hinweg, d. h. genauere Beschreibungen des Krankheitsverlaufs fallen nicht unter diese Kategorie.

77 Die Verwendung der „lokalisierenden“ Nominationsform „Kopfschmerz/en“ ist in spezifischen Kontexten ebenso als Instantiierung punktueller Schmerzlokalisierung vorstellbar – im Falle von KopfschmerzpatientInnen einer Kopfschmerzambulanz aber nicht weiter schmerzspezifizierend und somit auch nicht als Form von Schmerzlokalisierung zu werten.

5.2.2.2 Begleitsymptome

Unter die Kategorie der Begleitsymptome fallen Beschreibungen von Symptomen bzw. Beschwerden, die mit dem primären Schmerzgeschehen (diskursiv) in einen unmittelbaren temporalen Zusammenhang gesetzt werden („*der einhergeht manches Mal mit Übelkeit und auch mit Lichtempfindlichkeit*“; „*und dann, wenn ich so drei Tage (()) dann is mir schlecht*“). Einen Spezialfall bilden Thematisierungen von Beschwerden bzw. Symptomen, die mit den primären Schmerzen zwar über einen gewissen Zeitraum hinweg von den PatientInnen als simultan beobachtet werden, ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen diesen Beschwerden und dem primären Schmerzgeschehen aber explizit nicht gewusst bzw. angezweifelt wird, also *implizit* bleibt:

Transkriptbeispiel 5.5: implizite Begleitsymptome

- I | P **wah** hoit natürlich ned/ i hob domn ((aai)) Depressionen a bekommen in/ Hmhmv
- I | Hmhmv
- P | irgendwonn in die Joahre, ((aai)) **nur** waß i hoit ned, ob des mit die I | Hmhmv
- I | **Ja.** Hmhmv
- P | **Kopfschmerzen** zu tun hat oder mei Person überhaup/ Hmhmv

5.2.2.3 Explizite Beschreibungsschwierigkeiten

Ein weiterer inhaltlicher Bereich des Sprechens über Schmerzen ist die explizite, metakommunikative Thematisierung von Schwierigkeiten, Schmerzen zu beschreiben bzw. ein Schmerzgeschehen verbal zu vermitteln. (1a) Einerseits werden Beschreibungsschwierigkeiten expliziert, die auf Wahrnehmungsbeeinträchtigungen beruhen („*Nja, dd/ oja, d/ des/ des kann ich Ihnen/ nja, nur/ nur so nehmbei erklären, weil die trenn eigentlich imma während des Schlafens auf*“). (1b) Andererseits kann im Zuge von Schmerzbeschreibungen die *generelle kommunikativ-interaktionale Schwierigkeit* thematisiert werden, die individuelle, „private“ (Körper-)Empfindung „Schmerz“ – die, sofern nicht gerade akut, erst ausreichend erinnert werden muss – einer anderen Person gelingend verbal zu vermitteln:

Transkriptbeispiel 5.6: Schmerzbeschreibung als interaktives Vermittlungsproblem

- I | P Ja. Kann ma sich a ned wirklich vorstellen, jo. ((aai)) **Es is genauso.** ((aai)) **ma**
- I | P **konn si s eigentlich ned vorstellen, genauso wie man sich schwertul, ehen**

Texttypspezifische und gendertypische Unterschiede

- I | **Ja.** Genau, ja. Hmhmv/ Hmhmv/ Hmhmv/ Ja.
- P | **Schmerz** zu beschreiben, weil des is irrsinnig schwer, find i/

Transkriptbeispiel 5.7: Schmerzbeschreibung als interaktives Vermittlungsproblem

- I | Versteh. AhaV
- P | schon an so, so hämmemd. ((I mein,)) des is halt/ **wann s ihn grad**
- I | Versteh. Ja. AhaV
- P | **nicht** haben, is das etwas schwer halt zu beschreiben, nei? I mein, wann I | Is es leichter. AhaV/ Hmhmv/ ((3s))
- P | **des grad is**, dann is es halt leichter zu beschreiben

(1c) Eine eigene Unterkategorie stellen Thematisierungen von Beschreibungsschwierigkeiten dar, die im Kontext *erfolgender* Schmerzbeschreibungen geäußert werden. Hierbei wird über den *Topos der Unbeschreibbarkeit* (vgl. Gülich 2005) die eigene Unzufriedenheit mit den bzw. das Unzureichen der getätigten oder versuchten Beschreibungen ausgedrückt:

Transkriptbeispiel 5.8: Unbeschreibbarkeit als rhetorischer Topos

- P | **des is/ des is ((a so)), ei es is warm und es is so, hm ähh hmhm wie was das...**
- P | **sol ma sogn ähnäh ... ((4s)) is schwer. Es is schwer/** Hmhmv/ ((Klopf mit Handfläche auf Tisch)) **Es is schwer** ((I sog ganz ehrlich)), Hmhmv

5.2.2.4 Konsekutive Beeinträchtigungen

Unter der Kategorie Beeinträchtigungen, deren Benennung an Kreissl/Overlach/Birkner (2004, 290) orientiert ist, werden alle Beschreibungen von Umständen bzw. Sachverhalten zusammengefasst, die im weitesten Sinne als Folgen der Schmerzen zu interpretieren sind, die die Lebensqualität der PatientInnen in irgendeiner Art und Weise beeinträchtigen. Derartige Äußerungen lassen sich vom thematischen Gesichtspunkt aus entlang zweier einander querliegender Achsen unterscheiden: (i) Eine Achse bildet die Differenzierung entlang der Frage, in welcher Weise, in welchem Bereich die PatientInnen beeinträchtigt sind: In diesem Zusammenhang wird hier von *somatischer Beeinträchtigung* gesprochen, sofern PatientInnen Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates, der Sinnesorgane bzw. der Wahrnehmung oder körperlicher Routinen (Schlaf,

Nahrungsaufnahme etc.) thematisieren. Demgegenüber stehen Beschreibungen *psychosozialer Beeinträchtigungen*, d. h. Beeinträchtigungen des psychisch-emotionalen Gleichgewichts und Wohlbefindens sowie des sozialen Lebens (i. e. Berufsleben, Haushalt, Familie, Freunde, Freizeitgestaltung etc.). (ii) Die andere Achse unterscheidet entlang der *Umittelbarkeit der Beeinträchtigung* (unmittelbar durch Schmerzen vs. mittelbar aufgrund von Medikamenten/Schmerzbehandlung). Aus Gründen der Praktikabilität des Kategorierasters entlang der hier angewandten Untersuchungs- und Auswertungsmethodik bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung einer immanenten Stringenz desselben ist die Dimension der Schmerzbeeinträchtigungen in folgende Unterkategorien differenziert: (1) *Umittelbare somatische Beeinträchtigungen* („*ich komm mich überhaupt nicht konzentrieren*“; „*kann dann nichts mehr essen, also ((*ea*)) ich hab/ also wegen der Kopfschmerzen hab ich manchmal zwei Tage lang nichts gegessen*“), (2) *unmittelbare psychosoziale Beeinträchtigungen* („*so demaßen drit, ((*ea*)) dass i wirklich glaubt hab, i bring mi um*“, „*Manchmal muss ich auch, also zuhause bleiben, nicht arbeiten gehen*“, „*ich musste teilweise auch Sachen absagen, so Treffen mit Freunden*“) und (3) *mittelbare Beeinträchtigungen aufgrund von Schmerzbeeinträchtigungsmitteln*. Derartige Beschreibungen mittelbarer Beeinträchtigungen können fallweise ebenso hinsichtlich ihres Wirkungsbereichs in (3a) *somatische mittelbare Beeinträchtigungen* („*da hab i die ((*Kevalal*)) *gunnuma, ((*ea*)) aber die san ma dann • ziemlich am Magen gangen*“)) und (3b) *psychosoziale mittelbare Beeinträchtigungen* unterteilt werden. Im folgenden Transkriptausschnitt formuliert ein Patient seine Angst davor, durch die Einnahme von (zu vielen) Medikamenten körperliche Schäden zu erleiden:*

Transkriptbeispiel 5.9: psychosoziale mittelbare Beeinträchtigung

A	schon <u>so</u> lange <u>haben</u> .
P	•• ((<i>aa</i>)) • ich mag nicht mehr, und i fürcht m
A	Sie wolln gar kein... Ah, weil Si so vü •• Medikamente
P	mittlerweile, ((<i>ea</i>)) dass i Organschäden • wo krieg. Wie i so vü
A	nehmen, Ja, Hmhmv
P	Medikamente nimmt sag ja, ((<i>ea</i>)), hm-; i, kann net a Mal mit Sicherheit

In anderen Fällen wird von den PatientInnen allerdings allgemein das (ärztlich verschriftete) *Einnehmen von Medikamenten als generelle Beeinträchtigung* thematisiert, ohne dass dabei genauere – somatische oder psychosoziale – Gründe expliziert werden („*Oba die Medikamente is jo a ka Zukunft, wann ma des dauernd nehma soi*“). Dass bei der Beschreibung mittelbarer Beeinträchtigungen aufgrund von Medikamenten somatische und psychosoziale Auswirkungen einander kaum trennbar überlagern können, zeigt folgender Transkriptausschnitt:

Transkriptbeispiel 5.10: mittelbare Beeinträchtigung durch Medikamente – somatisch & psychosozial

P	Kopfschmerztabletten, wen durch diese Migänemittel ((<i>ea</i>)) do wor i immer
P	sol/die woa immer so extrem/ do woa ma immer so komisch, so ((<i>ea</i>)) wie
I	Hmhmv Hmhmv
P	unter Drogen. na? Na, jetzt hob i dann ogfongen,

(3c) Ein ebenso unter die Kategorie „mittelbare Beeinträchtigung durch Schmerzbeeinträchtigungsmittel“ fallender inhaltlicher Bereich, der die oben genannte Differenzierung „somatisch vs. psychosozial“ kategorisch unterläuft und deshalb gesondert behandelt wird, sind Passagen, in denen PatientInnen einen – durch das primäre Schmerzgeschehen bedingten – *Medikamentenüberkonsum bzw. eine Medikamentensucht* thematisieren:

Transkriptbeispiel 5.11: Medikamentenüberkonsum

A	fast den Eindruck, nachdem Sie des selbst so sagen, dass da schon
P	((<i>aa</i>)) Kr i krieg s oft net a Mal
A	a Übergebrauch vorliegt. Ja,
P	mehr mit. weiß, i weiß auf d Nacht oft nimma, ((<i>ea</i>)) •
P	hab i jetzt a Pulver gunnuma heut oder ne? • jetzt is aus, jetzt bis
A	Hmhmv • ((<i>ea</i>)) mein, was Sie <u>sowieso</u>
P	wirdlich soho komplett depperd

5.2.2.5 Umstandsbezogene Zusammenhänge

Thematisierungen von Zusammenhängen zwischen dem Schmerzgeschehen und schmerzexternen Umständen, d. h. Beschreibungen des Schmerzgeschehens über dessen Relationen zu bestimmten Handlungen, Zuständen/Sachverhalten, Ereignissen oder Konzepten, sofern diese einen Schmerzgeschehen im Sinne einer intensionalen Erklärung (z. B. als „Diagnose“) diskursiv zugeordnet werden, werden unter der inhaltlichen Dimension „umstandsbezogene Zusammenhänge“ kategorisiert.

Genauer differenziert kann diese Dimension entlang der Frage werden, ob in den betreffenden Passagen vom funktionalen Standpunkt aus (1) das Schmerzgeschehen über die Thematisierung eines gewissen Zusammenhangs (z. B. temporal) zwischen Schmerzen und bestimmten Umständen (z. B. Wetterumschwung) näher *beschrieben* wird („Umstände“), (2) selbst wenn die Art und Weise eines solchen Zusammenhangs vage und unterbestimmt bleibt

(„unbestimmter Zusammenhang“); oder (3) ob die PatientInnen in derartigen Passagen das Schmerzgeschehen in bestimmter Weise erklären („Erklärung“), z. B. durch die Angabe möglicher oder gewusster Ursachen für die prinzipielle Vorhandenheit der Schmerzen.

(1) Beschreibungen spezifischer Zusammenhänge mit bestimmten Umständen lassen sich genauer dementlang unterscheiden, ob und wie die angeführten Umstände das Schmerzgeschehen in seinen Eigenschaften beeinflussen: (1a) Stehen die Umstände in einem temporalen oder kausal-auslösenden Zusammenhang mit Schmerzvorfällen, -perioden oder Schmerztypen, ohne dabei die Eigenschaftsprägungen bzw. die Qualität der Schmerzen zu beeinflussen, wird hier von *nicht-beinflussenden Umständen des Auftretens* bzw. *Ausbleibens von Schmerzen* gesprochen. Diese nicht-beinflussenden Umstände können sich zum einen, wie in den folgenden Beispielen, auf Schmerzvorfälle beziehen:

- „*der tritt bei Wetterumschwüngen auf, vor allem bei Föhn*“
- „*Weil, i wer oft im Schlaf sogar munter, vor lauter Kopfschmerzen.*“
- „*Undeswar-dammestenseher-so((ea)) Wetterumschwungskopfschmerz.*“
- „*Also ich hab zum Beispiel gemerkt/ ich war im Sommer eine Woche auf Urlaub bei meinen Eltern, ((ea)) und da hatt ich nichts.*“
- „*Ich hab den Eindruck, dass das/ dass der Druck das dann irgendwie auch teilweise auslösen kann beim Liegen.*“

Zum anderen können analog die (begleitenden oder auslösenden) Umstände des Beginns der aktuellen oder einer früheren Phase des Schmerzgeschehens beschrieben werden („*bei der letzten Operation hat das extrem angefangen. Das/ die Kopfschmerzen.*“).

Wie mit den angeführten Beispielen zu illustrieren versucht, kann die (angenommene) Beschaffenheit des Zusammenhangs zwischen Umständen und Schmerzgeschehen – mehr oder weniger ambig – mit sprachlichen Realisierungsformen der logisch-semanticischen Beziehungen „temporal“, „conditional“ oder „kausal“ expliziert sein. Die Subsumierung von Passagen unter die Kategorie „nicht-beinflussende Umstände“ ist dadurch geleitet, ob Äußerungen Informationen hinsichtlich der Fragen „Unter welchen Umständen treten die Schmerzen auf bzw. bleiben diese aus?“ und „Unter welchen Umständen ist eine spezifische Schmerz- bzw. Krankheitsphase eingetreten?“ geben.

Transkriptbeispiel 5.12: nicht-beinflussende Umstände des Auftretens/ Ausbleibens von Schmerzvorfällen

1	Versteh. HmhmV
P	Belok ((ea)) Und es war zum Beispiel jetzt am Samstag

P da weiß ich die Ursache, ((mein)), mein Schwager ist am, am Wochenende

P verstorben, ((ea)) und wir ham gewusst, er wird ((ea)) sterben und es is
Oh je!

1 Ja
P am Samstag um neun Uhr der Anruf gekommen, ((ea)) und da is wirklich

1 Hm\ HmhmV
P so richtig bumm und sie woa do, ((ea)) Und da war s eigentlich wie immer,

(1b) Derartigen Beschreibungen stehen Explikationen von *beeinflussenden Umständen* gegenüber, d. h. von schmerzexternen Umständen, die auf die Intensität, die Häufigkeit und/oder die Dauer des Schmerzgeschehens einwirken. Die Wirkung dieser Umstände kann *abschwächend* („*wobei ich draufgekommen bin, je flacher ich liege, umso weniger ist dieser Kopfschmerz da.*“), *„Und dann steh ich in der Nacht drei-, viermal auf, ... und moch, • sogn ma moi ((Is)) a Viertelstunde soiche Bewegungen, dann wird s besser*“) oder *verstärkend* sein („*Wann i mit der U-Bahn fahr, und a Drängelei, immer mehr krieg i da Kopfweh.*“; „*Fernsehen und Computer is schlecht.*“)⁷⁸ Sprachliche Realisierungen dieser Kategorie geben somit Informationen hinsichtlich der Frage „Unter welchen Umständen wird das Schmerzgeschehen schwächer/besser bzw. stärker/schlechter?“.

(2) Wird zwischen bestimmten Umständen und dem Schmerzgeschehen ein gewisser Zusammenhang angenommen oder explizit nicht gewusst bzw. explizit angezweifelt, wobei die genauere Beschaffenheit des Zusammenhangs – bewusst – vage und indifferent bleibt, werden derartige Passagen als Thematisierungen eines *unbestimmten Zusammenhangs* kategorisiert („*da war eben die Vermutung allerdings ((die, dass es)) irgendwas mit den Augen zu tun haben könnte*“; „*Also, die Pille hab ich eben angefangen im September zu nehmen, ich weiß nicht, ob s Auswirkungen hat.*“).

(3) Im Gegensatz zu den beiden gerade genannten Fällen stehen (Teile von) Äußerungen, in denen PatientInnen über die Inbezugsetzung von Schmerzen und Umständen *Erklärungen* bzw. *Erklärungsversuche*⁷⁹ für das Schmerzgeschehen

78 Wie etwa das Beispiel „*Fernsehen und Computer is schlecht.*“ zeigt, kann durchaus implizit bleiben, welche/r Parameter eine Verstärkung bzw. Abschwächung erfährt bzw. erfahren. Neben einem Einwirken von Umständen auf die genannten Parameter sind prinzipiell auch Beschreibungen einer Beeinflussung anderer Schmerzreigenschaften, wie etwa Empfindungsqualität oder Schmerzort, vorstellbar, im gegebenen Korpus aber nicht vorhanden.

79 Mit „Erklärungsversuchen“ sind hier Formulierungen gemeint, in denen das erklärende Element (z.B. die Ursache für die prinzipielle Vorhandenheit der Schmerzen) nur als möglich veranschlagt bzw. explizit angezweifelt oder explizit nicht gewusst wird.

liefern: (3a) Dies kann einerseits über die Thematisierung von *Ursachen für die generelle Vorhandenheit der geschilderten Schmerzen* bzw. Schmerzerkrankung geschehen. Derartige Formulierungen liefern Informationen hinsichtlich der Frage „Welche prinzipiellen Ursachen hat das Schmerzgeschehen bzw. warum gibt es das geschilderte Schmerzgeschehen?“.

Transkriptbeispiel 5.13: Ursachen

I	das zusammenhängt? Oder...
P	Naja, die, die Sulmedizin geht davon aus, dass das
P	sehr stark damit zusammenhängt, was man für eine Geschichte von Migräne
I	Hmhmv
P	In der Familie hat... ((ea)) Also sprich, wenn man in der Familie eine
P	ausgeprägte Geschichte von Migräne hat... ((ea)) Ich glaub, neunzig Prozent
P	der ((Cluster-))Patienten hat eine ausgeprägte Geschichte von Migräne
I	Aha! Hmhmv
P	In der Familie... Also ich würd amal sagen, es kommt daher
	Versteh.

(3b) Andererseits werden von den PatientInnen über die Thematisierung von (Selbst-)Befunden und Diagnosen intentionale Erklärungen des Schmerzgeschehens gegeben, d. h. das Schmerzgeschehen bzw. ein bestimmter Schmerzvorfall/-typ wird über ein bestimmtes (quasi-)medizinisches Krankheitskonzept, wie im Falle von Kopfschmerzen etwa „Migräne“, identifiziert („I hab zwar amal • an so genannten/ i vermul, dass das a Migräneanfall war“; „Es ist diagnostiziert worden die Clusterkopfschmerzen vor einem Jahr“). Formulierungen dieser Unterkategorie liefern explizite⁸⁰ Auskünfte hinsichtlich der Frage „Was ist der Schmerz bzw. unter welches (medizinisches) Krankheitskonzept ist das Schmerzgeschehen einzuordnen?“.

(3c) Als *subjektive Krankheitstheorien* schließlich werden erklärende Passagen kategorisiert, in denen PatientInnen ihr Wissen bzw. ihre Annahmen darüber formulieren, welche körperlichen Prozesse ablaufen, wenn der geschilderte Schmerz(typ) bzw. eine bestimmte Eigenschaft desselben auftritt / empfunden wird:

80 Hiermit soll darauf hingewiesen werden, dass „bloße“ Benennungen des Schmerzgeschehens innerhalb anderwärtiger funktional-thematischer Kotexte vermittels medizinischer Begriffe wie etwa „Migräne“ nicht als Instantiierungen dieser inhaltlichen Kategorie „Befund / Diagnose“ gewertet werden. Vgl. zur Verwendung unterschiedlicher Referenzformen auf das Schmerzgeschehen unter Punkt 5.2.3.1.

Transkriptbeispiel 5.14: subjektive Krankheitstheorien

I	Kopfschmerzen, woher das kommen könnte?
P	((2s)) Val/ ich vermute
P	dass sich da irgendwas im Körper einfach verkampt. Wahrscheinlich
P	irgendwo im Kopfbereich, vielleicht is es ((ea)) a Durchblutungsstörung
I	Hmhmv
P	((1s)) Mein, so könnt ich ma des halt am ehesten vorstellen
I	Ja,
P	Dass da des Blut sich irgendwie ((ea)) staut, und halt nicht mehr richtig
I	Hmhmv
P	fließen kann, und des ergibt dann eben ((sif)) einfach diesen ((ea))
P	Kopfschmerz, je nachdem, wo des halt dann ((ea)) sich befindet, diese
I	Ja,
P	Verspannung jetzt a Mal, unter Anführungszeichen, ne? So
I	Hmhmv/ Hmhmv ((4s)) Ähm, ((1s)) W/ Würden Sie
P	würde ich das halt sehn

5.2.2.6 Schmerzmanagement

Unter die inhaltlich-thematische Dimension des Schmerzmanagements fallen all jene (Teile von) Äußerungen, in welchen PatientInnen darüber Auskunft geben, wie sie mit den Schmerzen umgehen, d. h. welche allgemeinen oder konkreten Handlungen, Handlungsstrategien, Handlungsunterlassungen etc. sie in Bezug auf das Schmerzgeschehen im Alltag oder qua ihres „PatientIn-Seins“ in institutionellen Settings setzen bzw. anwenden.

(1) Neben konkreten Handlungen zur Schmerzlinderung (vgl. den nächsten Unterpunkt 2) thematisieren PatientInnen auch ihren *allgemeinen Umgang mit der Gesamtproblematik Schmerz*: Diesbezüglich kann einerseits (1a) ein *aktiver Umgang* mit der Schmerzproblematik expliziert werden, sei es, dass der Entschluss zu einer aktiven Auseinandersetzung aus letztlich eigenen Überlegungen gefasst wurde („Und ehmm vor vier Monat, vor fünf Monat war s dann halt dann so a richtige Attacke, wo i ma denkst hab, jetzt muss i was machen.“) oder vorrangig auf Anraten bzw. Drängen des sozialen Umfelds einer PatientIn gefallen ist:

Transkriptbeispiel 5.15: aktiver Umgang auf Anraten/Drängen des sozialen Umfelds

- P hot a nix ghoifn, ((ea)) und najo und, und eigentlich is dann eigentlich die
- P Umwelt schuld daran, weil jeder hot gsoagt: „Na, tua doch wos“, und „Moch doch
- I Hmhmv
- P wos, du komst do des ned onstehn lossn“ und so, ((ea)) und dann hat mir

Demgegenüber stehen andererseits Äußerungen, in denen (1b) das „Nicht-Management“, also ein – wie auch immer begründeter – lediglich passiv-verdrängender Umgang mit der Schmerzproblematik thematisiert wird:

Transkriptbeispiel 5.16: Nicht-Management

- I Hmhmv
- P begonnen, einseitig ((ea)) ähm zu stechen, und ja, (mein, ich hab
- P dem nicht wahnsinnig viel Bedeutung beigemessen, weil s irgendwie ((ea))
- P ähm immer nur, ((was)) weiß ich, so zwei, drei Tage pro Jahr waren am
- I ja. Hmhmv
- P Anfang. Würd ich sagen, ((ea)) Ähm hat sich zwar wiederholt, so ein bis

Transkriptbeispiel 5.17: Nicht-Management

- I Aha!
- P ((aa)) ((1s)) | mein, i bin Mutter seit mein neunzehnten Lebensjahr.
- I ja.
- P Und in Endeffekt, i hab des eigentlich immer auf d Seiten geschoben.
- I Is klar. Aha!
- P bevor san immer die Kinder gegangen, wann was war, ne? Und des
- I war as Letzte, weil des war nachrangig. Des hat mi betroffen, und... Is klar.
- I Und deswegen hab i da eigentlich nie so... Dass i dahinter war. ja.

(2) Alle Thematisierung des Setzens von konkreten Handlungen, des Vermeidens bzw. Unterlassens von Handlungen oder des Herbeiführens bzw. Vermeidens bestimmter Umstände mit dem konkreten Zweck, lindernd oder vermeidend auf das Schmerzgeschehen einzuwirken, werden als Schmerz-

linderungsstrategien subsumiert⁸¹. (2a) Diesbezüglich werden Darlegungen des Tätigens/Unterlassens von Handlungen oder des Herbeiführens / Vermeidens von Umständen mit dem Zweck, günstig – d. h. zwecks Milderung des Gebens oder zwecks Verhinderung einer Verschlimmerung – auf *akute*, bereits (an-)laufende Schmerzvorfälle einzuwirken, als *Bewältigungsstrategien* kategorisiert:

Transkriptbeispiel 5.18: Bewältigungsstrategien

- A ((schreibt, 3s)) Wos mochn S dann wenn S so extreme
- P san extrem.
- A Schmerzen ham, legen Sie sich hin?
- P ((1s)) Na, h ich steh dann meistens
- PK/ behaucht
- A Hmhv
- P auf, und geh ((ea)) ah mich kalt abwaschen, oder • benutze • ((ea)) •
- PK/))
- P Franzbrandyweiln, • in/ man wann s ganz extrem is nehm i dann Medikamente

Transkriptbeispiel 5.19: Bewältigungsstrategien

- I dass es mit Koffein auch/ ((ea)) dass das einen Einfluss hat?
- P Ähm, ((da)) hab ich den Eindruck gehabt, das hilft.
- I Aha!
- P Also dass quast, wenn ich in der Früh dann gleich amal ((ea)) ähm a
- I Hmhmv
- P Tasse Kaffee trink, wenn ich merk, ich hab so an ganz leichten Schmerz, ((ea))
- P dass ich dann verhindern kann, dass der Schmerz stärker wird. Dem hat aber

(2b) Im Falle von *Vermeidungsstrategien* thematisieren PatientInnen das Tätigen/Unterlassens von Handlungen oder das Herbeiführen/Vermeiden von Umständen mit dem Zweck, das *Auftreten* von Schmerzvorfällen zu verhindern – genauer gesagt: das Auftreten bzw. Wirken jener Umstände zu verhindern, die in unmittelbarer Weise einen Schmerzvorfall auslösen würden:

81 Eine exklusive Zuordnung von Äußerung/(steil)en entweder unter die inhaltliche Kategorie „abschwächend-beeinflussende Umstände“ (vgl. oben unter 5.2.2.5) oder unter die gerade genannte Kategorie „Schmerzlinderungsstrategien“ ist in manchen Fällen nicht möglich – entlang des hier vorgestellten Rahmens aber auch nicht notwendig: Wie bereits erwähnt, sind in solchen Fällen beide der betreffenden Kategorisierungen zu vergeben.

Transkriptbeispiel 5.20: Vermeidungsstrategien

- I
P es entweder über in Schmerzen oder halt nicht. Also ich muss dann aufpassen
HmhnV HmhnV
- P manchmal, dass ich jetzt nicht ((ea)) zum Beispiel, wenn ich nieße, dann
Ah, verstein.
- I
P kann das losgehen ((ea)) oder wenn ich ((ea)) Luft anhalte, also ich muss
AhV/AhV dann
- I
P das halt nicht anfängt dadurch
HmhnV Also das is so wirklich der Auslöser

(2c) Als letzte Unterform dieser Kategorie zu nennen ist die Thematisierung des Tätigens/Unterlassens von Handlungen oder des Herbeiführens/Vermeidens von Umständen mit dem Zweck einer (erhofften) *günstigen Einflussnahme auf das gesamte*, nicht unmittelbar akute *Schmerzgeschehen*, d. h. eines positiven Einwirkens auf Intensität, Dauer und/oder Häufigkeit eines Schmerzgeschehens. Wie bei Formulierungen „beeinflussender Umstände“ (vgl. oben) kann auch bei Realisierungen dieser Kategorie implizit bleiben, welche/r Parameter eine „Verbesserung“ erfährt / erfahren – so auch im folgenden Beispiel:

Transkriptbeispiel 5.21: günstige Einflussnahme auf gesamtes Schmerzgeschehen

- I
P gahm, HmhnV
und da hab i vorher organisiert für uns zwa das
- I
P Wasserhatsu, Ahav
des Watsu, des war ein Traum AhaV
((3s))
- I
P und des hat a richtig schön drei Tag anhalten
Ja, ahav
((lacht)) Des

(2d) Als gesonderter Unterbereich von „Schmerzlinderungsstrategien“ behandelt werden Äußerungen, in deren thematischem Zentrum eine *genauere Darlegung der Medikamenteneinnahme* steht, d. h. Menge, Wirkung o.Ä. eines spezifischen, zur Linderung des Schmerzgeschehens angewandten (bzw. zumindest ärztlich verschriebenen) Medikaments genauer ausgeführt werden. Ein inhaltlicher Bereich, der in ärztlichen Anamnesen aus verständlichen Gründen meist fix verankert ist:

Transkriptbeispiel 5.22: Medikamenteneinnahme/-menge

- A
((3s)) OkayV ((ea)) ((aa)) Und ah wie viel Avamigran nehmen Sie?

Textspezifische und gendertypische Unterschiede

- I
P ((2s)) Das is a gute Frage, ich versuch s eigentlich so selten wie
- P möglich zu nehmen, weil ich - nur eine Niere hab, und weil das halt
- A
P HmhnV Wieso haben S nur eine Niere?
nicht gut sein soll ((ea)) aba... Von Geburt an
- (3) Als Instantiierungen der Unterkategorie *institutionelles Management* werden all jene, vor allem bei PatientInnen mit längeren „Karrieren“ anzutreffende Passagen verstanden, in denen diese ihren Umgang mit den Schmerzen bzw. ihr Verhalten „als PatientInnen“ innerhalb von institutionellen Settings thematisieren bzw. darüber reflektieren („Also ich hab gemerkt, jeder Arzt sagt irgendwas anderes (()), ((ea)) man muss sich dann irgendwie selber auch eine Meinung bilden“). Ein spezielle Form dieses inhaltlichen Bereichs sind Thematisierungen des eigenen sprachlich-kommunikativen Verhaltens innerhalb institutioneller Settings:

Transkriptbeispiel 5.23: institutionelles Management

- I
P Ja, Ja ((ea)) Nein, aber ich mein auch, dass
- I Sie s vielleicht irgendwie anders beschreiben als/ als vorher oder ((ea)) ahm...
- I
P Nein, weil ich die Erfahrung gmacht hab, dass es mit der Bearbeitung, halt
- I
P irgendwie mit den „Nadelstichen aus dem Aug heraus“, dass das eigentlich
- I
P ganz gut ankommt und ganz gut verstanden wird ((ea)) Und dass das
HmhnV

(4) Äußerungen bzw. Äußerungsteile, in denen über Aktivitäten Auskunft gegeben wird, mittels derer PatientInnen eigenständig und mehr oder weniger erfolgreich versuchen bzw. versucht haben, irgendwelche (Teil-)Erklärungen oder konditionalen Zusammenhänge in Hinblick auf ihr Schmerzgeschehen herauszufinden, werden unter der Kategorie *Erklärungssuche* subsumiert:

Transkriptbeispiel 5.24: Erklärungssuche

- A
P Auslöser für die Kopfschmerzen?
hob alles mögliche ((räusperrn))
- A
P Hm V
irgendwie versucht zu/ zu rekonstruieren und sei es Essen
- P
Schlafmenge, Kaffeekonsum, wieviel I graucht hob, aber i

P hob irgendwie keinen Zusammenhang feststellen können.

Transkriptbeispiel 5.25: Erklärungsuche

P vielleicht sein könnte. weil ich selber mich auch ein bissl schlau gemacht hab

I Hmhmv Hmhmv Versteh.

P ((ea)) Und auf des dann gestoßen bin, eben weil ich in

I oder Familie auch eine Geschichte von Migräne hab, ((ea)) (()) ((da)) hab

I ((ficht)) begonnen dahingehend zu/ zu recherchieren und bin dann eben

P auf des gestoßen, wo ich mir gedacht hab, ((ea)) was die Beschreibung des

(5) Ebenso unter die übergeordnete Dimension des Schmerzmanagements gezählt werden hier Passagen, in denen PatientInnen ihre mehr oder weniger konkreten *Wünsche und Hoffnungen* in Bezug auf das Schmerzgeschehen, auf Schmerzkeämpfungsmittel bzw. -methoden oder auf die institutionellen Zusammenhänge und Prozesse, denen sie qua ihrem „PatientIn-Sein“ ausgesetzt sind, darlegen.⁸²:

Transkriptbeispiel 5.26: Wünsche und Hoffnungen

P schlinnm, ((ea)) • das is des, ahäh... **wid des ned dauernd, irgendwöchle**

A Hmhmv

P **gondan ((ea)) Medikamente, do muass jo irgendwöchle ordare**

A Hmhmv

P **Methodn gehn, damit des/ ((ea)) dass de Kopfschmerzn weggegangen**

Transkriptbeispiel 5.27: Wünsche und Hoffnungen

P **ich hoff, dass des wieder nochlässl und dann, ((2s)) ((würd ich halt))**

I Hmhmv

P **hoffn, dass des nicht mehr wiederkehrt**

82 Im Fall der Thematisierung von Wünschen ist der Grad der Explizitheit bzw. Implizitheit der Formulierungen als Wünsche für eine Kategorisierung unter diesen inhaltlichen Bereich dabei hinfällig.

5.2.3 Lokale sprachliche Verfahren der Schmerzbeschreibung

Hinsichtlich der Frage nach dem „Wie“, d. h. nach den sprachlichen Verfahren, mit denen PatientInnen ihre Schmerzen beschreiben, lassen sich zwei Typen unterscheiden:

- lokale Verfahren der diskursiven Repräsentation von Schmerzen
- global(er) sprachliche Verfahren der Schmerzbeschreibung

Beiden Analyseebenen unterliegt ein soziofunktionales Verständnis von Diskurs und Sprachsystemen bzw. Grammatik, wie es in der Funktionalen Grammatik der Systemisch-Funktionalen Linguistik (vgl. u. a. Halliday 1994) und in den Arbeiten darauf abhebender VertreterInnen der Kritischen Diskursanalyse (vgl. u. a. Fairclough 2003, Teil I; van Leeuwen 1996; van Leeuwen 2005, Teil I) etabliert ist: Sprachsysteme bzw. (Lexiko-)Grammatiken bieten mit ihren Sets an Regeln und paradigmatischen Alternativformen ein soziofunktionales bzw. soziosemiotisches Inventar an Ausdrucksmöglichkeiten, aus dem InteraktantInnen in der sozialen Praxis des „meaning-making“ (Halliday 1994) bzw. des diskursiven Handelns (vgl. u. a. Fairclough 2003, ebd.; van Leeuwen 1996, van Leeuwen 2005; ebd.) mit Blick auf den jeweiligen kommunikativen Zweck, den situationalen und sozialen Kontext eine „Auswahl“ (choice) adäquater sprachlicher Realisierungsformen tätigen. Die jeweiligen sozial vermittelten Sets an „beglaubigten“ situational und sozial adäquaten Ausdrucks- und Bedeutungsformen werden über das diskursive Handeln re-produziert bzw. schrittweise transformiert (vgl. u. a. Fairclough 2003, ebd.; van Leeuwen 2005, ebd.).

Norman Fairclough (2003, Kapitel 8) versteht die Frage der diskursiven Repräsentation von „Wirklichkeit“ als die Transformation von Ereignissen und Zuständen der physisch-materialen, psychischen oder sozialen Welt in semiotisch vermittelte „diskursive Ereignisse“. Die grundlegende Einheit zur Analyse der Repräsentation von „Welt“ innerhalb von verbalen Texten aller Art bildet für die Systemisch-Funktionale Linguistik die Einheit „clause“⁸³. Die sprachlichen Elemente, die zum Zweck der Repräsentation von Wirklichkeit innerhalb solcher „clauses“ potentiell enthalten sind, teilt die Systemisch-Funktionale Linguistik mit Halliday in drei semantische Hauptkategorien ein, die jeweils

83 Aufgrund der bekannten Schwierigkeiten mit der Kategorie „Satz“ als linguistischer Einheit wird hier der klarere englische Begriff des „clause“ verwendet. Diese Einheit entspricht im Prinzip einer Prädikation im Sinne der Prädikatenlogik, d. h. einem (logischen) Subjekt (z. B. „der Schmerz“) und einem darauf angewandten, einfachen oder komplexen Prädikat (z. B. „sehr stark brennen“) – unabhängig von deren jeweiligen sprachlich-grammatischen Oberflächenform als Matrixsatz („Der Schmerz brennt sehr stark“) oder als Konstituente („das sehr starke Brennen des Schmerzes“, „der Schmerz sehr stark gebrannt hat“ etc.).

mit spezifischen lexikogrammatischen Kategorien als deren (prototypische) Realisierungsformen verbunden sind: (1) Prozesse, d. h. Handlungen, Interaktionen, Ereignisse und Zustände (lexikogrammatische Kategorie: Verben/Verbalphrasen), (2) TeilnehmerInnen (participants), d. h. die innerhalb der Prozesse als aktiv handelnd bzw. den Prozessen unterliegend oder als attributiv mit bestimmten Merkmalen versehene Entitäten (lexikogrammatische Kategorie: Nomen/Nominalphrasen) und schließlich (3) die räumlichen, zeitlichen, qualitativen, instrumentalen, finalen etc. Umstände der jeweiligen Prozesse (lexikogrammatische Kategorie: Adverbial- und Präpositionalphrasen).

Jede dieser semantischen Hauptkategorien – TeilnehmerInnen, Prozesse, Umstände – ist in weitere Untertypen klassifizierbar, wobei die Differenzierung der verschiedenen Prozesstypen mit ihrem jeweiligen Set an zuweisbaren semantischen Rollen in definierender Weise zusammenhängt: Den repräsentierten TeilnehmerInnen werden *qua* ihrer jeweiligen diskursiven Repräsentation als PartizipantInnen von bestimmten Prozessotypen spezifische semantische Rollen zugewiesen (z. B. die „AkteurIn“ als aktiver, den Prozess ausführende Part einer materialen Handlung; die „SprecherIn“ als aktiver, handelnder Part bei verbal-kommunikativen Handlungen etc.).

Im Gegensatz zu Halliday (1994), der sein Modell von den möglichen sprachlichen Oberflächenformen und funktional-grammatischen Elementen eines „clause“ aus denkt, wird hier der gegenteilige Blickwinkel eingenommen. Analog zum Forschungsinteresse kritisch-diskursanalytischer Zugänge bestimmt hierbei eine spezifische „außersprachliche“ Einheit, i. e. „Schmerzen“ bzw. das Schmerzgeschehen, die Richtung der Fragestellung (vgl. van Leeuwen 1996; van Leeuwen 2005; Fairclough 2003, Kapitel 8). Dieser Blickwinkel inkludiert somit auch die verschiedenen sprachlichen Formen, mit welchen die referentielle Bezugnahme auf die im Interesse stehende extralinguistische Einheit überhaupt erst etabliert wird. Die Frage nach den Formen der diskursiven Repräsentation von Schmerzen und den darauf bezogenen „representational choices“ der PatientInnen lässt sich dementsprechend folgendermaßen spezifizieren:

Welche Typen an sprachlichen Realisierungsformen der *referentiellen Bezugnahme* auf „Schmerzen“ lassen sich in den Beschreibungen der PatientInnen festmachen? (vgl. Abschnitt 5.2.3.1).

Welchen *funktional-grammatischen Part*, welche semantischen Rollen nehmen „Schmerzen“ in den sprachlichen Repräsentationen der PatientInnen ein? (vgl. Abschnitt 5.2.3.2).

5.2.3.1 Realisierungsformen der referentiellen Bezugnahme auf Schmerzen

„Referenz“ wird hier in Einklang mit Reisigl (2003, 153-168) und Girnth (1993, 75 ff.) „als pragmatischer Akt der Bezugnahme auf bestimmte Objekte

in bestimmten Situationen mittels sprachlicher Ausdrücke“ (Reisigl 2003, 153) verstanden und bedeutet somit „die situations- bzw. kontextgebundene Herstellung eines Zusammenhanges bzw. die Beziehung zwischen einem bestimmten sprachlichen Zeichen und einem spezifischen ‚außersprachlichen‘ (gleichwohl nicht außersemiotischen) Gegenstand – einem Objekt, einer Person, einem Ereignis, einem Sachverhalt, einem zeitlichen, räumlichen oder anderen Aspekt“ (vgl. ebd.). Die jeweils verwendeten, paradigmatisch verfügbaren Realisierungsformen sprachlicher Bezugnahme dürfen dabei nicht als „willkürlich“ bzw. als „neutral“ (miss)verstanden werden. Vielmehr orientieren sich diese stets an einem bestimmten kommunikativen Zweck und sind „immer mit einer bestimmten Haltung bzw. Einstellung verbunden, die dem jeweils verwendeten Nominationsausdruck [d. h. der sprachlichen Realisierungsform der referentiellen Bezugnahme, Anm.] denotativ oder konnotativ eingeschrieben ist“ (ebd.).

Hinsichtlich der verschiedenen Formen der sprachlichen Bezugnahme auf „Schmerz“, lassen sich zwei Haupttypen identifizieren, deren Unterscheidung letztlich vor dem Hintergrund der Frage getroffen werden kann, wieviel an semantisch-konzeptuellem Gehalt die sprachlichen Realisierungsformen besitzen. Demnach kann zwischen der sprachlichen Bezugnahme auf das Schmerzgeschehen mit Hilfe einer *semantischen Leerform* (z. B. „es“, „das“) und der sprachlichen Bezugnahme auf das Schmerzgeschehen mit Hilfe eines *Konzeptes* (z. B. „die Schmerzen“, „Kopfwahl“, „Migräne“) unterschieden werden.

Nehmen wir folgende Beispiele aus dem analysierten Material:

- (1) „und da hab i scho wieder gemerkt, des wird a bissl stärker“ (Patientin CAW in AP1)
- (2) „Und je mehr ich im Stress war, ((1s)) desto ärger war des Ganze.“ (Patientin STM in INT) oder
- (3) „Da bohrt s richtig.“ (Patientin LCW in INT)

Die in den hier angeführten Schmerzbeschreibungen vorkommenden Formulierungen sind alle dadurch ausgezeichnet, dass darin auf das Schmerzgeschehen vermittels sprachlicher Formen Bezug genommen wird⁸⁴, die

84 Ähnlich dem funktionalen Verständnis der inhaltlich-thematischen Kategorien (Abschnitt 5.2.2), muss auch die Analyse und Kategorisierung sprachlicher Verfahren wie jenen der Referenzrealisierung funktional und kontextsensitiv ausgerichtet sein: Bedingung für die Kategorisierung von Passagen mit schmerzbezogenen Referenzformen wie „es“, „das“ und anderen, funktional und semantisch adäquaten Formen (vgl. die Beispiele/Typen in der Überblickstabelle) als „semantische Leerform“ ist, dass kein – semantisch-konzeptuell volles – Antecedens (oder Decedens) vorhanden ist, auf das diese Realisierungsformen (als tokens) anaphorisch (oder kataphorisch) verweisen (können).

außerhalb ihres Verwendungskontextes keinen oder nur einen minimalen eigenen semantischen Gehalt haben. Die Anwesenheit dieser Elemente ist ausschließlich funktional bedingt: Entweder verweisen sie in der Form einer semantischen Leerstelle als „Platzhalter“ auf irgendein, im *common ground* der InteraktantInnen zumeist hinreichend klares „Etwas“; eine Entität, einen Sachverhalt oder ein Ereignis, das erst und nur über den sprachlichen Zusammenhang inhaltlich charakterisiert und spezifiziert werden kann (vgl. die Beispiele (1) und (2)). Das dritte Beispiel sieht auf den ersten Blick anders aus: Hier könnte vermutet werden, dass die schlichte sprachstrukturelle Notwendigkeit die Anwesenheit eines leeren Pronominalsubjekts „es“ erfordert (wie in den Formen „es regnet“ etc.)⁸⁵. Zwar besitzt das leere „es“ keine referentielle Kraft, sondern stellt der repräsentierte Prozess (1) ein Moment des Schmerzes dar. Doch nicht zuletzt in Anbetracht von Formulierungsalternativen, in denen ein semantisch-konzeptuell gehaltvolles Element in der grammatischen Subjektsposition realisiert ist⁸⁶, scheint es gerechtfertigt und sinnvoll, die genannten Realisierungsformen von Prozessen mit leerem Pronominalsubjekt „es“ auch unter den ersten Typ der Referenz auf „Schmerz“ (Platzhalter) zu subsumieren.

Im Gegensatz zur Verwendung semantischer Leerformen zur Realisierung der Referenz auf das Schmerzgeschehen handelt es sich bei Realisierungsformen wie „der/die Schmerz/en“, „Migräne“, „der Druck hinter den Augen“, „das Stechen“ oder „eine Attacke“ um Referenzformen, die „selbst“, d. h. über verschiedene Kontexte hinweg, spezifische semantische Merkmale tragen. Sie verweisen auf ein – mehr oder weniger (fach)spezifisches, mehr oder weniger allgemeines/individuelles – Konzept. Diese Konzepte (bzw. sprachlichen Realisierungsformen) stehen als solche mit anderen Konzepten (bzw. sprachlichen Realisierungsformen) in parataktischen (bzw. synonymen) und hypotaktischen (bzw. hyperonymen) Beziehungen.

Zusammengefasst lassen sich die referentiellen Bezugnahmen auf „Schmerz“ folgendermaßen differenzieren (vgl. Tabelle 5.2):

85 Ist der semantische „Eigengehalt“ im letzteren Fall gleich null, so kann Formulierungsvarianten wie „das“, „das Ganze“ oder auch „es“, sofern diese die oben genannte „Platzhalter“-Funktion einnehmen, zumindest noch das semantische Minimalmerkmal „ontisch“ zugesprochen werden, d. h. irgendetwas zu sein, das „ist“.

86 Eine solche Formulierungsalternative wäre z. B.: „Er [der Schmerz, Ann J sticht da so direkt, da“, Patientin STM in AP1].“

SEMANTISCHE LEERFORM	KONZEPT
Erklärung sprachlicher Bezug auf Schmerzgeschehen vermitteltis sprachlicher (Pronominal-) Elemente, die „selbst“ kaum bzw. keine semantischen Merkmale tragen	Erklärung sprachlicher Bezug auf Schmerzgeschehen ver- mitteltis einer NP, die <ul style="list-style-type: none"> • „selbst“ ein spezifisches Set an semantischen Merkmale trägt/ auf ein Konzept verweist • in anaphorischer/anadeiktischer bzw. kata- phorischer/katadeiktischer Weise mit einer solchen NP verbunden ist.
sprachliche Realisierungsformen es: das: das Ganze; nichts ⁸⁶ (= nicht es/etwas); dagegen, damit etc.;	sprachliche Realisierungsformen (der/die) Schmerzen, Kopfwen, Migräne, der Druck hinter den Augen, das Stechen, die Attacke, ein Anfall etc.; anaphorische/anadeiktische bzw. kataphorische/ katadeiktische Ausdrücke, die auf derartige, „semantisch volle“ NPs verweisen

Tabelle 5.2: Kategorisierung der referentiellen Elemente⁸⁷

5.2.3.2 Funktional-grammatisch orientierte Typisierung der sprachlichen Repräsentationsformen von Schmerzen

M. A. K. Halliday (1994, Kapitel 5) bietet einen differenzierten und detaillierten Rahmen an Kategorien für die Analyse der verschiedenen funktional-grammatischen Formen bzw. semantischen Rollen, vermitteltis derer erfahrene „äußere“ oder „innere“ Wirklichkeit innerhalb von „clauses“ sprachlich dargestellt werden kann. Das im Folgenden vorgestellte Set an Analysekategorien stellt eine an unseren Forschungsfragen und am Datenmaterial ausgerichtete Systematisierung sprachlicher Repräsentationsformen von „Schmerz“ dar. Es

87 Die Vorkommnisse von „nichts“ wurden nur dann als Formen des Bezugs auf das Schmerzgeschehen als semantische Leerstelle kodiert, wenn aus dem Kontext klar hervorgeht, dass das Element, das „nicht ist“ oder „nicht gehabt“ wird, die Schmerzen sind: Vgl. z. B. „...Also es san dann Wochen oder manchmal a mehrere Monate, so zwa, drei, wo nix is“ (Patient DLM in AP1) oder „Und dann hatte ich eine Woche lang wirk-
lich nichts“ (Patientin LNw in INT).

basiert auf den Ausführungen Hallidays und bereits existierenden Synthesen Halliday'scher Kategorien, die im Rahmen kritisch-diskursanalytischer Arbeiten formuliert wurden (van Leeuwen 1996; ebenso u. a. Fairclough 2003, Kapitel 8).

Eine grundlegende Unterscheidung hinsichtlich der Repräsentation von Schmerzen lässt sich dahingehend treffen, ob das Schmerzgeschehen (1) als *TeilnehmerIn* oder (2) als *Umstand* von Prozessen realisiert ist. Ebenso gesondert behandelt werden (3) Repräsentationen des Schmerzgeschehens als „reine“ *Prozesse einer Empfindungsqualität* mit leerem Pronominalsobjekt „es“ (vgl. z. B. „[man könnte auch sagen,] dass es ein bisschen zieht“, „und do oben hämmert s“) und (4) die Repräsentation von „Schmerz“ über die beiden *Formulierungsroutinen* „Schmerzen haben“ bzw. „weh tun“.

ad (1): Repräsentationen von „Schmerz“ als Partizipanten von Prozessen lassen sich folgendermaßen genauer unterteilen: In Anlehnung an Theo van Leeuwen (1996) können alle jene Repräsentationsformen, in denen Schmerzen als der aktive, ausführende Part eines (materialen⁸⁸; theoretisch auch: verbalenbezogenen, verbalen, mentalen) Prozesses realisiert sind (z. B. „des drückt auf den Kopf“), solchen Repräsentationen gegenübergestellt werden, in denen „Schmerz“ als der passive, einem (materialen, mentalen; theoretisch auch: verbalen, verbalenbezogenen) Prozess unterliegende bzw. als der von einer Handlung/einem Ereignis positiv „profitierende“ oder negativ „tangierte“ Part realisiert ist (z. B. „da möcht man des rausreißen“, „wenn ich so einen Druck verspür“). Anknüpfend an Halliday (1994) wird hier im ersten Fall von der Realisierung (1a) als *Aktor*, im zweiten Fall von einer Realisierung (1b) als *Ziel* gesprochen. Unter „Aktor“ sind auch alle jene Repräsentationen subsumiert, in denen „Schmerz“ das grammatische bzw. logische Subjekt in metaphorischen Realisierungen von inchoativen bzw. konklusiven Prozessen darstellt (vgl. Halliday 1994, 279 f.). Das sind Prozesse des Beginnens und Endens, die u. a. vermittels Bewegungsverben wie „kommen“, „gehen“ etc. realisiert werden (z. B. „meistens kommen die in der Früh beim Aufstehen“, „wonn s weggeh, [is des ka Belastung fir mij“). (1c) Eigens kategorisiert werden Vorkommnisse, in denen der *beginnende bzw. endende Prozess* ohne *metaphorisch* verwendete Bewegungsverben repräsentiert ist (z. B. „am Anfang fängt das mit einem Druck an“, „Er beginnt punktiert genau hier“, „es [das Kopfweh, Ann.] hört von selber auf“). (1d) Nicht alle Prozesse sind jedoch Repräsentationen sich vollziehender Handlungen oder Ereignisse. Im Fall relationaler Prozesse geben sie Auskunft über das Verhältnis zwischen einer Partizipantin und deren Eigenschaften bzw. Zugehörigkeiten zu bestimmten

88 Alle im Folgenden verwendeten Bezeichnungen der unterschiedlichen Prozessstypen beziehen sich, sofern nicht anders angegeben, auf Halliday (1994, Kapitel 5).

Kategorien. Innerhalb solcher relationaler Prozesse ist das Schmerzgeschehen als *Träger* bestimmter Attribute (z. B. „des wird a bissi stärker“, „meistens is des auf einer Seite“) oder bestimmter Kategorisierungen (z. B. „mei Problem is meine Migräne“) repräsentiert.

ad (2): Das hier angewandte Verständnis der Repräsentation des Schmerzgeschehens als *Umstand* deckt sich mit dem Hallidays (1994, Abschnitt 5.8) und umfasst somit alle Formen von Umstandsbestimmungen vermittels Adverbial- oder Präpositionalphrasen (z. B. „zur Zeit nehm ich bei Anfällen ah Avamigran“, „i mecht eigentlich ned so dauern mit Kopfweh undahnrennan“, „Weil i wer oft im Schlaf sogar munter vor lauter Kopfschmerzen.“).

ad (3): Wie schon im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Realisierungsformen referentieller Bezugnahme auf das Schmerzgeschehen erwähnt (vgl. Abschnitt 5.2.3.1), kann im Fall von Formulierungen wie z. B. „und do oben hämmert s“ nicht von einer Repräsentation des Schmerzgeschehens als bestimmtem funktional-grammatischen Part innerhalb eines *clause* gesprochen werden. Vielmehr entspricht in diesen Fällen der *gesamte clause* der Repräsentation des Schmerzgeschehens als ein Prozess ohne logisches bzw. semantisches Subjekt. Vom inhaltlich-thematischen Standpunkt aus entsprechen alle einer Spezifizierung der Empfindungsqualität.

ad (4): Bei Realisierungen der Wendungen „es tut weh“ und „Schmerzen haben“⁸⁹ im Zuge von Schmerzbeschreibungen handelt es sich um Repräsentationsformen, die im Gegensatz zu den anderen besprochenen Repräsentationstypen qua ihrer funktional-grammatischen Konstruktionsform keinen semantischen Mehrwert bzw. keine Spezifizierung des Schmerzgeschehens bieten: Derartige Wendungen liefern lediglich die Sachverhaltsdarstellung des Vorliegens von „Schmerz“ und sind als diesbezügliche Formulierungsroutinen im Alltagsdiskurs zu verstehen. Der Umstand, dass Darstellungen des Sachverhalts „Vorliegen eines Schmerzgeschehens“ im Rahmen von Schmerzbeschreibungen bzw. im Rahmen der hier untersuchten Gespräche einen gegen Null tendierenden Informationswert haben, lässt vermuten, dass derartige Formulierungen im vorliegenden Korpus äußerst selten zu finden sind.

Bestimmt man die Wendungen „es tut weh“ und „Schmerzen haben“ als *unmarkierte* alltagsprachliche Formulierungsroutinen für den Sachverhalt „Vorliegen eines Schmerzgeschehens“, lassen sich alle anderen, davon ab-

89 Gemeint sind hier Formulierungen nach dem Typ „Schmerzen haben“, unabhängig davon, mit welchem *Konzept* das Schmerzgeschehen realisiert ist: vgl. „Migräne haben“, „einen Druck im Kopf haben“ etc. (vgl. im vorhergehenden Abschnitt). Unter diese Formulierungsroutine „Schmerzen haben“ sind auch all jene Formen zu kategorisieren, die das Anfangsstadium bzw. den Beginn des Zustandes „Schmerzen haben“ ausdrücken, i. e. „Schmerzen bekommen“, „Schmerzen kriegen“.

weichenden Formen der diskursiven Repräsentation von „Schmerz“ – also die Kategorien unter den Punkten (1) bis (3) – als *markierte Repräsentationsformen* zusammenfassen.⁹⁰

Tabellarisch lässt sich das Kategorisierungsschema der sprachlichen Realisierungsformen von Schmerz daher folgendermaßen darstellen (vgl. Tabelle 5.3):

Typ der Repräsentation von „Schmerz“	Erklärung	subsumierte bzw. entsprechende Halliday'sche Kategorien (Halliday 1994)	Beispiele (tokens)
(1a) AKTOR	Repräsentation von „Schmerz“ als aktiver, ausführender Part eines Prozesses	„Actor“ in materialen Prozessen (inkl. metaphorischer Realisierungen von inchoativen, konklusiven oder durativen Prozessen vermittelt durch Bewegungsverbene wie „kommen“, „gehen“, „eintreten“, „laufen“ etc.); theoretisch: „Behaver“ in verhaltensbezogenen Prozessen, „Sayer“ in verbalen Prozessen, „Sensor“ in mentalen Prozessen	„des drückt auf den Kopf“, „der eine Kopfschmerz geht von der Halswirbelsäule aus“, „Na, meistens kommen die in Früh beim Aufstehn“, „manchmal spür ich, dass es sich aufbaut“, „und am nächsten Tag wandert s auf die andere Seite rüber“, „Wonn s weggeh, is des ka Belastung für mi.“
(1b) ZIEL	Repräsentation von „Schmerz“ als passiver, unterliegender Part eines Prozesses bzw. als von einer Handlung/ einem Ereignis positiv „profitierender“ oder negativ betroffener Prozesse	„Goal“ und „Beneficiary“ in materialen Prozessen, „Phenomenon“ in mentalen Prozessen; „Scope“ in materialen Prozessen; theoretisch: „Target“ in verbalen Prozessen, „Behaviour“ in verhaltensbezogenen Prozessen	„also, ich kann das nicht steuern“, „wenn ich so einen Druck verspür“, „weil ich s dann meistens versuch halt mit Medikamenten zu bekämpfen“, „Wenn ich s nicht erwisch mit die Tabletten, mit den Avamigran.“, „da, da möcht man des rausreißen“

Typ der Repräsentation von „Schmerz“	Erklärung	subsumierte bzw. entsprechende Halliday'sche Kategorien (Halliday 1994)	Beispiele (tokens)
(1c) BEGINNENDER bzw. ENDENDER PROZESS	Repräsentation von „Schmerz“ als logisches Subjekt in Prozessen des Beginnens und Endens (exkl. metaphorischer Realisierungsformen über Bewegungsverben wie „kommen“, „gehen“, „eintreten“ etc.; vgl. unter (1a))	„Actor“ (gemäß einer transitiven Analyse) bzw. „Medium“ (gemäß einer ergativen Analyse) in inchoativen bzw. konklusiven Prozessen	„Also, am Anfang fängt das mit einem Druck an.“, „Und dann is eben wieder angangen, na?“, „Er beginnt punktartig genau hier dahinter.“, „Es hört von selber auf, glaub ich, ja?“
(1d) TRÄGER	Repräsentation von „Schmerz“ als Träger bestimmter zugeschriebener Attribute bzw. Kategorisierungen	„Carrier“ in relational-attributiven Prozessen, „Token“ / „Identified“ bzw. „Value“ / „Identifier“ in relational-identifizierenden Prozessen; „Existent“ in existentialen Prozessen	„und da hab i scho wieder gmerkt, des wird a bissi stärker“, „mei Problem is meine Migräne“, „dass der Druck eigentlich immer da is“, „meistens is des auf einer Seite“, „wie gsogt, des is da Augndruck“, „des is so/ so wie wenn irgendwie etwas sticht da drinnen“
(2) UMSTAND	Repräsentation von „Schmerz“ als Umstandsbestimmungen mittels Präpositional- und Adverbialphrasen	theoretisch: alle Typen von Umständen (vgl. Halliday 1994: 152-158), realiter die Typen: „Manner“, „Cause“, „Contingency“, „Accompaniment“, „Role“; ev. „Matter“	„Zur Zeit nehm ich bei Anfällen ah Avamigran“, „Weil i wer oft im Schlaf sogar munter vor lauter Kopfschmerzen.“, „wie eine Stresssituation is, reagier ich sofort mit Kopfschmerzen“, „i mecht eigentlich ned so dauernd mit Kopfweh umadamrennan“, „dass i eigentlich aus n Kopfweh goa nimma ausse kumman bin“, „aber der Druck im Kopf, also diesen/ hinter den Augen ((des so runter)), ((ea)) kann ich gegen den jetzt etwas tun?“

Typ der Repräsentation von „Schmerz“	Erklärung	subsumierte bzw. entsprechende Halliday'sche Kategorien (Halliday 1994)	Beispiele (tokens)
(3) EMPFINDUNGS-QUALITATIVER PROZESS m. leerem „es“	Repräsentation von „Schmerz“ als sich entfaltender, die Empfindungsqualität angegebender Prozess mit semantisch leerem Pronominalsubjekt „es“	entspricht den „metereological processes“ (z. B. „es regnet“) in Halliday (1994, 164)	„Da boht s richtig.“, „und do oben hämmert s, ned, über die Schläfen runter“, „man könnte auch sagen, dass es ein bisschen zieht“
(4) unmarkierte Repräsentation durch FORMULIERUNGS-ROUTINEN	Repräsentation von „Schmerz“ mittels der Alltagssprachlichen Formulierungsroutinen „es tut weh“ bzw. „Schmerzen (Migräne, Kopfweh etc.) haben“	„Schmerzen“ in „Schmerzen haben“ entspricht der Halliday'schen Kategorie der „Attribute“ in attributiv-possessiven relationalen Prozessen; „es tut weh“ entspricht den „metereological processes“ (z. B. „es regnet“) in Halliday (1994, 164)	„das ich eigentlich fast immer einen Druck im Kopf hab“, „die nehm ich eigentlich nur, wenn ich an starken Anfall hab“, „dann hab i da oben, ich sag amal, so ein Schwingen im Kopf“, „den ganzen Tag tut s auf dieser ein Seite weh“, „da wo s weh tut und wie weh s/ wie s weh tut“

Tabelle 5.3: Kategorisierungsschema der grammatischen Partizipantenrollen

5.2.4 Globale sprachliche Verfahren der Schmerzbeschreibung

5.2.4.1 Modalisierungen der Usualität von Merkmalen des Schmerzgeschehens

Die folgenden Formulierungen von PatientInnen scheinen auf den ersten Blick sehr ähnlich, unterscheiden sich jedoch in einer relevanten Hinsicht:

- (1) „Früher woa s [das Kopfweh, Ann.] täglich“ (Patientin FTW in API)
- (2) „ziemlich oft sind die [die Kopfschmerzen, Ann.] vorgekommen“ (Patientin LNW in API)
- (3) „und manchmal wandert s auf die linke Seite“ (Patientin LNW in INT)
- (4) „Wenn a richtiger Migräneanfall is, dann is es meistens dann einseitig.“ (Patientin CAW in API)
- (5) „immer die Seite“ (Patient STM in INT)

Bei den ersten beiden Beispielen handelt es sich um die Spezifizierungen der *Schmerzhäufigkeit*. Bei der zweiten Gruppe von Formulierungen (Beispiele 3-5) ist jedoch ein davon abweichendes Phänomen zu bemerken, das mit Halliday (1994, 88-91, 356-361) als die *Modalisierung* der Usualität einer bestimmten Eigenschaftsausprägung des Schmerzgeschehens zu bezeichnen ist. In den Beispielen (3) bis (5) wird mit den Adverbialelementen „manchmal“, „meistens“ bzw. „immer“ von den jeweiligen PatientInnen insofern die Gültigkeit bzw. der Geltungsbereich ihrer jeweiligen Schmerzspezifizierungen⁹¹ festgelegt, als sie mit diesen Ausdrücken die Gewöhnlichkeit der jeweiligen schmerzbezogenen Eigenschaftsausprägungen⁹² bestimmen. Dass es sich dabei nicht um Angaben der Häufigkeit im Sinne der Umstandsbestimmung der Frequenz (vgl. Halliday 1994, Abschnitt 5.8) handelt, zeigt sich nicht zuletzt darin, dass auch Spezifizierungen der Schmerzhäufigkeit hinsichtlich der Usualität modalisiert sein können (vgl. z. B. „und meistens kommt s dann so zwei bis drei Mal pro Tag“, Patient ELM in API).

Mit Halliday ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass derartige modalisierende Elemente in jedem Fall, d. h. selbst wenn diese den höchsten Modalitätsgrad (hier: „immer“), gegenüber nicht modalisierten, kategorialen Aussagen Einschränkungen der Aussagegültigkeit darstellen

91 Das heißt die Propositionen „Es wandert auf die linke Seite“, „Ein richtiger Migräneanfall ist einseitig“ bzw. „Es ist auf dieser Seite“.

92 Kodiert wurden derartige Usualitätsmodalisierungen nur dann, wenn sie sich tatsächlich auf das Schmerzgeschehen und dessen (konditionale, konsekutive etc.) Umstände beziehen, d. h., wenn diese vom inhaltlich-thematischen Standpunkt aus Angaben betreffen, die Aussagen machen über (a) Schmerzspezifikationen, (b) das Auftreten von (vermeintlichen) Begleitsymptomen, (c) direkte oder indirekte somatische bzw. psychosoziale Beeinträchtigungen oder (d) Ursachen, Umstände oder nicht genauer definierbare Zusammenhänge zwischen Umständen und dem Schmerzgeschehen.

(vgl. Tabelle 5.4). Das heißt in anderen Worten, wie es Halliday bezüglich probabilistischer Modalisierungen formuliert, “you only say you are certain when you are not” (Halliday 1994, 89).

Verfahren der Schmerzbeschreibung	Erklärung	Beispiele (tokens)
MODALISIERUNG DER USUALITÄT von Eigenschaftsausprägungen	Der usualitätsbezogene Geltungsbereich einer Eigenschaftsausprägung des Schmerzgeschehens wird über usualitätsmodalisierende Elemente (im Sinne von „selten“ – „manchmal“ – „meistens/ gewöhnlich“ – „immer“) (vgl. Halliday 1994, 88-91) festgelegt.	„I hab manchmal einen Druck da oben, aber das is sehr selten.“, „Die san oft sehr extrem.“, „Wenn a richtiger Migräneanfall is, dann is es meistens dann einseitig.“, „immer die Seite“, „am Ärgsten woa s immer, ((ea)) wenn i meine Tage gnoht hob“

Tabelle 5.4: Usualitätsmodalisierungen

5.2.4.2 Weitere global(ere) Verfahren der Schmerzbeschreibung

Nur kurz seien an dieser Stelle zwei weitere globalere Verfahren der Schmerzbeschreibung erwähnt, die in die weitere Auswertung nicht einbezogen wurden, da sie im vorliegenden Korpus nur sehr selten realisiert sind bzw. sich aufgrund ihrer Komplexität einem unmittelbaren quantifizierenden Zugang verschließen.

(a) *Spezifikation ex negativo*: Vorrangig im thematischen Zusammenhang mit der Spezifikation der Schmerzqualität, v.a. der Empfindungsqualität von Schmerzen, finden sich Formulierungen, in denen ein bestimmter schmerzspezifizierender Parameter nicht positiv, d. h. durch die Angabe zutreffender Merkmalsausprägungen, beschrieben wird, sondern ex negativo, d. h. durch die Angabe unzutreffender Merkmalsausprägungen (vgl. z. B. „stehend würd ich nicht sagen“).

(b) *Bezugseinheiten in Schmerzbeschreibungen*: Die unter Punkt 5.2.2 bereits erwähnte Etablierung – der meist komplexen Systeme – von verschiedenen „Bezugseinheiten“, vermittels deren Charakterisierung ein vorliegendes Schmerzgeschehen beschrieben werden kann, stellt ein komplexes sprachliches Verfahren der Schmerzbeschreibung dar, das über mehrere Teilsysteme der (Lexiko-)Grammatik des Deutschen und mehrere Gesprächsstrukturelle Ebenen reicht – ein Phänomen somit, das sich gegen einen unmittelbaren quantifizierenden Zugang sperrt. An dieser Stelle sei lediglich erwähnt, dass eine nähere Untersuchung dieser Ebene nicht zuletzt in Hinblick darauf erstrebens-

wert scheint, ob die nach institutionalisierten Gesprächsplänen ablaufenden Anamnesen einen anderen, eventuell allgemein-abstrakteren Bezug auf das Schmerzgeschehen erfordern bzw. etablieren, als er innerhalb von Schmerzbeschreibungen in nicht-medizinischen Settings (z. B. Interviews) hergestellt wird (vgl. auch Sator in diesem Band, Kapitel 4).

Nach der Herleitung und Beschreibung des Kategorisierungsrasters für die inhaltlichen Thematisierungen und die sprachlichen Realisierungsformen zur Darstellung von „Schmerz“ werden im folgenden Abschnitt nun einige Ergebnisse präsentiert, die die thematisierten Inhalte und die sprachlichen Realisierungsverfahren zu einigen Parametern in Beziehung setzen, welche einen Einfluss auf die Wahl haben könnten. Insbesondere legen wir den Fokus auf die soziale Kategorie Gender und den Typ des Gesprächs (formale, institutionell stark geprägte ärztliche Gespräche vs. informellere Interviews in weniger stark institutionell geprägten Umgebungen). Nach der Beschreibung einiger allgemeiner Kennzahlen der Untersuchung in Abschnitt 5.3.1 widmen sich die Abschnitte 5.3.2 und 5.3.3 den jeweiligen Kategorien.

5.3 Ergebnisse

5.3.1 Einige deskriptive Kennzahlen zum Analysekörper

Insgesamt wurden in den Gesprächen über 1200 Schmerzáußerungen der 10 in die Analyse einbezogenen PatientInnen inhaltlich/thematisch kodiert, davon 57% in den Interviews und 43% in den ärztlichen Gesprächen. Diese nicht ganz gleichgewichtige Verteilung deutet darauf hin, dass in den nicht-ärztlichen Gesprächen etwas mehr auf Schmerzdarstellungen fokussiert wurde. Dass die Unterschiede nicht größer sind, liegt in erster Linie daran, dass ausschließlich PatientInnen der Kopfschmerzambulanz in die Untersuchung einbezogen wurden. Diese PatientInnen leiden in den meisten Fällen an primären Kopfschmerzen, also Schmerzen, die nicht Folgeerscheinung einer anderen Erkrankung oder Verletzung sind, wie beispielsweise Migräne, Spannungskopfschmerz oder Cluster-Kopfschmerz. Der Exploration solcher primären Kopfschmerzen wird von ärztlicher Seite großes Gewicht beigemessen, zumal sie im Unterschied zu sekundären Kopfschmerzen nicht mittels bildgebender Verfahren wie CT oder MRT sichtbar gemacht werden können.

Von den sprachlichen Realisierungsformen, die orthogonal zu den thematischen Kategorien stehen, wurden in allen Gesprächen 981 referentielle Bezugnahmen auf Schmerz gefunden sowie 1138 Prozesse bzw. Spezifizierungen dieser Referenzen kodiert. Es wurden insgesamt also 2119 Mal Codes zu sprachlichen Realisierungsverfahren der Schmerzdarstellung vergeben.

5.3.1.1 Inhalte

Nimmt man alle inhaltlichen Kategorien zusammen, so sind im gesamten Korpus 1213 inhaltliche Kategorisierungen identifiziert worden (vgl. Abbildung 5.6): davon 532 in den Interaktionen zwischen den ÄrztInnen und PatientInnen und 681 in den Interviews. Unterteilt man das untersuchte Korpus nach Gender und Gesprächssituation in die vier Gruppen API Männer, INT Männer, API Frauen und INT Frauen, so fallen die meisten vergebene Kategorien (32%) in die Gruppe der Interviews mit Patientinnen ($n = 380$): die wenigsten inhaltlichen Kategorisierungen (21%) wurden in der Gruppe der Anamnesegespräche mit Patientinnen vorgenommen ($n = 260$). Auf die Gruppe der nicht-ärztlichen Gespräche mit Patienten entfallen 25% aller identifizierten inhaltlichen Kategorisierungen ($n = 301$). Demgegenüber wurden in den institutionellen Interaktionen derselben PatientInnen mit den ÄrztInnen 272 inhaltliche Kategorisierungen festgestellt (22%).

Inhaltliche Kategorisierungen

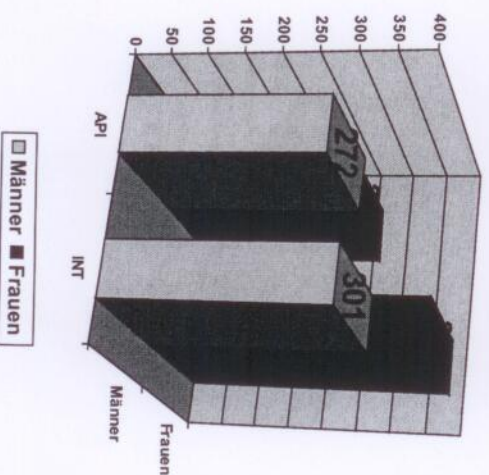


Abbildung 5.6: Verteilung der inhaltlichen Kategorisierungen auf Geschlecht und Gesprächstyp

Besieht man die 6 unterschiedlichen inhaltlichen Hauptdimensionen des Sprechens über Schmerzen (vgl. unter Punkt 5.2.1), so ergibt sich bezogen auf das gesamte Korpus, d. h. unabhängig von Gesprächssituation oder Geschlecht der PatientInnen, ein klares Überwiegen der Kategorie „Spezifikation“, d. h. der näheren Spezifizierung der Schmerzen hinsichtlich ihrer qualitativen,

intensitätsbezogenen, lokalen oder zeitlichen Dimension (42% aller identifizierten Kategorisierungen). Am zweithäufigsten werden von den PatientInnen Bemühungen und Handlungen in Bezug auf das Schmerzmanagement thematisiert (21%), gefolgt von Thematisierungen von Kausalzusammenhängen, die Schmerzen betreffen (18%), und von Erwähnungen konsekutiven Beeinträchtigungen durch die Schmerzen (12%). Über das gesamte Korpus gesehen am geringsten thematisiert wurden Begleitsymptome (5%) und die metakommunikative Kategorie der Beschreibungsschwierigkeiten (2%) (vgl. Abbildung 5.7). Zusammenfassend kann man sagen, dass PatientInnen sowohl im Anamnesegespräch als auch im Interview tatsächlich über die Art und Weise ihres Schmerzes sprechen, wenn sie ihn thematisieren und nicht etwa andere Inhalte, wie etwa die Beeinträchtigung des Lebens durch den Schmerz etc. im Vordergrund stehen. PatientInnen dürften sich der Relevanz der näheren Schmerzspezifikation für eine Behandlung bewusst sein.

Häufigkeiten Inhalte
n = 1213

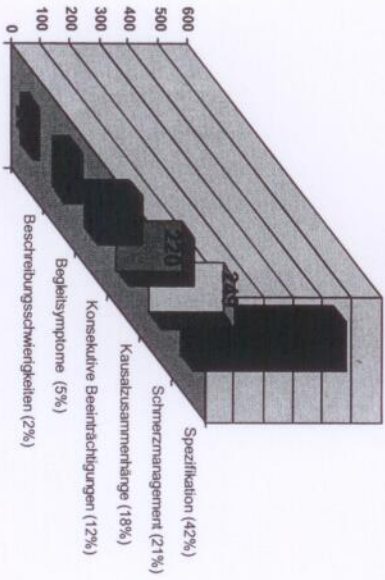


Abbildung 5.7: Häufigkeitsverteilung der inhaltlichen Kategorien der Stufe 1

5.3.1.2 Sprachliche Realisierungen

Die Verteilung der referentiellen Bezugnahmen auf das Konzept "Schmerz" wird in Abbildung 5.8 erkennbar. Semantisch leere Referenzen überwiegen deutlich, und zwar entlang beider für die Auswertung relevanten Achsen „Geschlechtstyp“ und „Gender“.

Realisierungen der Referenz auf Schmerzen

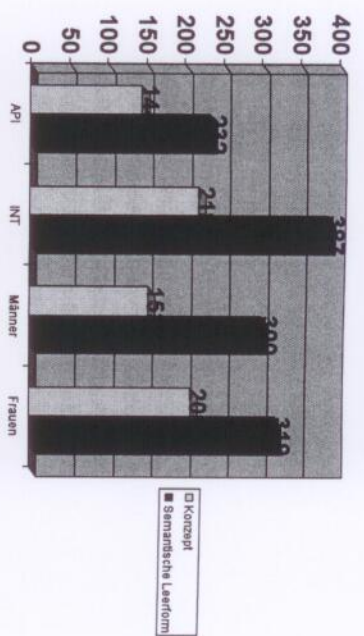


Abbildung 5.8: Realisierungen der Referenz auf Schmerzen nach Geschlecht und Gesprächstyp

Bei der Verteilung der grammatischen Partizipantenrollen zeigt sich, dass die Form „Träger bestimmter zugeschriebener Attribute und Kategorisierungen“ bei weitem überwiegt (vgl. Abbildung 5.9). Die Modalisierung der Usualität als globale Kategorie wird bei ihrer Auswertung in Abschnitt 5.3.3 differenzierter beschrieben.

Grammatische Partizipantenrollen

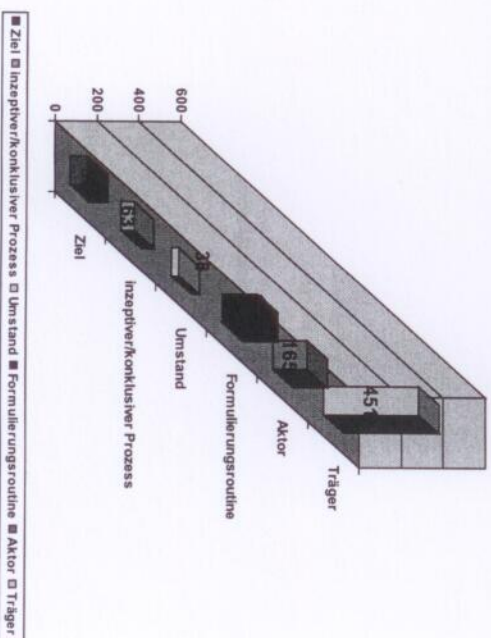


Abbildung 5.9: Häufigkeitsverteilung der grammatischen Partizipantenrollen

Nach diesen allgemein beschreibenden quantitativen Charakteristika der Kodierungen werden in den nächsten beiden Abschnitten 5.3.2 und 5.3.3 erste inferenzstatistische Unterschiede präsentiert, die in unserem Korpus in Bezug auf die beiden hier analysierten Variablen „Gesprächstyp“ und „Gender“ aufgetreten sind.

5.3.2 Der Einfluss des Gesprächstyps auf die thematisierten Inhalte

Wenn PatientInnen im nicht-ärztlichen Interview über Schmerzen reden, dann sprechen sie hauptsächlich über Folgebeeinträchtigungen durch die Schmerzen, über mögliche Ursachen (subjektive Krankheitstheorien) und über das Management der Schmerzen im alltäglichen Leben (vgl. Abbildung 5.10).

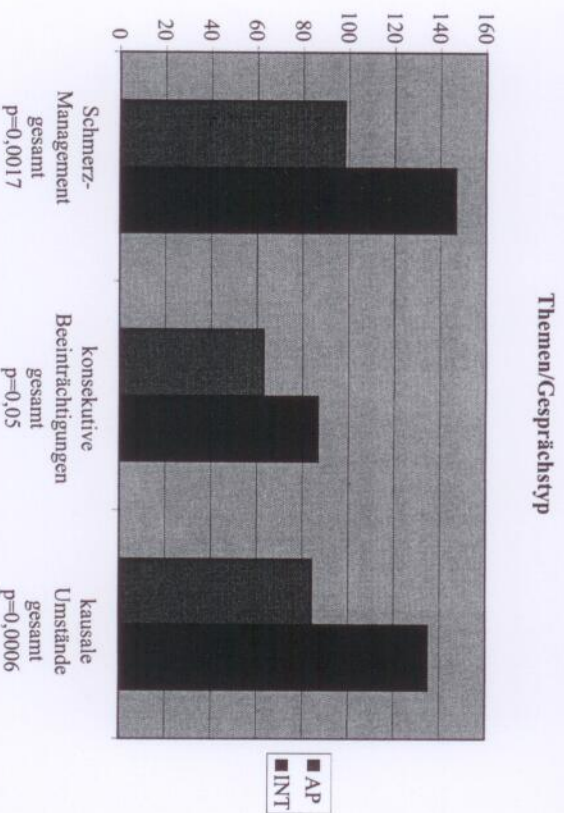


Abbildung 5.10: Häufigkeitsverteilung der thematisierten Inhalte nach Gesprächstyp

In wenig gesteuerter Kommunikation⁹³ über Schmerzen werden Schmerzen also *kontextualisiert*, in Bezug auf die Auswirkungen auf den Alltag und nicht so sehr in Bezug auf die Symptomatik und die Erscheinungsformen dargestellt. PatientInnen stellen ihre Schmerzen in den Kontext ihres Alltags, präsentieren

93 Die Interviews wurden offen und an den Themen der InterviewpartnerInnen orientiert geführt, allerdings wurden sie naturgemäß durch Hörersignale, die durch die Erkenntnisinteressen des Projektes motiviert sind, „gesteuert“.

ihn als (manchmal gewichtigen) Teil ihres Lebensvollzugs und beschreiben ihn hauptsächlich über den Umgang mit ihm. Sie thematisieren, welche Vermeidungsstrategien sie einsetzen, um das Auftreten von Schmerzen zu verhindern, welche Einflüsse günstig für die (Nicht-)Entwicklung des gesamten Schmerzgeschehens sind und, falls der Schmerz bereits eingetreten ist, welche Bewältigungsstrategien sie anwenden, um eine positive Einwirkung zu erreichen.

Schließlich sind umstandsbezogene Zusammenhänge und subjektive Krankheitstheorien (p=0,0006) sowie Umstände, unter denen Schmerzen (nicht) auftreten (p=0,05) als Erklärungen signifikant häufiger in den Interviews als in ärztlichen Gesprächen zu finden.

Ebenso sind die Beeinträchtigungen durch die Schmerzen eine wichtige Repräsentationsform, wobei psychosoziale gegenüber somatischen Beeinträchtigungen weitaus häufiger erwähnt werden (vgl. Abbildung 5.11). Auffallend ist allerdings, dass Beeinträchtigungen in Bezug auf den Medikamentenkonsum quantitativ am häufigsten vorkommen. Dies muss dahingehend interpretiert werden, dass von vielen chronisch kranken SchmerzpatientInnen die verordnete ärztliche Therapie eher als Teil ihres Problems denn als Lösung empfunden wird (vgl. auch Staor in diesem Band, Abschnitt 4.5).

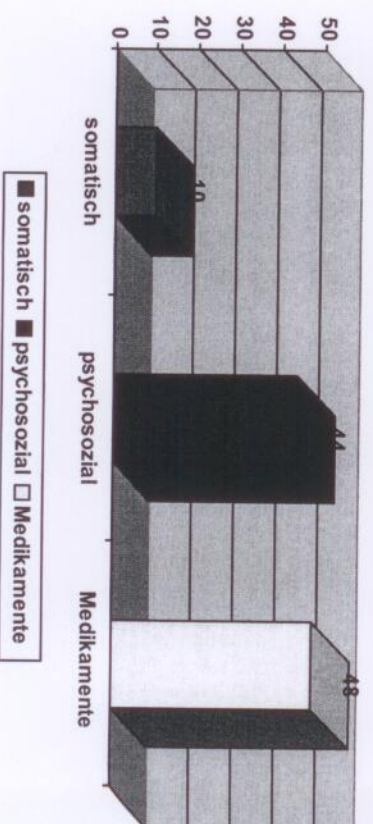


Abbildung 5.11: Thematisierung von Beeinträchtigungen durch die Schmerzen in den Interviews

In den ärztlichen Gesprächen dominieren andere Inhalte. Zunächst einmal ist festzuhalten, dass erwartungsgemäß mit dem Arzt häufiger über Medikamente und Medikamentenverschreibung gesprochen wird als in den Interviews (p=0,0063) (vgl. Abbildung 5.12).

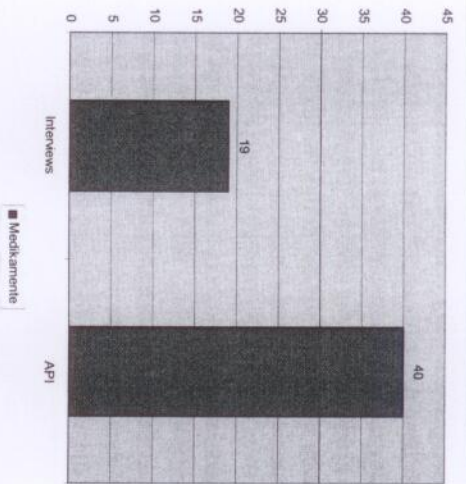


Abbildung 5.12: Thematisierung von Medikamenten nach Gesprächstyp

Dies ist insofern bemerkenswert, als in den Interviews mehr über Beeinträchtigungen durch Medikamente geklagt wird als in den medizinischen Interaktionen (vgl. Abbildung 5.11). Das ärztliche Gespräch wird also offensichtlich als weniger geeignet empfunden, um diesbezügliche Sorgen und Ängste zu artikulieren: der Gesprächstyp scheint verhältnismäßig undurchlässig in Bezug auf Medikamentennebenwirkungen.

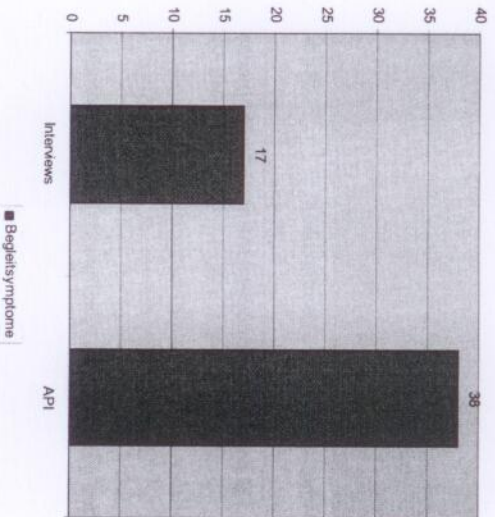


Abbildung 5.13: Thematisierung von Begleitsymptomen nach Gesprächstyp

Am Auffälligsten jedoch ist, dass in den ärztlichen Gesprächen vermehrt über Spezifikationen gesprochen wird. Unter diese Kategorie sind Schmerzdarstellungen im engeren Sinn zusammengefasst: die Qualität des Schmerzes, Zeitpunkt, Häufigkeit und Dauer des Auftretens, der Ort des Auftretens (punktuell oder sich von einem Ort zu einem anderen bewegend, Ausdehnung) und die Intensität der Schmerzempfindung. Diese Kategorie entspricht also im Wesentlichen den Kategorisierungen und Taxonomien, wie sie von medizinischer Seite in unterschiedlichsten sogenannten Schmerzfragebögen entwickelt worden sind (vgl. auch Reisigl in diesem Band, Kapitel 3). Es kann also auch davon ausgegangen werden, dass diese Aspekte der Schmerzdarstellungen in den Arztgesprächen ko-konstruiert wurden aufgrund der je spezifischen Fragestellungen (vgl. auch Sator in diesem Band, Kapitel 4). Ebenso wird entsprechend dem Gesprächstyp im medizinischen Kontext deutlich mehr über Begleitsymptome ($p=0,0046$) gesprochen (vgl. Abbildung 5.13).

Fast man auf der einen Seite die Kategorien „Spezifikation“ und „Begleitsymptome“ unter dem Aspekt des symptomatischen Redens über Schmerzen zusammen und auf der anderen Seite kontextualisierende Formen des Sprechens über Schmerzen, wie etwa das Sprechen über subjektive Krankheitstheorien, konsequente Beeinträchtigungen durch die Schmerzen und den generellen Umgang mit den Schmerzen im Alltag (Schmerzmanagement), so ergibt sich die folgende Verteilung, die hochsignifikante gesprächstypische Differenzierungen aufweist (vgl. Tabelle 5.5)

	kontextualisierend	symptomorientiert	Summe
API	245	303	548
INT	369	293	662
Summe	614	596	1.210

$p=0,0001$

Tabelle 5.5: Unterschiedliche Thematisierungen nach Gesprächstyp (Zusammenfassung von Kategorien)

Während in der ärztlichen Interaktion eher über symptomorientierte „Fakten“ gesprochen wird, werden in den Interviews, also außerhalb des medizinischen Kontextes deutlich öfter andere als symptomatische Aspekte von Schmerzen thematisiert.

Graphisch lässt sich dieser Trend folgendermaßen veranschaulichen (vgl. Abbildung 5.14):

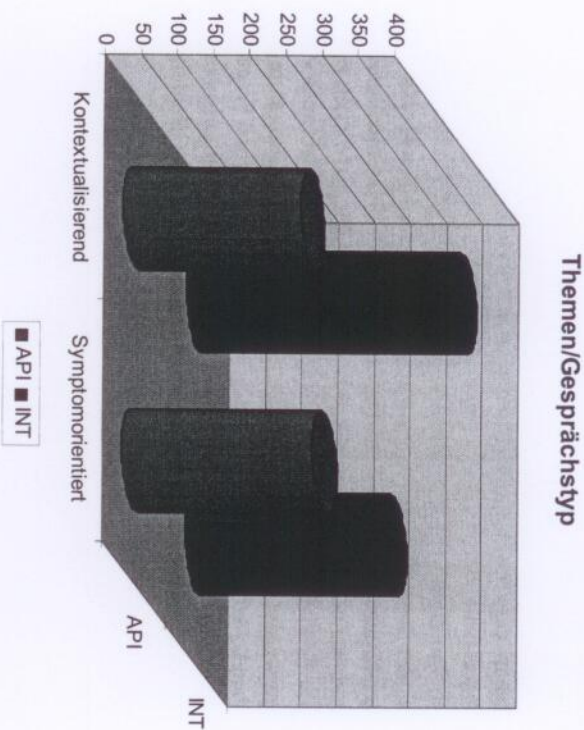


Abbildung 5.14: Graphische Darstellung der Thematisierungen nach Gesprächstyp (Zusammenfassung von Kategorien)

Insgesamt wird, wie bereits aus Abbildung 5.10 hervorgeht, in den nicht-ärztlichen Gesprächen häufiger über das Schmerzmanagement gesprochen als in den institutionellen ärztlichen Gesprächen. Bei einer weiteren Differenzierung der Kategorie in einzelne Aspekte des Schmerzmanagements lassen sich jedoch bestimmte Vorlieben für den jeweiligen Gesprächstyp feststellen. Wenn in medizinischen Gesprächen über Schmerzmanagement gesprochen wird, dann wird als Strategie am häufigsten die Medikamenteneinnahme thematisiert. In den Interviews werden im Unterschied dazu eher Wünsche und Hoffnungen in Bezug auf die Schmerzbewältigung angesprochen (vgl. Tabelle 5.6 und Abbildung 5.15).

	Management_Wünsche		Management_Umgang		Summe
	API	INT	API	INT	
API	17	76	76	93	
INT	38	69	69	107	
Summe	55	145	145	200	

p=0,0064

Tabelle 5.6: Unterschiedliche Thematisierungen des Schmerzmanagements nach Gesprächstyp (tabellarische Darstellung)

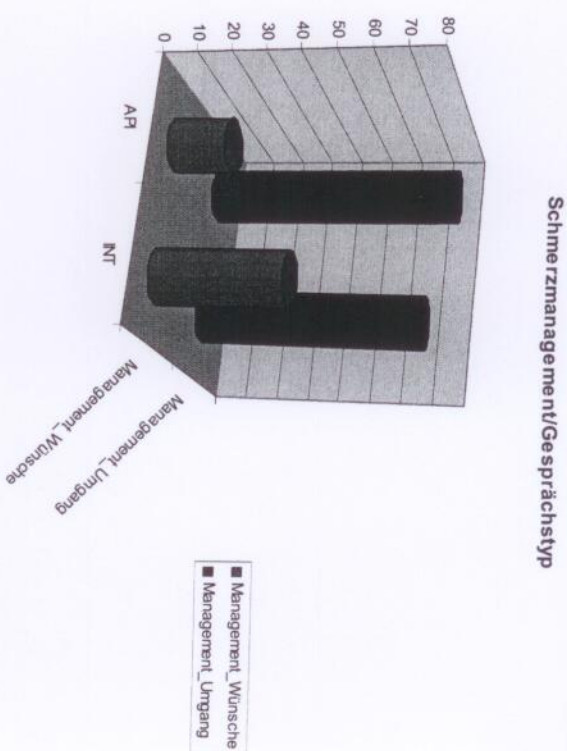


Abbildung 5.15: Unterschiedliche Thematisierungen des Schmerzmanagements nach Gesprächstyp (graphische Darstellung)

Auch dies unterstreicht die allgemeine Tendenz, dass in Arzt-Patient-Interaktion signifikant anders, nämlich stärker medikamenten- und symptomorientiert über Schmerzen gesprochen wird als in eher informellen Settings, in denen relativ ungesteuert Schmerzen dargestellt werden.

Eine weitere Differenz betrifft die extreme Verteilung der Kategorisierung von Beschreibungsschwierigkeiten. Während in den ärztlichen Gesprächen so gut wie keine Vorkommnisse zu finden sind, wird in den Interviews immerhin 23 Mal erwähnt, dass es nicht oder nur schwer möglich sei, die eigenen Schmerzen exakt zu beschreiben ($p=0,0000$) (vgl. Abbildung 5.16).

Dieser drastische Unterschied ist zunächst auf einen Patienten zurückzuführen, der im Interview insgesamt zwölf Mal darüber spricht, wie schwer die Schmerzen zu beschreiben sind:

(HEM, z. B. „Also, ich/ich spür des schon genau. Oba i wuß ned genau, ob ich des ois/ ois ((Steichn)) oda ois Brennen, für mich s is beides in etwa/ ah, in etwa gleich“; „des is/ des is ((a so)), el es is warm und es is so, hm, ah, hmhm, wie soi ma sogn, ähhäh, ... ((As)) Is schwer. Es is schwer!“, „wenn mich ein Arzt/ fra/ fragn würde, hm, hm, donn erklär i eam des, und, ähh, äh, ich/ donn hoff ich, dass der/ äh, derjenige Arzt soo/ so/ so gecheit is, aus meinen dummen Angabn, die ich da moch, dass er sich doch das Richtige rauszieh/ rich/ z/ -kitzelt.“)

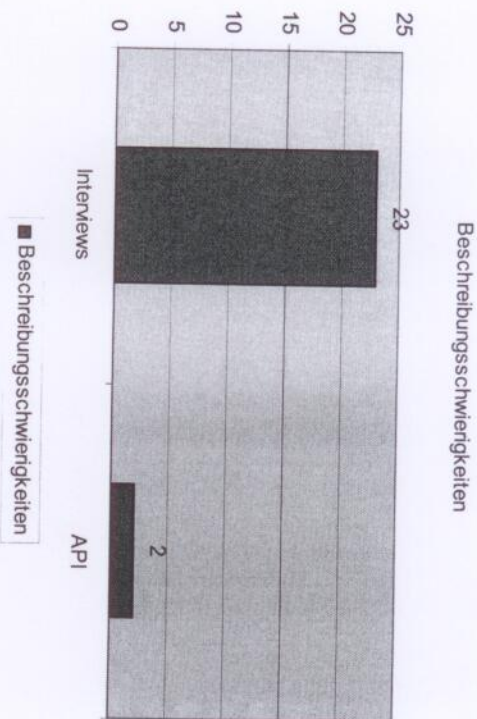


Abbildung 5.16: Thematisierung von Beschreibungsschwierigkeiten nach Gesprächstyp

Doch selbst, wenn man seine Äußerungen nur einmal zählt, bleiben die Unterschiede signifikant, da in den Interviews von allen bis auf zwei Patienten Beschreibungsschwierigkeiten thematisiert werden, während in den ärztlichen Gesprächen umgekehrt nur von zwei PatientInnen (CAW und STM) derartige Formulierungsprobleme überhaupt erwähnt werden. Vergleicht man in einem einseitigen t-Test für abhängige Variablen die beiden Gruppen, so bleiben die Unterschiede der einzelnen PatientInnen im Interview und in den ärztlichen Gesprächen hoch signifikant.

Die berechneten Zahlen sehen folgendermaßen aus (vgl. Tabelle 5.7):

Zweistichproben t-Test bei abhängigen Stichproben (Paarvergleichstest) Bezüglich Beschreibungsschwierigkeiten/Texttyp mit Eliminierung Ausreißer HFM		
	Variable 1	Variable 2
Mittelwert	1,2	0,2
Varianz	0,844444444	0,177777778
Beobachtungen	10	10
Pearson Korrelation	0,74560114	
Hypothetische Differenz der Mittelwerte	0	
Freiheitsgrade (df)	9	
t-Statistik	4,74341649	
P (T<=) einseitig	0,00052694	

Zweistichproben t-Test bei abhängigen Stichproben (Paarvergleichstest) Bezüglich Beschreibungsschwierigkeiten/Texttyp mit Eliminierung Ausreißer HFM		
	Variable 1	Variable 2
Kritischer t-Wert bei einseitigem t-Test	1,83311292	
P (T<=) zweiseitig	0,00105387	
Kritischer t-Wert bei zweiseitigem t-Test	2,26215716	

Tabelle 5.7: Beschreibungsschwierigkeiten und Gesprächstyp

Im Zusammenhang mit der verstärkten Ko-Konstruktion von Schmerzdarstellungen durch ärztliches Fragen lassen sich zwei mögliche – allerdings einander ausschließende – Schlüsse ziehen: Erstens könnten die Daten dahingehend interpretiert werden, dass das Fragen der Ärzte die Beschreibung erleichtert, weil sie zumindest teilweise durch ihre Fragen kategorisierungen und Alternativen vorgeben, in die die PatientInnen ihre Schmerzerfahrungen einbetten können. Da die Interviews jedoch durchwegs nach den Gesprächen auf der Ambulanz durchgeführt wurden und sich auf dasselbe Schmerzgeschehen beziehen, ist die zweite Interpretation plausibler: Die PatientInnen beugen sich dem institutionellen Druck und versuchen, als kooperative PatientInnen die Erwartungen der Ärzte zu erfüllen, ohne auf die für sie mit der spezifischen Situation verbundene Problematik hinzuweisen. Erst in den Interviews, in denen andere Erwartungen herrschen, wird es für die PatientInnen möglich, ihre Schwierigkeiten mit den erwarteten Darstellungen zu beschreiben. Exemplarisch dafür ist Patient HFM, der explizit darauf verweist, durch eigene Kategorisierungen keine falschen Spuren für die ärztliche Behandlung legen zu wollen.

5.3.3 Gendertypische Unterschiede in Bezug auf sprachliche Realisierungsverfahren und thematische Inhalte

Da sich in früheren Studien signifikante gendertypische Unterschiede bei Schmerzdarstellungen gezeigt hatten, sollten in der vorliegenden Studie ebenfalls mögliche derartige Einflüsse erhoben werden. Es ergab sich in unserem Datenmaterial auf der Kopfschmerzambulanz jedoch der Fall, dass bestimmte Kopfschmerzarten teilweise genderspezifisch verteilt waren. So hatten Frauen überwiegend Migränekopfschmerzen, während bei zwei Männern (und keiner Frau) ein sogenannter Clusterkopfschmerz diagnostiziert wurde.⁹⁴ Es ist daher auf der Basis lediglich dieses Materials nicht absolut eindeutig zu klären, ob

⁹⁴ Diese Verteilung spiegelt auf der anderen Seite durchaus die geschlechtsspezifische Verteilung der Krankheitsbilder in der Gesamtbevölkerung.

eventuelle Thematisierungen von Inhalten und die Verwendung spezifischer Realisierungsformen auf den Faktor „Gender“ oder den Faktor „Schmerzart“ zurückzuführen sind. Zwei Gründe können dafür angeführt werden, warum wir dennoch einige zutreffende Aussagen tätigen zu können glauben. Erstens sind die Kopfschmerzarten und das Geschlecht der PatientInnen nicht zur Gänze deckungsgleich und außer dem Clusterkopfschmerz bei beiden Gruppen jeweils unterschiedliche Kopfschmerzarten diagnostiziert. Zweitens stimmen die hier präsentierten gendertypischen Unterschiede mit Ergebnissen aus andern Studien zur Arzt-Patient-Interaktion überein, d. h., die vorliegenden Resultate können als Validierungen bisheriger Untersuchungen gesehen werden. Obwohl also nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden kann, dass für die Unterschiede die unterschiedlichen Kopfschmerzkrankheiten verantwortlich zeichnen, weisen die Parallelen zu zahlreichen anderen Studien zu Sprache und Gender doch deutlich auf einen diesbezüglichen Zusammenhang hin.⁹⁵

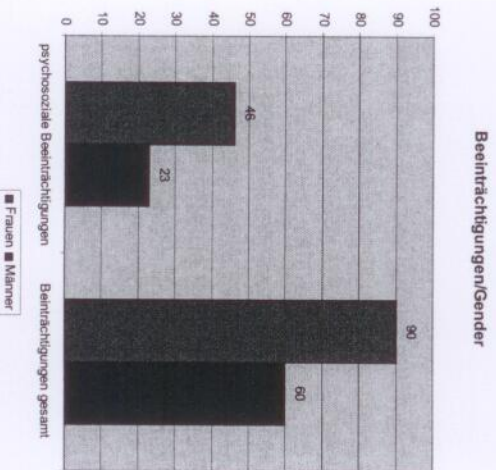


Abbildung 5.17: Thematisierung von Beeinträchtigungen nach Geschlecht

Insgesamt tendieren Frauen zunächst dazu, eher über Beeinträchtigungen zu sprechen als Männer ($p=0,0143$) (vgl. Abbildung 5.17). Differenziert man die Kategorie der konsekutiven Beeinträchtigungen weiter, so lässt sich feststellen, dass die Unterschiede bei der Darstellung psychosozialer Beeinträchtigungen

⁹⁵ Allerdings war durch die Beschränkung auf eine Interviewerin das Geschlecht konstant, so dass keine Kreuzverbindung ausgewertet werden konnten. Auch auf Seiten der ÄrztInnen wurde die Variable nicht gesondert ausgewertet, weil andere Untersuchungen (z.B. Hein et al. 1984) gezeigt hatten, dass die Variable Tertiarsozialisation (in den Arztberuf) die Variable Geschlecht überdeckt.

besonders groß sind, Frauen also nicht nur insgesamt stärker über Beeinträchtigungen sprechen, sondern insbesondere auch die psychosozialen Aspekte hervorheben ($p=0,0056$).

Ein dritter Unterschied lässt sich in Bezug auf das Schmerzmanagement feststellen. Während es insgesamt keine signifikanten Differenzen zu erkennen gibt, sind in der Unterkategorie „institutionelles Management“ deutliche Unterschiede zu erkennen (vgl. Abbildung 5.18): Die überwiegende Anzahl der insgesamt allerdings nicht besonders häufigen kritischen Bemerkungen zur Institution ($n=17$) stammt von Männern ($p=0,0076$).

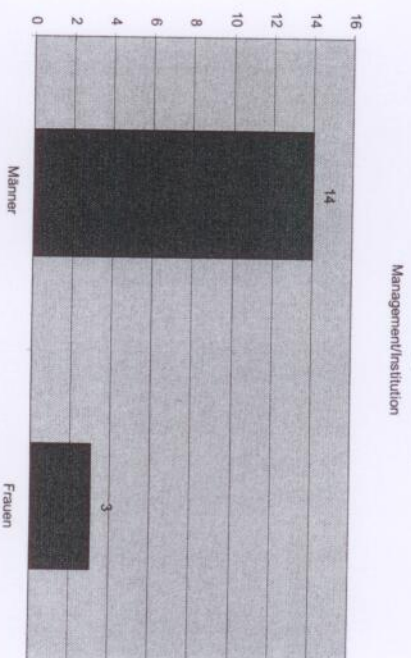


Abbildung 5.18: Thematisierung von Institutionenkritik nach Geschlecht

Eine auffallende Differenz, die nicht die Dimension der Inhalte betrifft, sondern auf die quer dazu kategorisierte Dimension der sprachlichen Realisierungsverfahren zutrifft, ist die Verwendung von lexikalischen Usualitätsmodalisierungen in Bezug auf die Schmerzdarstellung. Kodiert wurden alle Usualitätsmodalisierungen, soweit sie schmerzspezifizierend sind. Die Verteilung sieht folgendermaßen aus (vgl. Tabelle 5.8):

	Frauen	Männer	Summe
Usualitätsmodalisierung	90	39	129
Usualitätsmodalisierung „immer“	17	28	45
Summe	107	67	174

$p=0,0001$

Tabelle 5.8: Unterschiedliche Verwendung von Usualitätsmarkierungen nach Geschlecht

Zwar kommt sowohl bei Männern als auch bei Frauen in absoluten Zahlen die Frequenzmodalisierung „immer“ erwartungsgemäß seltener vor als die Summe der anderen Modalisierungen (90 zu 17 bzw. 39 zu 28), vergleicht man jedoch die Zeilen der Tabelle, so ist ersichtlich, dass die spezifische Modalisierung

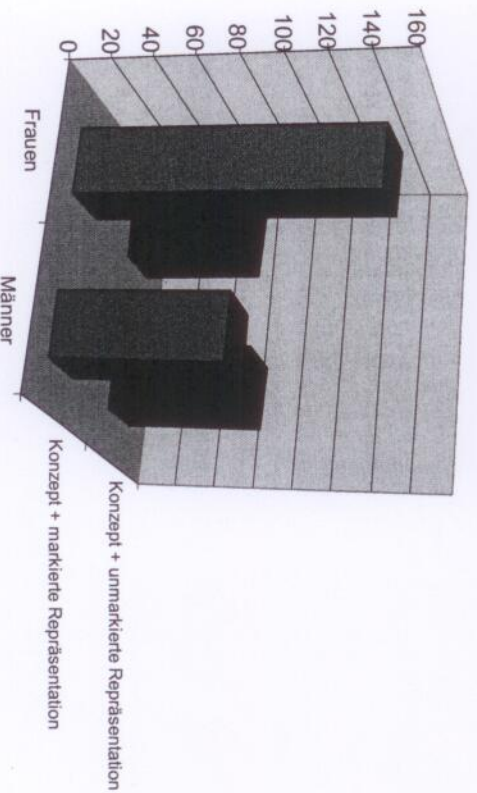
„immer“ weit häufiger von Männern verwendet wird, während Frauen insgesamt deutlich mehr Frequenzmodalisierungen verwenden. Diese Unterschiede sind hoch signifikant ($p=0,0001$).

Auch in Bezug auf einige weitere sprachliche Realisierungsverfahren zeigen sich interessante Unterschiede. So verwenden Frauen bei der Darstellung ihrer Schmerzen signifikant häufiger ($p=0,0015$) markierte Formen der Beschreibung als unmarkierte, während bei Männern kein Unterschied festzustellen ist (vgl. Abbildung 5.19 und Tabelle 5.9). Während also Männer zur Darstellung ihrer Schmerzen häufig auf die standardisierten Routineformulierungen „es tut weh“ und „Schmerzen haben“ zurückgreifen, ist das Ausdrucksrepertoire der Frauen diesbezüglich reichhaltiger. Zwischen den beiden Gesprächstypen „ärztliches Gespräch“ und „Interview“ sind diesbezüglich keine statistisch relevanten Unterschiede festzustellen.

	Frauen	Männer	Summe
Konzept + markierter Prozess	144	80	224
Konzept + unmarkierter Prozess	60	68	128
Summe	204	148	352

$p=0,0015$

Tabelle 5.9: Verwendung von markierten Repräsentationen vs. Routineformulierungen nach Geschlecht (tabellarische Darstellung)



■ Konzept + markierte Repräsentation ■ Konzept + unmarkierte Repräsentation

Abbildung 5.19: Verwendung von markierten Repräsentationen vs. Routineformulierungen nach Geschlecht (graphische Darstellung)

Sieht man sich die einzelnen Prozesse der Darstellung im Detail an, so liegen die Unterschiede vor allem im Einsatz von Umstandsbestimmungen und relational-attributiven Prozessen (vgl. Abbildung 5.20). Die erste Kategorie kann als eine Teil-Operationalisierung der inhaltlichen Kategorie „Umstände und Erklärungen“ gesehen werden, die sich auch als gendertypisch erwiesen hat (vgl. oben). Formulierungen wie „vor lauter Schmerzen“ und „wegen dem Schmerz“ wurden hierunter zusammengefasst ($p=0,0025$). Der zweiten Kategorie sind vor allem Spezifizierungen und Attribuierungen zugeordnet ($p=0,0051$).

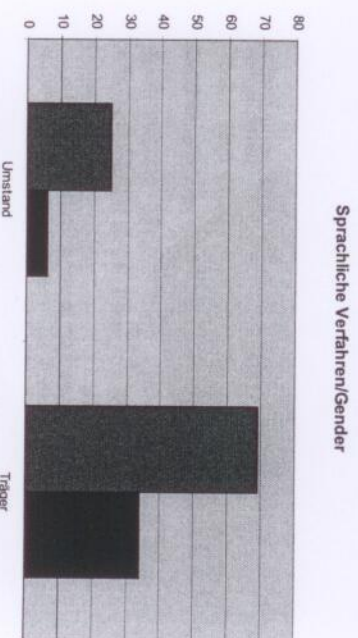


Abbildung 5.20: Unterschiedliche Verwendung von grammatischen Prozessen nach Geschlecht

Frauen thematisieren ihre Schmerzen demnach variabler und auch mit mehr unterschiedlichen Formulierungen (types), als dies Männer tun.

Eine letzte Beobachtung sei hier noch angeführt, die uns deshalb besonders wichtig scheint, weil sie manchen Untersuchungsergebnissen bzw. Erwartungen zuwiderläuft. Während beim Konkretisierungsgrad der Schmerzbeschreibung über alle Gespräche hinweg keine statistischen Unterschiede zu beobachten sind, zeigen sich in den ärztlichen Gesprächen dahingehende Tendenzen, dass Frauen seltener semantische Leerformen als konzept- und inhaltsbezogene Schmerzreferenzen einsetzen als Männer (vgl. Abbildung 5.21). Frauen drücken sich, so könnte man formulieren, gerade in den Anamnesen konkreter aus als Männer ($p=0,0214$). In den Interviews ließen sich keine diesbezüglichen Unterschiede feststellen. Die stereotype Vorstellung, dass Frauen ihre Schmerzen weniger genau beschreiben würden, scheint also in dieser Form nicht zuzutreffen, sondern wird im Gegenteil durch die Wahl semantisch reichhaltigerer sprachlicher Realisierungsverfahren widerlegt. Umgekehrt könnte dieses Ergebnis jedoch darauf hinweisen, dass diese „Überspezifizierung“ von institutioneller Seite als Unschärfe interpretiert wird, die klare Diagnosen erschwert.

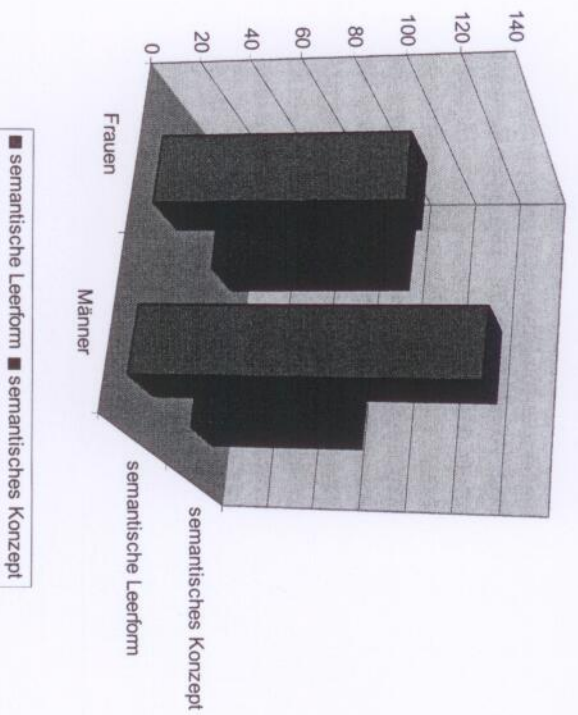


Abbildung 5.21: Unterschiedliche Verwendung von referentiellen Bezugsrahmen nach Geschlecht

5.4 Diskussion der Ergebnisse

In unserer ersten offenen Fragestellung sind wir die Hypothese überprüft, ob unterschiedliche Kontexte einen Einfluss darauf haben, wie über Schmerzen gesprochen wird. Konkret sollte überprüft werden, ob PatientInnen in alltagsnahen Settings auf andere Weise über Schmerzen reden als im ärztlichen Gespräch. Den Hintergrund dieser Frage bildete die Überlegung, dass diesbezügliche Unterschiede die Schmerzkommunikation zwischen Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin beeinträchtigen könnten, weil den jeweiligen Darstellungen unterschiedliche Gesprächspläne zu Grunde liegen könnten, die u.U. nicht immer kompatibel sind.

Die quantitative Analyse unserer Gesprächsdaten hat zunächst einige deutliche Unterschiede zwischen den Gesprächstypen „ärztliches Gespräch“ und „nicht-medizinisches Interview“ zutage gefördert.⁹⁶ So sprechen PatientInnen,

96 Hier decken sich die Ergebnisse mit den Befunden von Kreissl et al. (2004), insbesondere was die Anamnesekomplexe „biopsychosoziale Anamnese“ und „Beeinträchtigung“ betrifft. Da auch in der zitierten Studie Daten aus medizinischen Erstgesprächen (allerdings bei PatientInnen mit chronischen Gesichtsschmerzen) und linguistischen Interviews verglichen wurden, stützt dies die Tendenzen der hier präsentierten Daten.

wenn sie in einem *nicht-medizinischen Kontext* über ihre Schmerzen sprechen, in erster Linie

- über subjektive Krankheitstheorien und mögliche Ursachen für ihre Schmerzen
- über unterschiedliche Beeinträchtigungen, die sie auf Grund ihrer Schmerzen erfahren, und
- über das Schmerzmanagement im Allgemeinen, also darüber, mit welchen Mitteln sie versuchen, Schmerzen (erfolgreich) zu vermeiden, welche Linderungsstrategien helfen

Im *ärztlichen Gespräch* hingegen stehen folgende Inhalte im Vordergrund:

- Gespräche über Medikation
- Gespräche über Begleitsymptome des den Arztbesuch veranlassenden Schmerzes
- die differenzierte Spezifikation des Schmerzes bzw. des Schmerzesgeschehens (Qualität des Schmerzes, lokale und temporale Dimensionen des Schmerzes, Intensität).

Diese Unterschiede lassen sich unter die Überbegriffe *kontextualisierende* vs. *symptomorientierte Schmerzdarstellung* subsumieren. In medizinischen Gesprächen setzen PatientInnen ihre Darstellungen in einen größeren Kontext, nehmen Bezug auf ihre Alltagserfahrungen und stellen vor allem Verbindungen zu persönlichem Erleben und persönlichen Einschränkungen her. Der Schmerz wird nicht so sehr über seine Empfindung oder Symptome als über seine vermuteten Ursachen, seine Auswirkungen und Möglichkeiten der Vermeidung/Linderung charakterisiert. Nicht wirklich überraschend stehen weniger eine genaue Beschreibung und Differenzierung im Vordergrund der Darstellung, als vielmehr die Auswirkungen des Schmerzes auf das alltägliche Leben. Obwohl diese auch in den ärztlichen Gesprächen thematisiert werden, zeigen sich im Vergleich wiederum Unterschiede, die auf derselben Dimension zugeordnet werden können. Im Gespräch über das Management des Schmerzgeschehens werden in den Interviews viel stärker (oft irrale) Wünsche formuliert (z. B. *BOM: „mir geht's ned wirklich sehr, sehr schlecht, aber wann das Kopfweh weg a war no“; CAW: „wichtig wär's für mich, die Ursache rauszufinden. (()) dann komm i gezielt was dagegen tun, ned?“*), während in den ärztlichen Gesprächen das Management über Medikamente im Vordergrund steht.

Demgegenüber werden in medizinischen Gesprächen über Schmerzen andere Prioritäten gesetzt. Diese Gespräche sind in erster Linie durch hoch differenzierte Kategorienraster (vgl. Reisigl in diesem Band, Kapitel 3) zur diagnostischen Beschreibung und Unterscheidung von Schmerzformen vorgeprägt. Daher ist es auch nicht überraschend, dass in den ärztlichen

Anamnesen genau jene Aspekte dominieren, die unter der Kategorie „Spezifikation“ zusammengefasst sind. Obwohl diese Raster äußerst elaboriert und umfangreich sind, umfassen sie offensichtlich nicht alle Aspekte des Schmerzgeschehens. Denn während in den medizinischen Gesprächen insgesamt 489 Kategorisierungen von Schmerzdarstellungen gefunden wurden, waren es in den Interviews deutlich mehr, nämlich 639 ($p=0,0000$). Einige Beispiele aus dem Vergleich von Interviews und ärztlichen Interaktionen sollen das an dieser Stelle illustrieren, um das Ausmaß der Unterschiede sichtbar zu machen.

Patientin FTW

Interview	A-P-Gespräch
ringförmig, anfallsartig, blitzartig, hämmernd, pochend, ziehend, stechend, dumpf,	ringförmig
„wie ein Ring, wo sich der Kopf so richtig dann zusammenpresst“, Spannungskopfschmerz	pochend + des ganze • Gehirn • • arbeitet

Degenüber den Spezifikationen im Arzt-Patient-Gespräch liegt im Interview also eine drastische Erweiterung der angebotenen Beschreibungen der empfundenen Schmerzqualitäten vor: Drei im Arzt-Patient-Gespräch angebotene Beschreibungselemente entfallen sich im nicht-medizinischen Interview zu 10 Empfindungsqualitäten. Dies zeigt, wieviel umfangreichere und detailliertere Informationen PatientInnen bei entsprechend angebotenen Relevanzsetzungen liefern. Ähnlich sieht es bei den Patientinnen LCW und LNW aus:

Patientin LCW

Interview	A-P-Gespräch
pochend	pochend
drückend	klopfend Schädeldecke hebt ab <i>Überdruck</i>
ziehend	<i>Spannungskopfschmerz</i>

Patientin LCW

Interview	A-P-Gespräch
dumpf fast net lokalisierbar matschig Kopf im Schraubstock bohrend	

(kursiv = indirekt vermittelte Empfindungsqualität)

Patientin LNW

Interview	A-P-Gespräch
pulsierend Druck im Kopf Impulse im Kopf Strahlen wie man zum Beispiel im Flugzeug ist, also. ((ea)) M/ man die Ohren halt verstopft hat Kopfdrehen dumpfe Schmerzen	A: „wie der Pulsschlag“ – LNW „schon auch das“ drückend/ Druck

(kursiv = indirekt vermittelte Empfindungsqualität)

Die Liste der im Interview gelieferten acht bzw. neun Empfindungsqualitäten steht fünf bzw. sogar nur zwei Qualitäten im ärztlichen Gespräch gegenüber. Bei LCW geben „Überdruck“ und „Spannungskopfschmerz“ zwar indirekt Auskunft über die Empfindungsqualität, diese Ausdrücke sind aber nicht, wie die anderen, explizit beschreibend. Bei LNW ist die Zurückweisung einer Konstruktion (vgl. A: „wie der Pulsschlag“ – LNW „schon auch das“) zu beobachten.⁹⁷

Es lässt sich also festhalten, dass Patientinnen sehr reichhaltig und differenziert über Schmerzen sprechen, wenn sie nicht unter institutionellem Druck stehen. Dies lässt den Umkehrschluss zu, dass in medizinischen Gesprächen häufig nicht alle Aspekte des Schmerzgeschehens thematisiert werden und daher auch nicht ausgeschlossen werden kann, dass diagnostisch relevante Informationen unberücksichtigt bleiben – eine „unerwünschte Nebenwirkung“.

⁹⁷ Darauf, dass alle Beispiele von weiblichen Patienten stammen, wird weiter unten eingegangen.

Darüber hinaus lässt sich jedoch auch ein Passungsproblem beobachten. Die Art und Weise, wie in ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesprächen über Schmerzen gesprochen wird, unterscheidet sich doch erheblich. Kontextualisierenden Verfahren der PatientInnen in den nicht-ärztlichen Interviews stehen stark symptomorientierte Erwartungen der Ärzte und Ärztinnen gegenüber. Die PatientInnen müssen ihre Schmerzannahmen im anamnestischen Gespräch erst in eine medizintaugliche Form *transformieren*. Dabei werden sie zwar von den ÄrztInnen interaktiv unterstützt, weshalb diese Formen von Schmerzdarstellungen auch sinnvollerweise als ko-konstruiert gelten können, doch sind sie über weite Strecken offensichtlich relativ patientInnenfern, wenig nahe an alltagssprachlichen Strategien und Möglichkeiten der Schmerzdarstellung.

Der Zweck der medizinischen Kategorisierung ist klar vorgegeben. Er besteht darin, differentialdiagnostisch relevante Informationen zu erhalten, um eine zutreffende Diagnose stellen und eine entsprechend wirksame Therapie einleiten zu können. Auf diesen institutionell geronnenen Erfahrungen beruhen demnach auch medizinische Differenzierungsraster. Da diese Raster jedoch nur wenig mit spontanen Darstellungen von (deutschsprachigen) Menschen gemeinsam haben, stellen sich zwei Fragen bzw. Probleme.

Zum einen kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Transformationen fehleranfällig sind, d. h., dass PatientInnen sich schwer tun, ihr Erleben in die ko-konstruierten oder gar vorgegebenen medizinischen Kategorien einzupassen. Empirische Hinweise in unseren quantitativen Auswertungen dafür, dass die Thematisierung von Beschreibungsschwierigkeiten signifikant häufiger in Interviews vorkommt als in ärztlichen Gesprächen (detaillierter vgl. Sator in diesem Band, Kapitel 4), machen dies wahrscheinlich. PatientInnen passen sich in die ärztlichen Kategorisierungen ein, auch wenn, wie die zugegebenen Beschreibungsschwierigkeiten in den Interviews zeigen, diese nicht immer einfach oder gar eindeutig sind. Wenn das Diagnoseraster jedoch unzuverlässig differenziert, weil die angebotenen Kategorien nicht erlebensrelevant und daher schwierig zu beschreiben sind, dann werden auch Diagnosen, die sich auf diese Differenzierungen berufen, fehleranfällig bzw. unzuverlässig. Unzureichende Diagnosen sind dann nicht auszuschließen.

Zum anderen rückt eine weit reichende Konsequenz in den Vordergrund, die hier nur kurz angedeutet werden kann, jedoch weiterer Verfolgung wert ist. Wenn sich nicht-medizinische, eher an den Formulierungen der InterviewpartnerInnen orientierte und medizinische Schmerzkategorisierungen derart signifikant unterscheiden, die Kategorisierungen jedoch diagnoserelevant sind, wäre es denkbar und sinnvoll, differentialdiagnostische Raster zu adaptieren und näher an die alltagssprachlichen Verfahren heranzubringen. Dies kann natürlich

keine linguistische Aufgabe sein, da selbstverständlich medizinische Aspekte im Vordergrund stehen. Doch es erhebt sich die Frage, ob unterschiedliche Schmerzkrankheiten nicht nur über spezifikationsrelevante Kategorisierungen unterschieden werden können, sondern möglicherweise auch durch die Art und Weise, welche Beeinträchtigungen die Krankheiten in welchem Ausmaß bei PatientInnen verursachen (somatische, psychosoziale etc.) und welche (subjektiven) Linderungs- und Vermeidungsstrategien hilfreich sind. Dies sind Fragen, die nicht aus linguistischer oder diskursanalytischer Perspektive beantwortet werden können, weil dazu in erster Linie medizinische Daten von Relevanz sind. Aus gesprächslinguistischer Sicht sind solche Überlegungen jedoch allemal interessant, weil eine Annäherung des Differenzierungsrasters an patientenorientierte Sprechweisen dazu beitragen könnte, (häufig sogar unbemerkte, aber folgenschwere) Missverständnisse im ärztlichen Gespräch zu verringern und dadurch Unzufriedenheiten auf beiden Seiten zu reduzieren. Einige Gründe für institutionelle Sprachbarrieren würden zumindest teilweise aus dem Weg geräumt.

Unsere zweite Hypothese, dass es geschlechtstypische Unterschiede in der Kommunikation über Schmerzen gibt, war im Unterschied zur ersten eine gerichtete, da auf der Basis von früheren Untersuchungen (vgl. z. B. Menz/Lalouschek/Vodopituz/Stilberger 2002) geschlechtsbezogene Unterschiede zu erwarten waren. Im Unterschied zu der oben zitierten Untersuchung, in der koronare Herzkrankheiten im Zentrum standen, wurde mit Kopfschmerzen dieses Mal ein Krankheitsbild gewählt, das stereotyperweise als weibliche Krankheit gesehen wird. Auf der Grundlage unserer Daten ist eine absolute Zuordenbarkeit der gefundenen Darstellungsunterschiede zu der Variable Gender nicht zur Gänze möglich und sinnvoll, da die Krankheitsbilder z. T. unter den Geschlechtern ungleich verteilt sind. Im Vergleich mit vielen Untersuchungen zu Genderunterschieden lassen sich jedoch trotzdem Tendenzen in sinnvoller Weise beschreiben.

Während es zwischen den Gesprächstypen vor allem Differenzen bei den inhaltlichen Thematisierungen und kaum Unterschiede in Bezug auf die sprachlichen Realisierungsformen gibt, sind solche entlang der Genderachse durchaus relevant. Dies lässt sich dadurch erklären, dass die Wahl der Realisierungsverfahren offenbar stärker sprecherInnenabhängig als texttypspezifisch motiviert ist.

- Frauen verwenden zur Referenz auf Schmerzen in ärztlichen Gesprächen weniger semantische Leerformen als Männer, referieren auf Schmerzen also mit semantisch gehaltvolleren Konzepten.
- Frauen verwenden darüber hinaus signifikant mehr markierte Prozesse zur Darstellung ihrer Schmerzen als Männer. Während Männer weit-

aus häufiger auf die Formulierungsroutinen „Schmerz haben“ und „weh tun“ zurückgreifen, sind die Ausdruckweisen von Frauen vielfältiger und variantenreicher.

- Insbesondere die Repräsentationen von Schmerz als Umstandsbestimmungen und als qualitative Empfindungsprozesse („da bohrt's“, vgl. Abschnitt 5.2.3.2) zeigen große Differenzen.

- Schließlich produzieren Frauen mehr abgestufte und schwächere Modalisierungen der Usualität als Männer, die vermehrt auf die stärkste Modalisierung durch „immer“ rekurrieren, was ebenfalls in Richtung einer größeren Differenzierung in den Darstellungen der Frauen gedeutet werden kann.

Insgesamt kann also bei den Schmerzdarstellungen von Frauen eine größere Varianz und Vielfalt konstatiert werden als bei den Männern.

Was die inhaltlichen Thematisierungen betrifft, tendieren Frauen dazu, stärker über Beeinträchtigungen zu sprechen und bei den Arten der Beeinträchtigung viel häufiger psychosoziale Aspekte zu nennen, als dies Männer tun, die sich stärker auf somatische und/oder medikamentöse Aspekte konzentrieren. Da sich ähnliche Tendenzen auch im Vergleich von nicht-medizinischen Interviews und institutionellen Anamnesen beobachten lassen (vgl. oben), liegt die Vermutung nahe, dass Frauen hier mit einer noch stärkeren Sprachbarriere konfrontiert sind als Männer: Obwohl die Unterschiede zwischen den Gesprächstypen sehr groß sind, werden einige Ausprägungen durch den Faktor Gender noch verstärkt. Der Fokus auf somatische und medikamentöse Aspekte im ärztlichen Gespräch betont den Unterschied in den Erwartungen und möglicherweise auch in den Interessen. Die Darstellungen von Männern scheinen also institutionskompatibler als diejenigen von Frauen. Dies zeigt sich auch bei einem zweiten Faktor, der bisher noch nicht berücksichtigt wurde. Geht es um institutionelle Kritik – etwa am Vorgehen der Ärzte, an Unzulänglichkeiten des medizinischen Betriebs und ähnliche Bereiche – so kommt sie zum überwiegenden Teil von Männern. Männer stehen der Institution also einerseits kritischer gegenüber, scheinen aber auf der anderen Seite auch weniger stark von ihr beeinflusst zu werden. Denn während bei Männern sich die Darstellung der Schmerzen im Interviewkontext kaum von jener im ärztlichen Gespräch unterscheidet, formulieren Frauen in den Interviews weitaus umfangreicher und differenzierter als in den Anamnesen (vgl. die tabellarischen Beispiele oben). Beide Faktoren zusammengenommen deuten darauf hin, dass der Kontext der Institution auf Männer weniger beeinflussend wirkt als auf Frauen. Männer sind kritischer der Institution gegenüber und formulieren – zumindest nach ihren eigenen Angaben – Beschwerden, wenn sie die Behandlung nicht an-

gemessen finden. Bei Frauen ist eine solche Kritik vergleichsweise selten und eher moderat. Darüber hinaus bewirkt die Institution bei Frauen jedoch auch eine Einschränkung ihrer Formulierungsvielfalt, die durch eine starke Orientierung an der Gesprächsführung des Arztes bewirkt wird. Diese offensichtlich stärkere Anpassung an die Normen des Krankenhauses kann aber auch zur Folge haben, dass eigene Präferenzen der sprachlichen Interaktion hintergestellt werden, dass Erwartungen der Einhaltung institutioneller Normen weiter entfernt sind von spontanen Interaktionsmustern als bei Männern. Eine weitere mögliche Schlussfolgerung, die auf Grund der Geschichte der Medizin und der Wissenschaft ebenfalls stichhaltig scheint, liegt darin, dass Institutionen an Männern ausgerichtet und orientiert sind. Dieser Befund würde die klassische Sprachbarrierenforschung dahingehend stützen, dass bestimmte gesellschaftliche Gruppen, zu denen offensichtlich immer wieder auch Frauen gehören, gegenüber anderen benachteiligt sind. Die Vorschläge zu einer geschlechtergerechteren Form der Interaktion in Lalouschek/ Menz 2005 sind also *mutatis mutandis* auch in jenen medizinischen Kontexten gültig, die durch stärker frauenspezifische Krankheitsbilder geprägt sind. Benachteiligungen aufgrund des Geschlechts sind nicht nur in jenen medizinischen Bereichen zu finden, die von der Patientenseite her traditionell „männerlastig“ sind, sondern auch dort, wo die überwiegende Mehrzahl der PatientInnen weiblich ist.

Literatur

- Deppermann, Arnulf (2003), „Wenn Semantik zum praktischen Problem wird: Divergierende Schmerzkonzepte von Ärztin und Patientin in der psychosomatischen Exploration.“ *Psychotherapie und Sozialforschung*, 3, 165-181.
- Girnth, Heiko (1993), *Einstellung und Einstellungsbekundung in der politischen Rede*. Frankfurt am Main (u. a.): Lang.
- Gülich, Elisabeth (2005), „Unbeschreibbarkeit: Rhetorischer Topos – Gattungsmerkmale – Formulierungsressource.“ *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 6, 222-244.
- Gülich, Elisabeth/ Thomas, Kotschi (1987), „Reformulierungshandlungen als Mittel der Textkonstitution. Untersuchung an französischen Texten aus mündlicher Kommunikation.“ In: Motsch, Wolfgang (Hrsg.): *Satz, Text, Sprachliche Handlung*. Berlin: Akademischer Verlag, 199-261.
- Fairclough, Norman (2003), *Analysing Discourse. Textual Analysis for Social Research*. London, New York: Routledge.
- Halliday, Michael A. K. (1994), *An Introduction to Functional Grammar. Second edition*. London (u. a.): Arnold.

- Hein, Norbert/Hoffmann-Richter, Ulrike/Lalouschek, Johanna/Nowak, Peter/Wodak, Ruth (1984), „Kommunikation zwischen Arzt und Patient.“ *Wiener Linguistische Gazette*, Beiheft 4.
- Heritage, John/Maynard, W. Douglas (eds) (2006), *Communication in Medical Care*. Cambridge: CUP.
- Kreissl, Marion E./Overlach, Fabian/Birkner, Karin/Türp, Jens C. (2004): Ärztliches Erstgespräch bei Patientinnen mit chronischen Gesichtschmerzen. *Der Schmerz* 18, 286-299.
- Kütemeyer, Mechthilde (2003), „Psychogener Schmerz als Dissoziation.“ *Psychotherapie und Sozialforschung* 3, 203-219.
- Lalouschek, Johanna/ Menz, Florian (2005), „Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Thoraxschmerz.“ In: Neises, Mechthild/ Ditz, Susanne/ Spranz-Fogasy, Thomas (eds), *Patientenorientiert reden – Beiträge zur psychosomatischen Grundkompetenz in der Frauenheilkunde*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 174-185.
- Menz, Florian (1991b), *Der geheime Dialog: Medizinische Ausbildung und institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt-Patient-Kommunikation. Eine diskursanalytische Studie*. Frankfurt/Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang Verlag.
- Menz, Florian/ Lalouschek, Johanna/ Stöcklberger, Claudia/ Vodopivec, Julia (2002), „Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Brustschmerz: Ergebnisse einer medizinisch-linguistischen transdisziplinären Studie.“ *Linguistische Berichte*, 191, 343-366.
- Menz, Florian/ Lalouschek, Johanna/ Gsetterer, Andreas (2008), *Effiziente ärztliche Gesprächsführung Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept*. Münster: Lit-Verlag.
- Menz, Florian/ Al-Roubaie, Ali (2008), „Interruptions, status, and gender in medical interviews: The harder you brake, the longer it takes.“ *Discourse & Society*, 19/5, 643-664.
- Overlach, Fabian (2008), *Sprache des Schmerzes – Sprechen über Schmerzen. Eine grammatisch-semantische und gesprächsanalytische Untersuchung von Schmerzausdrücken im Deutschen*. Berlin: de Gruyter.
- Rehbein, Jochen/ Thomas Schmidt/ Bernd Meyer/ Franziska Watzke/ Annette Herkenrath (2004), *Handbuch für das computergestützte Transkribieren nach HIAT. Hamburg: Sonderforschungsbereich 538 Mehrsprachigkeit der Universität Hamburg. (= Arbeiten zur Mehrsprachigkeit / Working Papers in Multilingualism – Folge B / Series B, Vol. 56/2004).*

- Reisigl, Martin (2003), *Wie man eine Nation herbeiredet. Eine diskursanalytische Untersuchung zur sprachlichen Konstruktion der österreichischen Nation und österreichischen Identität in politischen Fest- und Gedenkrede*. Wien: Univ. Diss.
- van Leeuwen, Theo (1996), „The representation of social actors.“ In: Caldas-Coulthard, Carmen Rosa/ Malcolm Coulthard (Hg. Innen), *Texts and Practices. Readings in Critical Discourse Analysis*. London: Routledge, 32-71.
- van Leeuwen, Theo (2005), *Introducing Social Semiotics*. London, New York: Routledge.
- Wodak, Ruth/ de Cillia, Rudolf/ Reisigl, Martin/ Liebhart, Karin/ Hofstätter, Klaus/ Kargl, Maria (1998), *Zur diskursiven Konstruktion nationaler Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

6 Transkriptionskonventionen: HIAT (Halbinterpretative Arbeitstranskription), leicht adaptiert

Äußerungsendzeichen/ intrasegmentaler Intonationsverlauf

- fallend (Aussage-Intonation)
- ? stark steigend (Frage-Intonation)
- ! auffordernd (Ausrufs-, Aufforderungs-Intonation)
- stehend, schwebend (Aufzähl-, Erzähl-Intonation)

Pausenzeichen

- kurzes Pause im Redefluss („intonatorische Pause“)
- · · längere Pause (0,5-1 sek)
- ((4 s)) Pause in Sekunden

Weitere intrasegmentale Phänomene

- Jo/äh Otto!
Reparatur bzw.
- also i/ mir wär es am liebsten,
Abbruch eines Wortes/ einer Konstruktion
- aaber
auffällige Dehnung des Vokals/ Konsonanten
- bei beiden
auffällige Betonung von Silben oder Wörtern

Sonstige Konventionen

- (()) Wortlaut unverständlich (über Erstreckung)
- ((Steuer)) vermuteter Wortlaut
- ((lacht)), Kommentar
- ((Rascheln, 6s)) hörbares Einatmen bzw. Ausatmen
- ((ea) bzw. ((aa)) Redewidrigabe, „uneigenliches Sprechen“
- und er sagt „Das geht schon.“ Argumente („tag-questions“)
- es gehört ihm, nicht? Reinigung
- seit vielen, vielen, vielen Jahren.
- Ich sag s dir jetzt Tilgungen
- Gemmal! Wir ham alles. Assimilationen

Interjektionen/Hörersignale und tonale Struktur

hm	einsilbig
hmhm	zweisilbig
hmhm V	fallend-steigend
hmhm \	(Konvergenz – „ <i>einverstanden</i> “)
	fallend
hm /	(komplexe Divergenz – „ <i>das ist ja merkwürdig</i> “)
	steigend
hm-	(Divergenz – „ <i>wieso denn?</i> “)
	gleichbleibend, stehend
	(prä-Divergenz – „ <i>vielleicht, aber</i> “)
hm/\	steigend-fallend
	(Ausdruck von Wohlbedenken, Überraschung)
,a'a	Glottisverschluss (Ablehnung, Verneinung)

Literatur

- Ehlich, Konrad/ Rehbein, Jochen (1976): „Halbinterpretative Arbeits-
transkriptionen (HIAT)“, *Linguistische Berichte* 45, 21-41.
- Rehbein, Jochen/ Thomas Schmidt/ Bernd Meyer/ Franziska Watzke/ Annette
Herkenrath (2004), *Handbuch für das computergestützte Transkribieren
nach HIAT. Hamburg: Sonderforschungsbereich 538 Mehrsprachigkeit
der Universität Hamburg.* (= Arbeiten zur Mehrsprachigkeit / Working
Papers in Multilingualism – Folge B / Series B, Vol. 56/2004).
- www.daf.uni-muenchen.de/HIAT/HIAT.HTM