

Prof. Dr. Martina Drescher
Lehrstuhl für Romanische und Allgemeine Sprachwissenschaft
Universität Bayreuth, GW I
D-95440 Bayreuth

Einführendes Referat zum Thema

Sprache, Diskurs und Gesundheit

gehalten auf dem Workshop zu *Gesundheit, Medizin, Lebenswelten und Existenzsicherung* am Institut für Geographie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen, 24.-25.1.2008

1. Einleitung

Die Perspektive, die ich in diesen Workshop einbringen kann, ist die der Sprachwissenschaft. Meine Überlegungen zum Zusammenhang von Sprache, Diskurs und Gesundheit gehen auf ein Forschungsprojekt zurück, daß sich mit HIV/AIDS-Prävention im frankophonen Teil Afrikas – speziell in Burkina Faso – befaßt. Allerdings will ich betonen, daß ich keine Praktikerin auf dem Gebiet der Gesundheitskommunikation bin, wenngleich meine Untersuchungen durchaus einen Anwendungsbezug haben können.

Der Titel meines Kurzreferats *Sprache, Diskurs und Gesundheit* geht auf die Veranstalter dieses Workshops zurück. Ich selbst hätte anstelle des Begriffs der „Sprache“ den der „Kommunikation“ vorgezogen. Daher will ich mit einigen Überlegungen zum Zusammenhang von Gesundheit und Kommunikation beginnen und erst danach auf die beiden verbleibenden Konzepte *Sprache* und *Diskurs* zu sprechen kommen.

2. Kommunikation

Leitend für jede Form von Prävention ist die sog. „Wissenskluft-Hypothese“, d.h. die Annahme, ein gefährdendes Verhalten – ganz gleich, ob es sich dabei um den exzessiven Genuß von Tabak oder Alkohol oder um ungeschützten Geschlechtsverkehr handelt – sei auf fehlendes Wissen zurückzuführen. Wohingegen die Verfügbarkeit des Wissens die Menschen dazu bewegen werde, künftig auf risikobehaftetes Verhalten zu verzichten. Inwieweit diese Annahme zutreffend ist, sei hier dahingestellt. Man kann allerdings bezweifeln, daß Wissen allein, also primär kognitive Faktoren, zu einer Verhaltensänderung führt. Kritiker dieses Ansatzes verweisen insbesondere auf die Vernachlässigung der emotionalen Faktoren sowie insgesamt der Psychodynamik des menschlichen Verhaltens.

Dessen ungeachtet steht im Zentrum jeder Art von Prävention die Wissensvermittlung mit dem Ziel, Menschen durch Aufklärung und die Bereitstellung entsprechender Informationen zu einer Aufgabe des gefährdenden Verhaltens zu bringen. Im Bereich der HIV/AIDS-Prävention bedeutet dies eine effektive Wissensvermittlung zu Themen aus dem Bereich der Sexualität, um hier eine Verhaltensänderung zu bewirken. Dabei spielt Kommunikation die entscheidende Rolle. Prävention basiert im wesentlichen auf Kommunikation, wobei wir es meist mit einer asymmetrischen Kommunikationssituation zu tun haben. Diese ist durch ein Wissensgefälle zwischen Experten und Laien charakterisiert, was wiederum zu einer spezifischen Verteilung nicht nur von Rechten und Pflichten, sondern auch von Macht und Prestige führt. So verfügt der Experte in der Regel nicht nur über das entsprechende Wissen, sondern auch über eine höhere Autorität, die er in der Kommunikation ausspielen kann.

Gesundheitskommunikation kann *personal* bzw. direkt oder *massenmedial* bzw. indirekt erfolgen. Sie nutzt verschiedene Zeichensysteme und Medien: Bilder, Plakate, Filme, Lieder, Theater etc. Nie wird sie jedoch ohne die *Sprache* auskommen, dem primären und grundlegenden semiotischen System. Damit wären wir bei dem ersten Schlüsselbegriff meines Beitrags.

3. Sprache

Gerade in den in aller Regel mehrsprachigen afrikanischen Gesellschaften spielt die Wahl der Sprache, in der die Gesundheitskommunikation erfolgt, eine nicht zu unterschätzende Rolle. In der massenmedialen Kommunikation fällt die Entscheidung meist zugunsten einer offiziellen Sprache – Englisch, Französisch, aber auch afrikanische Vehikularsprachen wie Swahili – aus. Doch auch in der personalen Kommunikation dominieren häufig diese ‚großen‘ Sprachen.

Das hat zunächst praktische Gründe: Neben der größeren Reichweite ist es insbesondere die Tatsache, daß viele Präventionsprogramme und -botschaften von internationalen Geldgebern und Nichtregierungsorganisationen entwickelt und in die afrikanischen Länder ‚exportiert‘ werden. Trotz des Anspruchs auf Kultursensitivität werden sie nicht speziell für ein afrikanisches Land oder gar eine ethnische Gruppe konzipiert, sondern weitgehend überregional eingesetzt. So identifiziert man z.B. in Burkina die Akteure der HIV/AIDS-Fernsehclips aufgrund ihrer Physiognomie sowie ihres ganzen Habitus nicht als Westafrikaner. Die Verwendung einer ehemaligen Kolonialsprache hat neben der überregionalen Verwendbarkeit den weiteren Vorteil, daß eine angemessene und ausgebaute Terminologie für die zu übermittelnden Inhalte bereit steht. So verfügen das Englische wie auch das Französische über ein reichhaltiges Vokabular zur Erklärung biomedizinischer Zusammenhänge.

Das Gleiche gilt auch für die Strategien der Popularisierung. Zur Veranschaulichung virologischer Prozesse gibt es inzwischen eingeführte und teilweise konventionalisierte Metaphern und Analogien, wobei die Kriegsmetaphorik eine zentrale Rolle spielt: Viren erscheinen typischerweise als ‚Feinde‘ oder ‚Eindringlinge‘, das Immunsystem als eine ‚Festung‘ und die Reaktionen des Körpers werden als ‚Kampf‘ symbolisiert. Diese Bilder sind auch in den von mir untersuchten Präventionskampagnen in Burkina Faso sehr gängig. Es ist jedoch fraglich, inwiefern sie für ein Verständnis des Krankheitsgeschehens förderlich sind. Insbesondere vor dem Hintergrund

medizinethnologischer Untersuchungen, die zeigen, daß HIV/AIDS teilweise in ganz anderen Bildfeldern konzeptualisiert wird. So spielt bei den Lobi in Burkina Faso das Bild der Spinne eine zentrale Rolle. Das Tier ist zugleich eine wichtige, mit zahlreichen Eigenschaften versehene Figur in den traditionellen Erzählungen der Lobi, die wiederum auf die Erklärung des Krankheitsgeschehens von HIV/AIDS zurückwirken (Cros 2005).

Dazu kommen – zumindest im frankophonen Westafrika – häufig nur rudimentäre, basilektale Kenntnisse der offiziellen Sprache. Eine Übersetzung in die lokalen Sprachen scheint daher dringend geboten. In den lokalen afrikanischen Sprachen gibt es jedoch keine vergleichbaren biomedizinischen Terminologien. Das deutet nicht nur auf Abweichungen in den Konzeptualisierungen von Krankheiten, Ansteckung etc. hin, sondern läßt auch erahnen, welche Schwierigkeiten mit einer Übersetzung verbunden sind. Diese muß – wenn sie gelingen soll – weit über eine bloß sprachliche Äquivalenzsuche hinausgehen und zugleich eine kulturelle Einbettung vornehmen. Mit der Wahl von Englisch oder Französisch als Kommunikationsmedium wird dieser Schritt jedoch den Rezipienten der Präventionsbotschaften überlassen oder an nachrangige und dafür nicht qualifizierte Vermittler wie etwa *peer educators* oder andere Informationsmultiplikatoren delegiert. Dadurch sind die für die Präventionskampagnen Verantwortlichen nicht unmittelbar mit divergierenden Auffassungen bezüglich Gesundheit und Krankheit konfrontiert. Zugleich wird durch das Festhalten an biomedizinischen Erklärungsmodellen und der dazu gehörigen Fachsprache die schwierige, aber unerläßliche Auseinandersetzung mit bestehenden Tabus auf dem heiklen Feld von Sexualität, Krankheit und Tod vermieden.

Der Mangel an Adressatenorientierung, also die fehlende Anpassung einer Botschaft an den potentiellen Adressaten, tritt durch die Verwendung einer europäischen Sprache nicht offen zu Tage. Er verschleiert insbesondere die Tatsache, daß die Erklärung komplexer virologischer Zusammenhänge etwa in

Fulfulde oder Mooré nicht ohne weiteres möglich ist, da dies eine vorherige, reflektierte und kulturell angemessene Übersetzung der biomedizinischen Konzepte erfordern würde. Bei Konkreta – etwa dem Wort für ‚Kondom‘ – ist dies noch vergleichsweise einfach. Hier besteht die Lösung häufig in einer Entlehnung, also der Übernahme des fremden Worts mit der Sache. So hat das umgangssprachliche französische Wort für ‚Kondom‘ – *capote* – Eingang in viele lokalen Sprachen Westafrikas gefunden. Für abstrakte Konzepte und Zusammenhänge wie ‚Virus‘, ‚Infektion‘ oder ‚Seropositivität‘ ist dies jedoch nicht so einfach zu bewerkstelligen. Es stellt sich also grundsätzlich die Frage, ob die entsprechenden Informationen ihre Zielgruppen überhaupt erreichen, ob also Gesundheitskommunikation unter solchen Bedingungen gelingen kann.

Nach meinen Beobachtungen führt die fehlende Anpassung einer Botschaft an den potentiellen Adressaten, insbesondere an seine sprachlichen Voraussetzungen und an sein Vorwissen, dazu, daß Gesundheitskommunikation oft ins Leere läuft. Hier greifen die sprachliche Aufbereitung und die inhaltliche Anschlußfähigkeit der Präventionsbotschaften ineinander. Da in beiden Bereichen die gemeinsame Basis fehlt, kommt es nicht selten zu einer Pseudo-Wissensvermittlung, die stark formelhafte Züge trägt. Einzelne Versatzstücke werden von den Empfängern zwar memoriert und können bei Bedarf mehr oder weniger stereotyp abgerufen werden, aber ihre Inhalte erreichen die Menschen nicht wirklich und sind kaum in den Alltag zu integrieren. Aufgrund der Abschottung des biomedizinischen Diskurses, der – in der Gewißheit seiner Legitimität und Autorität – alternative Diskurse ignoriert, findet die notwendige Auseinandersetzung mit lokalen Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit, Krankheitsübertragung etc. in der Regel nicht statt. Und damit sind wir bei dem zweiten zentralen Begriff meines Referats angelangt: dem des *Diskurses*.

4. Diskurs

‚Diskurs‘ ist zu einem Modewort in den Geistes- und Kulturwissenschaften geworden und damit beinahe nichtssagend, weil allumfassend. In der Linguistik

verweist ‚Diskurs‘ zunächst auf den Gebrauch der Sprache, die Aktualisierung des Sprachsystems im Akt der Rede. Diskurs in diesem Verständnis ist also eng verwandt mit dem eingangs erwähnten Begriff der Kommunikation. Eine zweite Verwendung geht auf den französischen Philosophen Michel Foucault zurück, der im Rahmen seiner ‚Geschichte der Ideen‘ (*histoire des systèmes de pensée*) einen eher inhaltsbezogenen Diskurs-Begriff entwickelt, der auch mit Blick auf die HIV/AIDS-Prävention von Belang ist. Nach Foucault (1969) sind Diskurse historisch geformte und überwiegend sprachlich gefaßte Komplexe von Aussagen über die materiellen und immateriellen Dinge in der Welt. Sie beziehen sich auf spezifische Wirklichkeitsausschnitte, für die sie Interpretationen und Deutungen zur Verfügung stellen. Diskurse sind also keine sprachlichen Abbildungen der Realität, sondern sie *konstruieren* diese Realität, indem sie Beziehungssysteme zwischen verschiedenen Elementen herstellen. Folglich bestimmt Foucault (1969:66) den Diskurs als die Gesamtheit von Praktiken, die systematisch die Gegenstände bilden, von denen sie sprechen („des pratiques qui forment systématiquement les objets dont ils parlent“).

Diskurse stehen in einem engen Bezug zu Wissen, das sie binden, strukturieren und verfügbar machen. Die in Diskursen aufbereiteten Aussagen über die Welt sind keineswegs neutral oder wertfrei, sondern mit moralischen, ästhetischen etc. Urteilen versehen. Unter den Prinzipien, die den Diskurs regulieren, spielen Instanzen der Macht, denen die Diskurskontrolle obliegt, eine herausragende Rolle. Sie entscheiden nicht nur über die Legitimität eines Diskurses (im Sinne von ‚richtig‘ vs. ‚falsch‘), sondern auch über die der Sprecher (im Sinne von ‚autorisiert‘ vs. ‚nicht autorisiert‘) und verfügen über eine Reihe von Ausschlußpraktiken. Insofern haben Diskurse stets ideologischen Charakter. Ziel Foucaults ist es zum einen, die Entstehung der Diskurse nachzuzeichnen (*genealogische* Diskursanalyse; vgl. auch *Archäologie* des Wissens); zum anderen die Diskurspraktiken zu untersuchen, die unter dem Einfluß bestimmter Machtkonstellationen die Formung des gesellschaftlichen Wissens durch

Ausschluß-, Begrenzungs- und Aneignungsprozesse regeln (*kritische Diskursanalyse*). Bei dieser zweiten Richtung steht die Analyse der Instanzen der Diskurskontrolle im Zentrum. Für den Bereich der Sexualität umreißt Foucault (1976:20) diese Aufgabe exemplarisch wie folgt: „prendre en considération qu'on en [i.e. Sexualität, M.D.] parle, ceux qui en parlent, les lieux et points de vue d'où on en parle, les institutions qui incitent à en parler [...] bref, le ‚fait discursif‘ global, la ‚mise en discours‘ du sexe“.¹ Foucaults Ansatz ist also ein ideologiekritischer. Er nimmt die Entstehungsbedingungen eines Diskurses ins Visier, mit dem Ziel, dahinter verborgene Machtstrukturen aufzudecken und zu entlarven.

Kommen wir zurück zu Gesundheitskommunikation und speziell zur HIV/AIDS-Prävention, die zu den wichtigsten Instanzen einer Verbreitung des biomedizinischen Diskurses gehört. Dieser enthält nicht nur ein bestimmtes Wissen über HIV/AIDS, sondern auch moralische Urteile. Erinnerung sei in diesem Zusammenhang an die bekannte ABC-Formel, die Wege für die Vermeidung einer Ansteckung aufzeigt und dabei klare Prioritäten setzt (nämlich Abstinenz vor Treue und Kondomgebrauch lediglich als letzte Lösung). Obgleich ursprünglich ebenfalls lokal in westlichen Gesellschaften verortet, tritt der biomedizinische Diskurs inzwischen mit einem universellen Anspruch auf. Er ist zu einem relativ einheitlichen, standardisierten Diskurs mit globaler Reichweite avanciert. Dennoch lassen sich auch hier verschiedene ‚Stimmen‘ ausmachen: So unterscheiden sich die amerikanische und die europäische Version etwa in ihrer mehr oder weniger permissiven Haltung gegenüber dem Kondomgebrauch (Gutmacher Institute 2007). Typische Repräsentanten des biomedizinischen Diskurses in Afrika sind Vertreter nationaler Gesundheitsbehörden sowie internationaler Nichtregierungsorganisationen.

¹ Aufgabe einer kritischen Analyse der Diskurse zu Sexualität wäre es also, festzuhalten, daß man überhaupt darüber spricht, wer darüber spricht, die Orte und Perspektiven derjenigen, die darüber sprechen, die Institutionen, die dazu anregen, darüber zu sprechen, kurzum, das globale ‚diskursive‘ Geschehen, die ‚Diskursivierung‘ des Geschlechtlichen.

Der biomedizinische Diskurs zu HIV/AIDS trifft in den Präventionskampagnen meist auf alternative Gegen- bzw. Paralleldiskurse, die für denselben Wirklichkeitsausschnitt andere Interpretationen bereithalten und – wie der biomedizinische Diskurs – Deutungshegemonie beanspruchen. Das in diesen Diskursen organisierte Wissen über HIV/AIDS ist eingebettet in ein lokales Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Lokale Diskurse zu Gesundheit und Krankheit spielen in der HIV/AIDS-Prävention bislang nur eine untergeordnete Rolle. Systematisch untersucht wurden sie vor allem von Medizinethnologen (Charmillot 1997; Cros 2005; Vidal 2004). Sie weisen vermutlich – trotz einiger rekurrenter Erklärungsmuster wie etwa der Verursachung einer Krankheit durch Zauberei oder Mißachtung der Ahnen – eine größere, ethnisch bedingt Vielfalt auf als der biomedizinische Diskurs. Bei HIV/AIDS als einer noch relativ jungen Krankheit findet man einerseits eine Einbindung in traditionelle Klassifikationen von Krankheiten, andererseits eine Übernahme und Aneignung von Elementen des biomedizinischen Diskurses, die in synkretistischen Vorstellungen augenfällig wird. Ein Beispiel dafür ist die in meinen Daten wiederholt auftretende Vorstellung einer absichtlichen Ansteckung durch infektiöses Blut, das Getränken beigemischt wird. Hier verbinden sich offenbar traditionelle Vorstellungen zur Weitergabe von Krankheiten mit der herausragenden Rolle des Blutes in der biomedizinischen Erklärung von HIV/AIDS.

Das in Diskursen strukturierte und tradierte Wissen erschließt sich primär über eine Inhaltsanalyse, also einen hermeneutisch-verstehenden Zugang, der jedoch – im Falle von HIV/AIDS – nicht ohne zusätzliche ethnographische Informationen auskommen kann. Aus linguistischer Perspektive ist es von besonderem Interesse zu untersuchen, welche sprachlichen Mittel bei der Wissensvermittlung einerseits und bei der Abgrenzung und Identifizierung einzelner Diskurse andererseits zum Einsatz kommen. Im ersten Fall stößt man v.a. auf Verfahren, die der Veranschaulichung dienen wie Metaphern,

Analogien, Beispiele, Erzählungen etc. Im zweiten Fall sind Verfahren aufschlußreich, die auf die Verortung einer Information bzw. eines Wissenslements in einem bestimmten Diskurs verweisen. Die Akteure geben nicht selten selbst Auskunft über die Zugehörigkeit eines Wissenslements zu diesem oder jenem Diskurs. In meinen Daten verwenden sie bei Verweisen auf den lokalen Diskurs typischerweise distanzierende Formulierungen wie *es scheint, die Leute sagen, ich habe sagen hören*. Bezugnahmen auf den biomedizinischen Diskurs erfolgen hingegen durch Äußerungen wie *das ist eine wissenschaftliche Wahrheit, man hat gezeigt, es wurde bewiesen*.

Sprachwissenschaftliche Untersuchungen werden den Fokus auf diese metakommunikativen Wendungen legen, wenn es darum geht, die *diskursive Heterogenität* der HIV/AIDS-Prävention, also die Existenz von Gegen- und Paralleldiskursen, herauszuarbeiten. Solche Analysen können dazu beitragen, die Interaktion unterschiedlicher Diskurse und der in ihnen gefaßten Wissensbestände aufzudecken und Prozesse der Diffusion und Transformation von Wissen *in situ* zu nachzuzeichnen. Sie eröffnen damit eine Schnittstelle zu sozialwissenschaftlichen Fragestellungen. Diese könnten im Gegenzug von einer differenzierten, empirisch abgesicherten linguistischen Beschreibung kommunikativer Aushandlungsprozesse im Zusammenhang mit der Durchsetzung und Legitimierung von Geltungsansprüchen und letztlich auch von Macht profitieren.

5. Literatur

- Charmillot, Maryvonne (1997): Les savoirs de la maladie. De l'éducation de la santé en contexte africain. Genf: Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation.
- Cros, Michèle (2005): Résister au sida. Récits du Burkina. Paris: PUF.
- Drescher, Martina (2004): Zur Interkulturalität der Wissenskommunikation. Das Beispiel der HIV / AIDS-Prävention in Burkina Faso. In: Gesprächsforschung. Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 5, 118-147.
- (2006): Sprachliche Markierungen alltagsweltlicher Diskurse in der HIV/Aids-Prävention Burkina Fasos. In: Drescher, Martina, Klaeger, Sabine (Hg.) Kommunikation über HIV/Aids. Interdisziplinäre Beiträge zur Prävention im subsaharischen Afrika. Münster: LIT Verlag, 15-47.
- (2007): Global and Local Alignments in HIV/AIDS Prevention Trainings: A case study from Burkina Faso. In: Communication & Medicine 4-1, 3-14.
- (erscheint): Contextualizing Local Knowledge: Reformulations in HIV/AIDS Prevention in Burkina Faso. In: Higgins, Christina, Norton, Bonny (Hg.) Applied Linguistics in the Field: Local Knowledge and HIV/AIDS. Multilingual Matters.
- Drescher, Martina, Klaeger, Sabine (Hg.) (2006): Kommunikation über HIV/Aids. Interdisziplinäre Beiträge zur Prävention im subsaharischen Afrika. Münster: LIT Verlag.
- Foucault, Michel (1969): L'archéologie du savoir. Paris: Gallimard.
- (1976): Histoire de la sexualité. Band 1 La volonté de savoir. Paris: Gallimard.
- Guttmacher Institute (2007): Learning from Adolescents to Prevent HIV and Unintended Pregnancy. www.guttmacher.org 09/2007.
- Vidal, Laurent (2004): Ritualités, santé et sida en Afrique. Pour une anthropologie du singulier. Paris: IRD – Karthala.