SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Krankheits- und Gesundheitsbilder: Metaphern als strukturierende Strukturen

Schachtner, Christina

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Schachtner, C. (2001). Krankheits- und Gesundheitsbilder: Metaphern als strukturierende Strukturen. *Journal für Psychologie*, *9*(4), 61-74. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-28220

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

gesis
Leibniz-Institut
für Sozialwissenschaften

Mitglied der
Leibniz-Gemeinschaft

Krankheits- und Gesundheitsbilder
Metaphern als strukturierende Strukturen

Christina Schachtner

Zusammenfassung

Der Beitrag basiert auf einer empirischen Studie, in der die Mikrostrukturen ärztlicher Praxis untersucht wurden. Das Ergebnis der Studie lautet knapp formuliert: Ärztliche Praxis konstituiert sich im Kontext metaphorischer Konzepte. Metaphorische Implikationen steuern den ersten Blick, den ein Arzt oder eine Ärztin auf die PatientInnen wirft, sie begründen die Auswahl von Diagnoseverfahren und Behandlungsmethoden. Die Metaphorik entfaltet sich im ärztlichen Handeln; dieses Handeln ist Ausdruck spezifischer Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit. Die empirischen Befunde geben Aufschluss über die Möglichkeiten technischer Reproduzierbarkeit ärztlichen Handelns; sie liefern Hinweise für die Optimierung von Krankheitsbearbeitung und Gesundheitsförderung, erklären Störungen in der Arzt-Patient-Beziehung sowie besondere Belastungen im Arztberuf.

Key Words: Metaphern, Krankheits- und Gesundheitsbilder, der erste Blick, Diagnosesuchverfahren, Arzt-Patient-Beziehung, Krankheitsbearbeitung/Gesundheitsförderung

Im Folgenden werde ich Ergebnisse einer qualitativen Feldforschungsstudie (Schachtner 1999) darstellen. Ausgangspunkt der Untersuchung war das existierende Wissensdefizit in Bezug auf die Mikrostrukturen ärztlicher Praxis. An der Untersuchung beteiligten sich 30 Ärzte und Ärztinnen, die als InternistInnen, AllgemeinärztInnen und praktische ÄrztInnen in niedergelassenen Arztpraxen tätig waren. Entscheidend für die Auswahl dieser Gruppe von ÄrztInnen war das Interesse an medizinischen Praxisfeldern, in denen gehäuft diffuse Krankheitszustände auftreten, die erwarten lassen, dass sich die Diagnosesuche langwierig und komplex gestaltet und daher als Gegenstand der Untersuchung besonders geeignet ist. Die UntersuchungsteilnehmerInnen setzten sich jeweils zur Hälfte aus Frauen und Männern zusammen; das Durchschnittsalter der Frauen betrug 42 Jahre, das der Männer 47 Jahre.

Folgende Fragen wurden untersucht: Wie kommen ÄrztInnen zu ihren Diagnosen und zu ihren therapeutischen Entscheidungen? Welcher Logik folgt ihr Handeln und worauf stützt sich diese? Zur Erforschung dieser Fragen wurden das qualitative Interview und die Methode der Visualisierung benutzt. Die ÄrztInnen fertigten Zeichnungen an, mit denen sie den Prozess der Diagnosesuche sowie die Arzt-Patient-Beziehung darstellten.

Exkurs zur Dateninterpretation

Die Auswertung der empirischen Daten folgte dem Programm der Grounded Theory, das ich mit den Regeln der Metaphernanalyse kombinierte. Theorie muss, so die methodologische Forderung der Grounded Theory, in enger Verbindung mit den Daten entwickelt werden. Sie soll durch Aufdeckung von Sinnstrukturen und impliziten Regeln Verhaltensmuster erklären, die für Alltagshandelnde relevant sind (vgl. Strauss 1991, S. 64). Meine Interpretationsarbeit begann mit einem offenen Codieren, bei dem Satz für Satz analysiert wird, indem man an den Text Fragen stellt wie: Um was geht es in diesem Satz? Welche Geschichte erzählt er? Es gilt, Kernideen zu identifizieren und diese zu kategorisieren. Die weitere Analyse dient dazu, die gefundenen Kategorien zu erweitern, zu vertiefen, sie zu Schlüsselkategorien zu verdichten. Das offene Codieren einiger Interviews führte in dieser Untersuchung zur Entdeckung formaler Kategorien wie der erste Blick, Handlungsrhythmus, Selbstverständnis, Krankheitsbild. Es gelang mir jedoch nicht, auf der Basis dieser Kategorien Handlungs-

typen zu rekonstruieren, denn noch fehlten mir die Verbindungen, die die einzelnen Kategorien in einen systematischen Zusammenhang bringen. Ich musste zu tieferliegenden Bedeutungsstrukturen vordringen, d. h. zu der eigentlichen Geschichte, die die Daten enthielten. Ich gestaltete die Analyse noch feinmaschiger und machte zunächst in der Analyse von zwei Interviews die Entdeckung, dass sich die Äußerungen der beiden InterviewpartnerInnen jeweils um ein Thema zentrierten: um das Thema ‚Schienen und Bahnen' sowie um das Thema »Zugewendetsein«. Diese Themen hatten eine nachweisbare handlungsorganisierende Funktion. Gleichzeitig begann ich zu ahnen, dass die metaphorische Gestalt dieser Themen erkenntnistheoretisch bedeutsam war. Dies begründete meinen Entschluss, die Auswertungsprinzipien der Grounded Theory mit den Möglichkeiten der Metaphernanalyse zu verknüpfen.

Ich begann, sämtliche in einem Interview enthaltenen metaphorischen Äußerungen vom Gesamttext zu isolieren und in Metaphernlisten zusammenzustellen (vgl. Schmitt 1997, S. 28 f.). Erneut versuchte ich im Sinne der Grounded Theory simultan dazu Codes zu finden, diesmal allerdings metaphorische Codes, die die einzelnen mehtaphorischen Elemente integrierten. Sobald eine integrative Meapher erkennbar wurde, konstruierte ich einen Prototyp, d. h., ich arbeitete die Implikationen der Metapher heraus, um diese im weiteren Verlauf der Textanalyse zu überprüfen (vgl. Buchholz 193, S. 67). Ich will dieses Vorgehen anhand eines Beispiels verdeutlichen. Ein von mir identifizierter Code zur Kennzeichnung einer spezifischen Praxisform lautete: Sorge um die Abgestürzten. Als Implikationen dieses Codes hielt ich fest: Sorge heißt sich kümmern, für den anderen da sein; Sorge verlangt hohes fachliches und emotionales Engagement. Wer sich um Abgestürzte sorgt, ist aufgefordert, diese zu retten, und muss sich fragen, sind sie noch zu retten, sind Lebenszeichen da, ja, wollen sie überhaupt gerettet werden. Diese Implikationen mussten sich, sollte der Metapher eine gestaltende Kraft zuerkannt werden, im Text wiederfinden. Eine Metapher ist umso relevanter, je mehr Äußerungen sich auf sie beziehen lassen bzw. sich aus ihr erklären. Nicht integrierbare metaphorische Elemente können ein Hinweis darauf sein, dass die Metapher verändert werden muss oder dass eine weitere Metapher vorliegt, die gleich-, vor- oder nachrangig zur ersten Metapher stehen kann. In den von mir analysierten Interviews schob sich stets eine bestimmte Metapher in den Vordergrund, deren Implikationen in die verschiedenen ärztlichen Praxisbereiche hineinreichten. Diese Metapher war eine Art Schlüssel zu der je spezifischen Praxisform. Ich habe sie daher – in Anspielung auf den von Strauss benutzten Begriff Schlüsselkategorie - Schlüsselmetapher genannt. Trotz ihrer Unterschiedlichkeit ließen sich die Schlüsselmetaphern zu Metapherngruppen zusammenfassen. Die Analyse ergab acht Metapherngruppen: die Retter- und Heilermetapher, die Strukturmetapher, die Prozessmetapher, die Beziehungsmetapher, die Gleichgewichtsmetapher, die Teile-Ganzes-Metapher, die Kontrollmetapher, die Entdeckermetapher. Es soll nicht versäumt werden zu erwähnen, dass in jedem Interview metaphorische Elemente vorkamen, die auf andere, von der Schlüsselmetapher abweichende Konzepte verweisen, die jedoch in der von den ÄrztInnen beschriebenen Praxis peripher blieben, gleichwohl Veränderungsmöglichkeiten anzeigen.

Die ermittelten Schlüsselmetaphern wurden kontrastiert mit den von den ÄrztInnen gezeichneten Bildern. In einigen Fällen trat eine im Interview nur angedeutete Metaphorik in der Visualisierung stärker hervor, so zum Beispiel bei einem Arzt, der seine Praxis als eine sich auf den Patienten einlassende dynamische Praxis beschrieb, in

der Visualisierung dieser Praxis aber stärker ein systematisiertes-standardisiertes Vorgehen betonte, was mich sensibler machte für den Konflikt, in dem er sich befand und für den sich bereits im Interview Belege finden ließen.

Die Metaphernanalyse schloss das Schreiben von Memos ein, in denen ich im Sinne der Grounded Theory theoretische Überlegungen festhielt, weiterentwickelte, differenzierte oder wieder verwarf. In einem fortgeschrittenen Stadium der Metaphernanalyse ging ich dazu über, integrative Diagramme zu erstellen. Integrative Diagramme sind Darstellungsinstrumente aus dem Repertoire der Grounded Theory, die darüber informieren, wie weit die Deutungsarbeit gediehen ist, ob die einzelnen Memos zu Memobündeln zusammengefasst werden können, ob sich dadurch eine Struktur für die Darstellung der Befunde ergibt oder ob Erkenntnislücken existieren (vgl. Strauss 1991, S. 239). An dieser Stelle konnte ich auf die in der ersten Phase der Deutungsarbeit gewonnenen formalen Kategorien wie der erste Blick, Diagnosefindung, Selbstverständnis, Beziehungsmanagement rekurrieren. Indem ich diese Kategorien untereinander und zu den Metaphern in Beziehung setzte, schälte sich eine Gliederung heraus, entlang der ich meine Untersuchungsbefunde anordnen konnte.

Das Ergebnis der Studie, auf einen kurzen Nenner gebracht, lautet: Ärztliches Handeln generiert sich auf der Basis von Metaphern. Die gestaltende Kraft von Metaphern zeigt sich bereits im ersten Blick, den ÄrztInnen auf ihre PatientInnen werfen; sie wirkt weiter in der Auswahl und Handhabung diagnostischer Verfahren und therapeutischer Instrumente sowie in der Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung. Die metapherngestützten Handlungsmuster konkretisieren bestimmte Krankheits- und Gesundheitsbilder und tragen so zu einer Festigung und Ausdifferenzierung dieser Bilder bei.

Die Studie erhebt nicht den Anspruch, repräsentativ zu sein. Es wurden Handlungstypen ermittelt, die Einsicht in grundlegende Mechanismen ärztlichen Denkens und Handelns gewähren, über deren Verbreitung aber angesichts des beschränkten Samples keine Angaben gemacht werden können.

Der Wert der Studie liegt in ihrem grundlagentheoretischen Charakter. Die Verallgemeinerbarkeit der Erkenntnisse wird unterstützt durch Untersuchungen, in denen die Wirksamkeit von Metaphern auch in anderen Handlungsfeldern wie Psychotherapie (Buchholz, 1993) und Sozialberatung (Schmitt, 1995, 1997) sowie für die Zukunftspläne und -wünsche von Studierenden (Moser 2001) festgestellt wurde.

Eine exemplarische Darstellung ärztlicher Handlungstypen, wie sie in diesem Beitrag geplant ist, erlaubt mir, die Feinstrukturen metaphorischer Konzepte zu beleuchten.

Nur dadurch wird die Brisanz dieser Konzepte deutlich. Ich habe drei Handlungstypen ausgewählt, die jeweils eine Nähe zum biomedizinischen, zum soziopsychosomatischen und zum salutogenetischen Paradigma zeigen. Biomedizinisch und soziopsychosomatisch orientierte Metaphern kommen im empirischen Material etwa gleich oft vor; die salutogenetische Orientierung findet sich äußerst selten, in ausgeprägter Form nur bei zwei ÄrztInnen. Ich werde bei der Skizzierung der metaphorischen Konzepte zunächst auf das für das jeweilige Konzept typische Krankheits- bzw. Gesundheitsbild eingehen, um anschließend die dieses Bild konkretisierenden Handlungsstrukturen am Beispiel der Handlungsmuster eines oder einiger weniger ÄrztInnen zu beschreiben. Die individuellen ärztlichen Handlungsmuster, die einem der drei hier vorgestellten Handlungstypen zugeordnet wurden, sind nicht notwendig derselben Schlüsselmetaphorik verpflichtet (s. Schachtner 1999, S. 65 ff.).

KRANKHEIT ALS NORMABWEICHENDE URSACHE-WIRKUNGS-KETTE

Krankheitsbild

Metaphern, die diesem Krankheitsbild verpflichtet sind, beschreiben Krankheit als linearen Prozess, der auf eine eindeutige Ursache zurückzuführen ist. In der Vorstellung eines Arztes, der sich eines entsprechenden metaphorischen Konzepts bedient, verläuft Krankheit auf »Schienen und Bahnen«. Die Schienen- und Bahnenmetaphorik impliziert einen eindeutig benennbaren Ausgangs- und Zielpunkt von Krankheit. Ausgangspunkte, anders gesagt: Krankheitsursachen sind nur dann eindeutig feststellbar, wenn sie als messbare Normabweichung imaginiert werden. Organische Normabweichungen lassen sich leichter messen als psychische. Das »Schienen- und Bahnenmodell« stellt primär auf physiologische Zusammenhänge ab und steht damit dem biomedizinischen Paradigma nahe.

Der erste Blick

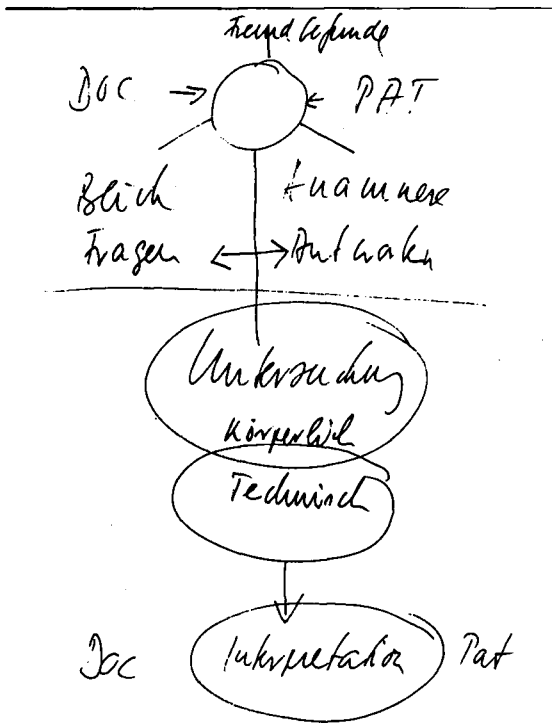
Es bestimmt den Arzt bereits in der ersten Begegnung mit einem Patienten, wie folgendes Beispiel illustriert. In die Praxis des o. g. Arztes kommt ein Patient, der an diffusen Beschwerden leidet. Der Arzt beschreibt den Erstkontakt wie folgt: »Das sind drei oder vier Schienen, die der Patient mir bei der Anamnese (...). Es müssen sich immer bei jedem Patienten bestimmte Bahnen eröffnen, gedankliche Bahnen, auf denen man vorwärts kommen will (...)«[1]. Die allgemeine Formulierung lässt darauf schließen, dass das Bild der Schiene nicht nur diese eine Begegnung prägt. Schon im ersten Blick auf den Patienten steckt die Intention, eine Schiene zu eröffnen, auf der der Arzt vorwärts, nicht etwa seitwärts kommen will. Verzweigungen müssen ihn nicht interessieren, denn Krankheitsverläufe sind für ihn geradlinige Verläufe.

Diagnosesuche

Entsprechend dieses Bildes gestaltet er die Diagnosesuche, die er folgendermaßen beschreibt: »Die Fragen gehen immer nach dem schon vorher gestellten Bahnensystem. In welche Bahn gehört er denn?« Die im Zuge des ersten Blicks gestellte Anhiebsdiagnose verweist in dem von dem Arzt geschilderten Fall auf eine mögliche Kreislauf-, Stoffwechsel- oder Schilddrüsenschädigung. Mit Blick auf diese möglichen Schienen – die ausschließlich auf das Organische abstellen – untersucht der Arzt eine Vielzahl von Körperteilen und -funktionen mit dem Ziel, die Anhiebsdiagnose durch eine vorläufige Diagnose zu ersetzen, in seinen Worten: »Ich muss irgendwann zu dem Punkt kommen, wo ich ein 'Strich mach' und sag 'Dringender Verdacht auf ...'«. Die Schienenmetapher (Schachtner 1997) erlaubt ein systematisches, planvolles, regelgeleitetes, rational begründbares Denken und Handeln, das auf die Identifizierung kausaler Zusammenhänge zielt. Aufgrund der ermittelten Befunde zieht der Arzt den angestrebten Strich, er diagnostiziert: Gefäßkrankheit. Die angenommene Linearität des Krankheitsverlaufes erlaubt dem Arzt, als »schlimmste Folge« einen Herzinfarkt zu prognostizieren.

Therapie

Wenn Krankheit die Verlaufsform einer Schiene hat, so muss diese durch eine medizinische Intervention unterbrochen werden, am besten durch eine Gegenschiene. Dieser Intention folgt das therapeutische Programm des Arztes, dessen Kernstück der von dem Arzt so bezeichnete »Hirtenbrief« bildet. Der Hirtenbrief enthält Anweisungen zur Lebensführung, um Risikofaktoren auszuschalten, die die krankhafte Ursache-Wirkungs-Kette vorantreiben. Diejenigen PatientInnen, die dieses Angebot annehmen, sieht der Arzt als »die Patienten, die auf meiner Schiene laufen«. Der Hirtenbrief verkörpert die Gegenschiene, eine starke Gegenschiene, wenn man den Kontext einbezieht, aus dem die Metapher stammt. Ein Hirtenbrief stellt in der katholischen Kirche eine Verlautbarung des



Der Schienenmetapher korrespondiert eine systematische, regelgeleitete Diagnosesuche

Bischofs dar, mit der Prinzipien zur Lebensgestaltung ausgegeben werden. Er ist mit hoher geistlicher Autorität ausgestattet; die Bezeichnung eines therapeutischen Programms als Hirtenbrief dürfte in einem katholischen Einzugsbereich (in einem solchen ist der Arzt tätig) die Bedeutung aus dem religiösen Kontext mittransportieren.

Arzt-Patient-Beziehung

Mit dem Hirtenbrief ist über die Therapie hinaus die Arzt-Patient-Beziehung angesprochen. Der Arzt macht in dem Hirtenbrief Vorgaben, der Patient soll diese annehmen. Dies impliziert ein Aktiv-passiv-Modell, das sich auch in anderen Phasen der Krankheitsbearbeitung zeigt, wie aus den Äußerungen des Arztes hervorgeht. Die Anamnese schildert der Arzt beispielsweise so: »Also, der Patient wird aufgenommen mit dem Computer (...); dann wird ein so genanntes Anamnesenband erstellt (...). Das erstell ich. Ich fass das zusammen. Und die Fragen gehen immer nach dem schon vorher gestellten Bahnensystem.« Die Anamnese verläuft nach einem feststehenden Schema, das der Arzt einführt. Damit gibt dieser die Struktur für die Kommunikation vor. Der Arzt stellt die Fragen, der Patient empfängt die Fragen. Krankheit, als Ursache-Wirkungs-Zusammenhang gedacht, schreibt dem Arzt eine aktive und dem Patienten eine passive Rolle zu. Sowohl die pathologischen Kausalzusammenhänge als auch die darauf abgestimmten Behandlungsmethoden stützen sich auf ein schulmedizinisches Fachwissen, über das in der Regel allein der Arzt verfügt. Folglich muss er derjenige sein, der definiert, entscheidet und führt, während der Patient geführt wird. Das Aktiv-passiv-Modell ist nicht nur durch die medizinische Tradition, sondern auch

durch einen gesellschaftlichen Konsens über die Rolle des Arztes abgesichert und insofern ein relativ stabiles Beziehungsmodell.

Das spezifische, von der Schienenmetapher inspirierte Krankheitsbild erschließt sich über das ärztliche Handeln. Die Metaphorik entfaltet sich gleichsam im Handeln; sie bekommt den Charakter eines roten Fadens, der die verschiedenen Handlungselemente miteinander verbindet. Daraus ergibt sich ein Handlungsmuster, das das Krankheitsbild bestätigt.

KRANKHEIT ALS MISSLUNGENE LEBENSBEWÄLTIGUNG

Krankheitsbild

Aus der Perspektive metaphorischer Konzepte, die dieses Krankheitsbild stützen, erschöpft sich Krankheit nicht in veränderten organischen Funktionen; diese sind lediglich Signale problematischer psychosozialer Prozesse, in den Worten einer Ärztin: Krank ist jemand »der mit sich selbst so wenig in Harmonie ist, dass er über seinen Körper ein Signal produzieren muss«. Der Signalmetapher korrespondiert ein Menschenbild, das den Menschen in einer sozialen Umgebung situiert, mit der er sich permanent auseinander setzen muss. In dieser Auseinandersetzung geht es darum, Ansprüche und Forderungen der Umwelt mit den eigenen Bedürfnissen in Einklang zu bringen. Eine Ärztin, die diesem Krankheitsbild nahe steht, bezeichnet Krankheit als eine Wunde (Schachtner 1999, S.101). Sie meint eine Lebenswunde, die in einer Abwehrschwäche besteht. Sie sagt in Bezug auf eine Patientin, die an Candida leidet: »Der Pilz kann sich immer wieder einnisten, weil sie sich nicht genug wehren kann.« Eine andere Ärztin, deren Praxis ebenfalls von der Signalmetapher inspiriert ist, definiert Krankheit als »eine nicht gelungene, also eine mit Schmerzen und Verletzungen einhergehende Auseinandersetzung mit der Umwelt«. Diesem Krankheitsbild zufolge, das sich am soziopsychosomatischen Paradigma orientiert, existiert eine Wechselbeziehung zwischen organischen und psychosozialen Vorgängen. Wechselbeziehungen verschließen sich sowohl einer linearen Logik als auch einer eindeutigen Benennbarkeit von Ursache und Folge, was einen weiteren Unterschied zu dem zuerst diskutierten Krankheitsbild markiert.

Der erste Blick

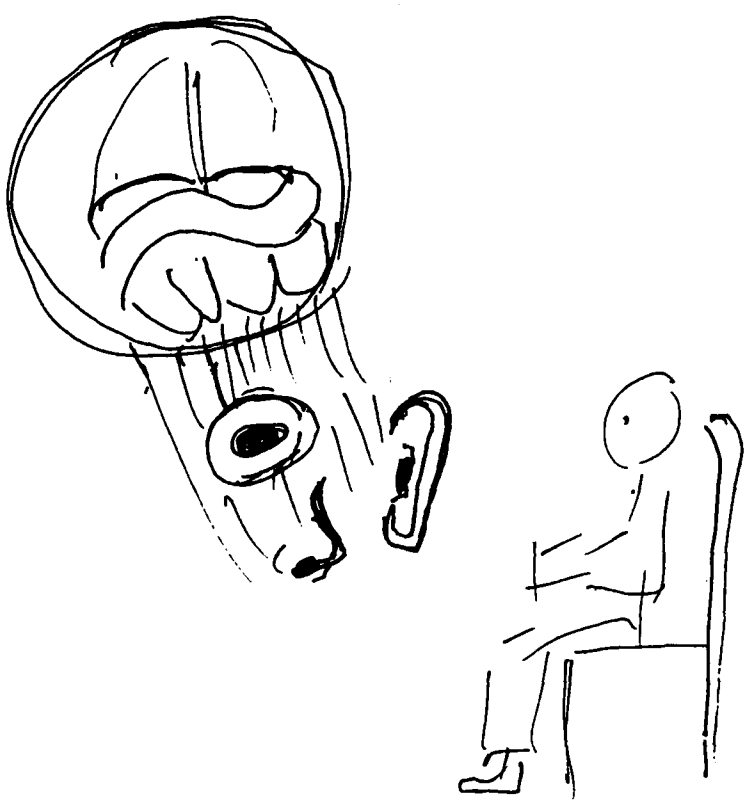
Die Wirksamkeit der »Signalmetapher« lässt sich wiederum bereits in der ersten Begegnung mit PatientInnen feststellen. Die ärztliche Aufmerksamkeit richtet sich nicht auf mögliche organische Ursache-Wirkungs-Ketten, sondern auf die psychosomatische Gesamtverfassung der PatientInnen. Jene Ärztin, die Krankheit als Wunde definiert, charakterisiert in dem von ihr beschriebenen Fall die Patientin als »ein ganz ganz armes kleines Mädchen«, das »in den Seilen hing, ohne Kraft und Schwung«. Einem Kollegen, dessen Praxis ebenfalls der Signalmetapher folgt, erschien die von ihm als Fallbeispiel geschilderte Patientin im ersten Augenblick »so ein bisschen wie eine Maus, die in der Enge ist«, eine dritte erwähnt den »unruhigen traurigen Gesichtsausdruck«, der sich ihr bei der ersten Begegnung eingeprägt habe. Es scheint, als ob mit dem ersten Blick entsprechend der Signalmetapher nach Zeichen gesucht wird, die etwas darüber aussagen, wie die/der PatientIn im Leben steht: Die erste Patientin steht nicht, sie hängt, die zweite hat keinen Handlungsspielraum, die dritte ist ohne Optimismus. Ins Blickfeld rückt das Defizitäre, Mangelhafte, das an der Schnittstelle zwischen Subjekt und Umwelt angesiedelt ist.

Diagnosesuche

Im Sinne des ersten Eindrucks wird die Diagnosesuche fortgesetzt. Die Suche gilt zwar auch organischen Krankheitssymptomen; das Hauptinteresse aber richtet sich auf psychosoziale Mechanismen, die die

Chancen gelingender Lebensbewältigung mindern. Eine Diagnose zu stellen heißt für eine der ÄrztInnen, die mit diesem Krankheitsbild arbeitet, »einen Punkt zu bringen, an dem sie (die Patientin, d. V.) festmachen kann«. Der Punkt ist der wunde Punkt, den die Ärztin erkennen will und der für die Patientin erkennbar werden soll. Die Diagnosesuche zielt auf das Verstehen des Menschen und seiner körperlichen Beschwerden im Kontext seiner Lebensumstände ab. Dieses Verstehen verlangt ein Sich-Hineindenken und Sich-Hineinfühlen in die gesamte Problemlage der PatientInnen, was ohne intensive Interaktion nicht zu bewerkstelligen ist. Die Signalmetaphorik fordert Kommunikation als zentrales Mittel der Diagnosesuche oder wie es ein Vertreter dieser Metaphorik (vgl. Schachtner, 1999) ausdrückt: »Man braucht ein Zugewendetsein.« Eine Ärztin spricht davon, dass sie mittels konfrontativer Fragen an der perfekten Fassade der Patientin kratzt.

Der zentrale Stellenwert von Kommunikation im Kontext der Signalmetapher wird von einem Arzt auch dadurch unterstrichen, dass er selbst medizintechnische Diagnoseverfahren unter kommunikativen Aspekten bewertet. Ein kommunikationsförderndes Verfahren ist für ihn die Ultraschalluntersuchung, weil sie, wie er sagt, »nicht trennt, sondern verbindet«. Er vergleicht das Verfahren mit dem Handauflegen; er betont die körperliche Berührung bei dieser Untersuchung, die in seinen Augen »das Aufmachen des Patienten«, anders gesagt, die Gesprächsbereitschaft fördert.



Sinnliche Wahrnehmung und Kommunikation als zentrale Diagnoseinstrumente im Kontext der Signalmetapher

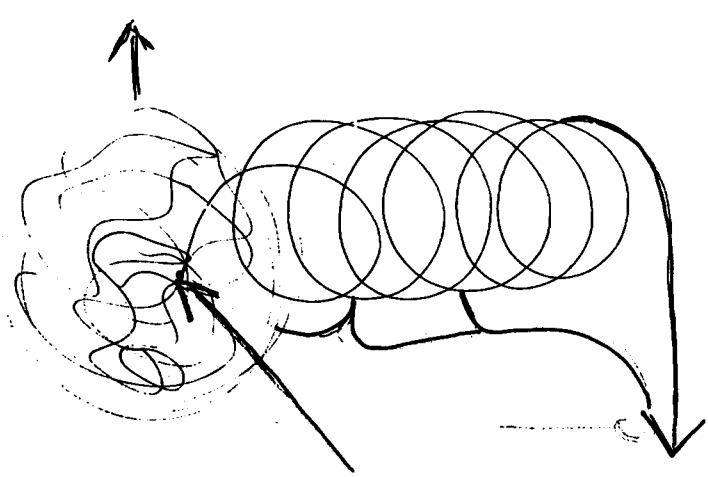
Therapie

Mit dem Handauflegen ist eine heilende Dimension angesprochen. Generell dient die Kommunikation im Kontext der Signalmetaphorik nicht nur der Diagnosesuche; sie leitet zugleich die Therapie ein. »Es spielt schon eine große Rolle, wenn sie über ihre Konflikte reden können«, erklärt eine Ärztin. Das Zur-Sprache-Bringen belastender Lebensumstände wird als Bestandteil der Therapie betrachtet.

Wenn organische Beschwerden als Signal für mangelnde Kraft und Instabilität gedeutet werden, ist es logisch, das therapeutische Ziel in der Stärkung von Widerstandskraft, in der Wiedergewinnung von Stabilität, in der Kräftigung des »Abwehrsystems« zu sehen. Diese Ziele prägen das Behandlungskonzept der ÄrztInnen, die ihre Praxis auf die Signalmetapher stützen. Der von einer Ärztin ins Gespräch gebrachte wunde Punkt ist in deren Augen nicht nur diagnose-, sondern auch therapierelevant. Sie möchte der Patientin einen »Punkt (...) bringen, an dem sie festmachen kann und dann 'ne Art roten Faden, an dem sie das aufdröselt.« Der wunde Punkt bekommt in der Fortsetzung des Satzes den Charakter eines Rettungsankers, und der rote Faden, den die Ärztin anbietet, erscheint als Rettungsseil. Die Patientin kann, so erklärt die Ärztin, sicher sein, daß sie ihr beisteht, »bis die Abwehrlage wirklich gut ist«.

Arzt-Patient-Beziehung

Der Signalmetaphorik korrespondiert eine Arzt-Patient-Beziehung, die ich als Führungs-Kooperations-Modell bezeichne. Manche ÄrztInnen legen den Akzent stärker auf Führung, manche stärker auf Kooperation. Die als »ganz ganz armes kleines Mädchen« wahrgenommene Patientin signalisiert Führungsbedarf. Die Ärztin muss ihr



Der wunde Punkt als Lebenswunde und der rote Faden als Rettungsseil

den Punkt bringen, die Ärztin ist es, die an der Fassade kratzt, die konfrontative Fragen stellt und, wie sie an anderer Stelle bemerkt, der Patientin die Zusammenhänge erklärt. Die Patientin allerdings darf nicht passiv bleiben wie im Aktiv-passiv-Modell, sie muss mitspielen; sie muss ihre Geschichte »aufdröseln«. Die Lebenswunde lässt sich nur unter aktiver Mithilfe der PatientInnen entdecken, insofern ist Kooperation nötig. Der kooperative Aspekt wird von jenen ÄrztInnen verstärkt, die neben der Hilfebedürftigkeit ihrer PatientInnen auch Selbsthilfepotentiale wahrnehmen, so wie diese Ärztin, die eine Patientin einerseits als überlastet und andererseits als belastbar (jemand, der sein Päckel macht) beschreibt. Sie charakterisiert ihre therapeutischen Möglichkeiten als »Geländer«, das die Patientin »in die Hand nehmen kann oder auch nicht«.

Die Signalmetapher lenkt die ärztliche Aufmerksamkeit auf psychosoziale Aspekte eines krankhaften Prozesses, was nicht heißt, dass die organische Seite unbeachtet bleibt. Sie ist jedoch im Unterschied zum biomedizinischen Modell nicht primärer Bezugspunkt von Diagnose und Therapie. Gemeinsam ist aber den beiden metaphorischen Konzepten die Krankheit als Bezugspunkt ärztlichen Wahrnehmens und Handelns.

GESUNDHEIT ALS ENTWICKLUNG

Gesundheitsbild

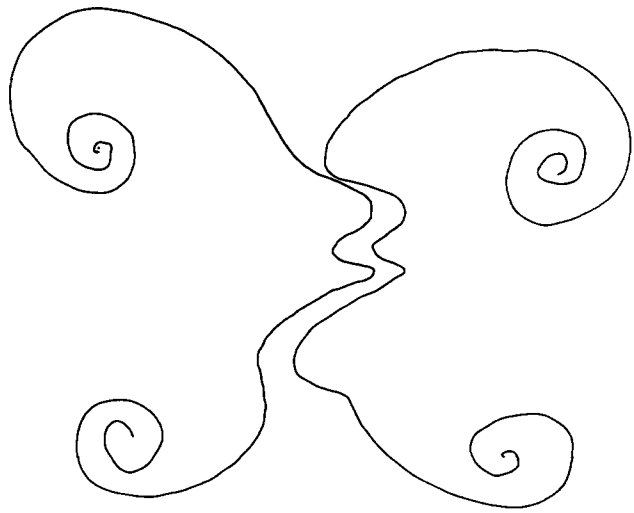
Die Entwicklungsmetapher unterscheidet sich grundsätzlich von den beiden vorangegangenen metaphorischen Konzepten, weil sie nicht auf Krankheit, sondern auf Gesundheit abstellt. Was ist Gesundheit? Das, was einer Ärztin an einer depressiven Patientin als gesund erscheint, charakterisiert sie als das Bunte, Strahlende, »Fiedrige«. Ein anderer Arzt setzt Gesundheit mit Entwicklung gleich, der er die Stagnation entgegensetzt, die für ihn nicht nur Krankheit, sondern Tod bedeutet. Verbindende Momente dieser beiden gesundheitsorientierten Metaphern sind Dynamik, Bewegung, Entfaltung. Dieses metaphorische Konzept schließt an das Gedankenmodell der Salutogenese an, dessen Kernstück die Frage bildet: Unter welchen Bedingungen bleiben oder werden Menschen gesund? Gesundheitsbezogene Metaphern finden sich in den untersuchten Praxismustern selten und meist nur in Ansätzen; lediglich zwei ÄrztInnen arbeiten auf der Basis einer vorwiegend gesundheitsorientierten Metaphorik.

DER ERSTE BLICK

Der erste Blick einer Ärztin, die sich an dieser Metaphorik orientiert, fällt einerseits auf den leidenden Gesichtsausdruck und die magere, gebeugte Gestalt einer Patientin, andererseits sieht sie, wie sie sagt, »etwas Helles«. Sie bringt in Bezug auf das Helle ihre Intuition ins Spiel: »Das habe ich irgendwo so gespürt, dass da irgendetwas Fiedriges und irgendwas Strahlenderes ist.« Das Strahlende, das sie als Synonym für das Gesunde verwendet, ist vom Kranken verdeckt; es liegt tiefer und noch weit entfernt, wie die Ärztin in ihrer Zeichnung darstellt. Aber es stimuliert eine Hoffnung: »Bei der (der Patientin, d. V.) ist vielleicht auch noch irgendwas rauszuholen« bemerkt die Ärztin. Die Intention, etwas herauszuholen heißt, etwas in Bewegung zu bringen, wodurch dieses Etwas Entfaltungschancen erhält. Das Bewegungsmotiv ist an die Entwicklungsmetaphorik gekoppelt.

Diagnosesuche

Bei der Suche nach einer Diagnose spielt das Herausholen bzw. die Identifizierung der Gesundheitspotentiale eine vorrangige Rolle. Als Zeichen solcher Potentiale wertet die Ärztin, dass sich die Patientin bunter anzieht als andere depressive PatientInnen, dass sie mit ihrem Hund spazieren geht, dass sie zwei Edelweiß züchtet. (In diesen Zeichen kehrt das Bewegungsmoment als Merkmal von Gesundheit wieder.) Gesund-



Gesundheit als etwas Buntes und Strahlendes

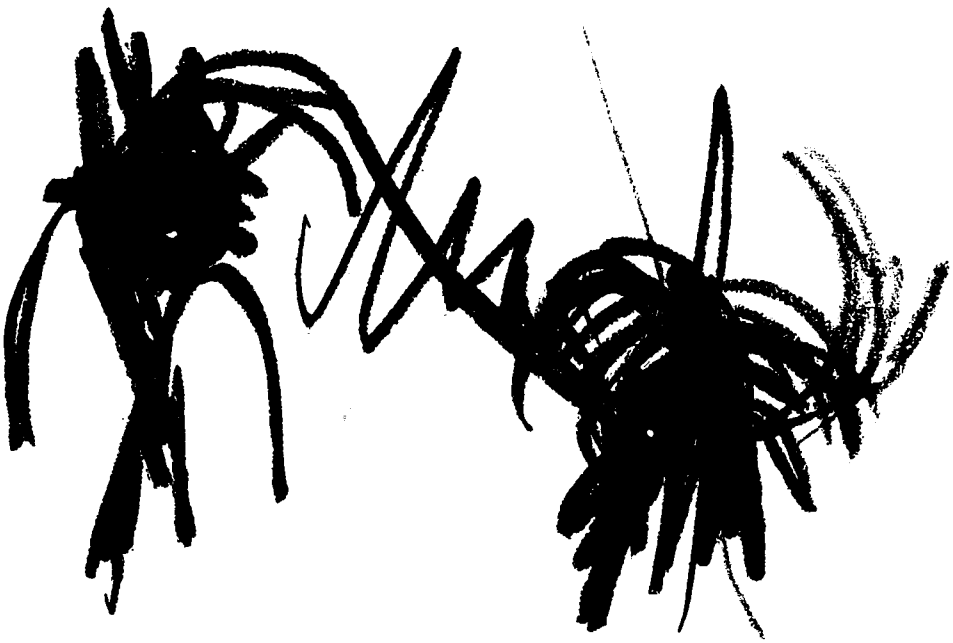
heit zeigt sich für beide ÄrztInnen in einer als konstruktiv bewerteten Interaktion zwischen Subjekt und Umwelt. Gesundheit ist damit am Schnittpunkt zwischen Subjekt und Umwelt angesiedelt, genauso wie die Lebenswunde im Kontext des soziopsychosomatischen Paradigmas. Doch die Wunde signalisiert eine misslingende Interaktion. Die Wunde ist etwas zu Beseitigendes, das Strahlende etwas zu Förderndes.

Therapie

Die therapeutische Intervention der Ärztin ist von der Überzeugung getragen, »da sind noch so Töne, die man zum Schwingen bringen kann«. Sie versucht, die Töne auf verschiedene Weise zum Schwingen zu bringen, z. B. indem sie die Patientin fragt, »ob sie denn irgendwie sich vorstellen könnte, ja, was sie denn machen würde, wenn sie zum Beispiel keine Schmerzen mehr hätte«. Diese Frage zielt sowohl auf die Diagnose von Lebensreserven ab als auch auf deren Mobilisierung, indem sie die Patientin anregt, sich eine andere Zukunft vorzustellen. Wünsche nach etwas anderem können Kräfte wachsen lassen. Was wäre, wenn ...?, diese Frage ist die entscheidende Frage, die den therapeutischen Prozess vorantreibt (vgl. Hildenbrandt 1996, 34), ist doch das Wesen dieser Frage das Offenlegen und Offenhalten von Möglichkeiten. Für den zweiten Arzt beinhaltet eine auf der Entwicklungsmetapher basierende Gesundheitsförderung »über eine kurze Strecke eine Entwicklung miteinander machen«.

Arzt-Patient-Beziehung

Mit dieser Äußerung bringt sich der Arzt in eine emotional enge Beziehung zur Patientin, in der sich nicht nur diese, sondern auch er sich verändert. Entwicklung setzt Interaktion voraus, die notwendig Beziehungen



Gesundheit als Entwicklung

konstituiert. Das Entwickeln bezieht sich sowohl auf das Sichtbarmachen von vorhandenen Gesundheitsressourcen als auch auf das Stärken dieser Ressourcen. Deshalb ist die Beziehung ein Dreh- und Angelpunkt für Diagnose und Therapie. »Wo eine Beziehung möglich ist«, bemerkt die Ärztin, »ist immer so meine Hoffnung, dass man dann auch noch was rausziehen kann von dem, was da ist.«

Die Arzt-Patient-Beziehung im Rahmen der Entwicklungsmetaphorik gestaltet sich in Abhängigkeit von den wahrgenommenen Gesundheitsressourcen. Je geringer diese veranschlagt werden, desto mehr übernimmt der Arzt die Führung. Ein Arzt, der von sich sagt »zuerst mal dachte ich, ich müsste es (Entscheidungen zu treffen, d. V.) für sie tun«, ändert seine Haltung, als er die Patientin selbstbewusster erlebt: »Ich musste mein anfängliches Verhalten auch mehr in die Richtung korrigieren, dass ich sie in die Entscheidungen miteinbeziehe.«

Die Entwicklungsmetapher legt ein partnerschaftliches, kooperatives Verhältnis nahe, denn Entwicklungen können nicht für eine(n) andere(n) gemacht werden. Gesundheitsorientierte Metaphern lenken den ärztlichen Blick auf gesunde Potentiale, die als Gegengewicht zum Kranken gestärkt werden können. Sie stimulieren eine Praxis, die weniger auf das Beseitigen abzielt als vielmehr auf das Fördern und Unterstützen.

Die Suche nach Gesundheitspotentialen könnte sich auch auf lebensweltliche Strukturen beziehen; in dem vorliegenden empirischen Material bleiben die Suchverfahren jedoch auf das Individuum beschränkt. Gesundheit wird als individuelles und weniger als kollektives Gut gesehen und gefördert.

RESÜMEE

Welche Bedeutung haben die ärztlichen Metaphern für spezifische Krankheits- und Gesundheitsmodelle und für spezifische Formen der Krankheitsbearbeitung bzw. Gesundheitsförderung? Vor dem Hintergrund der exemplarischen empirischen Befunde möchte ich abschließend eine zusammenfassende Antwort entwickeln.

Der aus dem Altgriechischen kommende Begriff Metapher bedeutet »hinübertragen«. Metaphern eignet die Fähigkeit, heterogene Kontexte so miteinander zu verbinden, dass Bedeutungen von einem Kontext in einen anderen übertragen werden und vom zweiten so gesprochen wird, als sei er der erste (vgl. Buchholz 1993; Carveth 1993, S. 17). Metaphern existieren nicht nur in unserer Sprache, sie nehmen Einfluss darauf, wie wir die Welt wahrnehmen, wie wir in ihr fühlen und handeln (Lakoff/Johnson 1980).

Die Verwendung der Begriffe Schienen und Bahnen zur Kennzeichnung krankhafter Zusammenhänge schreibt diesen eine lineare kausale Struktur zu. Jene Ärztin, für die das Strahlende Gesundheit bedeutet, wundert sich, dass ihr die gezeichnete Patientin zu einem Hahn mit bunten Federn gerät. Die Verwunderung spricht dafür, dass die benutzte Metaphorik nicht bewusst ist. Unbewußte Metaphern sind schlafende oder tote Metaphern im Unterschied zu lebendigen, die in Verbindung mit dem Wörtchen »wie« gebraucht werden (z. B. jemand ist hart wie ein Stein oder flink wie ein Hase oder geschmückt wie ein Pfingstochse).

Metaphern charakterisieren nicht nur das Bezeichnete, sie enthalten darüber hinaus Handlungsanweisungen. Eine als problematisch erkannte Schiene muß durchkreuzt werden, eine Lebenswunde muss geheilt werden; das Strahlende bietet Ansatzpunkte zum Anziehen und Herausziehen. Teilweise mit identischen Begriffen charakterisieren die ÄrztInnen ihre diagnostische und therapeutische Praxis.

Die Wirksamkeit metaphorischer Konzepte beginnt vom ersten Augenblick der Begegnung an. Der erste Blick der ÄrztInnen fällt vor allem auf jene Aspekte, die im Kontext ihrer metaphorischen Konzepte bedeutsam sind. Dies können Aspekte sein, die Hinweise liefern auf die Lebensumstände der PatientInnen, auf vorhandene Risikofaktoren, auf eine verdeckte Wunde. Der erste Blick steuert nachfolgende Blicke, sei es, dass er bestimmte Sichtweisen ausgrenzt oder den Suchprozeß in eine bestimmte Richtung lenkt. Der erste Eindruck hat den Charakter einer Erwartungshypothese (vgl. Frey/Lilli 1993, S. 63f). Je stärker diese ist, desto mehr und desto begründetere Informationen sind nötig, um die Erwartungshypothese zu widerlegen.

Die im ersten Eindruck gewonnenen Informationen beeinflussen, welche Diagnoseverfahren gewählt werden. Sind es eindeutig benennbare und messbare Informationen, so finden standardisierte Verfahren Anwendung. Handelt es sich um diffuse, schwer beschreibbare Informationen, so stützt sich die weitere Diagnosesuche stärker auf Ahnungen, Sinneseindrücke sowie auf den Dialog. Die Gestaltung der Diagnosesuche wiederum greift in die Arzt-Patient-Beziehung ein. Der Anwendung standardisierter Verfahren korrespondiert tendenziell das Aktiv-passiv-Modell, in dem der Arzt alleine die Führung übernimmt, während gesprächsorientierte Diagnoseverfahren eine kooperative Beziehung erfordern.

Selbst die emotionale Qualität der Arzt-Patient-Beziehung ist verknüpft mit metaphorischen Konzepten. Metaphern wie »man braucht ein Zugewendetsein« oder »man muss eine gute Antenne für Patienten haben« verlangen in besonderem Maße empathische Zuwendung.

Metaphern übernehmen bei der Verschränkung von medizinischem Fachwissen und individueller Fachproblematik eine vermittelnde Funktion. Diese Funktion zeigt sich in den Begriffen, in denen sie zur Sprache kommen. Es sind Begriffe, die sich an die Alltagssprache anlehnen und zugleich abstrahieren. Begriffe wie Schienen, Bahnen, Lebenswunde vermitteln zwischen Theorie und Praxis; sie schlagen eine Brücke zwischen dem Allgemeinen und dem Besonderen. Metaphern, so meine These, stellen als vermittelnde Konzepte eine Bedingung für Erkenntnis und Handeln in der medizinischen Praxis dar. Sie generieren einen bestimmten Handlungsstil, wie er uns auch in den Werken von KünstlerInnen entgegentritt.

Wie kann die Wirksamkeit von Metaphern im Interesse einer erfolgreichen Krankheitsbearbeitung und Gesundheitsförderung optimiert werden?

1. Obschon Metaphern Erkenntnis stimulieren, enthalten sie gleichzeitig Beschränkungen. Krankheit im Bild der Schiene imaginiert, kann dazu führen, dass die nicht objektivierbaren Seiten einer Krankheit außer Acht bleiben. Zu sehr dem Strahlenden zugewandt, kann es geschehen, dass der ärztlichen Aufmerksamkeit eine Verschlechterung des Zustands entgeht. Diese Risiken zu erkennen, setzt voraus, dass sich die ÄrztInnen ihrer eigenen metaphorischen Konzepte bewusst werden.

2. Nicht notwendig stimmt die ärztliche Metaphorik mit den auf Seiten der PatientInnen existierenden Metaphoriken überein. Erfolgreiche Krankheitsbearbeitung bzw. Gesundheitsförderung setzen nicht Übereinstimmung voraus, wohl aber Abstimmung. Dies erfordert von ÄrztInnen einmal mehr selbstreflexive Distanz sowie kommunikative Kompetenz für notwendige Aushandlungsprozesse.

3. Die Qualität ärztlicher Intervention erhöht sich in dem Maße, als ÄrztInnen nicht nur über ein metaphorisches Konzept verfügen, sondern im Hinblick auf unterschiedliche Krankheiten, unterschiedliche PatientInnen und deren Lebensperspektiven auf unterschiedliche Metaphern zurückgreifen können.

Die genannten Erfolgskriterien basieren auf der Fähigkeit, Metaphern flexibel und situativ angepasst zu handhaben oder sie zu verändern. Metaphorische Konzepte sind mehr oder weniger offene Konzepte und daher für Veränderung im Sinne von Erweiterung, Differenzierung, Akzentuierung prinzipiell zugänglich. Die Entwicklung eines reflexiven und flexiblen Gebrauchs metaphorischer Konzepte beschreibt eine breit gefächerte und permanente Aufgabe für ÄrztInnen. Sie kann umso erfolgreicher gelöst werden, wenn die Schulung der erforderlichen Fähigkeiten bereits in der universitären Ausbildung von MedizinerInnen beginnt und in der Fort- und Weiterbildung z. B. in Form von »reflecting teams« oder »Qualitätszirkeln« praxisbegleitend fortgesetzt wird. »Ein Bild hielt uns gefangen«, schrieb Ludwig Wittgenstein, »und heraus konnten wir nicht, denn es lag in unserer Sprache.« Die Gefangenschaft gilt es zu überwinden, die Bilder aber brauchen wir.

Literatur

BUCHHOLZ, M. (1993): »Die Rolle der Prozeßphantasie in der stationären Psychotherapie«, Journal für Psychologie (4) (1993), pp. 65-81

CARVETH, D. L. (1993): »Die Metaphern des Analytikers, Eine dekonstruktionistische Perspektive«. In: M. Buchholz, (ed)., Metaphernanalyse, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, pp. 15-71

FREY, D./WALDEMAR, L. (1993): Die Hypothesentheorie der sozialen Wahrnehmung. In: D. Frey/Irle (ed)., Band I: Kognitive Theorien, Bern: Hans Huber Verlag, pp. 48-80

HILDENBRAND, B./WELTER-ENDERLIN, R. (1996): Systemische Therapie als Begegnung, Stuttgart: Klett

LAKOFF, G./JOHNSON, M. (1980): Metaphors we live by. Chicago: The University of Chicago Press

MOSER, K. S. (2001): Metaphern des Selbst, Wie Sprache, Umwelt und Selbstkognition zusammenhängen

SCHACHTNER, CH. (1997): Medizinische Diagnosen im Zeichen von Metaphern, Ausgewählte Ergebnisse einer Studie zur Praxis niedergelassener ÄrztInnen. Psychosozial, (IV) (1997), pp. 95 – 105

SCHACHTNER, CH. (1999): Ärztliche Praxis, Die gestaltende Kraft der Metapher. Frankfurt/Main: Suhrkamp

SCHACHTNER, CH.,(1999): Punkte, Schienen und das Fiedrige, Metaphern in der ärztlichen Praxis. Universitas (631), pp. 52 – 64.

SCHMITT, R. (1997): Metaphernanalyse als sozialwissenschaftliche Methode, Mit einigen Bemerkungen zur theoretischen »Fundierung« psychosozialen Handelns. Psychologie und Gesellschaftskritik (1), pp. 57 – 86

SCHMITT, R. (1995): Metaphern des Helfens. Weinheim: Psychologie Verlags Union

STRAUSS, A. (1991): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München: Fink