

Subjektives Erleben von Körpersymptomen

Prozessorientierte Entfaltung, Perspektiven und Bedeutungen

Dissertation

zur Erlangung der Würde einer Doktorin der Philosophie

vorgelegt der Philosophisch-Historischen Fakultät
der Universität Basel

von

Ruth Weyermann

von Wittenbach / Schweiz

Zürich, 2006

Studentendruckerei

Genehmigt von der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Basel, auf Antrag von Prof. Dr. Udo Rauchfleisch und Prof. Dr. Thomas M. Gehring.

Basel, den 19. Mai 2006

Der Dekan

Prof. Dr. Kaspar von Greyerz

Dank

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Menschen und Kräften bedanken, die mich bei diesem Projekt begleitet, beraten, unterstützt und gefördert haben und so dessen Verwirklichung ermöglichten.

Herrn Prof. Dr. Udo Rauchfleisch und Herrn Prof. Dr. Thomas M. Gehring danke ich für das entgegengebrachte Interesse und die Möglichkeit, dieses Thema im Rahmen der vielfältigen Forschungsarbeiten, die von ihnen betreut werden, aufzugreifen. Für die sehr hilfreichen Ideen aus ihrer breiten und langjährigen Erfahrung sowie für den vielfältigen Input in methodischer und strukturierender, stilistischer Hinsicht und die stetige Begleitung des Projekts in konstruktiver Weise bis am Schluss sei mein herzlicher Dank ausgesprochen.

Die Grundvoraussetzung der vorliegenden Arbeit war die Bereitschaft der befragten jungen Maturandinnen, sich im oft übervollen Schulalltag, Zeit zu nehmen für das Interview. Mein grosser Dank dafür gilt allen, die teilgenommen haben, auch für die inspirierende Vielfalt und die Tiefe der jeweiligen Kontakte.

Meinen Freundinnen und Freunden danke ich für die anhaltende Ermutigung und die Zuversicht in meinen Lernprozess und meine Kreativität. Meinen Eltern sei herzlich für ihren vertrauensvollen und fortwährenden Glauben an meine persönliche Kraft gedankt.

Meinem Lebenspartner Josef Helbling danke ich aus tiefstem Herzen für die anregenden und klärenden Diskussionen, die über tote Punkte hinweg halfen, für den Freiraum und die liebevolle Geduld im Alltag. Die Möglichkeit, Momente von Frustration und Begeisterung zu teilen schufen eine unermesslich wertvolle und unterstützende Atmosphäre.

INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung	7
Abstract	9
1 Einleitung	10
2 Theoretischer Hintergrund	13
2.1 Körpersymptome in verschiedenen Fachgebieten.....	13
2.1.1 Definition	13
2.1.2 Körpersymptome in der allopathischen Medizin	14
2.1.3 Körpersymptome in der psychosomatischen Medizin	15
2.1.4 Psychologische Betrachtungsweisen.....	19
„Experiencing“	20
„Krankheit als Weg“	22
<i>Medizinische Psychologie</i>	23
2.1.5 Zusammenfassung.....	24
2.2 „lived experience“ und Körpersymptome	25
2.2.1 „lived experience“ als phänomenologisches Konzept.....	25
2.2.2 Kommunikation und Veranschaulichung der „lived experience“ von Körpersymptomen	27
<i>Körpersymptome als Spezialfall von Körpererleben</i>	27
<i>Sinnesbasierte Beschreibung</i>	29
<i>Exkurs über Metaphern</i>	31
<i>Nichtverbale Ausdrucksformen</i>	33
2.2.3 Zusammenfassung.....	34
2.3 Sinn und Bedeutung in Krankheit und Symptomen.....	35
2.3.1 Konzeptualisierung.....	35
2.3.2 Sinnerfahrung im Zusammenhang mit Körpersymptomen.....	37
2.3.3 Kohärenzgefühl und Sinnerfahrung	39
2.3.4 Zusammenfassung.....	42

2.4	Prozessarbeit.....	43
2.4.1	Konzepte.....	43
2.4.2	Arbeit mit Körpersymptomen	45
	<i>Entfaltung</i>	46
	<i>Beispiel einer Arbeit mit einem Körpersymptom</i>	48
2.4.3	Zusammenfassung.....	50
2.5	Forschungsfragen	50
3	Methode	52
3.1	Stichprobe.....	52
3.1.1	Auswahl und Anwerbung der Teilnehmerinnen	52
3.1.2	Beschreibung der Stichprobe.....	54
3.2	Erhebungsinstrumente	55
3.2.1	Auswahl des Verfahrens.....	56
3.2.2	Problemzentriertes Interview (PZI).....	57
	<i>Fragebogen zu soziodemografischen und Persönlichkeitsmerkmalen</i>	59
	<i>Leitfaden</i>	62
	<i>Skizzenartige Zeichnungen</i>	64
	<i>Postskriptum</i>	67
3.3	Durchführung und Auswertung der Befragung.....	67
3.3.1	Angaben zur Datenerhebung.....	67
3.3.2	Aufbereitung der Daten	70
3.3.3	Auswertung der Daten.....	72
	<i>Fragebogen zu soziodemografischen und Persönlichkeitsmerkmalen</i>	72
	<i>Leitfadeninterview und skizzenartige Zeichnungen</i>	72
3.3.4	Erwägungen zu den Gütekriterien.....	74
4	Ergebnisse.....	76
4.1	Ergebnisse aus den Fragebogen	76
4.2	Ergebnisse aus dem Leitfadeninterview	79
4.2.1	Beschreibungen des subjektiven Körpersymptomerlebens.....	80
	<i>Metaphern</i>	80

4.2.2	Sinn- und Bedeutungserfahrungen	82
	<i>Kausalattributionen</i>	83
	<i>Kontrollfähigkeit</i>	86
	<i>Einbettung in Lebensumstände und benefit finding</i>	86
	<i>Benefit finding und Identitätserweiterung</i>	90
4.2.3	Perspektiven auf das Symptomerleben	91
	<i>Unterschiede in den verbalen Beschreibungen</i>	91
	<i>Unterschiede in den Skizzen</i>	94
4.3	Zusammenfassung und Gewichtung der Ergebnisse.....	102
5	Diskussion	105
5.1	Diskussion der Ergebnisse	105
5.1.1	Stichprobenmerkmale und Ergebnisse aus den Fragebogen	105
5.1.2	Wahrnehmung und Beschreibung von subjektivem Symptomerleben ...	106
5.1.3	Bedeutung und Sinnerfahrungen	107
5.1.4	Perspektivenänderungen.....	111
5.2	Limitationen und weiterführende Überlegungen	113
6	Literaturverzeichnis	116
	Anhang A - O	128
	Lebenslauf	

Zusammenfassung

Körpersymptome sind in der allopathischen Medizin auch heutzutage fast ausschliesslich in Hinblick auf ihre messbaren und intersubjektiv kommunizierbaren Aspekte wichtig. Bei diesem naturwissenschaftlich geprägten Verständnis besteht die Aufgabe des Arztes in Bezug auf Körpersymptome darin, zu objektivieren, das „Typische“ daran in möglichst messbarer Weise zu erfassen und von den subjektiven, erlebnisbetonten Aspekten in den Beschreibungen der Patienten zu abstrahieren. Diese Objektivierung des Körpers hat neben unbestreitbaren Vorteilen, wie sie in den Fortschritten und Behandlungserfolgen der modernen Medizin zum Ausdruck kommen auch den Nachteil, dass das erlebende Subjekt in der Medizin zu verschwinden droht. Das erlebende Subjekt ist jedoch *conditio sine qua non* wenn es darum geht, den Inhalten des menschlichen Lebens Sinn und Bedeutung zu geben.

Das subjektive Erleben von Körpersymptomen und Krankheiten als Forschungsgebiet ist in der Psychosomatik und in phänomenologisch orientierten Richtungen der Psychotherapie und Psychologie lebendig geblieben. Die vorliegende Arbeit ordnet sich in diese Denk- und Forschungstradition ein. Sie beschränkt sich aber nicht auf „klassische“ psychosomatische Krankheitsbilder und schwere lebensbedrohliche Krankheiten, sondern richtet ihr Augenmerk auf von jedem Menschen individuell und subjektiv erfahrene alltägliche Körpersymptome. Die explorative qualitative Studie hat ihren Fokus dabei auf den folgenden drei Hauptaspekten: Wie beschreiben Menschen ihr je eigenes und subjektives Erleben von Körpersymptomen? Werden Bedeutungs- und Sinnerfahrungen thematisiert, wenn Menschen unterstützt werden, ihren subjektiven Wahrnehmungen von Körpersymptomen mehr Raum und Aufmerksamkeit zuzuwenden? Verändert dies die individuelle Perspektive auf das Symptom?

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurde das subjektive Erleben einer Stichprobe von 20 Frauen im Alter von 18 – 21 Jahren mit der Bildungsstufe Matura erforscht. Im Rahmen eines problemzentrierten Interviews wurde die „lived experience“ eines Körpersymptoms und dadurch die phänomenologische, erlebnisorientierte Beschreibung dieses Körpersymptoms zugänglich gemacht. Zur Entfaltung der subjektiven Erfahrung wurden Zugangsweisen aus der prozessorientierten Psychologie in adaptierter Form angewendet.

Neben dabei gemachten Sinn- und Bedeutungserfahrungen beschrieben die Probandinnen sowohl verbal als auch in einer Skizze vor und nach diesem Entfaltungsteil des Interviews, ob

und wie sich ihre Perspektive auf das Körpersymptom veränderte. Als Grundlage der Auswertung diente der vollständige Transkripttext aller Interviews sowie die digitalisiert vorliegenden Skizzen zur Erfassung der Perspektive. Das Vorgehen bei der Auswertung orientierte sich an den qualitativ-inhaltsanalytischen Grundformen der „Zusammenfassung“ und der „Strukturierung“ nach Mayring und an dem von Lamnek dargestellten interpretativ-reduktiven Verfahren.

Als häufigster und wichtigster Aspekt von Sinn und Bedeutung fanden sich Beschreibungen eines sich aus dem Symptom und der subjektiven Symptomerfahrung ergebenden Nutzens, was in der Kategorie „benefit finding“ zusammengefasst wurde. Als weitere häufige sinnstiftende Kategorien ergab die qualitative Inhaltsanalyse „Kausalattributionen“ und „Einbettung in Lebensumstände“. Kausalattributionen treten hauptsächlich vor der Entfaltung des subjektiven Erlebens auf, die anderen Kategorien ausschliesslich nachher. Der sich aus der subjektiven Symptomerfahrung ergebende Nutzen steht immer im Zusammenhang mit einer Erweiterung der Identität oder Selbstbeschreibung der Probandinnen.

Im Gegensatz zu den eindeutig negativ gefärbten Perspektiveschilderungen vor der Entfaltung des subjektiven Erlebens wird nachher in den vorherrschenden Themen „Handlungsalternativen“, „Vertrautheit“, „Ganzheit“ und „Kontrollgewinn“ das Symptomerleben aus einem klar positiveren Blickwinkel geschildert. Dieser Hauptunterschied kommt auch in den Skizzen zum Ausdruck. Sowohl in den Grössenverhältnissen zwischen gezeichnetem Ich und Symptom und im proportionalen Verhältnis der beiden als auch in der numerischen Abnahme von bedrohlichen und konfliktanzeigenden symbolischen Elementen ist in aller Regel eine Verringerung des Störungspotentials und der Bedrohlichkeit des Symptoms sichtbar.

Im Diskussionsteil werden Implikationen der festgestellten Verschiebung von einer Opferperspektive des Symptoms hin zu einer aktiven Haltung mit vermehrten Handlungsmöglichkeiten erörtert. Diese möglichen Implikationen betreffen Identitätserweiterung, Compliance, Lebensqualität und weitere salutogenetische Aspekte. Abschliessend werden Limitationen der Studie und weiterführende Forschungsperspektiven diskutiert.

Keywords: Subjektive Symptomerfahrung, Prozessarbeit, Perspektive, Bedeutung, Zeichnungen, „lived experience“, Kohärenzgefühl.

Abstract

Subjective experiences of body symptoms: Process oriented unfolding, perspectives and meaningfulness.

Objectives: This practically orientated, phenomenological study seeks to access body symptoms as they are subjectively experienced. The main questions addressed are: How do people describe their own subjective experience of body symptoms? If people are supported to give these subjective experiences of body symptoms more space and attention, do questions as to their „meaningfulness“ or whether they „made sense“ arise as central themes? Does this process change the perspective from which they perceive their symptoms?

Methods: To answer these questions, a sample of 20 female adolescents (state high school students) was surveyed. Problem-centred interviews were used to research the „lived experience“, the phenomenological, experience-oriented description of body symptoms. Deeper access was attained using methods adapted from Process Work of Mindell. Data was collected using guided interviews and subjects' drawings together with questionnaires regarding socio-demographic and personality characteristics including the SOC-L9.

Results: From the interview transcripts and the subjects' drawings it was shown that a significant number of the research subjects demonstrated a more differentiated awareness of their symptoms and broadened perspectives as a result of the intervention. More differentiated awareness appeared as subjects described their subjective experience of symptoms as „relating to circumstances“ and „benefit finding“. The latter was mentioned always in the context of an extension of the known identity or self-description.

In the category broadened perspectives, the main themes were „changes in behaviour“, „familiarity“, „wholeness“ and „regaining control“. The marked decrease in threatening or conflicting elements in the sketches drawn after successful interventions demonstrates an increasingly positive attitude towards the described symptom.

Conclusions: The results indicate that, through the described short interventions, the process oriented approach can change the subjective experience of otherwise agonising symptoms promoting a resource-oriented strategy. For further development and implementation of the approach, follow-up studies with different age groups and with male research subjects should be considered.

Keywords: Subjective symptom experience, process work, perspectives, meaningfulness, drawings, „lived experience“, sense of coherence.

1 Einleitung

Körpersymptome oder körperliche Schmerzen als eine allgemein menschliche, vermutlich von allen Menschen im Laufe ihres Lebens immer wieder durchlebte Erfahrung sind Phänomene mit sehr vielen unterschiedlichen Facetten. Subjektive Wahrnehmungen und Empfindungen betreffend Krankheit und Gesundheit, Lebensqualität und Lebenssinn hängen ebenso mit Körpersymptomen zusammen wie objektive, „harte“ Daten und Fakten aus naturwissenschaftlichen Gebieten wie Biologie und Chemie. Ein modernes sozialmedizinisches und psychobiologisches Verständnis von Körpersymptomen bewegt sich weg von einer einseitig medizinisch-biologisch orientierten Sichtweise hin zu einer Anerkennung als komplexes Geschehen, bei dem psychosoziale, philosophische, kulturelle, emotionale und salutogenetische Aspekte in einem Balance- und Systemmodell mitbedacht werden müssen. Die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zugangsweise zu diesem vielfältigen und facettenreichen Gegenstand wird zunehmend anerkannt.

Phänomenologisch orientierte Zugangsweisen können die mindestens in der akademischen Forschung lange vernachlässigten subjektiven Aspekte von Körpersymptomen erschliessen.

Eine der ältesten Traditionen, welche in dieser Hinsicht wertvolle Akzente setzte und den Menschen als erlebendes Subjekt auch beim Erleben und Durchleiden seiner Krankheiten und Symptome nicht aus den Augen verlor, ist die Psychosomatik. Weiter haben Beiträge aus der medizinischen Psychologie Zusammenhänge zwischen subjektiven Anteilen des Krankheitserlebens und der Krankheitsverarbeitung aufgezeigt und erforscht. Die salutogenetische Sichtweise betont, dass Krankheit und Gesundheit als Kontinuum gesehen werden können, innerhalb dessen das menschliche Leben von den Einzelnen als mehr oder weniger kohärent, das heisst als sinnvoll, verstehbar und handhabbar erlebt wird.

Im Hinblick auf den Reichtum der Beschreibungen subjektiver Körpersymptomerlebnisse betont schon Brody (1987), wie wichtig es ist, die Patienten selber nach ihren Erfahrungen zu befragen und beklagt, wie viel Wissen über die gelebte Erfahrung der Krankheit verloren geht, wenn nie danach gefragt wird. Oliver Sacks (1983) lässt beispielsweise in seinem Buch „Awakenings“ Parkinsonpatienten zu Worte kommen, die darlegen, wie sie es subjektiv erleben, Parkinson zu haben. In ihren Geschichten werden eindringlich die Veränderungen im Raum- und Zeiterleben nachvollziehbar, die in keinem einschlägigen Leitfaden aus der medizinischen Fachliteratur thematisiert sind.

Beschreibungen des subjektiven Erlebens von Körpersymptomen erhöhen jedoch nicht nur die Empathiefähigkeiten der betreuenden Personen. Das subjektive Erleben des Körpersymptoms ist das, was wir elementar als uns selber angehend erleben. Wir finden den Schmerz nicht als eine gleichgültige, objektive Tatsache vor, sondern als einen Aspekt unseres Körpererlebens, der die Aufmerksamkeit auf sich zieht, indem er den Lebensfluss unterbricht, uns in einer intendierten Tätigkeit stört und beeinträchtigt. Trotzdem wird der Körperempfindung selber wenig Raum gegeben, Symptome werden möglichst an den Rand des Bewusstseins gedrängt und marginalisiert. Dies spiegelt sich auch im Forschungsstand zu subjektivem Körpersymptomerleben. Erst in neuerer Zeit wächst das Interesse an akademischer Erforschung subjektiver Inhalte. Das Bestreben, die subjektive Komponente des Krankheits- und Körpersymptomerlebens als Forschungsgegenstand ernst zu nehmen, zeigt sich beispielsweise im Bemühen, Konsens in Bezug auf die Begrifflichkeit verschiedener Aspekte des Körpererlebens zu erreichen (Röhricht, Seidler, Joraschky, Borkenhagen, Lausberg, Lemche, Loew, Prosch, Schreiber-Willnow & Tritt, 2004) und damit einen Beitrag für Forschung und Praxis zu leisten. Bis anhin stammten Forschungsansätze in diesem Gebiet vorwiegend aus praxisorientierten Disziplinen wie Psychotherapie und Pflegewissenschaften. Auch das Interesse der Autorin wurde durch praktische Erfahrungen geweckt. In der psychotherapeutischen Praxis kann immer wieder miterlebt werden, wie die Auseinandersetzung mit Körpersymptomen zu sinnstiftenden und bereichernden Einsichten führt, körperliches Geschehen von den Menschen dabei als sinnvoll erlebt und als Ressource zu Veränderungen genutzt werden kann. Ebenfalls ist oft eindrücklich, wie schwierig es für uns Menschen ist, uns gegenüber marginalisierten, der gewohnten Identität fremden Inhalten zu öffnen. Beobachtungen dieser Art und das Bewusstsein der Diskrepanz zwischen überzeugendem praktischem (Mit)erleben und mangelndem gesichertem Wissen aus der Forschung haben zur Konzeptualisierung der vorliegenden Untersuchung geführt. Als erster wichtiger Schritt muss subjektivem Körpersymptomerleben als marginalisiertem Körpererleben Raum und Fokus zugestanden werden, damit es bewusst und kommunizierbar werden kann. Damit wird eine möglichst exakte phänomenologische Beschreibung des subjektiven Symptomerlebens angestrebt.

Der Fokus der Studie liegt darauf, subjektiven Erfahrung von Körpersymptomen in nachvollziehbarer, sozusagen kontrollierter Form Raum zu geben, die „Übersetzung“ der dabei gemachten Erfahrungen in sprachlichen Ausdruck und bildnerische Gestaltung zu beschreiben sowie mögliche Rückwirkungen dieser Erfahrung auf Sinn-Erleben und Einstellungen zum Körpersymptom zu erfassen.

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wird ausführlich auf verschiedene Aspekte der Subjektivität von Körpersymptomerfahrungen eingegangen. Im Kapitel 2.1 „Körpersymptome in verschiedenen Fachgebieten“ werden wichtige Auffassungen von Körpersymptom im Kontext relevanter Fachgebiete beschrieben. Zuerst werden unterschiedliche Definitionen des Begriffs „Körpersymptom“ kurz dargestellt, anschliessend folgen, mit kritischer Würdigung des Stellenwerts subjektiven Erlebens, Betrachtungsweisen der allopathischen Medizin, der Psychosomatik sowie einiger Ansätze aus Psychologie und Psychotherapie. Kapitel 2.2 „’lived experience’ und Körpersymptome“ beschreibt den Bezug des Themas zur Phänomenologie und thematisiert die Probleme der Kommunikation von gelebter subjektiver Erfahrung. Kapitel 2.3 „Sinn und Bedeutung in Krankheit und Symptomen“ gibt eine Übersicht über verschiedene Aspekte von Sinn- und Bedeutungserfahrungen im Zusammenhang mit Krankheitsbewältigung und Körpersymptomen und beschreibt deren Bezug zum Kohärenzgefühl. Das Kapitel 2.4 „Prozessarbeit“ gibt einen Einblick in die Grundlagen, Konzepte und Arbeitstechniken jener Therapiemethode, aus der die Zugangsweise zur Entfaltung der Körpersymptom-Erfahrung entnommen und für das Interview der vorliegenden Studie adaptiert wurde. Auf der Grundlage des theoretischen Teils werden anschliessend im Kapitel 2.5 die Forschungsfragen formuliert.

Kapitel 3 erläutert das methodische Vorgehen. Zuerst werden die Stichprobenbildung dokumentiert und die soziodemografischen Merkmale der Teilnehmerinnen beschrieben. Im Abschnitt „Erhebungsinstrumente“ werden die Wahl des methodischen Verfahrens erläutert und begründet sowie die einzelnen Datenerhebungsinstrumente beschrieben. Der Methodenteil wird mit der Darlegung von Durchführung und Auswertung der Interviews abgeschlossen. Das 4. Kapitel gibt die Ergebnisse wieder, mit spezieller Gewichtung von Sinn- und Bedeutungserfahrungen und Veränderungen der Perspektive auf das Symptom.

Im 5. Kapitel werden die Ergebnisse im Hinblick auf die theoretischen Ausführungen interpretiert sowie hinsichtlich ihrer Implikationen und Relevanz für verschiedene Forschungsgebiete diskutiert. Ein Blick auf die Limitationen der Studie und weiterführende Forschungsanliegen schliesst den Diskussionsteil ab. Literaturverzeichnis und Anhang vervollständigen die Arbeit.

2 Theoretischer Hintergrund

Im theoretischen Hintergrund werden zuerst im Kapitel 2.1 „Körpersymptome in verschiedenen Fachgebieten“ einige Konzepte des Phänomens Körpersymptom im Kontext einiger relevanter Fachgebiete dargestellt und im Hinblick auf den Stellenwert des Subjektiven kritisch gewürdigt. Kapitel 2.2 „`lived experience` und Körpersymptome“ beschreibt den im Zusammenhang mit dieser Studie besonders zentralen Aspekt der subjektiven Erfahrung von Körpersymptomen und deren Kommunizierbarkeit. Danach wird in Kapitel 2.3 „Sinn und Bedeutung in Krankheit und Symptomen“ eine Übersicht über die in der Literatur vor allem zur Krankheitsbewältigung beschriebenen Sinnerfahrungs-Kategorien und deren Bezug zum Kohärenzgefühl dargestellt. Das Kapitel 2.4 „Prozessarbeit“ gibt einen Einblick in die Grundlagen jener Therapiemethode, aus der die Zugangsweise zur Körpersymptom-Erfahrung entnommen und für das Interview der vorliegenden Studie adaptiert wurde.

Auf der Grundlage des theoretischen Teils werden anschliessend im Kapitel 2.5 die Forschungsfragen formuliert.

2.1 Körpersymptome in verschiedenen Fachgebieten

Das Kapitel 2.1.1 nennt verschiedene Definitionen von „Symptom“. Anschliessend folgt eine summarische Darstellung der Auffassungen von Körpersymptomen in der allopathischen Medizin (Kapitel 2.1.2), der psychosomatischen Medizin (Kapitel 2.1.3) und einigen Bereichen der Psychologie (Kapitel 2.1.3). Dabei wird ein Fokus auf den Stellenwert gelegt, den das subjektive Körperleben jeweils einnimmt. Nicht berücksichtigt wurde das Verständnis von Körpersymptomen in alternativen Medizinsystemen wie beispielsweise anthroposophischer, tibetischer und traditioneller chinesischer Medizin.

2.1.1 Definition

Der Begriff „Symptom“ wird ziemlich einheitlich definiert. In der medizinischen Definition (Haas, 2005, S. 722) sind Symptome „Beobachtungen in Form auffälliger Messwerte, Erscheinungsformen, Verhaltensweisen usw. Basis für weitere Maßnahmen oder die Formulierung/Stellung einer Diagnose.“ Auch im psychologischen Fachbereich werden ähnliche Elemente betont: „Symptom [gr.], Zeichen, Anzeichen, Kennzeichen, aus dem auf etwas anderes

geschlossen werden kann. Symptome sind z. B. Verhaltensweisen, bzw. Leistungen, die auf bestimmte psychische Vorgänge oder Eigenschaften hinweisen; körperliche Veränderungen, die eine bestimmte Krankheit erkennen lassen (Krankheitssymptome); Erscheinungen, die zukünftige Ereignisse ankündigen“ (Dorsch, 1994, S. 779).

In der Wikipedia Definition kommt zu diesen Aspekten ein Hinweis auf die Subjektivität der Empfindung dazu: „Das Symptom (griechisch *σύμπτωμα*, *símbtomma* - *der Hinweis, das Symptom*, von *syn* - *zusammen*, *plus* und *pípto* - *fallen*) ist eine subjektiv empfundene Beschwerde, die Auswirkung einer Krankheit oder einer Verletzung. (...) Meist ist ein Symptom der Anlass, wenn ein Patient medizinischen Rat sucht (*Leitsymptom*). Oft reicht die in der Anamnese erhobene Beschreibung des Leitsymptoms und gegebenenfalls weiterer Symptome aus, um eine Diagnose zu stellen und eine entsprechende Therapie einzuleiten.“ (Internet: <http://de.wikipedia.org/wiki/Symptome>).

In allen Definitionen kommt, übereinstimmend mit der Etymologie des Wortes (Duden, 1963) die Funktion von Symptomen als beobachtbare, messbare Anzeichen einer Krankheit zum Ausdruck. Diese diagnostisch und therapeutisch relevanten Hinweise auf eine Krankheit können dabei körperliche Veränderungen, aber auch Verhaltensauffälligkeiten sein. In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus, wie es im Wort Körpersymptom zum Ausdruck kommt, auf physischen Veränderungen, die subjektiv als beschwerlich, störend oder bedrohlich wahrgenommen werden. Dies deckt sich auch mit dem Alltagsgebrauch des Wortes Körpersymptom.

Trotz dieser recht einheitlichen Definitionen aus unterschiedlichen Fachbereichen sind sehr grosse Unterschiede auszumachen im theoretischen Verständnis von Körpersymptomen, in den Ansichten über den richtigen Umgang mit Körpersymptomen und letztlich auch bezüglich der zugrunde liegenden Auffassungen von menschlicher Existenz überhaupt.

2.1.2 Körpersymptome in der allopathischen Medizin

Grundlagen und Möglichkeiten der Medizin verändern und entwickeln sich schnell. Vorherrschende Einstellungen werden von neuen Paradigmen abgelöst. Auch in Hinsicht auf Körpersymptome kann nicht von einhelligen Ansichten in „der Medizin“ ausgegangen werden. Gerade durch die Antwort auf die Frage, wie Körpersymptome zu verstehen und zu behandeln sind, und welches Menschen- und Weltbild dabei impliziert ist, wird eine Grenzlinie zwischen

sehr unterschiedlichen medizinischen Teilgebieten gezogen. Vereinfachend dargestellt sind dies die allopathische Medizin einerseits und die psychosomatische Medizin andererseits. In diesem Kapitel wird auf Sichtweisen der allopathischen Medizin eingegangen, in den nächsten auf jene aus der psychosomatischen Medizin und der Psychologie.

Körpersymptome sind in der allopathischen Medizin fast ausschliesslich in Hinblick auf ihre messbaren, an die Standards von Checklisten ausgerichteten und intersubjektiv kommunizierbaren Aspekte wichtig. Wenn eine genügende Anzahl der typischen Symptome einer Krankheit beobachtbar ist, kann die Diagnose gestellt und die Therapie leitliniengerecht veranlasst werden (Geigges, 2003). Dieses Verständnis von Körpersymptomen ist naturwissenschaftlich geprägt und folgt dem „Axiom des kausalgesetzlichen, mechanisch-deterministischen Ablaufs von Prozessen in der Natur“ (Baur, 1998, S.20). Die Aufgabe des Arztes in Bezug auf Körpersymptome besteht demzufolge darin, zu objektivieren, das „Typische“ daran in möglichst messbarer Weise zu erfassen und von den subjektiven, erlebnisbetonten Aspekten in den Beschreibungen der Patienten zu abstrahieren. Der Körper wird damit ein Objekt exakter Wissenschaft. Seine Oberfläche wird studiert, und mit Hilfe modernster Technik werden Strukturen und Organe tief im Innern des Körpers sichtbar gemacht und untersucht. Das Ergebnis dieser Untersuchungen „...may be reduced to lab values, numbers, graphs and so forth in an effort to render such processes explicit“ (Toombs, 1992, S.79). Die Autorin beschreibt den dadurch entstehenden Gegensatz zum Erleben des Patienten wie folgt:

Thus, to grasp a particular instant of illness as a typification is to consider it not in its uniqueness, but rather as it exemplifies something other than itself (e.g. as a typical case of diabetes, chicken pox, measles). In *living through* illness, the patient does not experience bodily disorder as simply exemplifying a typified instance of disease. Rather, one experiences illness in the unique manner in which it impacts upon ones particular life situation. (S.20)

Auf die hiermit angesprochene Einzigartigkeit der subjektiven Erfahrung von Körpersymptomen im Erleben des Patienten wird im Kapitel 2.2 detailliert eingegangen.

2.1.3 Körpersymptome in der psychosomatischen Medizin

Die Psychosomatische Medizin formierte sich seit etwa 1920 durch die Anwendung psychoanalytischer Theorie aus dem Bereich der Neurosen auf das Gebiet körperlicher Erkrankungen. Die Entdeckung, dass körperliche Symptome als Ausdruck unbewusster Konflikte entstehen, die aus psychischen Gründen nur so bewältigt werden können, gehört zu den bleiben-

den Leistungen Freuds (Kämmerer, 1999). Zuerst wurden vor allem hermeneutische Verfahren zur retrospektiven Deutung krankhafter somatischer Phänomene eingesetzt. Anfängliche Begeisterung für diesen neuen Ansatz führte dazu, dass kausale Beziehungen zwischen seelischen und körperlichen Prozessen in einer Weise postuliert wurden, durch die komplexe Wirkungsgefüge allzu sehr vereinfacht wurden. Danzer (1994, S. 123) spricht von zu spekulierender Interpretation und führt aus: „Besonders die Frühzeit der Psychosomatik jedoch war von fixen Symbolisierungen und von höchstens den Analytiker, nicht aber sein Opfer befriedigenden Deutungen geprägt“. Diese Fehlentwicklungen wurden korrigiert, ohne jedoch die „Einführung des Subjekts in die Medizin“ (Weizsäcker, 1951) wieder aufzugeben. Baur (1998, S. 22f) fasst zusammen: „Auch wenn die aktuelle Psychosomatische Medizin hinsichtlich der kausalen Interpretation des Zusammenhangs zwischen seelischen und körperlichen Vorgängen sehr zurückhaltend geworden ist, postuliert sie doch weiterhin die grosse Bedeutung der Subjekthaftigkeit des Individuums für Medizin und Krankheitslehre“. Diese Wichtigkeit der Subjekthaftigkeit zeigt sich darin, dass in der psychosomatischen Medizin nicht dem mechanistischen Denken der Schulmedizin gefolgt wird, sondern psychische Ursachen für die Genese von körperlichen Erkrankungen betont werden. Damit rücken die psychische Dynamik und die seelischen Konflikte des Individuums, seine Biographie, und seine individuell vollzogene Einpassung in die soziale Umgebung ins Zentrum des Interesses, die tendenziell im allopathischen Symptom- und Krankheitsverständnis als Störfaktoren ausgeblendet werden. Kämmerer (1999, S. 10) beschreibt das wie folgt: „Körperliche Beschwerden als Befindlichkeitsstörungen bringen (...) zum Ausdruck, was der Patient mit sich und seinen Mitmenschen konflikthaft erlebt und nicht mehr mit psychischen Mitteln, d.h. symbolisiert und in Sprache und Auseinandersetzung, bewältigen kann.“

Die psychosomatische Medizin bezieht also in ihr Verständnis von Körpersymptomen subjektive Faktoren aus dem psychischen und sozialen Umfeld dieser Körpersymptome ein. Dabei müssen in diesem „psycho-sozio-somatischen Bedingungsgefüge“ (ebda., S.9) gleichzeitig belastende Risikofaktoren wie entlastende Ressourcen in ihrem Zusammenspiel gewichtet werden. Der Ausdrucksgehalt von Symptomen wird mit biographischen Ereignissen, Familienkonstellation oder Persönlichkeitsprofil verknüpft, oder das Symptom wird als Ausdruck ungelöster innerpsychischer Konflikte verstanden. Interessant dabei ist, dass auch auf diese Weise das Symptom als Zeichen für etwas Anderes genommen wird, nämlich ähnlich wie in der allopathischen Medizin als Hinweis auf eine dahinter liegende Problematik. Uexküll (1994; zit. nach Kämmerer, 1999, S. 11) beschreibt ein Symptom als

... ein Wahrgenommenes, ein Zeichen, aus welchem man auf die Existenz eines Nicht-Wahrgenommenen schliessen kann, eben auf die Geschichte eines kranken Menschen, also nicht nur das Aussehen seines Körpers und seiner Organe, sondern auch seine seelische Verfassung, die für das Verhalten des Arztes dem Patienten gegenüber wichtig ist. Für den Biotechniker ist das Symptom die lokale Wirkung physikalischer oder chemischer Ursachen, die von Bakterien, Viren oder Strukturveränderungen im Organismus, z. B. einer Arteriosklerose, herrühren können. Den Ärzten der „vorbiotechnischen Sprachen“ war es stets Gewohnheit, Symptome zu verstehen, zu interpretieren, Handlungsanweisungen daraus abzuleiten, Veränderungen des Lebendigen zu lesen und zu deuten. Dies ist die Methode der Hermeneutik.

Die hermeneutische Methodik bietet im Vergleich zu den Auffassungen der allopathischen Medizin eine Erweiterung der möglichen Zugangsweisen zu Körpersymptomen. Durch die Betonung der Wichtigkeit des Rückschlusses auf ein Nicht-Wahrgenommenes tritt jedoch auch in der Psychosomatischen Medizin das „wie“ des unmittelbaren Körpererlebens, die subjektive Erfahrung des Symptoms im körperlichen Erleben von Moment zu Moment, in den Hintergrund, obwohl sie „unabhängig von den theoretischen Modellen elementarer Ausdruck menschlichen Lebens ist und nicht nur als Indiz für organische oder psychische Störungen fungieren darf“ (Brähler, 1995, S.11).

Die subjektive Körpersymptomerfahrung nimmt also auch in der Psychosomatik einen sehr eingeschränkten Platz ein. Mit der Beachtung psychischer Konflikte rücken jedoch im Vergleich zur allopathischen Medizin einige Aspekte aus dem Umfeld des subjektiven Erlebens des Klienten in den Fokus. Symptome werden nämlich aus ihrem inneren Zusammenhang mit der Situation ihres Auftretens verstanden. „Das gilt natürlich besonders für die Auslösesituation der beginnenden Erkrankung, aber auch für die Analyse des weiteren Verlaufs der Symptome, ihres Wandels und der Bedingungen, die dazu beigetragen haben“ (Kämmerer, 1999, S. 216). In der Auslösesituation und in den Umständen, die eine Veränderung der Symptomatik begleiten, enthüllt sich gemäss dieser Sichtweise die Bedeutung der Körpersymptome als unbewusste und spezifische Antwort des Patienten auf einen aktualisierten psychischen Konflikt. Kämmerer (1999) führt weiter aus, dass dieses Verständnis nicht nur bei klassischen psychosomatischen Symptomen gelte, sondern dass auch organdestruktive Symptome im Erleben der Patienten einen sekundären symbolischen Ausdruckscharakter annehmen könnten. Damit seien auch Symptome, die aus einem organpathologischen Prozess heraus entstehen, in ihrem symbolischen Gehalt zu verstehen, und es werde möglich, den Umgang des Patienten mit diesen Symptomen anzusprechen und zu deuten.

Auf Gefahren, die in diesem Deutungsprozess enthalten sein können, wird verschiedentlich hingewiesen. Neben der schon erwähnten „strapazierenden Symbolisierung“ warnt Danzer (1994, S. 122ff) vor windschlüpfrigen Diagnosen wie „typischer Manager-Bluthochdruck“, die eine voreilige Sicherheit vermitteln würden und zu reduzierter Ausschöpfung möglicher Phänomengehalte führten. Sontag (2003) beschreibt eindrücklich, wie gesellschafts- und zeitbedingte Attributionen zu gewissen Erkrankungen wie Krebs oder Tuberkulose zu Schuld- und Schamgefühlen bei betroffenen Patienten führen können.

Eine im Umfeld der Psychosomatik entstandene Form der Körperpsychotherapie ist die Funktionelle Entspannung. Sie ist definiert als „kontrollierte Fokussierung auf Körpererlebnisse“ (Uexküll, Fuchs, Müller-Braunschweig & Johnen, 1994) und räumt damit der subjektiven Körpererfahrung einen grossen Stellenwert ein. Die Methode verknüpft vertiefte körperliche Selbstwahrnehmung mit Körperfunktionen, die vom autonomen Nervensystem gesteuert werden, insbesondere vom autonomen Atemrhythmus (vgl. Johnen, 1992).

Es wird davon ausgegangen, dass die normalen „autonomen Antriebskräfte“ des Organismus durch die „unrhythmischen Forderungen des Lebens“ gehemmt werden und dass deren Befreiung heilend wirkt. Der Rhythmus der Atmung wird als ordnendes Prinzip gesehen (vgl. Dietrich, 1995). Dabei wird das „Modell des Körpers, der sich messen und wiegen lässt“ zurückgestellt zugunsten „des Modells eines Körpers, der sich fühlt oder spürt“ (Uexküll et al., 1994). Das Spüren des Körpers erfolgt nach drei „Spielregeln“ (ebda., S. 149) deren letzte fordert: „Nichts tun und nachspüren“. Damit ist auch eine Abgrenzung gegen die Methode der progressiven Muskelentspannung nach Jacobson (1990) gegeben, bei der die Fokussierung auf Körpererlebnisse unterstützt wird durch einen Wechsel von Anspannung und Entspannung bestimmter Muskeln und der Aufforderung, diesen Wechsel mit Aufmerksamkeit zu begleiten und wahrzunehmen. In der Funktionellen Entspannung beschränkt sich anspannen und entspannen „auf wenige, oft nur intentionale Reize, die das vegetative Nervensystem anregen und beleben, aber nicht erregen oder stören“ (Uexküll et al., 1994, S. 149), wie es in einer weiteren Spielregel heisst. Die Umsetzung so gemachter Wahrnehmung von Körpererlebnissen in Sprache ergibt manchmal direkte psychosomatische Bezüge, wie Loew (2003, S. 190) ausführt:

Die Einfälle des Patienten zu wahrgenommenen Erlebnisqualitäten machen psychosomatische Zusammenhänge deutlich und erweitern durch die Verbalisierung sein Bewusstsein. Im Volksmund fanden diese psychosomatischen Zusammenhänge schon immer Ausdruck:

»Es bleibt mir die Luft weg«, »Dampf ablassen« usw. (...) Selbsterfahrung gibt Einsichten in ihre Glaubwürdigkeit (»Angst macht eng«). Der unmittelbare Bezug zwischen Sprache als für uns symbol-sinnhaftem und dem körperlichen Erleben wirkt an und für sich therapeutisch, ermöglicht Klarheit und verbindet, und ist damit im Engeren und Weiteren salutogenetisch: Aaron Antonovskys Konzept der Kohärenz als Funktion von Bedeutsamkeit eines Vorgangs oder einer Situation, seiner Handhabbarkeit und Nachvollziehbarkeit findet sich perfekt wieder im Vorgehen der Funktionellen Entspannung.

Der Vergleich mit dem salutogenetischen Konzept der Kohärenz am Ende des obigen Zitats kann als Hinweis dafür gelesen werden, dass die Beachtung von subjektiver Körpererfahrung über den Bereich der Behandlung psychosomatischer Beschwerden hinaus wichtig ist. Beispielsweise wird die Annäherung an körperliches Erlebniswissen durch den Spürsinn auch als relevant für die personale Identität erachtet (Gugutzer, 2002).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in der psychosomatischen Medizin der Patient als Subjekt und sein eigenes Erleben an Bedeutung gewinnt. Durch den Einbezug von psychischen Konflikten, biografischen Bezügen und Auslösesituationen von Krankheiten finden Aspekte aus dem Umfeld des subjektiven Erlebens der Betroffenen Beachtung. Weiter sind aus den theoretischen Überlegungen der Psychosomatik praktische Anwendungen entstanden, die Körpererfahrungen hoch gewichten, auch wenn sie nicht direkt auf die subjektive Körpersymptomerfahrung Bezug nehmen.

2.1.4 Psychologische Betrachtungsweisen

Wie im vorhergehenden Kapitel beschrieben, wurden psychoanalytische Theorien über die vielfältigen Zusammenhänge zwischen psychischem Geschehen und körperlicher Symptomatik seit den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts durch die psychosomatische Medizin aufgenommen, erweitert und weiterentwickelt. In den letzten Jahrzehnten haben sich parallel dazu in Psychologie und Psychotherapie Ansätze entwickelt, die spezifische Beiträge zum Umgang mit und Verständnis von Körpersymptomen im speziellen oder subjektivem Körpererleben allgemein geleistet haben. Eine Aufarbeitung des Verhältnisses der Vielzahl psychologischer Schulen im Einzelnen zur Thematik würde den Rahmen dieser Studie bei weitem überschreiten. Die Grundtendenzen in diesem Gebiet liegen zwischen der Betonung von Selbsterfahrung und einer Konzentration auf Symbolik. Es wird deshalb paradigmatisch auf „experiencing“ und „Krankheit als Weg“ als extreme Vertreter der beiden Strömungen eingegangen. Weiter sind in der medizinischen Psychologie Randbedingungen erforscht worden, die Behandlung und Heilung von Körpersymptomen begünstigen. Ebenso formierten sich mit

Salutogenese und Gesundheitspsychologie Gebiete, die sich dafür interessieren, welche Ressourcen und Bedingungen Gesundheit unterstützen und fördern. In diesem Kapitel werden Beiträge aus diesen Bereichen zum Verständnis von Körpersymptomen und zur Bedeutung des subjektiven Körpererlebens zusammengefasst.

„Experiencing“

Rogers (1957) definierte drei für einen effektiven therapeutischen Veränderungsprozess notwendige und hinreichende Basisvariablen, nämlich Empathie, Echtheit und unbedingte Wertschätzung. In der Tradition der klientenzentrierten Therapie stehend, übernahm Gendlin (1962, 1997) das humanistische Menschenbild sowie die Annahme einer Selbstaktualisierungstendenz des Menschen und betonte ebenfalls die Relevanz einer konstruktiven, möglichst angstfreien therapeutischen Beziehung. In der von ihm entwickelten Theorie des „Experiencing“, zu deutsch „Selbst-Erleben“ beschreibt er jedoch die Art des Umgangs eines Klienten mit seinem eigenen inneren Erleben als die entscheidende Variable einer erfolgreichen Psychotherapie (vgl. Gendlin, 1981; Sachse, Atrops, Wilke & Maus, 1992). Inspiriert von der Phänomenologie Husserl's und Merlau-Ponty's schreibt Gendlin (1962, S. 15) poetisch: „Within experiencing lie the mysteries of all that we are“. Unsere Handlungen, Gefühle und Gedanken beziehen sich auf diesen grundlegenden Lebensfluss, der in der nach innen gerichteten Aufmerksamkeit wahrnehmbar wird als das im Moment Spürbare im Körper. Auch Klein, Mathieu-Coughlan, Gendlin und Kiesler (1969) verorten dieses Konzept im Umfeld der Phänomenologie:

The basic felt datum of our inwardly directed attention involves preverbal, preconceptual, bodily sense of being in interaction with the environment, a gut-level sense of felt meaning of things. This includes the feeling of having experience and the continuous stream of sensations, somatic events, feelings, reflexive awareness, and cognitive meanings that make up one's phenomenological field. (S. 4)

Aus der Theorie des „Experiencing“ entwickelte Gendlin das Focusing als Therapierichtung. Zusammengefasst und vereinfacht werden beim Focusing die folgenden 4 Schritte durchlaufen (Sachse et al., 1992, S. 11):

1. direkte Bezugnahme (direct reference)

Während dieser Phase konzentriert sich der Klient auf ein direktes Bezugsobjekt, um dessen gefühlte Bedeutung sprachlich fassbar und explizierbar zu machen.

2. Entfaltung (unfolding)

Mit Hilfe des Symbolisierungsprozesses wird die implizite, gefühlte Bedeutung „entfaltet“ und ein felt shift ausgelöst, der mit spürbaren körperlichen Veränderungen einhergeht.

3. Erweiterte Anwendung (global application)

Die nun sprachlich fassbare explizite Bedeutung tritt mit anderen, bisher unverbunden Erlebnisinhalten wie beispielsweise Erinnerungen, Assoziationen und Erfahrungen in Beziehung und erfährt somit eine erweiterte Anwendung.

4. Änderung der Bezugnahme

Das direkte Bezugsobjekt ändert sich, da die nun explizierten Bedeutungsinhalte durch neue, implizite Bedeutungen abgelöst werden, die nun ihrerseits die Grundlage für einen weiteren Ablauf des Focusingprozesses bilden.

Diese vier Schritte machen deutlich, dass das Körpergefühl eines Klienten, sein subjektives Körpererleben, als Referenzsystem gebraucht wird, um erweitertes Verständnis und einen veränderten Umgang mit einem „Bezugsobjekt“ zu gewinnen. Bezugsobjekt kann dabei alles sein, was der Klient ins Zentrum seines Interesses stellt (psychische Spannungen, Beziehungsprobleme, Lebensentscheidungen usw.). Theoretisch könnte auch ein Körpersymptom als solches Bezugsobjekt genommen werden, Beispiele dafür sind in der Literatur jedoch rar. Vermutlich ist ein Grund dafür darin zu sehen, dass das Körpergefühl gleichzeitig Bezugsobjekt und Referenzrahmen sein soll, wenn ein Körpersymptom das Objekt des Interesses ist. Weiter ist als ernstzunehmende Kritik an den theoretischen Grundlagen dieser vier Schritte aufzuführen, dass kognitive Prozesse unberücksichtigt bleiben, das Körpergefühl als Träger einer impliziten Bedeutung einfach gesetzt wird und ungeklärt ist, welche expliziten (sprachlichen) Symbole welchem impliziten Gehalt entsprechen und wie man sich die Zuordnungsinteraktionen vorstellen muss (Bense, 1977; Sachse et al., 1992).

Trotz dieser Einwände hat Focusing, zusammen mit den beschriebenen Konzepten der Funktionellen Entspannung sicher entscheidend dazu beigetragen, den Stellenwert von subjektivem Körpererleben in Medizin und Psychotherapie zu erhöhen und dieses Gebiet als valides Forschungsobjekt zu etablieren.

„Krankheit als Weg“

Das überaus populär gewordene Buch „Krankheit als Weg“ (Dethlefsen & Dahlke, 2000), erstmals erschienen 1983, ist das erste einer ganzen Reihe, die der Deutung von Krankheitsbildern gewidmet sind. Bei dieser Krankheitsbilderdeutung wird Krankheit als ein Zustand des Menschen gesehen, der darauf hinweise, dass der Mensch mit seinem Bewusstsein nicht mehr in Harmonie sei. „Dieser Verlust eines inneren Gleichgewichts manifestiert sich im Körper als Symptom. Das Symptom ist somit Signal und Informationsträger, denn es unterbricht durch sein Auftreten den bisherigen Fluss unseres Lebens und zwingt uns, dem Symptom Beachtung zu schenken“ (Dethlefsen & Dahlke, 2000, S. 22). Diese Beachtung erfordere, die vergessene Sprache der Symptome wieder zu erlernen.

Im praktischen Teil des Buchs werden die Deutungen für etwa zwanzig häufige Krankheitsbilder gegeben. In „Krankheit als Symbol“ (Dahlke, 2000) wird dieser Ansatz weiter verfolgt und es werden lexikonartig auf über 500 Seiten auch seltenere Krankheitsbilder beschrieben und gedeutet. Ein Anspruch auf Wissenschaftlichkeit wird explizit nicht erhoben, der Autor verortet sich im „Weltbild der esoterischen Philosophie“ (ebda., S. 16). Im Zusammenhang mit der vorliegenden Studie ist wichtig, dass bei der Zuschreibung von Sinn praktisch nicht auf die subjektive Symptomerfahrung der Patienten abgestellt wird, sondern die Krankheitsbilderdeutungen lexikalisch gesammelt von Aussen, von Experten, vorgegeben werden. Die Autoren betonen zwar, dass sie nicht ein Deutungsbuch liefern wollen, in dem bei Bedarf ein Symptom nachgeschlagen wird, um zu erfahren was es bedeutet. Erst die Entwicklung der eigenen Fähigkeit zum Deuten bringe Gewinn, da die vorgefertigte Deutung bestenfalls einen Rahmen liefern könne. Der Hauptfokus liegt dann jedoch auf der Darstellung dieses Rahmens, nicht auf einer theoretischen und praktischen Aufarbeitung von Körperselbsterfahrung, und auch nicht auf den kognitiven Vorgängen, die die Umsetzung des präverbalen Spürens in Sprache und andere Kommunikationsformen wie bildliche Darstellungen begleiten. Zusammen mit der expliziten Ablehnung eines wissenschaftlichen Zugangs erwiesen sich die teilweise reichen und auch interessanten Beobachtungen in den erwähnten Büchern für die vorliegende Arbeit als eher ungeeignet.

Dies gilt für alle psychologischen Betrachtungsweisen und Schulen, die Krankheiten und Symptomen feste Bedeutungen zuordnen, ohne auf die jeweilige subjektive Erfahrung abzustützen.

Medizinische Psychologie

Das in den letzten 30 Jahren sich verstärkende Interesse an medizinischer Psychologie hat dem wissenschaftlichen Interesse am Patienten als Subjekt neue Impulse gegeben. Rudolf (2000) führt dazu aus:

Inzwischen liegen umfangreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen über das Krankheitserleben, die subjektiven Krankheitstheorien und die Bewältigungsstrategien von Patienten vor. Unter Wegfall der Bewertung (Abwertung) offenbart sich die Erlebnisseite des Krankseins, d. h. die emotionale Verfassung eines Kranken und die aus diesen Emotionen erwachsenen Denkmodelle über Krankheit, Krankheitsentstehung und Krankheitsbehandlung als subjektiv durchaus sinnvoll. (S.19)

Diese subjektiven Denkmodelle, Haltungen und Einstellungen erwiesen sich nicht nur als subjektiv sinnvoll, sondern auch als höchst bedeutsam in Bezug auf Teilnahme an und Wirkung von Behandlungen, den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität. Untersuchungen zum Thema *compliance* beispielsweise brachten Erstaunliches ans Licht: Die verordneten Medikamente werden von einem grossen Teil der Patientenschaft (50-65%) unregelmässig oder gar nicht eingenommen. Auch kann die eingenommene Menge massiv von der vom Arzt empfohlenen Dosierung abweichen (30-150%). Dennoch glauben 90% der Befragten, alles richtig gemacht zu haben. Ebenso deutlich wird das subjektive Element durch den Placebo-Effekt, wo neben Lerneffekten und autosuggestiven Mechanismen auch Beziehungsaspekte und unbewusste Bereitschaften eine Rolle zu spielen scheinen (vgl. Rudolf, 2000).

Die Wichtigkeit der Mitarbeit und Beteiligung des Patienten an seiner Behandlung geriet auch von anderer Seite her in den Fokus. Simonton, Simonton und Creighton (1978) berichteten als erste einen günstigen Einfluss auf den Krankheitsverlauf bei Krebspatienten durch den Einsatz von visuellen Techniken. Auf einem gewachsenen Wissen über die Beziehung zwischen Imagination und Gesundheit basierend (Dwairy, 1997), sind imaginative Interventionen inzwischen bei verschiedenen Krankheiten wie Herzerkrankungen und chronischen Schmerzen angewendet worden (Kunzendorf & Sheikh, 1990; Ornstein & Swencionis, 1990; Rossi, 1993). Aus dem noch relativ jungen Gebiet der Psychoneuroimmunologie (Greer 1999) sind Studien gekommen, die den Zusammenhang zwischen der Anwendung solcher Techniken und einer Stärkung des Immunsystems belegen (Walker, Heys & Ogston, 1997; Walker, Walker & Simpson, 1997). Dabei spielen Sinn- und Bedeutungserlebnisse der Patienten eine wichtige Rolle. Gerade in medizinisch aussichtslosen Fällen vermag Sinnfindung eine Bewältigung einzuleiten, die von der Verbesserung der Lebensqualität mitunter bis hin zur Remissi-

on oder Genesung gehen kann (vgl. Le Shan, 1999; Csef & Kube, 1998). Sinnsuche ist im neuesten Lehrbuch für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Fritzsche & Wirsching, 2006) explizit als ein für die Krankheitsverarbeitung günstiger Faktor aufgeführt.

Allen behandlungsbegleitenden Techniken ist gemeinsam, dass der Patient sich aktiv am Heilungsprozess zu beteiligen sucht. Ob Patienten Eigenaktivitäten entwickeln, anstatt in einer Identität als Opfer Behandlungen passiv über sich ergehen zu lassen, scheint unabhängig von den angewendeten Therapiemethoden eine wichtige Rolle zu spielen. Für diese Sichtweise spricht auch ein Befund von Cunningham, Philipps, Lockwood, Hedley und Edmonds (2000), wonach starkes persönliches Involviertsein in psychologischer Arbeit bei Krebspatienten mit längerer Überlebensdauer korreliert ist. Die Autoren vermuten, dass Offenheit für Veränderung dabei ein wichtiges Persönlichkeitsmerkmal ist.

2.1.5 Zusammenfassung

In den beschriebenen Beiträgen aus Psychosomatik und Psychologie wird im Gegensatz zur Sichtweise der allopathischen Medizin die Wichtigkeit des Patienten als Subjekt betont und der Ausdrucks- und Symbolgehalt von Körpersymptomen als relevant betrachtet. Durch die Erschliessung dieses Gehalts von Körpersymptomen wird es diesen Anschauungen zufolge dem leidenden Individuum möglich, Körpersymptome nicht nur als mechanische Defekte, als Indikator und Begleiterscheinung von Krankheit zu erdulden, sondern sich aus ihnen Ressourcen für psychisches Wachstum, Konfliktbewältigung und persönliche Entwicklung zu erschliessen. Körpersymptome haben so gesehen eine codierte „Botschaft“, die durch psychologische Arbeit entschlüsselt werden kann. Je nach angewendeter Methode stehen bei dieser Decodierung eher das Expertenwissen des deutenden Psychologen, Introspektion und die Verarbeitung kognitiver Aspekte im Dialog mit dem Therapeuten oder die Konzentration auf subjektive propriozeptive Erfahrungen im Vordergrund. Weiter wurde gezeigt, dass Sinnerfahrungen und eine aktive Haltung und Beteiligung von Patienten bei der Bewältigung von Krankheit Heilung unterstützen

Der Fokus der vorliegenden Studie liegt darauf, subjektiven Erfahrung von Körpersymptomen Raum zu geben, die „Übersetzung“ der dabei gemachten Erfahrungen in sprachlichen Ausdruck und bildnerische Gestaltung zu beschreiben sowie mögliche Rückwirkungen dieser Erfahrung auf Sinn-Erleben und Einstellungen zum Körpersymptom zu erfassen. Das subjek-

tive Erleben von Körpersymptomen ist als Teilbereich von gelebter Erfahrung, „lived experience“, überhaupt zu verstehen. Im nächsten Kapitel wird das phänomenologische Konzept der „lived experience“ dargestellt und zu diesem Teilbereich der Körpersymptomerfahrung in Beziehung gesetzt.

2.2 „lived experience“ und Körpersymptome

Kapitel 2.2.1 beschreibt das Subjektive von Körpersymptomen im Rahmen der „lived experience“ als phänomenologisches Konzept. Anschliessend werden im Kapitel 2.2.2 mögliche Kommunikationsformen der „lived experience“ dargestellt, diskutiert und in den Zusammenhang mit dieser Studie gestellt.

2.2.1 „lived experience“ als phänomenologisches Konzept

Das Begriffspaar „subjektiv – objektiv“ gehört zu den philosophischen Ausdrücken, die sich im Sprachgebrauch des Alltags etabliert haben. Grossheim (1994, S. 31) führt dazu aus:

Dabei verbindet man mit dem Subjektiven gewöhnlicherweise eine ganze Reihe negativer Assoziationen, die von persönlich, privat, unscharf, unklar bis beliebig, unverbindlich willkürlich reicht. Mit alledem wird die Eigenart des Subjektiven nicht getroffen, doch ist offensichtlich, dass hier das Subjektive stets mit dem Unterton „nur“ oder „bloss“ verbunden ist und folglich mit vermindertem Realitätsgehalt ausgestattet ist. Wirklich und wahr ist nach geläufiger Auffassung das, was mehreren Personen zugänglich ist und von ihnen übereinstimmend beurteilt wird.

Ein Anliegen der Phänomenologie war stets, dem subjektiven Erleben des Menschen in seiner „Lebenswelt“ (ein vom Philosophen Husserl geprägter Begriff) wieder den vollen Realitätsgehalt zuzusprechen. Den „Zugang zum phänomenalen Feld der lebendigen Erfahrung“ erschliesst der Zugriff auf „die diesseits der objektiven Welt gelegene Lebenswelt“ (Merleau-Ponty, 1966, S. 80). Für die phänomenologisch orientierte Forschung definiert Creswell (1998, S. 236) den Begriff „lived experience“ wie folgt: „This term emphasizes in phenomenological studies the importance of individual experiences of people as conscious human beings.“

Diese Betonung der Wichtigkeit individueller Erfahrung ist in verschiedene der Medizin verwandte Gebiete übernommen worden. Analog zur Forderung Weizsäckers nach der Wiedereinführung des Subjekts in die Medizin hat Buytendijk (1967) die Wiedereinführung des Sub-

jekts in die Physiologie gefordert und dargelegt, dass nicht nur die physikalisch-chemischen Abläufe für das Verständnis der menschlichen Physiologie wesentlich sind, sondern auch die Tatsache berücksichtigt werden muss, dass der Mensch seine Leiblichkeit merken und bemerken, also darüber kommunizieren kann. Die Forderung von Hanses (1999) geht ebenfalls in diese Richtung und betont die Wichtigkeit der Verknüpfung mit der Biographie des Patienten: „Die symptomorientierte Behandlungslogik gilt es, notwendig durch eine Förderung des Leibeslebens und der biographischen Reflexivität im Sinne eines ‚empowerments‘, einer Ermächtigung und Befähigung des Kranken zu ergänzen.“

Hier ist anzumerken, dass die deutsche Sprache zwischen Körper und Leib unterscheidet, eine Unterscheidung, die im Umfeld der Phänomenologie vor allem in Bezug auf subjektiven und objektiven Zugang zum Körper verwendet wurde. Historisch gesehen verstand man unter Leib den beseelten Körper, die subjektive Erfahrung. Der Begriff Körper mit seinem breiten Anwendungsbereich in Medizin, Physik und Geometrie jedoch bezeichnete einen objektiven, stofflichen, maschinenhaften Aspekt. In den letzten Jahren hat die Bezeichnung Körper zunehmend auch Konnotationen der Bezeichnung Leib integriert, Leib wird weithin als altmodisch oder reaktionär empfunden (vgl. Brähler, 1995).

In Bezug auf Schmerzen und Körpersymptome verweist Nagel (1991, S. 31) auf die „nicht-eliminierbare Subjektivität mancher Aspekte unserer eigenen Erfahrung“. Grossheim (1994, S. 32) akzentuiert: „Ich finde den Schmerz nicht als eine mir gleichgültige, objektive Tatsache vor, die ich mir aneignen müsste, sondern erlebe ihn elementar als mich angehend, als meinen Eigenen.“ Es sei nur am Rande angemerkt, dass der Physiker Heisenberg in seiner Unschärferelation (Heisenberg, 1990) aufgrund von Erkenntnissen der Quantenphysik gezeigt hat, dass durch die Notwendigkeit eines Beobachters auch in jedem scheinbar ausschliesslich objektiven physikalischen Forschungszusammenhang ein nichteliminierbares subjektives Element inhärent ist.

Während die lebendige Erfahrung, die „lived experience“ der Phänomenologen alle für den Menschen wahrnehmbaren Phänomene einschliesst, interessiert im Zusammenhang dieser Studie vor allem das Erlebniswissen, die Erfahrungen mit den Prozessen und Zuständen, die für ein Individuum ein Körpersymptom ausmachen. Im ersten Kapitel wurde mit Definitionen und Theorien aus unterschiedlichen Wissenschaftsgebieten sozusagen die „Aussenschau“ (Kröber, 1999, S.59) auf Körpersymptome beschrieben. Mit der Fokussierung auf die „lived experience“ von Körpersymptomen werden im Folgenden wichtige Aspekte der „Innenwahr-

nehmung“ (ebda.) abgehandelt. Aussenschau und Innenwahrnehmung stehen sich dabei nicht unverbunden gegenüber. Merleau-Ponty (1966) wendet sich im Bereich Leib und intersubjektiv geteilte Welt gegen dualistische Denkmodelle, die eine strikte Trennung von Subjekt und Objekt vertreten. Seine Position wird von Küchenhoff (1992) zusammengefasst und erweitert:

Schon in seiner Begrifflichkeit hebt Merleau-Ponty die Zwischenstellung oder Vermittlung zwischen Leib und Welt hervor, wenn er von der *intercorporéité* (Zwischenleiblichkeit) des präreflexiven In-der-Welt-seins oder *chair du monde* (Leib der Welt) spricht. Die Dualismen erscheinen nur solange zwingend, wie allein die Perspektive des reflektierenden Bewusstseins eingenommen wird. Im Bereich präreflexiver Erfahrung stehen Leib und Welt einander nicht gegenüber; aus der grundsätzlichen Unbegrenztheit und Unabgeschlossenheit entsteht zugleich die Möglichkeit der Kreativität. (S.73f)

Gegeben durch das explorativ-phänomenologische Setting der vorliegenden Studie nehmen Fragen zur intersubjektiven Verständigung über und Veranschaulichung von „lived experience“ von Körpersymptomen einen wichtigen Platz ein. Diesen wird im folgenden Kapitel nachgegangen.

2.2.2 Kommunikation und Veranschaulichung der „lived experience“ von Körpersymptomen

Körpersymptome als Spezialfall von Körpererleben

Als erstes stellt sich die Frage, wann und unter welchen Umständen Menschen aus der Fülle ihres Körpererlebens Erfahrungen herausgreifen und sie – vom übrigen Körpererleben abgegrenzt – als Körpersymptome bezeichnen. Dabei ist zu beachten, dass unsere bewusste Aufmerksamkeit in der Regel nicht auf unser Körpererleben gerichtet ist:

At the pre-reflective level the body is not explicitly given to consciousness. Rather one is engaged in the world, preoccupied with one's projects. The body is "surpassed" in carrying out one's projects in the world. For example, if I am reading a book, my attention is wholly directed to the meaning of the text. I am not explicitly aware of the functioning of my eyes in the act of reading. It is rather the meaning of the text itself that is thematic to my consciousness. However, if I have a headache and reading becomes difficult, then my attention is diverted from the meaning of the text. I focus instead on the act of reading and I attempt to identify the source of the difficulty. I become aware that the source of the difficulty is pain and, furthermore, that this pain is located "in the eyes. (Toombs, 1992, S. 34)

Wenn Menschen von Körpersymptomen sprechen, meinen sie in aller Regel also einen Aspekt ihres Körpererlebens, der die Aufmerksamkeit auf sich zieht, indem er den Lebensfluss unterbricht, sie in einer intendierten Tätigkeit stört und beeinträchtigt. Die Qualität von Körperwahrnehmungen, die in diesem Sinn als Körpersymptom erlebt werden, wird sehr häufig als fremd und ungewöhnlich, dem vertrauten Erleben entgegengesetzt beschrieben. Dazu ist eine gewisse Intensität und Dauer einer solchen sensorischen Wahrnehmung nötig: „If the immediate experience of bodily disruption is sufficiently unusual, prolonged, uncomfortable, and so forth, then it must be explicitly attended to by the patient and reflected upon. Consequently, at this point, the experience becomes one that must be given meaning“ (Cassell, 1985, S. 26). Nicht immer wird an diesem Punkt eine solche Erfahrung als Körpersymptom attribuiert: “Whether sensations are labelled as physical symptoms depends on their interpretation. The interpretation of a sensation as a symptom of disease is guided by illness schemes, cognitive structures that are based upon earlier experiences with, and ideas about, illness and disease” (Kolk, Gerrit, Hanewald, Schagen, Gijbers & van Wijk, 2003, S. 2345). Körper-symptome werden unter diesem Aspekt als Resultat eines perzeptuell-kognitiven Prozesses verstanden. Ob Individuen häufig oder weniger häufig ungewohnte Körperempfindungen als Körpersymptome interpretieren, hängt von verschiedenen kulturellen, sozialen und Persönlichkeitsfaktoren ab (ebda.).

Ausnahmen von dem regelhaft zu beobachtenden Ablauf bei der subjektiven Definition von Körpersymptomen sind einerseits Symptome, die vom Subjekt nicht gespürt werden können und erst beispielsweise durch eine ärztliche Untersuchung in seinem Körper gefunden werden und andererseits gewisse chronische Symptome wie Raucherhusten (Cassell, 1985) oder Kurzsichtigkeit, an die sich jemand so gewöhnt hat, dass sie nicht mehr als unnormale oder fremd empfunden werden. Mit der Konzeptualisierung einer ungewohnten, fremden Körperempfindung als „Körpersymptom“ (und der oft darauf folgenden Einordnung des Körpersymptoms in ein Krankheitsbild) wird der Bereich der gelebten Erfahrung im engeren Sinn einer sinnesbasierten Zugangs zum momentan erlebten körperlichen Empfinden überschritten (vgl. Toombs, 1992, S. 38). Wie im Kapitel 2.3 über Sinn gezeigt wird, finden an diesem Punkt einer Bedeutungszuschreibung durch eine Diagnose oft auch jene Prozesse, die einen Sinn in der ungewohnten, fremden Körperempfindung suchen, ein vorschnelles Ende.

Vom breiten Strom des Körpererlebens allgemein unterscheiden sich Symptome also wie beschrieben meist dadurch, dass sie als störend, fremd, den Lebensfluss unterbrechend erlebt werden. Eine häufige Reaktion des menschlichen Bewusstseins auf störende, fremde Erfah-

rungen ist, diese zu marginalisieren, an den Rand zu drängen, sie vom Alltagsbewusstsein abzuspalten. Bei Beschreibungen von Krankheiten und Symptomen durch Patienten wird deshalb oft nicht in erster Linie das spürend im Moment wahrgenommene Körpersymptomerleben aufgeführt, sondern es wird mehr das Störende im Fokus stehen, die Beschreibung, wie Krankheiten oder Symptome den gewohnten Lebensfluss unterbrechen, ihn beeinträchtigen und Ängste auslösen. Typisch ist, dass bei Symptombeschreibungen im Rahmen solcher Krankheitsnarrative praktisch immer zwei Charaktere vorkommen, nämlich die Person selber und der Körper der Person, dem etwas zustösst (vgl. Cassell, 1985, S. 15). Weiter lassen sich verschiedene Beschreibungskategorien unterscheiden: „Four categories of symptom description were identified: bodily presentations, explanatory models, consequences of pain for the patient’s activities, and consequences for her self-perception“ (Johansson, Hamberg, Westman & Lindgren, 1999, S. 1791).

Sinnesbasierte Beschreibung

Der Körperempfindung selber, „dem Konkreten der Leiblichkeit, dem genuine Sich-Spüren und Fühlen, dem, wofür nicht sofort ein Wort parat ist“ (Breuer, Leusch & Mersch, 1996, S. 198) wird gerade beim Erleben von Körpersymptomen im Allgemeinen sehr wenig Raum gegeben, was auch die Erforschung dieses Bereichs erschwert.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass das körperliche Spüren der Sprache vorausgeht, jedoch zu seiner Beschreibung der Sprache bedarf. Zwischen Wahrnehmung und Bedeutungszuweisung (erst empfinden, dann bezeichnen) liegt ein offenes Terrain (vgl. Schemm, 2002, S. 260). In welchem Verhältnis stehen Wörter und Sätze, die von Menschen zur Beschreibung ihrer Körpersymptomerfahrungen gefunden werden zu dieser Erfahrung selber? Uexküll et al. (1994) weisen darauf hin, dass die Beziehung zwischen bezeichnenden Wörtern und den bezeichneten Körpersensationen (Körper-Erspürnissen) als Zeichenbeziehung bzw. semiotische Beziehung verstanden werden muss. Die gefundenen Worte sind mit den gespürten Phänomenen ebenso wenig identisch wie das Wort „Baum“ mit einem gemeinten, zum Beispiel konkret im Garten existierenden Baum identisch ist, sondern sie „bezeichnen“ die Spürerfahrungen. Wenn eine solche Bezeichnung als stimmig erlebt wird, wird ihr Auftauchen oder Auffinden oft als beglückend und befreiend beschrieben. Loewald (1986) spricht in diesem Zusammenhang von einer „magisch-beschwörenden Funktion des Wortes“ und vermutet, dass das Wiederempfinden einer geglückten frühen Kommunikation mit der Mutter dabei eine Rolle spielt. Im Kapitel über Sinn und Bedeutung wird näher auf die mögliche sinnstiftende Dimension gelungener intersubjektiver Verständigung eingegangen.

Einen Beitrag zur intersubjektiven Verständigung über das subjektive Erleben von Schmerz stellt die Hamburger Schmerz-Adjektive-Liste (HASL) von Hoppe (1991) dar. Auch hier wird das Argument angeführt, dass eine genauere Unterscheidung der Qualitäten von Schmerz wichtig ist, um das Schmerzerleben der Patienten zu verstehen. Die Adjektivliste unterscheidet dabei zwei Dimensionen, nämlich affektive Items (z.B. erschöpfend, quälend, bedrohlich, lähmend) und sensorische Items (z.B. stechend, krampfartig hämmernd, ausstrahlend). Solche (standardisierten) Vorgaben erleichtern die Verbalisierung der subjektiven Erfahrung und ermöglichen den Vergleich verschiedener Krankheitsgruppen, beschränken jedoch die Bandbreite des Ausdrucks der subjektiven Erfahrung auf ein in diesem Fall vorgegebenes Set von 37 Schmerz-Adjektiven. Im Zusammenhang mit der vorliegenden Studie ist die Aufteilung in eine affektive beziehungsweise sensorische Dimension bemerkenswert, da die prozessorientierte Psychologie bei den Techniken zur Entfaltung des subjektiven Körpersymptomerlebens ebenfalls speziell die sinnesbasierten (sensory-grounded)¹ Ausdrücke und Wendungen beachtet.

Frank (1991, S. 29f) führt einige im Englischen typischen von Krebspatienten bei Erleben von Schmerz verwendeten Adjektive an, nimmt aber einen pessimistischen Standpunkt über die Kommunizierbarkeit und intersubjektive Verständlichkeit solcher Beschreibungen ein:

We have plenty of words to describe specific pains: sharp, throbbing, piercing, burning, even dull. But these words do not describe the experience of pain. We lack terms to express what it means to live "in" such pain. Unable to express pain, we come to believe there is nothing to say. Silenced, we become isolated in pain, and the isolation increases the pain.

Mit dem Urteil, dass die aufgeführten Worte nicht geeignet seien, die Erfahrung von Schmerz auszudrücken und intersubjektiv kommunizierbar zu machen, wird die Möglichkeit der kognitiven Leistung, präverbale Erfahrungen mit Adjektiven zu erfassen und in Sprache zu „übersetzen“ in Frage gestellt. Auch wenn man diese Skepsis nicht teilt, bleibt der wichtige Hinweis auf die Wechselwirkung von Verstummen, Isolation und sich verstärkendem Schmerz, die auch von anderen Autoren beschrieben wird. Gerade deshalb jedoch muss darauf hingewiesen werden, dass aktiver sozialer Kontakt und Austausch auch mit der sozialen (und medizinischen) Umwelt bezüglich der „lived experience“ von Körpersymptomen und Schmerzen eine Ressource sein kann und sich für die Verbesserung der Lebensqualität als wichtig er-

¹ „sensory-grounded“ meint auf sinnlicher oder sensorischer Wahrnehmung basierend (vgl. O'Connor & Seymour, 1998, S. 64). Das Konzept, in der Beratung möglichst nah an der menschlichen Wahrnehmung zu bleiben, wurde von Bandler und Grinder (1990) entwickelt und ist bekannt als Neurolinguistisches Programmieren (NLP). NLP ist ein Modell davon, wie Individuen ihre Erfahrung strukturieren.

weist. In seit 15 Jahren jährlich durchgeführten Forschungsseminaren zu Körpersymptomerleben in den USA wird die Wichtigkeit von Gemeinschaft und Austausch über die Erfahrungen von den teilnehmenden Patienten immer hervorgehoben (Schwarz, 1993).

Von den erwähnten Adjektivlisten abgesehen liegen keine systematischen Studien darüber vor, wie Menschen die sinnesbasierte Erfahrung von Körpersymptomen, ihre eigentliche propriozeptive und wie beschrieben präverbale und präkonzeptuelle Erfahrung, in Worte fassen. Stelter (2000), ein Forscher im Bereich Bewegung und Sport, nimmt an, dass Spürerfahrungen eine Art Brücke brauchen, um verbal zu werden:

As we can see, the bridge between the *felt sense* (as an expression of the pre-reflective and experientially based knowledge) and *language* (as a digital mode of information) is mainly built by *images and metaphors* as a way to make the tacit dimension of our knowledge explicit. (S.70)

Weitere Hinweise aus Untersuchungen zu verbalen Beschreibungen von Körpererfahrungen ohne Symptomcharakter stammen aus Erkenntnissen der linguistischen Forschung zum Zusammenhang von Körper, Spracherwerb und Sprache. Sowohl beim Spracherwerb und im alltäglichen Sprachgebrauch als auch bei der Beschreibung von Körpererfahrungen spielen Metaphern eine herausragende Rolle (Bärtsch, 2004).

Exkurs über Metaphern

Unter einer Metapher wird ein sprachlicher Ausdruck verstanden, bei dem ein Wort oder eine Wortgruppe aus seinem eigentlichen Bedeutungszusammenhang in einen anderen übertragen wird, ohne dass ein direkter Vergleich zwischen Bezeichnendem und Bezeichnetem vorliegt (Duden 1997, S. 496). Diese allgemeine Definition genügt im vorliegenden Zusammenhang. Vertiefte Darstellungen der Metapherntheorie und -forschung finden sich zum Beispiel in Baldauf (1997), Haverkamp (1996) oder Indurkha (1992). Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass es sich bei Metaphern nicht nur um sprachliche Ausdrücke handelt, sondern zusätzlich „um Prozesse des menschlichen Verstehens, durch die wir Erfahrungen bedeutsam machen. Mit Hilfe dieser Prozesse verstehen und strukturieren wir einen Erfahrungsbereich mit Hilfe eines anderen Erfahrungsbereiches“ (Bärtsch, 2004, S. 57). Diese Funktionsweise beruht also auf einer Übertragung von bestimmten Merkmalen eines Quellenbereichs (source domain) auf einen Zielbereich (target domain), wobei das weniger scharf konturierte in Begriffen des schärfer konturierten konzeptualisiert wird (Lakoff & Johnson, 1998). Bärtsch (2004) führt die beiden Metaphern „Geldquelle“ und „Gedankenblitz“ als Beispiele dafür auf. Lakoff und

Johnson (1998) nennen als hauptsächliche Konzeptualisierungsgrundlagen für Metaphern Erfahrungen, die wir Menschen schon vor dem Spracherwerb durch unseren Körper erleben: Körper als Gefäß, Körperorientierung im Raum, Erfahrungen unseres Körpers mit anderen Objekten usw. Viele metaphorische Konzepte beruhen auf Erfahrungen, die der Mensch als körperliches und soziales Wesen macht. Diese konkreten Erfahrungsmuster werden auf andere Erfahrungsbereiche übertragen, die auf diese Weise „sprachlich handhabbar“ gemacht werden. Sie stellen Veranschaulichungen dar, mittels derer neue, schwer zugängliche Empfindungen und komplexe Sachverhalte vermittelt werden können. Brüner und Gülich (2002) haben dies in Bezug auf Verstehen und Darstellen von Krankheit erforscht. Die assoziative Verbindung verschiedener Bereiche entwirft unter Umständen auch ganz neue Sinnzusammenhänge (vgl. Hoinle, 1999, S. 72).

Bärtsch (2004, S.97) weist jedoch darauf hin, dass Menschen Metaphern auch erlernen können. Die erlernten Metaphern sind dann erschlossene Erfahrungen, die oft nicht selber erlebt, sondern sprachlich aufgenommen wurden. So beschreibt eine chronische Schmerzpatientin ihre Erfahrung als ein Gefühl von „run over by a truck“ (Bullington, Nordemar, Nordemar & Sjöström-Flanagan, 2003, S. 328). Diese Erfahrung stammt wahrscheinlich nicht aus einem real geschehenen Unfall, sondern ist auf dem Weg des Lernens über Sprache in den Wortschatz der Patientin gelangt. Unabhängig davon, ob eine Metapher erlebt und so gebildet oder sprachlich aufgenommen wurde, erlaubt die Analyse von Metaphern immer, kognitive Abläufe zu beobachten, Einstellungen zu und Informationen über Sachverhalte zu erfahren. Metaphern tragen damit einen grossen Teil zum Gelingen von Kommunikation bei. Je nach dem Grad der Konventionalität einer Metapher gestaltet sich deren Interpretation mehr oder weniger schwierig. Je häufiger ein Ausdruck in einer Sprachgemeinschaft Verwendung findet, desto weniger wird er als Abweichung vom alltäglichen Sprachgebrauch aufgefasst und desto leichter ist er verständlich (vgl. Frieling, 1996).

Gassner, Dunn und Piller (2002) untersuchten bei 50 Patienten, wie die Symptome eines Herzinfakts beschrieben werden. Die Metapher eines Angriffs, einer Attacke wurde in den verschiedensten Schattierungen gebraucht, wenn die Patienten auf das eigentliche Symptomerleben zu sprechen kamen. Mit dieser Metapher, die aus dem Quellbereich des Krieges stammt, scheint die plötzliche und gewalttätige Qualität des Symptomerlebens am besten beschreibbar zu sein. Einige der Patienten schilderten diesen Angriff in personalisierter Form: „It felt like somebody had just smashed my chest and gripped everything that’s in there and just squeezed and hung on, because it didn’t give up (Patient 38)“.

„It felt like somebody had got something and rode it all over me (Patient 29)“ (Gassner et al., 2002, S. 347).

Solche Transkripte sind in der Literatur sehr rar. Trotzdem kann aus den beschriebenen Gründen vermutet werden, dass für die Kommunikation von sinnesbasierter Körpersymptomerfahrung auch bei weniger „dramatischen“ Symptomen als einem Herzschlag Metaphern eine wichtige Rolle spielen. Die entsprechende Frage im Kapitel Fragestellungen zielt im Rahmen dieser explorativen Studie auf die Erweiterung des Wissens über die diesbezügliche Verwendung von Metaphern.

Nichtverbale Ausdrucksformen

Sprachliche Mittel haben den grossen Teil der Aufmerksamkeit, wenn es um die intersubjektive Verständigung der „lived experience“ von Krankheit und Körpersymptomen geht. Einigen Forschenden ist es jedoch nicht entgangen, dass die Verbalisationsfähigkeit von Person zu Person sehr verschieden ist. Viele Menschen tun sich schwer, so ein subjektives und vielschichtiges Geschehen in Worte zu fassen. Andere, auf Visualisierungen oder Bewegungen basierende Ausdrucksformen fallen ihnen leichter.

Büchi und Sensky (1999) entwickelten eine Visualisationsmethode (PRISM Pictorial Representation of Illness and Self Measure), die mit einfachen Mitteln die Komplexität subjektiver Erfahrung von Leid in einem Bild zu erfassen vermag. Dieses Instrument wurde auf dem Hintergrund entwickelt, dass „das gemeinsam von Arzt und Patient geteilte Verständnis der körperlichen Störung und des subjektiven Leidensdruckes“ (Büchi, 2004, S. 610) wesentlichen Einfluss auf die Patienten-Compliance hat und daher für Therapie- und Krankheitsverläufe von grosser Bedeutung ist. Zwei Scheiben symbolisieren das „Selbst“ und die Krankheit. Der Patient kann die Distanz zwischen den Scheiben manipulieren. Die Distanz zwischen dem Zentrum des „Selbst“ und der Krankheitsscheibe (die Self-Illness-Separation SIS) wird in cm gemessen. Büchi (2001) konnte zeigen, dass damit auch eine subjektiv erlebte Leidensquantität erfasst wird, wobei eine kleine Distanz einem grossen subjektiven Leiden entspricht. Die Visualisationsmethode soll auch Erfolge bei der Bewältigung von Symptomen erfassen können.

Auch Guillemin (2004a) hat zur Darstellung der „lived experience“ von Herzerkrankungen ein atypisches, nonverbales Mittel gewählt. Die jeweils charakteristische und unterschiedliche

subjektive Erfahrung der Herzerkrankung wurde von den Betroffenen in einer Zeichnung dargestellt. Die Autorin argumentiert, dass im Vorgang des Zeichnens Wissen entsteht ähnlich wie im Akt des Erzählens. Die bildliche Kommunikation vermittele kraftvolle und lebendige Darstellungen der subjektiven Erfahrung der Betroffenen und einen reichen Einblick in die Struktur und das individuelle Verständnis der Erkrankung. Von dieser Art der nonverbalen Kommunikation macht auch die vorliegende Untersuchung Gebrauch.

2.2.3 Zusammenfassung

Störende Aspekte des Körpererlebens werden, wenn sie eine gewisse individuell unterschiedliche Intensität und Dauer erreichen, als Körpersymptome wahrgenommen. Diese werden von den meisten Menschen mit geläufigen, meist aus der Medizin entnommenen Bezeichnungen sozusagen etikettiert. Solche allgemeinen Bezeichnungen wie Kopfschmerzen, Bauchweh oder Gelenkschmerz können sich sowohl hinsichtlich medizinisch-diagnostischer Kriterien als auch in Bezug auf das subjektive Erleben auf die unterschiedlichsten Phänomene beziehen. Die Unterschiede im subjektiven Erleben sowie die Einzigartigkeit dieses Erlebens für den Einzelnen muss intersubjektiv kommuniziert werden, um für Forschung zugänglich zu sein und therapeutisch genutzt werden zu können. Dies geschieht vor allem durch das Mittel der Sprache, wobei Metaphern und Adjektive eine grosse Rolle zu spielen scheinen, aber auch über Kommunikations- und Ausdrucksmittel wie beispielsweise Zeichnungen und Skizzen.

Durch die Übersetzung der präverbalen und präreflexiven Körperersymptomerfahrung in Sprache oder andere intersubjektiv kommunizierbare Ausdrucksformen (Bilder, Musik, Bewegung) werden Körpersymptome innerlich verarbeitbar und zu einer mit anderen Menschen teilbaren Erfahrung. Ihre oft als fremd, bedrohlich oder sinnlos erlebte Qualität kann sich verändern. Damit ist der wichtige Aspekt der Sinngebung oder Sinnfindung angesprochen. In der Darstellung der heilungsfördernden Faktoren aus der medizinischen Psychologie und in den Auffassungen verschiedener psychologischer und philosophischer Schulen erscheint die Bedeutung, die Individuen ihrer Krankheit geben und der Sinn, den sie im Erleiden ihrer Krankheit sehen immer wieder als wichtig. Im folgenden Kapitel wird gezeigt, wie Sinn und Bedeutung im Umfeld von Gesundheit und Krankheit konzeptualisiert werden. Der Zusammenhang von Sinn- und Bedeutungserleben mit Lebensqualität und Krankheitsbewältigung wird diskutiert. Dabei wird auch auf das Kohärenzgefühl eingegangen, das Antonovsky in die Salutogenese eingeführt hat.

2.3 Sinn und Bedeutung in Krankheit und Symptomen

Im Kapitel 2.3.1 wird der Versuch einer Konzeptualisierung von Sinn und Bedeutung im Rahmen der aktuellen, psychologischen Forschung unternommen. Darauf folgen im Kapitel 2.3.2 Ausführungen zu Sinnerfahrungen im Zusammenhang mit Körpersymptomen. Im Kapitel 2.3.3 werden Parallelen der Erfahrung von Sinn mit dem Kohärenzgefühl aufgezeigt.

2.3.1 Konzeptualisierung

Sinn und Bedeutung (engl: meaning) ist im letzten Jahrzehnt zunehmend in den Fokus der Forschung in vielen Bereichen der Psychologie gekommen. Wertz (2001) beschreibt dies in pointierter Form:

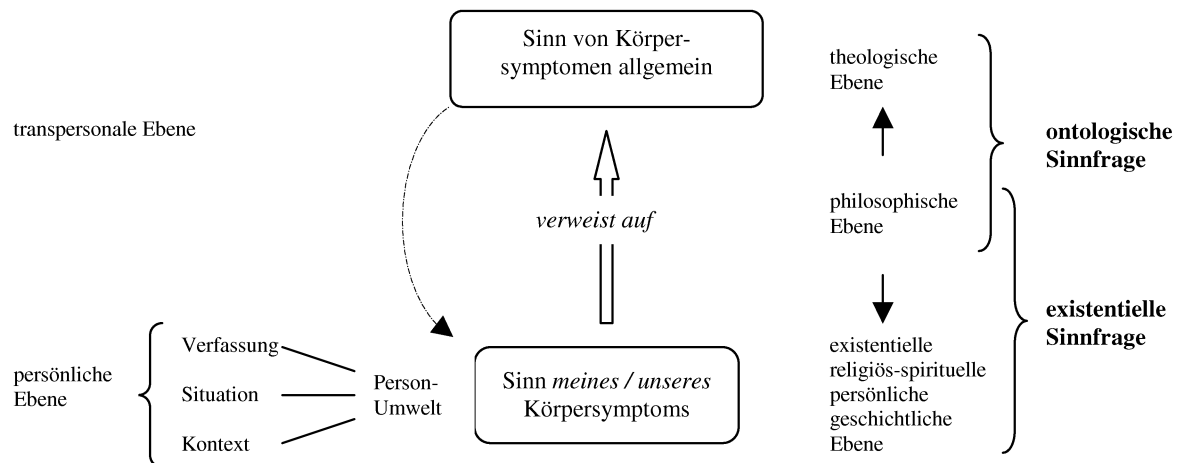
„Psychology will become faithful to the essentially human rather than remain tied to rigid methods that inauthentically mimic natural science. The central thread running through this movement is the focus on *meaning*. We have come to understand that psychology is not merely the science of behaviour or of experience in and of itself, but rather a study of the *meaning (s) of experience and behaviour for the individual person*”. (S. 242)

Für die Sinnforschung in diesem Fachbereich muss die Definition und die empirische Erfassung von Sinn und dessen konstitutiven Elementen geklärt werden. Oben wurden die beiden geläufigen Übersetzungen des englischen „meaning“, nämlich Sinn und Bedeutung, aufgeführt. Die beiden Begriffe haben einen gemeinsamen Gebrauchsbereich, sind aber nicht deckungsgleich. Oft wird als Unterschied aufgeführt, dass sich Sinn im Vergleich mit Bedeutung auf einen umfassenderen Verweisungshorizont bezieht. Hauser (2004) illustriert diesen Unterschied am Beispiel von Sinn und Bedeutung einer Anweisung. Der Sinn einer Anweisung (verstehen, warum etwas verlangt wird, worauf es abzielt) verweist, über deren Bedeutung (verstehen was zu tun ist) hinaus, auf einen umfassenderen, kohärenten Zusammenhang.

Grundsätzlich muss zwischen existentiellem Sinn und ontologischen Sinn unterschieden werden. Diese Unterscheidung durchzieht die gesamte Sinndiskussion wie ein roter Faden (vgl. Hauser, 2004). Die Frage nach dem ontologischen Sinn ist philosophisch-theologischer Natur. Sich auf diese Frage zu konzentrieren heisst, vom konkreten Menschen, seinen situativen Lebensumständen, seinem biographischen Kontext und seinem subjektiven Erleben zu abstrahieren. Gesucht wird der Sinn beispielsweise des Leidens schlechthin, oder in unserem Zusammenhang von Körpersymptomen im Allgemeinen. Existentieller Sinn hingegen wird biographisch und situativ verortet, das Subjekt ist Träger eines so verstandenen existentiellen Sinns.

Existentieller Sinn meint damit den Sinn *meines* Leidens, meines konkret erlebten und erfahrenen Körpersymptoms. Die folgende Abbildung zeigt die Verhältnisse graphisch auf:

Abbildung 1: Sinnerfahrungen im Zusammenhang mit Körpersymptomen (in Anlehnung an Hauser, 2004, S. 151)



Als Unterkategorie von existentielllem Sinn unterscheiden Richer und Ezer (2000) situativen Sinn. Der situative Sinn bezieht sich auf die Wahrnehmung bezüglich einer neuen Begebenheit und die Fähigkeit der Person, mit diesen umzugehen. Fife (1994) beschreibt ebenfalls innerhalb der existenziellen Sinnfrage nach obiger Tabelle die Dimensionen „self-meaning“ und „contextual meaning“. Die erstere bezeichnet den wahrgenommenen Einfluss einer Begebenheit auf die Identität des Individuums, die zweite bezieht sich auf die wahrgenommenen Eigenschaften einer Begebenheit und des sie begleitenden Kontextes. Sowohl Fife's als auch Richer und Ezers Differenzierungen existentiellen Sinns können für die vorliegende Studie wertvolle Sichtweisen anbieten. In der Dimension „situative Bedeutung“ ist das Symptom das gegebene, umschriebene Ereignis, welches die Person als fremd erlebt und mit dem sie umgehen muss. Wenn dieser Umgang in adaptiv positiver Weise gelingt, kann die wahrgenommene Auswirkung der Verarbeitung des Symptoms auf die Identität der Person in Fife's Konzeptualisierung als kohärente und befriedigende „self-meaning“ erfasst werden. Fife (1994) beschreibt diesen Vorgang der Identitätserweiterung als Selbsttranszendenz und folgt dabei Reed (1991):

...a developmental phenomenon that involves extending one's personal boundaries to broaden life perspectives and purposes, which, in turn, strengthens one's sense of identity

with the greater environment. This extension of the self results in a new sense of meaning or purpose. (S. 310)

Die Erweiterung der bewussten Erfahrung in Wechselwirkung mit der Stärkung bzw. Erweiterung der eigenen Identität ist aus praxisorientierter Sicht in einigen Forschungsarbeiten im Umfeld der Prozessarbeit nach Mindell (vgl. Kap. 2.4) beschrieben (Ackermann, 1994; Camastral, 1995; Hauser, 2001; Sakamoto, 2005; Vassiliou, 2005).

Existenzielle Sinnfragen werden im persönlichen Leben meist dann zum Thema, wenn ihnen nicht mehr ausgewichen werden kann, also im Kontext von schweren Krankheiten wie Krebs (Luker, Beaver, Leinster & Owen, 1996) oder AIDS (Coward & Lewis, 1993; Coward, 1995), bei chronischen Schmerzen, nach dem Verlust geliebter Mitmenschen in der Trauerarbeit und beim Gewahrwerden der eigenen Vergänglichkeit durch das Altern (Coward & Reed, 1996). Genau aus diesen Bereichen stammt denn auch die Mehrzahl der im letzten Jahrzehnt zahlreicher gewordenen Publikationen von Ergebnissen psychologischer Forschung zu einzelnen Aspekten von Sinnfragen. Diese werde im Folgenden zusammengefasst wiedergegeben, soweit ihr Hauptfokus auf Sinnerfahrungen im Zusammenhang mit Körpersymptomen und Krankheit liegt.

2.3.2 Sinnerfahrung im Zusammenhang mit Körpersymptomen

Zusammenfassend aufgeführt sind folgende Aspekte von Sinnerfahrungen im Zusammenhang mit Körpersymptomen oder Krankheiten in der Literatur zu finden:

- 1) Sinnerfahrung durch medizinische Diagnose und subjektive Kausalattribution
- 2) Sinnerfahrung durch Kontrollfähigkeit
- 3) Sinnerfahrung durch Einbettung in die Lebensumstände
- 4) Sinnerfahrung durch wahrgenommenen Nutzen (benefit finding)

Ad 1) In einer Literaturübersicht zur Bewältigung einer Krebserkrankung beschreibt Coward (1997) Faktoren, die Sinnkonstruktion unterstützen. Neben möglichst umfassender Information über die Krankheit wird auch die Zuweisung subjektiver oder objektiv-medizinischer kausaler Faktoren demzufolge als sinnstiftend erfahren (vgl. Johnson-Taylor, 1995). Solche Kausalattributionen werden im Rahmen von subjektiven Krankheitstheorien erforscht.

Bullington et al. (2003) untersuchte in periodischen Tiefeninterviews das Fachwissen einer Gruppe von Mitarbeitern einer Schmerzlinik. Sie beschrieben, dass der typische Patient nach etwas sucht, dass die verwirrenden Schmerzerfahrungen erklärt. „The medical diagnosis seems to serve this function, at least initially“ (S. 326).

Ein Patient, der dem Arzt seine Körpersymptome beschreibt, wird in diesem „Umgebungskontext“ dann meist eine Diagnose erhalten. Dies wird vielleicht auch bei weniger schweren Diagnosen als Krebs als bedeutungstiftendes Element erlebt, das hilft, die Körpersymptomerfahrung zu „verstehen“, sie einzuordnen. Auch darf der Legitimitätsaspekt einer Diagnose, beispielsweise für Krankheitszeugnisse oder in Bezug auf sekundäre Krankheitsgewinne nicht unterschätzt werden (vgl. Johannsson et al., 1999).

Ad 2) Bullington et al.'s (2003) Beobachtungen in einer Schmerzlinik weisen darauf hin, dass die mit einer Diagnose verbundenen Sinnerfahrungen auch das subjektive Empfinden verstärken können, einem Symptom nicht hilflos ausgeliefert zu sein: „To name something gives one a sense of control or power over that which is named“ (S. 326). Auch die Erweiterung der eigenen Identität und die Übernahme von Eigenverantwortung, die sie bei Patienten mit erfolgreichem Behandlungsverlauf wahrnahmen, wurde dann möglich, wenn die Patienten „...managed a sustained feeling of control and mastery“ (S. 327). Die Überzeugung, ein Geschehen mit beeinflussen zu können, spielt eine wichtige Rolle bei Krankheitsbewältigung und Sinnrekonstruktion (Baumeister, 1991) Krebspatienten mit „Kampfgeist“ haben Faller (1998) zufolge bessere Chancen zu überleben als jene, bei denen ein Gefühl der Hilflosigkeit vorherrscht.

Ad 3) Bei einer Befragung von 50 Patienten nach einem Herzinfarkt verknüpften 60% spontan das Geschehene mit Ereignissen aus ihren Lebensumständen. Diese Ereignisse bezogen sich jedoch kaum auf kumulative medizinische Risikofaktoren, sondern generell auf schwierige Beziehungs- und Arbeitssituationen. Gassner et al. (2002, S. 351) fassen zusammen: „Patients searched for meaning in terms of their life story, while health professionals using a medical model emphasise cumulative cardiac risk factors“. Sinnerfahrung durch Einbettung in die Lebensumstände kann sich jedoch auch auf die Zukunft beziehen. Patienten stellen sich vor, in welcher Weise eine

Krankheit ihre Zukunft verändern wird, versuchen also deren Bedeutung für ihr weiteres Leben zu ergründen (Davis, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998).

Ad 4) Sinnerfahrungen durch wahrgenommenen Nutzen von widrigen und traumatischen Ereignissen sind seit langem bekannt, und diesbezügliche Konzepte wurden von der neueren Stressforschung wieder vermehrt aufgegriffen und weiter entwickelt (vgl. Mohamed, 2004). Verschiedene Namensgebungen für das Phänomen sind in Gebrauch, wie stressbezogenes (Park, Cohen & Murch, 1996) oder posttraumatisches (Tedeschi & Calhoun, 1996) Wachstum. Affleck und Tennen (1996) prägten den eindrücklichen Begriff „benefit finding“ und propagieren „benefit reminding“ als eine Form der aktiven Krankheitsverarbeitung. Sinnerfahrungen durch wahrgenommenen Nutzen werden von Schwarzer und Knoll (2003) poetisch als Streben nach dem Silberstreifen in widrigen Erfahrungen umschrieben. Operationalisiert wurde „benefit finding“ von Mohamed und Böhmer (2004) in 17 Aussagen wie beispielsweise „Meine Erkrankung hat mir geholfen, mich auf das Wesentliche zu konzentrieren und meinem Leben einen tieferen Sinn zu verleihen.“ Copingstrategien nehmen eine vermittelnde Rolle ein, Selbstwirksamkeit und die Qualität des sozialen Netzes bestimmen das Ausmass an „benefit finding“ ein Jahr nach einer Krebsoperation (Luszczynska, Mohamed & Schwarzer, 2005).

2.3.3 Kohärenzgefühl und Sinnerfahrung

Die beschriebenen Aspekte von Sinnerfahrungen bei Krankheiten und Körpersymptomen weisen auffallende Parallelen zum Konzept des Kohärenzgefühls auf, das von Antonovsky (1987, 1997) entwickelt wurde und breite Anwendung in verschiedenen Forschungszusammenhängen gefunden hat. In Abkehr vom bisher dominierenden pathogenetischen Erklärungsansatz zur Entstehung von Krankheiten rückt Antonovsky die Frage in den Mittelpunkt, was Menschen trotz vielfältiger und allgegenwärtiger Belastungen gesund erhält bzw. wieder gesund werden lässt (Schumacher, Wilz, Gunzelmann & Brähler, 2000). Damit gelangten Fragen nach gesundheitsfördernden Faktoren, also Ressourcen und Potenzialen ins Zentrum des Interesses (Kolip, Wydler & Abel 2000). Im salutogenetischen Modell werden Gesundheit und Krankheit nicht als dichotome, einander ausschliessende Kategorien betrachtet, sondern vielmehr als Endpunkte eines Kontinuums. Antonovsky (1997, S. 29) argumentierte damit, dass Krankheit nicht eine seltene Abweichung von einem idealen, homöostatischen Zu-

stand sei, sondern etwas uns allen Bekanntes. Vielmehr seien die Heterostase und fortschreitende Entropie² Kerncharakteristika aller lebenden Organismen. Aus diesem Blickwinkel werden alle Ressourcen und Potenziale bedeutsam, welche die aktive Anpassung des Organismus an seine Umgebung erleichtern können. Antonovsky (1997) zählt zwar namentlich Phantasie, Liebe, Spiel, Bedeutung, Willen und soziale Strukturen als mögliche Ressourcen auf, geht aber von einer generellen Einstellung und Haltung dem Leben gegenüber aus. „Das Vorliegen einer solchen generellen Einstellung und Haltung dem Leben gegenüber wird als eine dispositionelle Bewältigungsressource betrachtet, die Menschen widerstandsfähiger gegenüber Stressoren macht“ (Schumacher et al., 2000), was Antonovsky (1987, 1997) als Kohärenzgefühl bezeichnete. Er definierte es als

eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass (1) die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, dass (2) einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen zu begegnen, und dass (3) diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen. (S. 36)

Diese globale Orientierung, zentrales Element des Salutogenesemodells, setzt sich nach Antonovsky (1987, 1997) aus drei miteinander verbundenen Komponenten zusammen, die Schumacher et al. (2000, S. 473) zusammenfassend beschreiben:

- *Verstehbarkeit* (comprehensibility) bezeichnet das Ausmass, in dem Reize, Ereignisse oder Entwicklungen als strukturiert, geordnet und vorhersehbar wahrgenommen werden.
- *Handhabbarkeit* (oder Bewältigbarkeit) (manageability) bezieht sich auf das Ausmass, in dem eine Person geeignete (personale und soziale) Ressourcen wahrnimmt, um interne und externe Anforderungen bewältigen zu können.
- *Sinnhaftigkeit* (oder Bedeutsamkeit) (meaningfulness) schliesslich meint das „Ausmass, in dem man das Leben als sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme oder Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher will-

² Entropie ist eine physikalische Grösse, die die Verlaufsrichtung eines Wärmeprozesses kennzeichnet (Duden, 1990, Bd.5 S. 221. Mindell (1997, S. 234) führt weiter aus: „... ist ein Mass dafür, wie viel Unordnung in einem geschlossenen System herrscht. Nach dem Entropiegesetz nimmt die Entropie in geschlossenen Systemen zu, d.h. die Energie geht vom geordneten zunehmend in den ungeordneten Zustand über.“

kommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre“ (Antonovsky, 1997, S. 35f).

Antonovsky geht davon aus, dass die Entwicklung einer starken Ich-Identität eine notwendige Bedingung für ein starkes Kohärenzgefühl ist. Höfer (2000) geht der Verknüpfung salutogenetischer und identitätstheoretischer Konzepte nach. Sie kommt zum Schluss, dass Kohärenz ein Ergebnis vieler gelungener Identitätsprozesse ist. Höfer weist auf die neuere Identitätsforschung hin, wonach Identität nicht mehr als Entstehung eines inneren Kerns aufzufassen ist, „sondern als Prozessgeschehen kontinuierlicher, ‚alltäglicher‘ Identitätsarbeit, als permanente Passungsarbeit zwischen inneren und äusseren Welten“ (S. 59). Folglich stellt auch das Kohärenzgefühl weniger ein entwicklungsbedingter Zustand dar, sondern eher ein prozessuales Geschehen, das entlang von alltäglicher Identitätsarbeit – verbunden mit sich verändernden Lebenswünschen und -perspektiven – permanent restabilisiert werden muss. Sie illustriert ihre theoretischen Überlegungen mit Beispielen von Jugendlichen (15 – 24 Jahre) mit stärkerem bzw. schwächerem Kohärenzgefühl aus Fallanalysen: charakteristisch für Jugendliche mit schwächerem SOC ist die Entwicklung von sehr hohen, kaum erreichbaren Anerkennungsstandards. Jugendliche mit stärkerem Kohärenzgefühl haben deutlich mehr Identitätsprojekte und -entwürfe in verschiedenen Lebensbereichen, die sie als bedeutend erleben und in denen sie Anerkennung erfahren (Höfer, 2000, S. 64).

Antonovsky (1997) zufolge hängt es von den verfügbaren „generalisierten Widerstandsressourcen“ ab, ob die gesundheitsrelevanten Folgen von Stressoren positiv oder negativ ausfallen. Quellen von Gesundheit, die eine aktive Adaptation des Organismus an die Umwelt erleichtern können, sind deshalb von besonderer Relevanz. Das allen solchen Quellen gemeinsame Element ist das Kohärenzgefühl, das sich wie erwähnt aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit zusammensetzt. Diese drei Komponenten weisen folgende direkten Bezüge zu Aspekten der Sinnerfahrung in Körpersymptomen und Krankheiten auf:

- *Verstehbarkeit und Sinnerfahrung durch Kausalattribution und Einbettung in die Lebensumstände:* Verstehbarkeit ist gegeben, wenn dem als fremd und bedrohlich erfahrenen Körpergeschehen ein Namen gegeben werden kann, der intersubjektiv verstanden wird und Kau-

salattributionen vorgenommen werden, die das Geschehen als geordnet, strukturiert und konsistent im Sinne einer Einbettung in die Lebensumstände erscheinen lassen.

- *Handhabbarkeit und Sinnerfahrung durch Kontrollfähigkeit:* Handhabbarkeit steht im engen Zusammenhang mit der Sinnerfahrung, die mit der Einschätzung der eigenen Kontrollfähigkeit einhergeht. Körpersymptome erscheinen nicht nur als verstehbar, sondern als mindestens partiell und temporär beeinflussbar und kontrollierbar.
- *Sinnhaftigkeit und Sinnerfahrung durch wahrgenommenen Nutzen:* Sinnhaftigkeit ist gegeben, wenn „benefit finding“ hinsichtlich einer Krankheit oder eines Körpersymptoms möglich ist, ein wahrgenommener Nutzen das Symptom nicht nur als loszuwerdende Belastung, sondern auch als sinnvolle Herausforderung erscheinen lässt.

In dieser Weise können Körpersymptome salutogenetisch als Stressoren gesehen werden und die vier beschriebenen Aspekte von Sinnerfahrungen als Quellen der Gesundheit, also als adaptive Bewältigungsstrategien, die eine Verschiebung Richtung Gesundheit im von Antonovsky postulierten mehrdimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bewirken.

2.3.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden Aspekte von Sinnerfahrungen aus der Perspektive des erlebenden Menschen und im Zusammenhang mit der Verarbeitung von Krankheiten und der Erfahrung von Körpersymptomen dargestellt. Als subjektiv sinnstiftend erfahren Menschen demnach auf einer eher kognitiven Ebene die Benennung und Einordnung von Körpersymptomen durch eine Diagnose oder durch Kausalattributionen im Rahmen subjektiver Krankheitstheorien. Des Weiteren sind die Einbettung der Symptom- und Krankheitserfahrungen in die eigene Biographie und die Erweiterung der Identität im Sinne einer gelingenden Adaptation sowie die Erfahrungen persönlichen Wachstums oder sonstiger als positiv gewerteten Auswirkungen von Krankheiten zu nennen. Alle diese Aspekte von subjektivem Sinnerleben sind auch aus der alltäglich psychotherapeutischen Praxis bekannt (vgl. Petzold & Orth, 2005). Im nächsten Kapitel wird aus diesem Praxisbereich die Prozessarbeit nach Mindell vorgestellt, da sie mit ihrem Traumkörperkonzept sowohl theoretisch als auch hinsichtlich des optimierten praktischen Zugangs zu subjektiven Erfahrungen von Körpersymptomen geeignete Werkzeuge zur Exploration dieser Thematik im Rahmen eines Forschungsinterviews zur Verfügung stellt.

2.4 Prozessarbeit

Kapitel 2.4.1 gibt einen Überblick über wichtige Konzepte der Prozessarbeit, die für die vorliegende Studie von Bedeutung sind. Im Kapitel 2.4.2 wird die Anwendung der Prozessarbeit bei Körpersymptomen dargestellt.

2.4.1 Konzepte

- *Prozess*

Die prozessorientierte Psychologie, oft auch Prozessarbeit genannt, die in den letzten 25 Jahren von Arnold Mindell (1985, 1993) und Mitarbeitern entwickelt wurde, ist ein interdisziplinärer, erfahrungsorientierter Zugang zu persönlicher und kollektiver Veränderung. Ganz allgemein definiert, folgt Prozessarbeit dem sich stetig verändernden Fluss menschlicher Erfahrung, den sie als „Prozess“ bezeichnet. Mindell (1989, S. 136) definiert Prozess als „Bewegungsfluss von Signalen in Kanälen im Bereich kurzer Zeitabschnitte sowie die sich ändernden Erfahrungen unserer Identität während des gesamten Lebens“. Prozessieren meint die achtsame Entfaltung von inneren, unbewussten Erfahrungen, die als unwichtig, irrelevant oder unpassend zur Seite geschoben, marginalisiert werden. Marginalisierung ist dabei ein Grundcharakteristikum menschlicher Wahrnehmung, so dass die Inhalte aus den verschiedensten Lebensbereichen stammen können. So schreibt Mindell (2000a) in einem fiktiven Brief an C.G. Jung

Sie und Freud waren überzeugt, dass der ‚Königsweg zum Unbewussten‘ über die Träume führt. Für mich ist das mittlerweile eine Seitenstrasse. Sind Sie nicht auch meiner Ansicht, dass letztlich viele Autobahnen in das ‚Unbewusste‘ führen? Ich denke an die spontane Körpererfahrung, an absichtslose Körperbewegungen, an die Beziehungsarbeit, an Komazustände und Grossgruppenarbeit. (S. 73)

Solchen unbeabsichtigten, unkontrollierbaren und störenden Erfahrungen nähert sich die Prozessarbeit mit einer Haltung von respektvoller Achtsamkeit und Offenheit für potentielle Bedeutung.

- *Primärprozess, Sekundärprozess und Grenze*

Die Prozessarbeit verwendet für alle jene Wahrnehmungsinhalte, die mit der Identität einer Person übereinstimmen und sie konstituieren den Begriff *Primärprozess*. Wahrnehmungen, die die Identität stören, als fremd empfunden werden oder einer Person als unkontrolliert er-

scheinen werden als *Sekundärprozess* bezeichnet. Der Primärprozess einer Person drückt sich bspw. aus wenn sie „Ich“ sagt, „Ich will, plane, mache etwas“. Der Sekundärprozess wird üblicherweise erfahren als etwas der Person Zustossendes, das sich typischerweise der Kontrolle und Absicht entzieht, als störend empfunden und marginalisiert wird (Mindell, 2000b). Wie beschrieben, weist das Erleben von Körpersymptomen im allgemeinen genau diese Charakteristika auf. Körpersymptome sind also in der Terminologie der Prozessarbeit typische Sekundärprozesse.

Der Primärprozess eines Menschen ist eng mit seiner momentanen Identität verknüpft. Er erschafft eine mehr oder weniger zusammenhängende Wirklichkeit, indem er versucht, durch unsere Sinne erhaltene Informationen als Wahrnehmung einer kohärenten, linearen Welt auf die wir uns verlassen können, aufrechtzuerhalten (Schupbach, 2002). Alle jene Erfahrungen und Wahrnehmungen, die diese Weltsicht kohärent erscheinen lassen und damit die Identität stärken, rücken in den Fokus des Bewusstseins und erhalten Zentralität, und alle anderen, die diesen Status quo herausfordern, unterbrechen oder behindern werden marginalisiert. Faktoren, die darüber entscheiden, ob sich jemand mit einem Wahrnehmungsinhalt identifiziert und ihn ins Zentrum rückt oder ihn marginalisiert, sind Biografie, Kultur und Rollen (Schupbach, 2002). Prozessarbeit kann aus dieser Perspektive auch als psychologisches Paradigma verstanden werden, das untersucht in welcher Art und Weise eine Person ihre Wahrnehmung braucht (Schupbach, 2004, S. 356). Zwischen Primärprozess und Sekundärprozess liegt gemäss der prozessorientierten Psychologie eine *Grenze*. Man kann sich die Grenze als Brücke vorstellen zwischen der alten, bekannten Identität auf der einen Seite und der neuen, unbekannt auf der anderen. Auf der Brücke steht eine Figur, die verhindern will, mehr über die unbekannt Erfahrungen wahrzunehmen und zu lernen. Sie personifiziert die Lebensphilosophie, Glaubenssysteme und Grundsätze aus Erziehung und Kultur. Neue und weniger bekannte Inhalte können näher an oder entfernter von der Grenze liegen und dementsprechend weniger oder mehr abgelehnt, besser oder schlechter wahrgenommen werden (Hockley, 2000).

- *Sinneskanäle*

Eine Person kann sich und die Welt um sich herum in verschiedenen Wahrnehmungsmodalitäten erfahren. Die Theorie der sinnesspezifischen Repräsentationssysteme als Grundbausteine der Informationsverarbeitung und des subjektiven Erlebens ist vor allem im NLP (Neuro-

linguistisches Programmieren) entwickelt und angewendet worden (vgl. Bandler & Grinder, 1990) Die Prozessarbeit bezeichnet diese Repräsentationssysteme als *Kanäle* (vgl. Goodbread, 1987; Mindell, 1993) und unterscheidet den auditiven, visuellen, propriozeptiven und kinästhetischen Kanal. Die Kanaldifferenzierung erlaubt, ein Bild von der übergeordneten (bei der Wahrnehmung bevorzugte Kanäle) und situativen (momentan bewusst verwendete Kanäle) Wahrnehmungsstruktur eines Menschen zu erhalten.

Die bis anhin dargestellten theoretischen Konzepte der Prozessarbeit kommen neben der Arbeit mit Körpersymptomen in anderen Bereichen wie Komaaarbeit oder Gruppenarbeit zur Anwendung, worauf hier aus Platzgründen nicht näher eingegangen werden soll (vgl. Arye, 2001; Goodbread, 1987; Hauser, 2001; Mindell, 1989 a,b, 1995; Vassiliou, 2005; Vikkelsee, 1997). Im folgenden wird auf die Anwendung der Prozessarbeit auf Körpersymptomen fokussiert.

2.4.2 Arbeit mit Körpersymptomen

Die prozessorientierte Arbeit mit Körpersymptomen (Mindell, 1985, 1987, 1996, 2004) geht auf die häufig gemachte empirische Erfahrung von Ähnlichkeiten zwischen Träumen und Körpersymptomen zurück, die Mindell zur Entwicklung des Konzepts eines „Traumkörpers“ veranlasste. Schupbach (2000) beschreibt das Konzept in einfachen Worten:

Genau wie wir in der Nacht träumen, haben wir Körpersymptome im Verlauf des Tages, und die spiegeln sich gegenseitig. Wenn wir einem Körpersymptom folgen – das heisst wenn wir uns Zeit nehmen, ein Körpersymptom zu haben, es zu spüren und dieser Erfahrung folgen, – dann finden wir die gleichen Muster, die wir auch in Nachträumen finden. Dieser spiegelbildliche Zusammenhang, das ist das Traumkörperkonzept. (S. 252)

Wenn Menschen ihre subjektiven Körpererfahrungen entfalten, werden sie dieser Theorie zufolge also die gleichen Muster finden, die auch in ihren Nachträumen auftauchen. Was mit „Entfaltung“ einer subjektiven Körpererfahrung gemeint ist, wird abschliessend erläutert. Wie diese therapeutische Technik im Zusammenhang der vorliegenden Studie operationalisiert wurde, ist im Methodenteil bei der Beschreibung des Leitfadens detailliert aufgeführt.

Entfaltung

Entfalten umschreibt die Entwicklung von der Wahrnehmung bis zur Integration von sekundären Prozessen, hier also von Körpersymptomen. Diamond und Jones (2004, S. 23) konzeptualisieren diese Entwicklung wie folgt: „Unfolding a process involves noticing a secondary (...) experience in the initial description of a problem, amplifying its expression until a new meaning or aspect of identity emerges, and then integrating the new experience into everyday life.“

Dieser Konzeptualisierung hebt drei wesentliche Faktoren heraus: noticing (beachten), amplifying (amplifizieren oder verstärken) und integrating (einordnen). Diese drei Faktoren werden nachfolgend näher beschrieben.

Körpersymptome sind nicht nur in der Sichtweise der prozessorientierten Psychologie störende, den Fluss des Lebens und die Kohärenz der Identität bedrohende Erfahrungen. Um eine möglichst exakte phänomenologische Beschreibung dieses marginalisierten subjektiven Körpersymptomerlebens zu erhalten, muss für die somatische Erfahrung der betroffenen Person zuerst Platz geschaffen werden. Verschiedene Interventionen werden angewendet, um die Wahrnehmung bezüglich des Symptoms zu erhöhen und Raum zu schaffen für das subjektive Erleben des Symptoms, ohne der Klientin Werte oder Interpretationen über das Symptom aufzuzwingen (Hockley, 2000). Die somatische Erfahrung wird in den oben beschriebenen Kanälen wahrgenommen. Folgende Fragen können *sinnesebasierte somatische Informationen* zugänglich machen (Diamond & Jones, 2004, S. 47; Wilde, 1999, S. 49):

- Wie weißt du, dass du (Symptom) hast? Fühlst du, hörst du, siehst du etwas oder spürst du eine Bewegung?
- Was macht (Symptom) mit dir?
- Wie würdest du diese Erfahrung jemand anderem verursachen?
- Kannst du die exakten somatischen Empfindungen so beschreiben, dass ich das nachvollziehen kann?

Die Schritte des Entfaltens, die entlang dem sinnesbasierten Erleben erfolgen, werden durch das verbale und nonverbale Feedback der Person bestimmt (Schupbach, 2002). Das aus der Systemtheorie übernommene Konzept beschreibt Feedback als Information, die die Leistung des Systems regelt und aufrechterhält. Diamond und Jones (2004) beschreiben den leicht veränderten Gebrauch des Konzepts in der Prozessarbeit:

Although Process Work borrowed the terms „negative feedback“ and „positive feedback“ from systems thinking, it uses them somewhat differently. „Positive feedback“ refers to the strengthening of a signal in response to an intervention. „Negative feedback“ refers to a lack of noticeable increase in the strength of a signal in response to an intervention. Negative feedback does not mean that an intervention is „wrong“, and positive feedback does not indicate that an intervention is „right“. Both negative and positive feedback provide information about a person’s process, pointing to the next stepping-stone in the process of accessing dreaming experience. (S. 26)

Um das Körpersymptom so vollständig wie möglich erfahrbar zu machen, werden verschiedene Techniken der Amplifikation angewendet. Die Idee der Amplifikation (Verstärkung) eines unklaren oder schwachen Signals bis dessen Bedeutung erkennbar wird, geht auf die Informationstheorie zurück. Im psychotherapeutischen Bereich wird Amplifikation implizit oder explizit oft angewendet, beispielsweise in der Psychologie Jungs (vgl. Kast, 1990) oder in der Gestalttherapie (Schneider 1981). Unklare Wahrnehmungen werden in ihrer Intensität verstärkt. Dies kann im gleichen Kanal erfolgen, indem die Wahrnehmungen mit je nach Sinneskanal unterschiedlichen Amplifikationstechniken intensiviert werden. Weiter kann als Amplifikation eine Wahrnehmung in einem Sinneskanal in anderen Sinneskanälen ausgedrückt, sozusagen übersetzt werden („multichanneled experience“, Diamond & Jones, 2004, S. 64).

Zur Illustration der bisherigen Entfaltungsschritte des genauen Wahrnehmens (noticing) und der Amplifikation eines Körpersymptoms diene folgendes kurze Beispiel (Mindell, 2002). Ein Klient klagt über einen sauren Magen. Auf der Ebene der Diagnostik in der allopathischen Medizin könnte sich dies als Ausdruck einer Übersäuerung erweisen und als gastroösophagealer Reflux erklärt werden. Auf der Ebene des subjektiven Erlebens wurde dies nach längerem, aufmerksamem Spüren als starkes Brennen, das von einem immensen Feuer ausgehe, wahrgenommen. Diese subjektive, traumähnliche Erfahrung des Magenschmerzes im propriozeptiven Kanal wurde vom Klienten mit gleichzeitigen Handbewegungen sowie lauter und „feuriger“ werdender Stimme beschrieben. Die Erfahrung entfaltete sich somit natürlicherweise auch im Bewegungskanal und im auditiven Kanal.

Der nächste Schritt in der Entfaltung eines Körpersymptoms, die Integration, führt meist zu Momenten von Zweifeln, Angst, Nervosität, Verwirrung oder Verlegenheit (vgl. Wilde, 1999) und Reaktionen des autonomen zentralen Nervensystems wie Schwitzen, Erröten, Stottern, Gähnen (Schupbach, 2002). Diese Phänomene sind Anzeichen, dass eine Grenze erreicht wurde und die Alltagsidentität der Person direkt durch den träumerischen Vorgang herausge-

fordert wird (vgl. Schupbach 2002, S. 359f). Dies wird als ein wichtiger, kritischer Moment der beginnenden Identifikation mit der Erfahrung oder mit einer der im Prozess aufgetauchten Figuren verstanden. Im beschriebenen Beispiel war eine temporäre Identifikation mit dem Element erreicht, als der Klient aus der Rolle des Feuers heraus sagte: „Ich verbrenne alles, was mich in meiner Kreativität bremst!“

Es hätte aber auch, je nach Feedback des Klienten, eine lineare Diskussion über biografische Ereignisse (Familienwerte, traumatische Ereignisse etc) entstehen können, oder ein Rollenspiel mit miteinander interagierenden Figuren und ihren unterschiedlichen Einstellungen zu Kreativität (ebda., S. 360). Damit ist auch verständlich, dass mit Entfaltung kein drehbuchartiger Ablauf beschrieben oder vorgegeben werden kann, sondern es sich immer um ein variables, interaktives und feedbackgeleitetes Geschehen handelt.

Beispiel einer Arbeit mit einem Körpersymptom

Zur Veranschaulichung der Konzepte und der verschiedenen Entfaltungsschritte wird im Folgenden ein typisches Beispiel von Prozessarbeit mit einem Körpersymptom geschildert (Schupbach 2002, S.358ff).

Ein Mann sagt aus der Sicht seiner gewohnten Alltagsidentität über sein schmerzendes Knie „Mir geht es gut, aber mein Knie tut mir weh“. Diese Aussage sagt noch nichts Spezifisches über die Erfahrung selbst. Aufforderungen, wie etwa genau hinzuspüren oder der Erfahrung Raum und Zeit zuzugestehen sowie bestimmte Fragen, lenken die Aufmerksamkeit der Person auf ihre somatischen Erfahrungen. Sie beschreibt, dass es sich im unteren Teil des Knies seltsam eingerastet anfühle, in gewisser Weise krampfartig. Dies blockiere und verhindere das Knie, sich frei zu bewegen. Während der verbalen Beschreibung dieser Empfindung formt eine Hand unbeabsichtigt einen Kreis mit einer zusammendrückenden Bewegung. Alle diese verbalen und nonverbalen Signale beinhalten sinnesbasierte Information. In diesem speziellen Beispiel betreffen die Signale die Bewegung oder die kinästhetische Modalität. Hätte die Person geäußert, dass es sich heiss oder schwer anfühlt, würden diese Begriffe darauf hinweisen, dass die Erfahrung propriozeptiven Charakter hat. Diese Äusserungen zeigen – im Sinne des oben erläuterten Feedback-Prinzips – an, welches der wirksamste Weg ist, um mit dem nicht intendierten, marginalisierten Erleben in Kommunikation zu treten. Die genauere und detaillierte Wahrnehmung der Erfahrung wird mit Amplifikationstechniken unterstützt.

Im Beispiel mit dem schmerzenden Knie wurde die Person ermutigt, mit der einengenden Handbewegung – die ihre kinästhetische Erfahrung im Knie wiedergab – zu experimentieren. Überraschend äusserte sie: „Genau, das ist wie ein Schraubstock!“ Nun wird die Person wei-

ter ermutigt, die Hand als Schraubstock zu benutzen, sie noch stärker zusammenzuziehen und die Erfahrung im Knie dadurch zu intensivieren, indem sie das Handgelenk des Therapeuten umfasst. Das Handgelenk des Therapeuten tritt an die Stelle des Kniegelenks, womit die Person ihre übliche Identität und damit temporär auch die „Opferrolle“ verlässt. Indem sie unterstützt wird, das sie Störende in der Körpersymptomerfahrung zu explorieren und zu übernehmen – hier die Blockierung – findet ein Übergang statt zur „Täterrolle“.

Die so entstehende Polarität von „Blockierung“ (Symptommacher, Täter) und „frei bewegliches Knie“ (Identität, Opfer) kann nun weiter im Rollenspiel entfaltet werden. Im angeführten Beispiel passierte das auf folgende Art (vgl. Schupbach 2002, S. 358): Der Therapeut bewegte sein Handgelenk wie das üblicherweise frei bewegliche Knie im noch stärker beengenden Griff des „Täters“ hin und her und fragte dabei: „Was tust du?“. Dieser antwortete: „Halte still; ich will nicht, dass du dich bewegst!“ In der weiteren Entfaltung dieses Dialogs zwischen diesen Polaritäten tauchten diesem Mann spontane Fantasien auf, vom Beruf eine Auszeit zu nehmen, um einem Forschungsinteresse nachzugehen. Der Mann hatte jedoch starke Bedenken, nicht mehr fähig zu sein tagelang still am Pult zu sitzen, zu studieren und nachzudenken. So äusserte sich seine Grenze gegen die Erfahrung der Blockierung. In der Rolle des „Symptomachers“ erklärte der Mann dann, das freie Handgelenk des Therapeuten weiterhin blockierend, dass in bestimmten Lebensabschnitten „Freiheit“ eine wichtige Qualität sei, in anderen jedoch „Blockierung“. Die grösste Freiheit liege in der Fähigkeit, je nach der gegebenen Situation, zwischen diesen beiden Zuständen hin und her zu wechseln.

Diese Station der Entfaltung zeigt für den Betroffenen die ursprünglich im störenden Knie erlebte Blockierung als neuen Aspekt der Identität, respektive die Bedeutung davon und die Integration der neuen Erfahrung in das Alltagsleben. Damit erhält das Symptom einen anderen Stellenwert als bislang jenes des Störenden, Fremden oder Erschreckenden: für den Betroffenen wird es damit zum Träger einer unterstützenden Qualität und dient als innere Führung beim organischen Wechseln zwischen Blockierung und Freiheit. Diese Einbettung in die spezifische Lebenssituation integriert den Sinn der inneren Erfahrung des Symptoms als Bereicherung und Ermächtigung (Schupbach, 2002).

2.4.3 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden einige wichtigen Konzepte der Prozessarbeit aufgeführt. Ein spezieller Fokus wurde gelegt auf den Umgang mit Körpersymptomen als marginalisierte inneren Erfahrungen. So weit sie sich regelhaft beschreiben lassen, wurden einige typischen Schritte und Techniken der „Entfaltung“ des subjektiven Körpersymptom-Erlebens gegeben. Diese Entfaltungsschritte, von denen einige in adaptierter Form in den Interviewleitfaden der vorliegenden Arbeit übernommen wurden, sind sowohl theoretisch als auch praxisbezogen mit Beispielen beschrieben.

2.5 Forschungsfragen

Die vorliegende Studie erforscht das subjektive Erleben von Körpersymptomen bei 20 jungen Frauen. In einem teilstandardisierten Interviewablauf werden mittels prozessorientierter Entfaltung die „lived experience“ eines Körpersymptoms und dadurch die phänomenologische, erlebnisorientierte Beschreibung dieses Körpersymptoms zugänglich gemacht. Die Teilnehmenden werden nach dadurch evozierten Sinn- und Bedeutungserfahrungen im Zusammenhang mit dem Körpersymptom gefragt. Weiter beschreiben sie sowohl verbal als auch in einer Skizze vor und nach dem Hauptteil des Interviews, ob und wie die subjektive Erfahrung des Körpersymptoms sowie allfällige Sinn- und Bedeutungserfahrungen ihre Perspektive auf das Körpersymptom verändert haben.

Anhand der Interviewtranskripte und der Skizzen werden folgende Forschungsfragen bearbeitet:

- Welche sprachlichen Ausdrucksmittel verwenden die Teilnehmenden zur Beschreibung der „lived experience“ ihres Symptoms? Welche Rolle spielen Metaphern dabei?
- Inwiefern finden die Personen durch das Interview Zugang zu Bedeutung und Sinn in den Körpersymptomen? In welchem Kontext werden solche Sinn- und Bedeutungserfahrungen beschrieben? Sind die aus der Erforschung der Bewältigung schwerer Krankheit bekannten Sinnaspekte auch bei alltäglichen Körpersymptomen relevant?

- Wie verändert sich die Perspektive auf das Symptom? Enthalten verbale Beschreibung und die Skizzen diesbezüglich ähnliche oder unterschiedliche Aussagen? Können Zusammenhänge zum Identitätserleben aufgezeigt werden?
- Welche Bezüge zeigen sich zwischen den Merkmalen der Teilnehmenden (soziodemografische Daten, Daten des SOC-L9, Subskala „Offenheit für Erfahrungen“ des NEO- FFI) und Daten aus Interviewtranskripten und Skizzen?

Diese Forschungsfragen werden einerseits durch illustrierende Beispiele des empirischen Datenmaterials möglichst konkret beantwortet, andererseits dienen sie wie beschrieben als Ausgangsbasis des iterativen, interaktionalen hermeneutischen Prozesses.

3 Methode

In diesem Kapitel wird zuerst das Vorgehen bei der Stichprobenbildung und die soziodemografischen Merkmale der Teilnehmerinnen beschrieben (Kapitel 3.1). Darauf folgt die ausführliche Beschreibung der Erhebungsinstrumente (Kapitel 3.2) bevor abschliessend das angewendete Auswertungsverfahren (Kapitel 3.3) erläutert wird.

3.1 Stichprobe

3.1.1 Auswahl und Anwerbung der Teilnehmerinnen

Die Auswahl der Studienteilnehmerinnen erfolgte mittels einer sogenannten Gelegenheitsstichprobe (Mayer, 2001). Bei einer qualitativen, explorativen Studie ohne Anspruch auf statistisch abgesicherte Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Grundgesamtheit erwies sich diese Art der Auswahl als angemessen. Dabei werden aus der Zielpopulation fortlaufend jene Personen berücksichtigt, die an einer Teilnahme interessiert sind, bis die gewünschte Anzahl von Teilnehmerinnen zusammengekommen ist. Bei der Festlegung der Zielpopulation waren folgende Überlegungen massgebend: Da Körpersymptome ein allgemeinemenschliches Phänomen darstellen, kamen eigentlich alle Menschen für die Untersuchung in Betracht. Das Interview, das durchgeführt wurde, erforderte jedoch eine differenzierte verbale Beschreibung von körperlichem Erleben nach bestimmten Anleitungen, und die Transkripte dieser Beschreibungen sind ein wichtiger Teil der verwendeten Daten. Wenn Probanden häufig Gelegenheit haben, ihre Fähigkeit, Sachverhalte sprachlich auszudrücken zu üben, werden sie mit dieser Aufgabe wahrscheinlich besser zurechtkommen. Dies ist sicher bei Probanden mit hoher Bildungsstufe eher der Fall als bei tiefer Bildungsstufe. Weil nicht bekannt ist, wie sich unterschiedliche Lebensalter auf den Untersuchungsgegenstand auswirken, wurde es als vorteilhaft erachtet, dass die Probanden einer einheitlichen Alterstufe angehören. Gemäss der Literatur (vgl. Kolip, 1994; Kolk et al., 2003; Verbrugge, 1989) konnte von Männern ein geringeres Interesse an gesundheitsbezogenen Studien teilzunehmen, erwartet werden. Diesen Überlegungen folgend, erwiesen sich junge, volljährige erwachsene Frauen (18 – 21 Jahre) mit Kantonsschulbildung als ideale Probandinnen. Das bot den zusätzlichen Vorteil, dass Maturandinnen infolge der eigenen Maturaarbeit für Forschungsprojekte sensibilisiert waren, was

sich als positiv in Bezug auf ihre Motivation für eine Teilnahme am Projekt erwies. Der Grund für die geforderte Volljährigkeit war, dass die Einverständniserklärung von den Probanden selber unterzeichnet werden konnte ohne Einbezug der Erziehungsberechtigten. Der Jahrgang war das Ausschlusskriterium, also konnten die Jahrgänge 1984 bis 1987 teilnehmen. Ein weiteres Ausschlusskriterium war eine laufende oder weniger als ein Jahr zurückliegende psychotherapeutische Behandlung. Damit sollte vermieden werden, dass die Antworten zu den Fragen im Interview beeinflusst werden von Erfahrungen aus der Therapie, vor allem wenn diese den Umgang mit dem Körper und die Wahrnehmung und Verarbeitung von Körpersymptomen zum Inhalt hatten.

In der Folge wurden Kantonsschullehrerinnen aus dem persönlichen Umfeld der Studienleiterin kurz über das Projekt per Email oder Telefon informiert und angefragt, ob und in welcher Form sie die Probandenrekrutierung in Anbetracht ihrer chronischen Überlastung unterstützen könnten. Die am wenigsten aufwändige Form der Unterstützung war die Abgabe eines Handzettels in ihren Klassen (Anhang A). Vorgängig wurde auf Wunsch an einigen Schulen das Einverständnis des Rektorats eingeholt (Anhang B). Um den gleichen Informationsstand bei allen Teilnehmerinnen zu gewährleisten, wurde auch bei direkt kontaktierten Kantonschülerinnen und Eltern aus dem Bekanntenkreis der Untersuchungsleiterin der Handzettel zugeschickt. Interessierte konnten mit der Untersuchungsleiterin via SMS, E-Mail oder Telefon in Kontakt treten.

Im ersten Kontakt wurden die Teilnahmebedingungen überprüft. Das Geburtsjahr sowie eine allfällige Erfahrung mit Psychotherapie wurden erfragt. Eine Teilnehmerin nannte gelegentliche Gespräche mit einer der Familie befreundeten Psychologin, eine weitere eine Sitzung im Zusammenhang mit der Scheidung ihrer Eltern. Diese Probandinnen konnten selbstverständlich in die Untersuchung integriert werden. Ebenso zugelassen wurden die Probandin, die nach einem Unfall 15 Sitzungen bei einer Psychologin in Anspruch genommen hatte, um die alptraumartigen Nachträume zu bearbeiten, sowie eine weitere, die angab, an ca. 10 Familientherapiesitzungen mit Fokus auf die familiäre Situation beteiligt gewesen zu sein.

Bei einer Interessentin, die zur Behandlung ihrer Anorexie in laufender Therapie war und dabei auch an ihren Körperkonzepten, ihrem Körperbild und der Verbesserung ihres Spürbewusstseins arbeitete wurde von der Durchführung des Interviews abgesehen.

Weitere Nennungen von psychotherapeutischen oder psychologischen Erfahrungen wurden nicht gemacht.

3.1.2 Beschreibung der Stichprobe

Ein Blick auf Tabelle 1 zeigt, dass die soziodemografischen Merkmale der 20 teilnehmenden Frauen sehr homogen ausfallen. Die Hauptgruppe, nämlich die Hälfte der Teilnehmenden war 19 Jahre alt, gut ein Drittel war 18 Jahre alt und knapp ein Sechstel war 20 Jahre alt. 17 von 20 lebten mit ihren Familien, während 3 Teilnehmerinnen bereits von zu Hause weggezogen waren. Eine von ihnen lebte allein, zwei in einer Wohngemeinschaft. Die Mehrheit der Familien aus der die Probandinnen, stammten gehören der Oberschicht, beziehungsweise oberen Mittelschicht an (18 Personen), 2 Personen der unteren Mittelschicht. Die Einteilung erfolgte aufgrund der Angaben der Teilnehmerinnen über den Beruf und die berufliche Stellung der Haupternährerin. Die Kategorisierung folgte dem Vorschlag von Weinhold und Sikiric (1998) (Anhang D). 16 Teilnehmerinnen besuchten eine städtische Kantonsschule und 4 eine in der Agglomeration. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die soziodemografischen Merkmale der Teilnehmenden in absoluten und relativen Häufigkeiten.

Tabelle 1: Verteilung der soziodemografischen Merkmale (absolute und relative Häufigkeiten, n=20)

Alter in Jahren			Wohnort		Wohnsituation			Kantonsschule		Sozialstatus Mittelschicht	
18	19	20	Stadt	Land/Agglo	Familie	allein	WG	Stadt	Land/Agglo	obere	untere
7	9	4	5	15	17	1	2	17	3	18	2
35%	45%	20%	25%	75%	85%	5%	10%	85%	15%	90%	10%

Einen Überblick zum soziodemografischen Profil der einzelnen Teilnehmerinnen und deren jeweiliges Symptom gibt Anhang E.

Über das Antwortverhalten im Hinblick auf die lebensweltlichen Problembereiche bzw. Ressourcen (vgl. Kapitel 3.2.2) gibt Tabelle 2 eine Übersicht.

Tabelle 2: Angaben über das Antwortverhalten zu den lebensweltlichen Problembereichen in absoluten und relativen Häufigkeiten

Lebensweltlicher Problembereich	zustimmend +	sowohl als auch 0	ablehnend -
Ich fühle mich den Anforderungen der Schule gewachsen	20 100%		
Die Beziehung zum Elternhaus ist unbelastet	16 80%	2 10%	2 10%
Ich habe ein gesundes Selbstvertrauen	18 90%	1 5%	1 5%
Ich habe gute soziale Kontakte, mit denen ich mich wohl fühle	20 100%		
Ich finde es einfach, mich in der Komplexität gesellschaftlicher Werte zurechtzufinden	13 65%	6 30%	1 5%
Ich habe unbelastete Erfahrungen mit dem Geschlecht meines Interesses	18 90%	2 10%	
Ich denke oft über den Sinn des Lebens nach	17 85%	2 10%	1 5%

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Stichprobe in Bezug auf die Einschätzung dieser Problembereiche einseitig verteilt ist. Alle Interviewteilnehmerinnen schätzten ihre Fähigkeiten, den Anforderungen der Schule zu genügen, positiv ein und fühlten sich in ihren sozialen Kontakten wohl. Am wenigsten homogen waren die Antworten in Bezug auf die gesellschaftliche Wertpluralität. Von der Möglichkeit zusätzliche Problembereiche zu nennen machten 13 Teilnehmerinnen Gebrauch. Sie machten sich beispielsweise Gedanken über ihre Zukunft, Zusammenhänge allgemein, sich selbst und zwischenmenschliche Beziehungen.

3.2 Erhebungsinstrumente

Kernelement dieser Studie ist ein problemzentriertes Interview. Im folgenden Kapitel werden die Überlegungen, die zur Auswahl dieses Datenerhebungsverfahrens führten und die verschiedenen Komponenten des problemzentrierten Interviews detailliert erläutert. Die Chronologie der Beschreibung folgt der Reihenfolge, wie die Erhebungsinstrumente in der Befragung angewendet wurden.

3.2.1 Auswahl des Verfahrens

Wie in den theoretisch Überlegungen und den Forschungsfragen dargelegt wurde, liegt das Hauptinteresse der vorliegenden Studie auf der Erforschung des subjektiven Körpersymptom-erlebens, dessen Kommunizierbarkeit und Aspekten von damit verbundenen Sinnerfahrungen. Der Gegenstand zeichnet sich durch Vielgestaltigkeit, Wandelbarkeit, Emotionsabhängigkeit und Kontextabhängigkeit aus. Für solche Gegenstandsbereiche gilt das qualitative Interview als geeignete und angemessene Forschungsmethode (vgl. Faller, 1991; Hauser, 2004; Wiedemann, 1995). Mayring (2003) bezeichnet es gar als Königsweg in der Erforschung des subjektiven Erlebens.

Unter Interview versteht Friebertshäuser (1997) dabei eine verabredete Zusammenkunft, die sich in der Regel als direkte Interaktion zwischen zwei Personen gestaltet, die sich auf der Basis vorab getroffener Vereinbarungen und damit festgelegter Rollenvorgaben als Interviewender und Befragter begegnen. Die Interviewtechniken, die der Interviewende einsetzt dienen der Erhebung verbaler Daten, der Hervorlockung von Auskünften und Erzählungen des Befragten. (S.374)

Verschiedene Interviewtechniken können danach unterschieden werden, wie stark Antworten vorstrukturiert werden. Eine erste grobe Kategorisierung unterscheidet „Erzählgenerierende Interviews“ und „Leitfadeninterviews“ (ebda.). Erzählgenerierende Interviews meinen solche Interviewtechniken, die darauf zielen, die Befragten zum Erzählen anzuregen, ihnen aber dabei weitgehend selbst die Auswahl der für sie relevanten Aspekte zu einem Thema überlassen. Leitfadeninterviews werden auch als teilstandardisierte (Hopf, 2004) oder halbstrukturierte Interviews (Mayring, 1999) bezeichnet. Das zentrale Charakteristikum besteht darin, dass ein Leitfaden mit vorformulierten Fragen oder Themen erarbeitet wurde, womit nicht nur die Interviewthematik durch den Forschenden vorgegeben wird, sondern auch relevante Aspekte des Themas definiert und vorgegebene Themenkomplexe einheitlich angesteuert werden. Der Leitfaden dient meist auch dazu, „eine gewisse Vergleichbarkeit der Ergebnisse verschiedener Einzelinterviews zu sichern“ und das Erkenntnisinteresse „richtet sich in der Regel auf vorab bereits als relevant ermittelte Themenkomplexe“ (Friebertshäuser, 1997, S. 375). Die Relevanz kann sich beispielsweise aus Theorien, bereits vorliegenden Untersuchungen oder auch eigener Kenntnis des Feldes ableiten.

Es gibt einige Varianten und Weiterentwicklungen von Leitfadeninterviews (vgl. Friebertshäuser, 1997; Lamnek, 1995; Mayring, 1999), von denen die Variante des problemzentrierten Interviews (Witzel, 1985, 2000) sich am besten für die vorliegende Studie eignet.

3.2.2 Problemzentriertes Interview (PZI)

Witzel (1985, 2000) skizziert für das problemzentrierte Interview folgende Grundgedanken:

- 1) Die *Problemzentrierung* meint die Orientierung an einer gesellschaftlichen Problemstellung und zielt auf Strategien, die in der Lage sind, die Explikationsmöglichkeiten der Befragten zu optimieren.
- 2) Die *Gegenstandsorientierung* betont die Flexibilität der Methode in Bezug auf die unterschiedlichen Anforderungen des untersuchten Gegenstandes. Das PZI kann dementsprechend auch in den Zusammenhang einer Methodenkombination gestellt werden, in welcher der Leitfaden das wichtigste Instrument bildet (vgl. Tabelle 3).
- 3) Die *Prozessorientierung* bezieht sich auf den gesamten Forschungsablauf, in dem die Befragten die Möglichkeit erhalten – durch Stimulation des Gedächtnisses und der Wahrnehmung sowie durch Gewinnen von Vertrauen – Sachverhalte zu explizieren und Zusammenhänge zu korrigieren.

Im Forschungszusammenhang dieser Studie sind die Grundgedanken folgendermassen von Bedeutung:

Ad 1) Der Stellenwert subjektiven Erlebens ist eine in Gesellschaft und Wissenschaft sehr kontrovers diskutierte Problemstellung. Die Frage des optimalen Verhältnisses zwischen der Marginalisierung des Subjektiven im Symptomerleben und der Zentralität des Objektiven (z.B. Körpersymptome ausschliesslich als Indikator für medizinische Diagnosen) hat Implikationen für Krankheitsbewältigung, Sinnerleben, Compliance und Lebensqualität.

Die möglichst nah am subjektiven, sinnesbasierten Erleben des Körpersymptoms formulierten Fragen erlauben es, die Entfaltung und die Explikationsmöglichkeiten der teilweise präkonzeptuellen Wahrnehmungen zu optimieren und den Gegenstandsbe- reich möglichst vollständig zu erfassen.

Ad 2) Die Befragung einer selegierten Gruppe, welche unter Körpersymptomen leidet und deren subjektives sinnesbasierten Erleben exploriert und entfaltet werden soll, erfolgt mittels nachfolgend beschriebener Methodenkombination aus vollstandardisierten Fragebogen, Leitfaden als wichtigstem Element und Postskriptum (vgl. Tabelle 3). Die

Gesprächstechniken im Leitfadenteil werden flexibel der Situation und der unterschiedlich ausgeprägten Reflexivität und Ausdrucksfähigkeit der Befragten angepasst.

Ad 3) Der Kommunikationsprozess wird sensibel und akzeptierend auf die Orientierung und Wahrnehmung der Befragten zentriert, wodurch bei ihnen Vertrauen und damit Offenheit entsteht, weil sie sich in ihrem subjektiven Körpersymptomerleben ernst genommen fühlen. Dieses Vertrauensverhältnis fördert die Selbstreflexion und die Entwicklung neuer Aspekte zum untersuchten Thema. Eventuelle Redundanzen enthalten oft interpretationserleichternde Neuformulierungen und sind deshalb wünschenswert.

Die Grundgedanken des PZI und die Forderung einer am Gegenstand orientierten Methodenkombination führten zur Auswahl folgender Erhebungsinstrumente, die in Tabelle 3 aufgeführt sind.

Tabelle 3: Instrumente des problemzentrierten Interviews nach Witzel (1985, 2000) und jene der vorliegenden Studie.

Typus von Instrumenten des PZI nach Witzel (1985, 2000)	Eingesetzte Instrumente der vorliegenden Studie
<ul style="list-style-type: none"> • Kurzfragebogen (zur Erfassung bestimmter situationsübergreifender Regelmäßigkeiten) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentationsbogen zur Erfassung soziodemografischer und lebensweltlicher Merkmale - Fragebogen zur Erfassung persönlichkeits-relevanter Merkmale: <i>SOC-L9</i> (Schumacher et al., 2000) und Subskala „<i>Offenheit für Erfahrung</i>“ des NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 1993).
<ul style="list-style-type: none"> • Leitfaden (und Tonaufzeichnung) 	<ul style="list-style-type: none"> - Leitfaden-Fragen (und Tonaufzeichnung) - Skizzenartige Zeichnungen
<ul style="list-style-type: none"> • Postskriptum 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbsteinschätzung des Schwierigkeitsgrades und Fremdeinschätzung der Erfahrungstiefe (Experience-Skala, Dahlhoff & Bommert, 1978). - Anmerkung zu situativen und nonverbalen Aspekten sowie Auffälligkeiten.

In den folgenden Abschnitten werden die Erhebungsinstrumente erläutert. Eine vollständige Dokumentation aller Instrumente ist im Anhang F bis K zu finden.

Fragebogen zu soziodemografischen und Persönlichkeitsmerkmalen

Für die Beschreibung der Stichprobe wurden unterschiedlich stark standardisierte Fragen herangezogen.

- Der von den Teilnehmerinnen auszufüllende *Dokumentationsbogen* (Anhang F) erfasste die soziodemografischen Merkmale und stellte je eine Frage zu sieben Problembereichen der jugendlichen Lebenswelt (vgl. Engel & Hurrelmann, 1989; Roth, Süllwold & Berg, 1967). Der Abschluss bildete eine offene Frage, um den Teilnehmerinnen Gelegenheit zu geben, einen eignen Problembereich zu nennen.

Geschlecht, Alter, familiärer Kulturhintergrund sowie die soziale Schicht können Einfluss auf den Wahrnehmungsvorgang und die Kausalattributionen von Körpersymptomen (vgl. Kolk, Hanewald, Schagen & Gijsberg van Wijk, 2002; Kroenke, 2001; Waitzkin & Magaña, 1997) haben. Die Beschreibung der Wohnsituation ergänzt das Bild über die Lebenswelt der Teilnehmerinnen und deren Ablösungsprozess vom Elternhaus. Die sieben Problembereiche „Schule, zu Hause, über mich selbst, ich und die anderen, Jungen und Mädchen, Allgemeines, Lebenseinstellung, offener Bereich“ konnten mit Werten zwischen 0 (starke Ablehnung) bis 4 (starke Zustimmung) eingeschätzt werden.

- *Fragebogen zum Kohärenzgefühl (SOC-L9)* (Anhang G): Zur empirischen Überprüfung des Modells der Salutogenese hat Antonovsky (1987) einen Fragebogen zur Erfassung des Kohärenzgefühls entwickelt. Verschiedene Schwächen wie beispielsweise die mangelnde faktorielle Validität der Skalen, die beträchtlichen formal-strukturellen Unterschiede der einzelnen Items der SOC-29-Skala, wie auch unklare Zusammenhänge mit Alter, Geschlecht und Kultur veranlassten die Überprüfung und Verbesserung der beliebten Skala. Zahlreiche Studien haben das SOC empirisch überprüft (vgl. Lamprecht & Sack, 1997) und haben positive Zusammenhänge mit Indikatoren des Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit aufgezeigt. Schumacher et al. (2000, S. 473) halten fest, „dass das Kohärenzgefühl nicht direkt auf die körperliche Gesundheit wirkt, sondern nur indirekt und vermittelt über das Bewältigungsverhalten in belastenden Situationen“. Zudem nennen sie an derselben Stelle seine Nähe zu einer ganzen Reihe inhaltlich verwandter Konstrukte, wie Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit, dispositionaler Optimismus, seelische Gesundheit, Hardiness oder Resilienz sowie problematisch hohe (negative) Korrelationen mit Persönlichkeitsmerkmalen wie Ängstlichkeit, Depressivität, Neurotizismus oder negative Affektivität. Für eine ausführliche Darstellung und kritische Würdigung dieser Zusammenhänge, die den Rahmen dieser Arbeit sprengen

gen würde, sei verwiesen auf Lamprecht und Sack (1997) sowie Schmidt-Rathjens, Benz, Van Damme, Feldt und Amelang (1997).

Schumacher et al. (2000) entwickelten auf der Basis des SOC-29 mit den diversen genannten Schwächen ein eindimensionales Instrument mit 9 Items, die Leipziger Kurzsкала SOC-L9. Es gestattet eine ökonomische Erfassung des Kohärenzgefühls und kann von den Teilnehmenden in drei bis fünf Minuten beantwortet werden. Die Trennschärfekoeffizienten der Items bezogen auf den SOC-L9-Skalenwert nehmen Werte zwischen $r = 0.56$ und $r = 0.68$ an und sind somit als gut einzuschätzen. Auch die interne Konsistenz der Kurzsкала ist mit einem Cronbach α von 0.87 als gut einzustufen. Die hohe Korrelation mit der SOC-29-Gesamtsкала ($r = 0.94$) qualifiziert den SOC-L9 zusätzlich als eine valide Kurzfassung dieser Skala. Die geforderte Eindimensionalität wurde mit einer exploratorischen Faktorenanalyse belegt: Das Ergebnis zeigte, dass alle Items auf einem einzigen Faktor laden, der alleine 49.9% der Gesamtvarianz aufklärt. Die repräsentative Stichprobe bestand aus 2005 Personen im Alter von 18 – 92 Jahren. Die Analysen wurden alters- bzw. geschlechtsbezogen durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen einen hoch signifikanten Einfluss sowohl des Alters wie auch des Geschlechts auf die Ausprägung des Kohärenzgefühls. Bei der jüngeren Population sowie bei Männern im Vergleich zu Frauen zeigt sich ein höher ausgeprägtes Kohärenzgefühl. Für die Frauen ermittelten Schumacher et al. (2000) einen Mittelwert von 46.7 und eine Standardabweichung von 9.00 Punkten.

Mit der Kurzsкала SOC-L9 wurden die teilnehmenden Personen hinsichtlich ihrer Ausprägung und ihren interindividuellen Unterschiede im Kohärenzgefühl charakterisiert.

- Die Subskala „*Offenheit für Erfahrung*“ (Anhang H) stammt aus dem Persönlichkeitsinventar NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 1993). Die amerikanische Originalversion wurde von Costa & McCrae (1989, 1992) entwickelt. Borkenau und Ostendorf (1993) übersetzten diesen und überprüften die deutsche Fassung in einer umfangreichen, aber nicht repräsentativen Datenerhebung ($n = 2112$). Es zeigte sich eine hohe transkulturelle Generalisierbarkeit der für die Originalversion berichteten Befunde.

Beim NEO Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) handelt es sich um ein faktorenanalytisch konstruiertes Fragebogenverfahren, welches der Erfassung individueller Merkmalsausprägung in den Bereichen Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und

Gewissenhaftigkeit dient. Je 12 der insgesamt 60 Fragen des Inventars beziehen sich auf je einen dieser fünf Merkmalsbereiche. Das Inventar kommt zur Anwendung für die Erfassung der allgemeinen Persönlichkeitsstruktur in Bereichen wie der klinischen Psychologie, der Schullaufbahn- und Studienberatung, der Berufsberatung und Organisationspsychologie und dient in der Forschung oft der Erfassung individueller Differenzen.

In dieser Studie kommt die Subskala „*Offenheit für Erfahrung*“ zur Anwendung. Dieser Merkmalsbereich wird im Testhandbuch wie folgt umschrieben (Borkenau & Ostendorf, 1993):

Die Skala erfasst das Interesse an und das Ausmass der Beschäftigung mit neuen Erfahrungen, Erlebnissen und Eindrücken. Personen mit hohen Punktwerten geben häufig an, dass sie ein reges Phantasieleben besitzen, ihre eigenen Gefühle, positive wie negative, akzentuiert wahrnehmen und an vielen persönlichen und öffentlichen Vorgängen interessiert sind. Sie beschreiben sich als wissbegierig, intellektuell, phantasievoll, experimentierfreudig, und künstlerisch interessiert. Sie sind eher bereit, bestehende Normen kritisch zu hinterfragen und auf neuartige soziale, ethische und politische Wertvorstellungen einzugehen. Sie sind unabhängig in ihrem Urteil, verhalten sich häufig unkonventionell, erproben neue Handlungsweisen und bevorzugen Abwechslung. Personen mit niedrigen Punktwerten neigen demgegenüber eher zu konventionellem Verhalten und zu konservativen Einstellungen. Sie ziehen Bekanntes und Bewährtes dem neuen vor, und ihre emotionalen Reaktionen sind eher gedämpft. (S. 28)

Die 12 Items sind mit einer 5-stufigen Likertskala versehen mit den Ausprägungen 0 (= starke Ablehnung) bis 4 (= starke Zustimmung).

Bezüglich der Normierung geben sich Borkenau und Ostendorf (1993, S. 22) sehr zurückhaltend. Sie geben zu bedenken, dass für zahlreiche Anwendungen von Persönlichkeitsinventaren keine Normen erforderlich sind. Dennoch stellen sie Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Subskalen zur Verfügung. In einer Stichprobe von 1076 Frauen ermittelten die Autoren einen an der Itemanzahl relativierten Skalenmittelwert von $M=2.75$ sowie eine Standardabweichung von $SD= .51$. Für die gesamte Subskala liegt der Mittelwert bei $M=33.00$. Hinsichtlich Geschlecht und Alter berichten die Autoren signifikante Effekte, die aber in der vorliegenden Studie wegen der Homogenität der Stichprobe ohne Belang sind.

Die vorliegende Untersuchung ist an der Ausprägung und Homogenität des Merkmals „*Offenheit für Erfahrung*“ interessiert sowie an interindividuellen Unterschieden.

Leitfaden

Der Leitfaden ist das zentrale Erhebungsinstrument zur Exploration des Forschungsgegenstandes im engeren Sinn. Er hält die Forschungsthemen fest und dient der Interviewerin als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen zur Sicherung der Vergleichbarkeit (vgl. Witzel, 2000 [9])

Bei mehreren Interviewern gilt deshalb eine vorhergehende Schulung bei der Durchführung des Leitfadens als notwendig. In der vorliegenden Studie führte, einer dringenden Empfehlung Witzels (2000 [18]) folgend, die Untersuchungsleiterin sämtliche Interviews selber durch. Weiter wurden erste Fassungen eines Leitfaden-Katalogs in Probeinterviews getestet und laufend überarbeitet (Friebertshäuser, 1997; Mayring, 1999, Schmidt, 1993), um zu komplexe oder unverständliche Frageformulierungen zu ermitteln und zu verbessern. Im Wesentlichen bestehen die Gespräche aus drei Fragetypen, den Sondierungsfragen, den Leitfadenfragen und den Ad-hoc-Fragen (vgl. Mayring, 1999). Die Sondierungsfragen sind ganz allgemein gehaltene Einstiegsfragen in die Thematik. Leitfadenfragen führen auf diejenigen Themenaspekte hin, die für die Studie wesentlich sind. Ad-hoc-Fragen dienen der Aufrechterhaltung des Gesprächsfadens und der Vertiefung des Themas. Sie sind nicht im Leitfaden festgehalten.

Nachfolgend wird der Aufbau des Leitfadens beschrieben, wie er sich nach vier Probeinterviews verfestigt hat und in den 20 ausgewerteten Interviews angewendet wurde.

- I Allgemeine Erfahrung mit Körpersymptomen und Einstellungen dazu
- II Auswahl eines spezifischen Körpersymptoms; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das Symptom
- III Entfaltung des subjektiven Körpersymptomerlebens
 - a) Wahrnehmung des subjektiven Körpersymptomerlebens; Raum schaffen
 - b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)
 - c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter a) und b)
 - d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge explorieren
- IV Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das Körpersymptom

Zu diesen vier Teilbereichen wurden Sondierungs- und Leitfadenfragen als Erzähl- und Erfahrungsstimuli formuliert. Damit wurden unterschiedliche Ziele verfolgt, die in den nächsten Abschnitten beschrieben werden. Der vollständige Leitfaden ist im Anhang I zu finden. Eine Begründung des bildnerischen Mittels folgt im nächsten Kapitel.

In *Teilbereich (I)* kam es zu einer ersten Kontaktaufnahme mit dem Thema. Die Frage „Du hast dich für dieses Interview über Körpersymptome gemeldet. Magst du mir über deine Erfahrung mit Körpersymptomen erzählen?“ sollte die Türe öffnen für das Gespräch, mit dem Ziel eine Atmosphäre des Interesses zu schaffen, einen Raum zu gestalten, der den Teilnehmenden ein möglichst freies Erzählen und Gewichten erlaubte. Es ermöglichte der Forscherin ein erstes Bild vom Gegenüber zu bekommen von dessen Erfahrungen, wie Körpersymptome wahrgenommen wurden und von der Art, wie Probandinnen ihr bewusstes Erleben davon beschreiben.

Teilbereich (II) leitete den Wechsel zum spezifischen Körpersymptom ein. Mit den angebotenen Auswahlkriterien der Fragen „Welches interessiert dich am meisten? Welches stört dich am meisten?“ sollte die Motivation für die folgende Vertiefung weiter verstärkt werden. Eine offene Aufforderung zur weiteren Ausführung zielte darauf, relativ unbeeinflusste und spontane Beschreibungen über bewusst zugängliche und spontan leicht abrufbare Aspekte des ausgewählten Symptoms zu erhalten. Hier wurden die Teilnehmerinnen auch aufgefordert ihr momentanes Verhältnis zum Symptom verbal („Wie würdest du deine Perspektive auf dein Symptom beschreiben?“) und zeichnerisch („Könntest du deine Perspektive auf das Symptom in einer skizzenhaften Zeichnung darstellen und einige Wörter oder einen Satz dazu schreiben?“) auszudrücken. Die unspezifische Frage nach der „Perspektive“ sollte die Antwortmöglichkeiten offen halten, um die Bandbreite möglicher Themen nicht einzuschränken. Mit dem bildnerischen Mittel wurde versucht, einen umfassenden Gesamteindruck der zurzeit vorhandenen bewussten und unbewussten Sichtweise auf das Symptom festzuhalten. Diese Informationen hatten insofern einen besonderen Stellenwert, als ein Teil des Forschungsziels darin bestand, zu beschreiben, was mit der Perspektive auf das Symptom durch die Fragen im Erfahrungsteil von Bereich (III) geschieht.


Das Zentrale an *Teilbereich (III)* waren die Fragen zur Erschließung der subjektiven Erfahrung des ausgewählten Symptoms. Mit der Frage „Wie weißt du, dass du (ausgewähltes Symptom) hast?“ sollte das sinnesbasierte Erleben zugänglich gemacht werden, und zwar aus der

erleidenden Position, die im Allgemeinen näher bei der eigenen Identität ist. Die Beschreibungen konnten auch Hinweise geben, in welcher Sinnesmodalität das Symptom (das Störende, Beängstigende etc.) erlebt wurde. Die nächste Frage „Wenn du das Symptom bei mir oder jemandem verursachen müsstest, wie würdest du das tun?“ leitet einen Perspektivenwechsel vom passiven Erleiden zum aktiven Ausüben - vom Opfer zum Täter - ein. Die Beschreibung der Erfahrung aus dieser aktiven Position des „Symptommachers“ war von zentralem Interesse im Rahmen der Fragestellung. Die Fragen „Welche Energie passt zur Erfahrung des Symptommachers?“ und „Welche Qualität ist in dieser Energie?“ sowie die Aufforderung „Erlaube deinem Geist diese Energie aufzunehmen ... und forme eine Bewegung, die dazu passt“ waren weitere Schritte, die averbale oder präverbale Erfahrung (lived experience) zugänglich zu machen für kognitive Verarbeitung sowie verstehbare Beschreibungen. Der kreative Akt, eine Bewegung zu finden und auszuführen, die etwas von dieser Energie ausdrückt, diente der zusätzlichen Entfaltung und Verankerung. Um sich die Summe der Erfahrungen zu vergegenwärtigen diente die Frage: „Was ist die tiefste Bedeutung, die Essenz von dieser Energie?“ Die integrativ gemeinte Frage „Gibt es irgendeinen Bezug dieser Essenz zu deinem Leben, einem bestimmten Lebensbereich oder einer aktuellen Situation?“ schloss den erfahrungsorientierten Teil des Interviews ab. Sie diente dazu, zu erfahren, wie die Probandin ihre Alltagswelt mit den Erfahrungen dieses Interviewteils verbindet.

Teilbereich (IV) hatte das Ziel, den Einfluss der erfahrungsorientierten Exploration auf die Sichtweise zum Symptom und mögliche Veränderungen zu erfassen. Die Frage „Was für eine Bedeutung für deine Perspektive auf das Symptom haben die Erfahrungen, die du hier gemacht hast?“ öffnete den Raum, zu überdenken, welche Auswirkung das aktive Gestalten der Symptommacherqualität und seiner Essenz auf die Einstellung zum Symptom hatte. Hier wurden die Teilnehmerinnen nochmals gebeten eine Zeichnung anzufertigen („Könntest du jetzt, nach dieser Erfahrung, deine Perspektive auf das Symptom in einer skizzenhaften Zeichnung noch einmal darstellen und einige Wörter oder einen Satz dazuschreiben?“). Mit einer offenen Frage nach allfälligen Änderungen hinsichtlich allgemeiner Einstellungen zu Körpersymptomen schloss die Exploration der subjektiven Erfahrung ab.

Skizzenartige Zeichnungen

Als ergänzendes Forschungsinstrument zum teilstandardisierten Leitfadenterview und den vollstandardisierten Fragebogen werden in der vorliegenden Studie Daten in Form von zwei skizzenartigen Zeichnungen erhoben. Diese werden von den Teilnehmenden während des

Leitfadeninterviews angefertigt, jeweils eine vor der erlebnisorientierten Exploration des Symptoms und die andere danach. Der Zeitpunkt ist im Leitfaden mit  gekennzeichnet. Die Verwendung dieser Ausdrucksform wird in den nächsten Abschnitten erläutert und begründet.

Bei der Erforschung von Krankheitserfahrungen im Allgemeinen und auch des subjektiven Symptomerlebens im Speziellen kommen meist wortbasierte Methoden zur Anwendung. Eine Tendenz bei der Verwendung beispielsweise von Bildmaterial beschreibt Prosser (1998) wie folgt: „The impression I gained from mainstream methodological texts was that images were a pleasant distraction to the real (i.e. word-oriented) work that constituted ‚proper‘ research“ (S. 98). Visuelle Methoden haben wohl in der Anthropologie einen anerkannten Stellenwert, fanden jedoch bisher in den Sozialwissenschaften wenig Beachtung. Üblicherweise wird unter visuellen Methoden die Verwendung von Medien wie Fotografien, Videos, Filmen etc. verstanden. Zeichnen und Skizzieren im Bereich von Gesundheit und Krankheit wird am ehesten mit Kindern verwendet, im Zusammenhang mit dem diagnostischen Prozess, zu therapeutischen Zwecken oder in Gesundheitsstudien (Guillemin, 2004a). In neueren Arbeiten (Heinl & Heinl, 2005) wird die Verwendung von Körper- und Schmerzbildern beschrieben und dokumentiert, durch die auch Erwachsene dem subjektiven Schmerzerleben gestalterisch Ausdruck geben.

Guillemin (2004b) argumentiert: „The use of an integrated approach that involves the use of both visual and word-based research methods offers a way of exploring both the multiplicity and complexity that is the base of much social research interested in human experience“ (S. 273). Die Anwendung dieses für die Sozialwissenschaften noch relativ ungewöhnlichen Forschungsinstrumentes (vgl. Guillemin, 2004a,b; Prosser, 1998) dient dazu, die Exploration der unzähligen Möglichkeiten, wie die Perspektive auf das Symptom von verschiedenen Individuen verstanden und gesehen wird, nicht auf verbale Beschreibungen zu beschränken, sondern auch die analoge, nonverbale Ebene des Erkenntnisgewinns einzubeziehen. Durch die zweimalige Anwendung soll das Ziel erreicht werden, allfällige Veränderungen der Perspektive auf das Symptom in der zeichnerischen Darstellung sichtbar werden zu lassen.

Eine der Begründungen für dieses Vorgehen leitet sich aus der erkenntnistheoretischen Tradition des symbolischen Interaktionismus ab, wonach Wissen nicht präexistenten, festgelegten oder stabilen Charakter hat, sondern laufend durch die Auseinandersetzung mit dem

Gegenstand selbst, mit der Umgebung, mit Bewertungen in der Kultur etc. geformt wird. Die Skizzen sind damit einerseits ein Produkt von vergangenen Erfahrungen und andererseits entsteht im Akt der Darstellung selbst neue Bedeutung. Guillemin (2004b, S. 274) schreibt über das Anfertigen einer Zeichnung als Prozess der Vergegenwärtigung „...through the process of producing a drawing, the drawer is simultaneously constructing knowledge about the drawing“. Demzufolge stellen Zeichnungen die visuelle Aufzeichnung von Wissen dar, das gleichzeitig Vergangenes und Gegenwärtiges einschliesst. Die Autorin fasst folgendermassen zusammen:

The drawing as visual product is a visual record of how the drawer understands his or her condition at that particular place and time. In this way, drawings, like other representations, can be used as ways of understanding how people see their world. (S. 275)

So aufgefasst ist jede der beiden in der Studie verwendeten Skizzen eine Darstellung der Perspektive auf das Symptom zu einem gegebenen Zeitpunkt und Ort, unter Einbezug von bis zum Fertigstellungszeitpunkt gemachten Erfahrungen. Diese Sensibilität eignet sich besonders gut, um die Verknüpfung der Erfahrungen aus der erlebnisorientierten Exploration des Symptoms mit bereits Bestehendem zu erfassen und als (neues) Wissen direkt in die Konstruktion der momentanen Wirklichkeit einfließen lassen zu können.

Zusammenfassend kommt dem zeichnerischen Mittel als Ausdrucksform in dieser Studie eine dreifache Funktion zu:

- Den Teilnehmerinnen wird mit dieser nonverbalen Ausdrucksform ermöglicht, die komplexe, vielschichtige Erfahrung ihrer Perspektive auf das Symptom zeichnerisch zu darstellen. Visualisierungen haben das Potential, dynamische und relationale Strukturen sowie präkonzeptuelle und unbewusste Aspekte der subjektiven Erfahrung sichtbar und kommunizierbar zu machen (Büchi & Sensky, 1999; Guillemin, 2004a).
- Durch den zweimaligen Einsatz können beide Zeichnungen miteinander hinsichtlich spezifischer Ausdrucksaspekte verglichen werden. Veränderungen können in Bezug gesetzt werden mit dem Grad der Entlastung, Zentrierung oder Bereicherung, die die Teilnehmerinnen durch das Interview erfahren (Büchi & Sensky, 1999). Dies kommt Aussagen über den Schwierigkeitsgrad und Erfahrungstiefe nahe und hat evaluativen Charakter.
- Im Sinne einer Triangulation (Flick, Kardoff & Steinke, 2004) können die skizzenartigen Zeichnungen Aussagen und Informationen ergänzen, die im teilstandardisierten

Interview erhoben und auch solche, die im Postskriptum bezüglich Schwierigkeitsgrad und Erfahrungstiefe erfragt wurden.

Postskriptum

Im Anschluss an das Interview sollte den Teilnehmerinnen die Möglichkeit geboten werden, eine Selbsteinschätzung in Bezug auf den Schwierigkeitsgrad abzugeben. Dazu diente die Frage „Wie gut konntest du dich der Erfahrung des subjektiven Symptomerlebens öffnen?“

Zur Einschätzung diente eine 7-stufigen Likertskala (1 = gar nicht, 7 = ausgesprochen gut).

Nach der Verabschiedung nahm die Untersuchungsleiterin eine Fremdeinschätzung zur Interviewqualität anhand der Experiencing-Skala (Dahlhoff & Bommert, 1978) vor, worin die Erfahrungstiefe in 7 Stufen charakterisiert wird (vgl. Anhang K).

Abschliessend wurden Notizen über die Situation des Interviews und Ergänzungen schriftlich festgehalten, wenn sie für die Auswertung relevant waren. Nonverbale Zusatzinformationen zu den Tonbandaufzeichnungen wurden bei der anschliessenden Transkription festgehalten.

3.3 Durchführung und Auswertung der Befragung

3.3.1 Angaben zur Datenerhebung

In den Monaten März bis August 2005 wurden 20 Interviews in der Praxis der Untersuchungsleiterin durchgeführt. Tabelle 4 fasst das schrittweise Vorgehen bei der Durchführung der Interviews zusammen.

Tabelle 4: Vorgehen bei der Durchführung der Interviews

Schritt	Beschreibung des Ablaufs	aktiv ist
1	Begrüßung der Teilnehmerin und kurze Einführung in den Ablauf des Interviews; Klärung anstehender Fragen	UL
2	Ausfüllen der Einverständniserklärung	PB
3	Ausfüllen des Dokumentationsbogens und der Fragebogen „Offenheit für Erfahrungen“ und SOC-L9	PB
4	<ul style="list-style-type: none"> - Leitfadenfragen über die Erfahrung(en) der Teilnehmerin mit Körpersymptomen allgemein - Vertiefung mit einem ausgewählten Körpersymptom und skizzenartige Zeichnung (1) - Entfaltung des Erlebens des ausgewählten Körpersymptoms - Verortung des Erlebens in der Lebenswelt der PB und skizzenartige Zeichnung (2) 	PB / UL
5	Subjektive Einschätzung zur Offenheit für die subjektive Erfahrung; Ergänzungen	PB
6	Ausrichten der Aufwandentschädigung und Verabschiedung	PB / UL
7	Einschätzung auf der Experiencing-Skala und Notieren von persönlichen Eindrücken	UL

PB = Probandin UL = Untersuchungsleiterin

Zu Beginn der Befragung wurde der geplante Gesprächsverlauf und der zeitliche Rahmen des Gesprächs nochmals abgesprochen und anstehende Fragen geklärt. Die Teilnehmenden wurden gebeten die Einverständniserklärung (Anhang C) durchzulesen und bei entsprechender Zustimmung diese zu unterzeichnen. Danach erhielten die Probandinnen den Antwortbogen zu ihren soziodemografischen Merkmalen mit zusätzlichen Fragen zu wichtigen lebensweltlichen Aspekten sowie die Subskala „Offenheit für Erfahrung“ aus dem Neo-FFI (Borkenau & Ostendorf, 1993) und den Kohärenzfragebogen SOC-L9 (Schumacher et al., 2000) aus. Unklarheiten bezüglich der Fragen konnten im direkten Gespräch geklärt werden. Die nachfolgenden Leitfadenfragen wurden mit zwei Tonbandgeräten aufgenommen, um auch im Falle einer technischen Panne mindestens eine Aufnahme zur Verfügung zu haben. Die Gespräche wurden in Mundart durchgeführt. Damit wurde dem Anliegen Rechnung getragen, die Situation der Datenerhebung in einem entspannten Rahmen durchzuführen, wie Lamnek (1995) für die qualitative Befragung fordert.

Das Anfertigen der *skizzenartigen Zeichnungen* erfolgte während des Leitfadeninterviews an zwei Stellen. Das erste Mal kam das Zeichnen zur Anwendung nachdem die Teilnehmenden verbal die Frage „Wie beschreibst Du Deine Beziehung zum Symptom? Welche Perspektive

hast Du auf das Symptom?“ beantwortet hatten. Das zweite Mal wurde ihnen dieselbe Frage in leicht veränderter Form gestellt: „Wie beschreibst Du Deine Beziehung zum Symptom jetzt, nachdem du diese Erfahrung gemacht hast? Welche Perspektive hast du auf das Symptom jetzt, nachdem du diese Erfahrung gemacht hast?“ Jedes mal wurde ihnen danach ein Zeichnungsblatt vom Format A3 (210 × 420 mm) und einen blauen Filzstift mit der Spitze übergeben, ihre Perspektive auf das Symptom in einer Skizze darzustellen.

Diese Aufforderung löste unterschiedliche Reaktionen aus. Einige Teilnehmerinnen lachten scheu oder machten eine Bemerkung über geringes Zeichentalent. Diese brauchten dann einige Momente um zu überlegen, wie sie ihr Erleben in Bezug auf die Frage zeichnerisch umsetzen wollten. Sie zeichneten zögernd und prüften das Entstehende immer wieder. Andere, sich als zeichnerisch talentiert einschätzende Probandinnen, zeichneten kräftig in einem Zug und ohne zu zögern. Für die meisten war es eine willkommene Abwechslung zum Verbalen und eine neue, herausfordernde Art, sich ihr Erleben zu vergegenwärtigen. Nachdem die Skizzen fertig waren, wurden die Teilnehmenden gebeten, einen Satz oder einige kommentierende Wörter dazu zu schreiben. Weitere Erklärungen und Kommentare wurden auf dem laufenden Tonband festgehalten und später zur Erläuterung beigezogen.

Die Gespräche dauerten insgesamt, das Ausfüllen der Fragebogen eingeschlossen, zwischen 50 und 85 Minuten. Für das Ausfüllen der Fragebogen benötigten die Probandinnen durchschnittlich knapp 12 Minuten. Das Leitfadeninterview mit der Anfertigung der Skizzen dauerte somit zwischen 40 und 70 Minuten.

Als letzter formaler Teil gaben die Teilnehmerinnen eine Selbsteinschätzung ab in Bezug auf ihre Offenheit im Selbsterfahrungsteil des Interviews.

Im abschliessenden informellen Teil wurden die Teilnehmerinnen mit der Aushändigung der Aufwandentschädigung verdankt und darauf hingewiesen, dass bei Interesse eine kurze Ergebnismitteilung und bei Bedarf eine Nachbearbeitung möglich sei, wie das Bortz und Döring (2002) für die reflektierende qualitative Forschung anregen. Nach der Verabschiedung notierte die Versuchsleiterin persönliche Eindrücke über das Interview und schätzte die Erfahrungstiefe auf der Experiencing-Skala von Dahlhoff & Bommert (1978) ein.

3.3.2 Aufbereitung der Daten

Die Daten von den *Dokumentationsbogen* (Personendatenblatt, Fragebogen Offenheit für Erfahrung, SOC-L9, Selbsteinschätzung zum Interview sowie Wert auf der Experiencing-Skala) wurden im Anschluss an die Durchführung in das Statistikprogramm SPSS (Statistic Package for the Social Sciences) übertragen. Dieses Programm (Version 10.0.5 für Windows) wurde für die weitere Bearbeitung dieser Daten verwendet. Die Rohdaten wurden dabei so codiert, dass jeder Antwort eine alphanumerische Variable zugeteilt wurde. Diese Variablen wurden mit einem Label zur Spezifikation ihrer Bedeutung versehen. Die Definitionen von Skalenniveau und Wertebereich wurden dabei von den entsprechenden Vergleichsdatensätzen aus der einschlägigen Testliteratur (Ostendorf & Borkenau, 1999; Schumacher et al., 2000) übernommen. Die Codierung fehlender Werte war nicht nötig, da alle Antwortbogen vollständig ausgefüllt worden waren. Zur Aufdeckung und Korrektur von Eingabefehlern wurden sämtliche Eingaben mit den Eintragungen auf den Antwortbogen rückverglichen, der Bereich der gültigen Werte überprüft und die Häufigkeitsauszählungen auf Plausibilität durchgesehen. Im Anschluss wurden alle hinsichtlich der Zieldimension invers formulierten Items rekodiert.

Die *Leitfadeninterviews* wurden vollständig transkribiert und anonymisiert. Es gibt bis anhin keine allgemeinverbindlichen Standards in Bezug auf Transkriptionsregeln. Ein erheblicher Spielraum besteht vor allem in der Genauigkeit der Verschriftung und im Umfang der erfassten Phänomene. Diese Kriterien sollen dem jeweiligen Untersuchungsziel angemessen sein (Kowal & O'Connell, 2004). Wie Lucius-Hoene und Deppermann (2002, S. 308ff) vorschlagen, wurde für die Verschriftung ein Transkriptionssystem erstellt, dessen Regeln für alle Interviews gleichermassen angewendet wurden. Diese Regeln lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Alle Gespräche wurden im Zuge der Transkription von Mundart in Standardsprache übertragen. Dabei konnte es zu strukturbedingten Umstellungen im Satzbau kommen.
- Mit der „Zeilenschreibweise“ (Kowal & O'Connell, 2004, S. 441) wurden aufeinander folgende Gesprächsbeiträge jeweils mit einer neuen Zeile begonnen.
- In den Transkripten sind die Satzzeichen der besseren Lesbarkeit wegen gemäss den schriftlichen Sprachnormen gesetzt.
- Wörter oder Redewendungen, die von Sprechenden besonders betont wurden, sind in den Originaltranskripten *kursiv* gesetzt.

- Es wurde keine ‚kommentierte Transkription‘ vorgenommen, d.h. Betonungen, Sprechweisen, Stimmlagen etc. der Sprechenden wurden nicht vermerkt.
- Gestik und Bewegungsvorgänge ohne begleitende Worte sowie andere aussersprachliche Merkmale, die inhaltlich zur Aussage beitrugen oder auf die im Interviewverlauf Bezug genommen wurde, wurden in eckigen Klammern beigelegt
- Nicht aufgeführt wurden bestätigende oder zögernde Laute oder Äusserungen wie „a-ha, äh, mh, eh...“ etc. soweit sie das Gespräch nicht beeinflussten.
- Verstehbare Überschneidungen der Sprechenden wurden durch die Transkription auseinander genommen und den jeweiligen Sprechenden zugeordnet.
- Lange Sprechpausen, Lacher und andere parasprachliche Merkmale sowie Unterbrüche beim Zeichnen wurden in Klammern vermerkt.
- Gesprächsstellen, die nicht verstanden werden konnten, sind in den Transkripten mit dem Vermerk (...) gekennzeichnet.

Im Zuge der Transkription wurde die Anonymisierung der Interviewtexte vorgenommen, indem sämtlich Personen- oder Ortsbezeichnungen durch einen zufällig gewählten Platzhalter (X, Y ...) ersetzt wurden.

Unter den Symptomen, die im Interview von den Teilnehmerinnen bearbeitet wurden, wurden Bauchschmerzen viermal, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, chronische Müdigkeit und Herpes je zweimal, Knieschmerzen, Ohrenscherzen, Kurzsichtigkeit, Atemnot, Herzrasen, Schwindel, Nahrungsmittelallergie und kalte Hände und Füsse je einmal genannt.

Die *skizzenartigen Zeichnungen* (Format A3) wurden mittels Scanner eingelese und damit in digitalisierter Form für die Verwendung vorbereitet. Ihre Originalgrösse wurde auf Format A5 reduziert, und die je zwei Zeichnungen pro Teilnehmerin auf die Grösse A4 zusammengefügt. Die erste Skizze vor der erlebnisorientierten Exploration des Symptoms wurde dabei oben platziert, jene danach unten. Die handschriftlichen, darauf geschriebenen Kommentare der Teilnehmerinnen wurden zur besseren Lesbarkeit als Bildlegende unten angeführt. Alle Zeichnungen sind vollständig in Anhang O beigelegt, einige davon zur Illustration von Ergebnissen direkt im Kapitel 5 dokumentiert. Die Auswertungen wurden anhand der Originale vorgenommen.

3.3.3 Auswertung der Daten

Fragebogen zu soziodemografischen und Persönlichkeitsmerkmalen

Für die Auswertung der Personendaten wurde die deskriptive Statistik angewendet. Der Subskala „Offenheit für Erfahrungen“ aus dem Persönlichkeitsinventar NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 1993) kommt ein deskriptiver Stellenwert zu, da für diesen Teilbereich nur mit Vorsicht anzuwendende Vergleichswerte bestehen. Die Leipziger Kurzskala „SOC-L9“ zum Kohärenzerleben konnte bezüglich der Mittelwerte und den Ausprägungsgraden mit bestehenden Normwerten verglichen und auf signifikante Unterschiede mittels t-Test bei einer Stichprobe (SPSS 10.0.05) überprüft werden. Zur Beschreibung der metrischen Variablen wurden neben der Häufigkeitsauszählung Mittelwerte, Standardabweichungen sowie maximale und minimale Werte einbezogen.

Leitfadeninterview und skizzenartige Zeichnungen

Witzel (2000) regt für die Auswertung problemzentrierter Interviews je nach Erkenntnisinteresse und thematischen Bezügen – dem Prinzip der Gegenstandsorientierung entsprechend – den Gebrauch verschiedener Auswertungsmethoden an. Das Ziel dieses Leitfadeninterviews lag in der Exploration des subjektiven Körpersymptomerlebens mittels prozessorientierter Entfaltung und im Vergleich der Perspektive auf das Symptom vor und nach der Exploration. Dabei war auch wünschenswert, dass die Auswertung nicht nur zu Erkenntnissen hinsichtlich der einzelnen Interviews, sondern auch zu darüber hinausgehenden, theoretischen Einsichten bzw. Hypothesen führt. Die qualitative Inhaltsanalyse (Mayring 2003; Lamnek 1995) erlaubt wegen ihrer Charakteristika nicht nur ein flexibles Vorgehen, sondern kann auch bei unterschiedlichen Datenmaterialien angewendet werden. Das Vorgehen bei der Auswertung orientiert sich deshalb an den qualitativ-inhaltsanalytischen Grundformen der „Zusammenfassung“ und der „Strukturierung“ bei Mayring (2000, S. 58) bzw. an dem von Lamnek (1995, S. 114 – 124) dargestellten interpretativ-reduktiven Verfahren.

In den folgenden Abschnitten wird getrennt nach Materialien auf die unterschiedlichen Auswertungsschritte eingegangen.

Die vollständigen *transkribierten Interviews* wurden als erstes gemäss den vier Teilbereichen (I Allgemeine Erfahrung mit Körpersymptomen, II Auswahl und Beschreibung eines spezifischen Körpersymptoms und Perspektive, III Entfaltung, IV Allfällige Veränderungen in Bezug auf die Perspektive) strukturiert. Die Hauptaussagen mit Bezug auf die Leitfadenfragen

der vier Themenbereichen und mit Bezug auf die explizit formulierten Forschungsfragen sowie andere auffällige Textstellen wurden ausgewählt und markiert. Diese prägnanten Stellen wurden in einem an den Forschungsfragen orientierten Raster in Kombination mit den Themen des Leitfadens zusammengestellt. So entstand ein neuer und überschaubarer Kurztex von allen Probandinnen (Anhang O). Dieser verdichtete und reduzierte Text bildete – unter Berücksichtigung der Gesamtheit, der zur Verfügung stehenden Informationen (des vollständigen Transkripts) – die Grundlage für die weitere Auswertung. Für jede Forschungsfrage wurde danach anhand der entsprechenden Textexzerpten schrittweise Kategorien entwickelt. Als erstes wurden alle entsprechenden Aussagen gesammelt, die dann unter Berücksichtigung auf des Abstraktionsniveaus und der Definitionskriterien schrittweise in Kategorien eingeordnet wurden. Das Vorgehen folgte einer zweifachen Strategie. Einerseits orientierte es sich als bottom-up Verfahren möglichst nahe am Datenmaterial. Das Leitprinzip dieser Auswertungsstrategie war der Austausch zwischen Material und theoretischem Vorverständnis (Schmidt, 2004, S. 448). Andererseits erfolgte die Auswertung aufgrund der konzeptuellen Vorannahmen und den Leitfadengebieten einem top-down Verfahren. Wo sinnvoll, wurde in einem weiteren Schritt die Häufigkeiten berechnet. Abschliessend erfolgte eine auswertende Bezugnahme auf die Fragestellung.

In Bezug auf die *skizzenartigen Zeichnungen* sind einige grundsätzliche Probleme der Auswertung von Zeichnungen zu diskutieren. Beim Einsatz des zeichnerischen Mittels musste von einer sehr unterschiedlichen zeichnerischen Begabung ausgegangen werden. Das Erkenntnisinteresse dieser Studie zielt nicht auf die Fähigkeiten des ikonografischen Ausdrucks. Es war davon auszugehen, dass die Erfassung der thematischen Aufgabe und ihre inhaltliche Umsetzung von der zeichnerischen Begabung nicht wesentlich beeinflusst wurden (Kuhn, 2003). Die dadurch bedingte Vielfalt wurde nicht nur in Kauf genommen, sondern sie wurde vielmehr als wünschenswert im Sinne einer „strukturellen Variation“ (Kleining & Witt, 2000) erachtet. Der Schwierigkeit der Interpretation der sehr unterschiedlichen Darstellungen wurde zum einen durch eine Konzentration auf die Deskription der Bildelemente begegnet. Latente Strukturen (Mayring, 2003, S. 58), z.B. die Beeinträchtigung durch das Symptom, wurden ausschliesslich über die Interpretation objektivierbarer Bildelemente ermittelt. Auf eine tiefergehende Analyse der Bilder wurde verzichtet, wenngleich die Bilder einer solchen Analyse prinzipiell zugänglich sind. Aufgrund der interpretatorischen Selbstbeschränkung werden jedoch auch Fragen über den tatsächlichen Bedeutungsgehalt der Darstellung offen bleiben. Das Verfahren der Bildanalyse konzentrierte sich auf die Deskription und sachbezogene Interpre-

tation von Bildelementen, auf sogenannte „manifeste Kommunikationsinhalte“ (Lamnek, 1995, S. 185f).

Das Vorgehen folgte ähnlichen Schritten wie die inhaltsanalytische Auswertung der Texte. Spezifisch in Bezug auf die Kategorienbildung wurden im ersten Analyseschritt sämtliche Bildelemente in Anlehnung an Kuhn (2003) identifiziert. Hierbei wurde differenziert zwischen personalen (z.B. Strichmännchen), körperlichen (z.B. Fuss, Lippen) naturhaften (z.B. Sonne, Berg), gegenständlichen (z.B. Topf, Schere), symbolischen (z.B. Blitze, Tränen, Spiralen) und textlichen (z.B. Beschriftungen, Anmerkungen) Bildelementen. Gemäss der Leitfragenfrage „Kannst du bitte deine Perspektive auf das Symptom in einer skizzenartigen Zeichnung darstellen?“ ergab sich für die Teilnehmerinnen die Rolle des beobachtenden Ichs, des Symptoms und das Verhältnis zwischen den beiden. Dementsprechend konnten die Bildelemente einem dieser Bereiche (Ich, Symptom, Verhältnis zwischen den Beiden) zugeordnet werden. Auf diesen Grundlagen erfolgte der weitere Ablauf des qualitativ-inhaltsanalytischen Verfahrens.

Als letzter gesamthafter Auswertungsschritt wurden die Ergebnisse der qualitativen Auswertung in Bezug zu den Daten der Fragebogenauswertung (SOC-L9) gebracht und im Hinblick auf die diesbezügliche Forschungsfrage interpretiert.

3.3.4 Erwägungen zu den Gütekriterien

Als zentrale Gütekriterien qualitative Auswertungsverfahren gelten die *Gegenstandsangemessenheit*, die *intersubjektive Nachvollziehbarkeit* des Forschungsprozesses und die *Validität* der Ergebnisse (Steinke, 2003). Es wurde versucht, diesen Gütekriterien zu entsprechen durch die Offenlegung des Vorverständnisses, die methodologische und inhaltliche Aufarbeitung des Forschungsstandes und eine transparente Verfahrensdokumentation bezüglich der Vorgehensweise bei der Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung. Die Datenerhebung war als eine kommunikative Situation mit einem hohen Grad an Offenheit gestaltet, was es sowohl der Befragten als auch der Forscherin jederzeit ermöglichte, Rückfragen zu stellen oder Missverständliches zu klären. Dies ist einer kommunikativen Validierung (Mayring, 2003; Mruck, 2000) gleich zu setzen ist. Weiter waren zwar nicht alle Schritte der Auswertung bereits im Voraus bestimmt und mussten teilweise aufgrund der Daten entwickelt werden, es wurde jedoch bei allen Interviews nach derselben Systematik gearbeitet. Mit dem Beilegen der Mate-

rialien und der möglichst systematischen Darstellung der Ergebnisse (Beispiele gefolgt von tabellarischer Darstellung) wurde das Kriterium der Regelgeleitetheit (Mayring, 2003) im Interpretationsprozess dokumentiert. Zum andern erfolgte phasenweise und bei bestimmten Materialausschnitten eine argumentative Validierung (Mruck, 2000) der Kategorisierung in der Diskussion mit anderen, unabhängigen Forscherinnen. Angefügte Stichwörter und die Interviewaussagen ermöglichten ferner eine Crossvalidierung (Kuhn, 2003) zwischen den Zeichnungs- und den Textelementen.

Eine statistisch gesicherte Generalisierung der gewonnenen Ergebnisse war aufgrund der vorliegenden Untersuchungsanlage weder möglich noch intendiert. Deshalb ist, bezogen auf die Untersuchungsergebnisse, die Rede von der Existenz gewisser Phänomene, Merkmale, Gruppen oder Typen. Häufigkeiten werden illustrativ zur Formulierung möglicher Tendenzen gebraucht, allfällige Generalisierungen werden ausschliesslich im Sinne von Ideen zur Generierung überprüfbarer Hypothesen in weiteren Forschungsarbeiten verwendet.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel wird als erstes die quantitative Auswertung der verwendeten Fragebogen, die Auswertung des selbsteingeschätzten Schwierigkeitsgrades und die fremdeingeschätzte Erfahrungstiefe dargelegt (Abschnitt 4.1). Darauf folgen die Ergebnisse aus den Beschreibungen des subjektiven Symptomerlebens sowie aus der Analyse des Vergleichs der beiden Skizzen (4.2). Den Abschluss des Ergebnisteils bildet die Zusammenfassung und Gewichtung der Ergebnisse (4.3). Eine Kurzfassung der Interviews von jeder Teilnehmerin ist im Anhang O zu finden.

4.1 Ergebnisse aus den Fragebogen

- *Kohärenzgefühl*

Die Leipziger-Kurzskala zum Kohärenzgefühl (SOC-L9) von Schumacher et al. (2000) wurde von den Teilnehmerinnen vor dem eigentlichen Interview ausgefüllt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 dargestellt. Hohe Werte bedeuten ein stark ausgeprägtes, tiefe Werte ein schwach ausgeprägtes Kohärenzgefühl. Zum Vergleich sind die von den Testentwicklern ermittelten Normwerte für Frauen angefügt.

Tabelle 5: Ausprägung des Kohärenzgefühls in der vorliegenden Stichprobe und die Kennwerte der Normierungsstichprobe (Schumacher et al., 2000).

SOC-L9 (Kohärenzgefühl, Leipziger Kurzskala)	Untersuchungsstichprobe N=20	Normierungsstichprobe N=1122
Mittelwert	43.95 n.s.	46.70
Standardabweichung	6.47	9.00
Minimum	31	
Maximum	55	

n.s. Mittelwertsunterschied nicht signifikant

Der Mittelwert der Untersuchungsstichprobe ist um 2.75 kleiner als jener der Normierungsstichprobe. Dieser Mittelwertsunterschied ist nicht signifikant (vgl. Anhang L), womit die Ausprägung des Kohärenzgefühls in der Untersuchungsstichprobe innerhalb der von den Testentwicklern ermittelten Normen liegt. Damit ist die Untersuchungsstichprobe in Bezug auf das Kohärenzgefühl mit der Grundpopulation vergleichbar.

Bei 16 Teilnehmerinnen liegt die Ausprägung des Kohärenzgefühls im Bereich der Standardabweichung, 4 (Probandin 6 / 7 / 9 / 17) haben auffallend niedrige Werte, die ausserhalb der normbezogenen Standardabweichung liegen.

- „Offenheit für Erfahrung“

Wie der vorhergehende Fragebogen wurde auch der Fragebogen „Offenheit für Erfahrung“, eine Subskala des NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 1993), vor dem eigentlichen Interview durchgeführt. Die ermittelten Ergebnisse sind in Tabelle 6 dargestellt. Hohe Werte bedeuten eine stark ausgeprägte, tiefe Werte eine schwach ausgeprägte „Offenheit für Erfahrung“. Zum Vergleich sind die von den Testentwicklern ermittelten Normwerte für Frauen angefügt.

Tabelle 6: Ausprägung des Merkmals „Offenheit für Erfahrung“ (OE) in der vorliegenden Stichprobe (N=20) und die Vergleichswerte der Normierungsstichprobe (N=1076) von Borkenau und Ostendorf (1993)

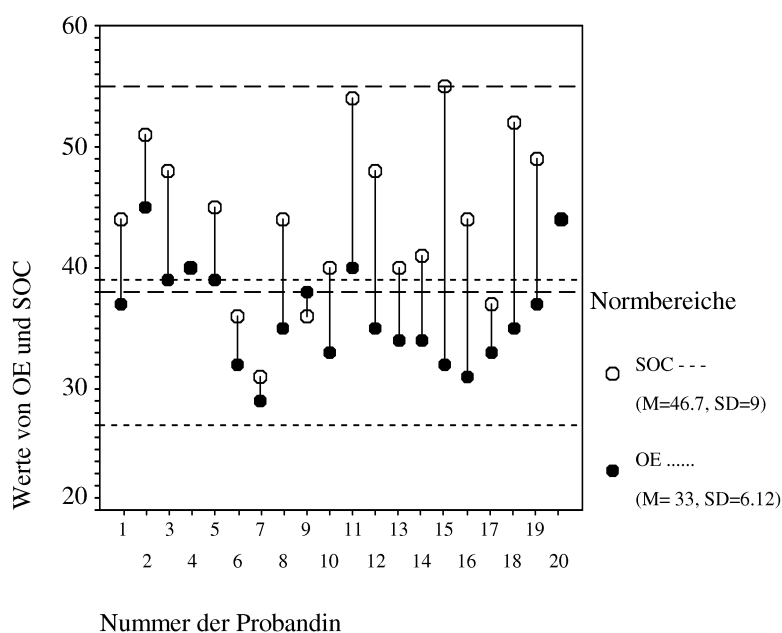
Offenheit für Erfahrung (OE)	Untersuchungsstichprobe N=20	Normierungsstichprobe N=1076
Mittelwert	36.10**	33.00
Standardabweichung	4.20	6.12
Minimum	29	
Maximum	45	

** Mittelwertsunterschied auf dem 1%-Niveau signifikant

Bei 16 Teilnehmerinnen liegt die Ausprägung des Merkmals „Offenheit für Erfahrung“ im Bereich der normbezogenen Standardabweichung. 4 Personen (Probandin 2 / 4 / 11 / 20) haben auffallend hohe Werte, die ausserhalb der Standardabweichung liegen. Der Mittelwert der Untersuchungsstichprobe ist im Vergleich mit dem Mittelwert der Normierungsstichprobe 3.1 Punkte grösser. Dieser Mittelwertsunterschied ist auf dem 1%-Niveau signifikant (Anhang L), womit die Ausprägung des Merkmals „Offenheit für Erfahrung“ in der Untersuchungsstichprobe einen signifikant höheren Wert erreicht als in der Grundpopulation (Normierungsstichprobe).

Der Vergleich beider Merkmale SOC und OE zeigt eine Korrelation von $r=.397$ zwischen den einzelnen Ausprägungen, die jedoch nicht signifikant ist. Die Korrelation lässt demnach eine gewisse Tendenz vermuten, wonach Teilnehmerinnen mit hohem SOC-Wert auch einen hohen OE-Wert haben (vgl. Anhang L). Abbildung 2 veranschaulicht die Ausprägungsgrade der Probandinnen.

Abbildung 2: Profile der Ausprägungsgrade von SOC und OE je Probandin



• Schwierigkeitsgrad und Erfahrungstiefe

Die hier dargestellten Ergebnisse zum Schwierigkeitsgrad und der Erfahrungstiefe wurden im sogenannten Postskriptum-Teil des Interviews erhoben. Es liegen die Selbst- und Fremdeinschätzungen aller 20 Probandinnen vor.

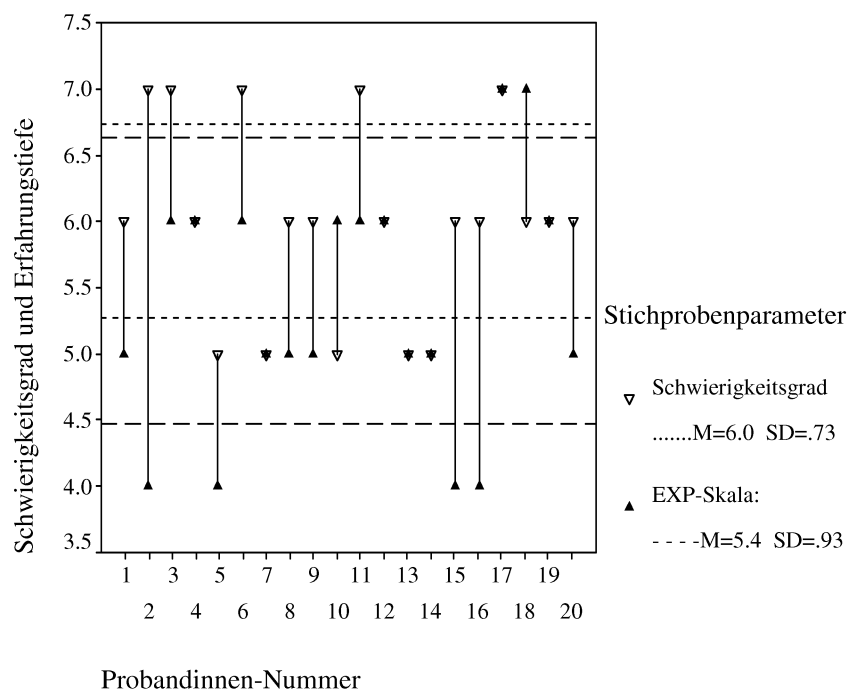
Die Frage „Wie gut hast du dich dem subjektiven Symptomerleben öffnen können?“ zielt auf den selbst eingeschätzten Schwierigkeitsgrad. Die Werte liegen zwischen 5 bis 7. 5 Teilnehmerinnen schätzten sich mit einem Wert von 5 ein, 10 mit dem Wert 6 und 5 Teilnehmerinnen mit dem Höchstwert 7. Der Mittelwert liegt bei $M=6.0$, die Standardabweichung ist $SD=0.73$.

Mittels der Experiencing-Skala von Dahlhoff und Bommert (1978) (Anhang K) schätzte die Untersuchungsleiterin im Anschluss an das Interview die Erfahrungstiefe ein. 4 Personen erreichten eine Erfahrungstiefe von Stufe 4, 7 Teilnehmerinnen von Stufe 5, 7 Teilnehmerinnen von Stufe 6 und 2 Teilnehmerinnen erreichten die höchste Stufe 7. Der Mittelwert liegt bei $M=5.4$, die Standardabweichung ist $SD=.93$.

Die Korrelation zwischen Selbsteinschätzung des Schwierigkeitsgrades und Fremdeinschätzung der Erfahrungstiefe ergab einen Wert von $r=.311$. Aufgrund dieser nicht signifikanten Korrelation muss davon ausgegangen werden, dass die beiden Instrumente etwas Unter-

schiedliches einschätzen. Folgende Abbildung 3 zeigt, bei welchen Probandinnen die beiden Werte zusammenfallen resp. auseinanderklaffen.

Abbildung 3: Werte von Schwierigkeitsgrad und Erfahrungstiefe (EXP) je Teilnehmerin



4.2 Ergebnisse aus dem Leitfadeninterview

Die Darstellung der Ergebnisse aus dem Leitfadeninterview folgt den im Kapitel 2.5 beschriebenen Forschungsanliegen. Dabei werden zuerst die Beschreibungen des subjektiven Symptomerlebens analysiert und die verwendeten Metaphern dokumentiert. Anschliessend werden die Ergebnisse zu den Sinnerfahrungen den Sinnkategorien des Theorieteils folgend dargestellt. Abschliessend werden Charakteristika aus den verbalen und mit Skizzen erfassten Perspektiven auf das Symptom wiedergegeben und die Unterschiede zwischen den Zeitpunkten T1 und T2 herausgearbeitet.

4.2.1 Beschreibungen des subjektiven Körpersymptomerlebens

Metaphern

Im Erfahrungsteil des Interviews wurden die Teilnehmerinnen angeleitet, ihrem sinnesbasierten, subjektiven Körpersymptomerleben Raum zu geben. Viele Probandinnen begaben sich tief in die Erfahrung des Symptoms, und versuchten die wechselnden Empfindungen mit einer Beschreibung des sich schnell entwickelnden und verändernden Wahrnehmungsprozesses zu kommunizieren. Dabei wurde nicht nur sehr bildhafte Sprache verwendet, sondern oft auch mit Bewegungen, Gesten und Geräuschen illustriert, was gemeint war. Meist an einem Punkt, an dem das neue und unbekannte am Erleben für die Teilnehmerinnen fassbar zu werden begann, verwendeten diese dann auch, wie aus der Literatur zu vermuten war, Metaphern. Dies war in genügend isolierbarer Form bei 9 Probandinnen der Fall. Eine Zusammenstellung der Kernaussagen in Bezug auf das subjektive Erleben während der Entfaltung ist von allen Probandinnen im Anhang M zu finden.

Diese 9 Teilnehmerinnen verwendeten vollständig ausgeführte Metaphern als Ausdrucksform zur Beschreibung des subjektiven Symptomerlebens. Vollständig ausgeführt heisst, dass der bildspendende Bereich (*source domain*) für die Erfahrungskonzeption identifizierbar und der Zielbereich (*target domain*) eindeutig das subjektive Erleben war. Die Metaphernbildung für etwas Neues, Unbekanntes und schwer Beschreibbares ist oft ein Suchvorgang nach adäquaten Erlebniskonzepten, der mit Formulierungsschwierigkeiten verbunden ist und deshalb auch Reformulierungsvorgänge beinhaltet. In der folgenden Tabelle 7 sind die Metaphern zugunsten der Lesbarkeit in leicht bearbeiteter, inhaltlich jedoch unveränderter Form aufgeführt.

Tabelle 7: Zusammenstellung der metaphorischen Wendungen zur Beschreibung des subjektiven Symptomerlebens

Metaphorische Wendungen (fett = Essenz)	bildspendender Bereich (<i>source domain</i>)	Probandin / Symptom
Stell dir vor, du trinkst einen scharfen Schnaps mit Ameisen gemischt. Und diese kribbelnden Ameisenbeinchen im Hals: hin und her, rauf und runter, vor und zurück: unaufhörlich, Durchhaltenwillen. Zielorientiert und Willkürlichkeit	Schnapstrinken Naturerfahrung: Ameisen kribbeln	1 / Nahrungsmittelallergie
Es ist im Kopf – nicht Kopfweh – aber so ein wenig. Es ist ein Gefühl, wenn man in einem warmen weichen Bett liegt. Es ist spät in der Nacht und man hat einen schweren Tag hinter sich. Man ist ein bisschen zerschlagen.	Schlafen nach strengem Tagwerk	3 / chron. Müdigkeit

selbstbewusst, locker und stolz		
Ich habe viel Gewicht auf mir.[Man geht] ein bisschen behäbig, so dass man das Gewicht auf jedem Fuss hat. Nicht leichtfüssig, sondern das Gewicht auf jedem Fuss. Langsam, aber nicht zu langsam. So wie man über jeden Schritt nachdenken müsste mit sich selber sein	Körpererfahrung des Laufens mit Gewicht	4 / chron. Müdigkeit
Es ist so ein Stimmungseinbruch und von innen ist es kalt und eisig. Es ist auch etwas, das die Umgebung kälter macht. Wie wenn ich Eis in den Tee tue, der Tee wird dann auch kälter. Es entzieht die Energie, mein Power. [keine stimmige Essenz]	Alltagserfahrung: heisses Getränk mit Eis kühlen	5 / kalte Hände und Füsse
Es ist wie wenn man eine kleine Verletzung hätte, wie ein Mückenstich ... es ist auf einen kleinen Punkt konzentriert. [Die Mücke sticht] so aggressiv, einfach so drein. Aggression, störend und egoistisch sein	Naturerfahrung: Mückenstich	8 / Herpes
Wenn man meinen [inneren] Raum als gut geordnete Schachtel betrachten würde, so wühlt es dort alles herum und macht ein Riesen-Chaos. Es ist wie ein Meer, das ganz ruhig ist und dann kommt ein Sturm auf, der alles durchwühlt. wilde Energie	Ordnung und Chaos in Behälter Natur: durch Sturm aufgewühltes Meer	14 / Herzrasen
Als wenn ein Magnet unten wäre und dann zieht es mich dorthin. Es ist wie bei einem Velo, da muss man hinunterdrücken und dann geht es von alleine wieder rauf und dann hinunterdrücken. Wie so ein Rhythmus, hinziehen, loslassen, hinziehen, loslassen. Gleichmässigkeit, Regelmässigkeit	Magnetismus Velofahren	16 / Schwindel
Es ist wie ein Fluss und hier staut es ein wenig [Hand macht fliessende Bewegung und an einem Punkt stoppt diese Bewegung]. Und wenn das [Blockade] weg wäre, wäre alles gut und alles würde fliessen. ... Die Hände blockieren dann auf eine Art den Fluss und irgendwie staut sich dann hier mega viel Seltsames auf. stauen	Naturerfahrung: Wasser in einem Fluss stauen	18 / Ohrenschmerzen
Es ist am ganzen Kopf, wie wenn man einen Mofahelm trägt und die Scheibe hinunterzieht, ganz eng am Kopf. Es krampft, das Bewegen wird erschwert Fallen lassen, Vertrauen	Alltagshandlung im Strassenverkehr	19 / Kopfschmerzen

Die gefundene Essenz, die in der obigen Tabelle jeweils fett hervorgehoben erwähnt ist, ergibt sich manchmal direkt aus der Metapher, z. B. Stau. Manchmal dient die Metapher aber auch als Eintrittstür sozusagen zur weiteren Entfaltung der Symptomerfahrung, und die gefundene Essenz hat dann keinen direkt ersichtlichen Zusammenhang mehr mit der Metapher.

Die Metapher war aber ein wesentlicher und nicht wegzudenkender Schritt auf dem Weg zu dem, was dann als Essenz der Symptomerfahrung ausgedrückt wurde.

Die anderen 11 Teilnehmerinnen unterscheiden sich nicht grundsätzlich in der Art, wie sie ihr subjektives Erleben beschreiben. Es kommen bei ihnen jedoch keine weiteren, vollständig ausgeführten Metaphern mit klar identifizierbarem Quellbereich mehr vor. An deren beschreibenden Platz treten Verben wie spannen, brodeln, zusammenfallen, kleben, umklammern oder Bewegungsbeschreibungen wie

[11/Bauchschmerzen]: Es ist miteinander verknüpft, drückt gleichzeitig gegeneinander und zieht auseinander. Es ist verhakt und reisst auch auseinander.

[13/Kopfschmerzen]: Es kommt vom Auge ein Ziehen und dann beginnt das Pumpen.

[7/Herpes]: Es zieht sich alles zusammen ... will etwas zusammenfassen, wie ein Häufchen machen.

und eine Vielzahl illustrierender Adjektive (eng, verstopft, verzögert, unscharf, kneifend, spitzig u.a.).

4.2.2 Sinn- und Bedeutungserfahrungen

Die Darstellung der Ergebnisse zu Sinn- und Bedeutungserfahrungen folgt den vier im Theorierteil (Kap. 2.3.2) beschriebenen Kategorien:

- 1) Sinnerfahrung durch medizinische Diagnose und subjektive Kausalattribution
- 2) Sinnerfahrung durch Kontrollfähigkeit
- 3) Sinnerfahrung durch Einbettung in die Lebensumstände
- 4) Sinnerfahrung durch wahrgenommenen Nutzen (benefit finding)

Der Transkripttext wurde nach Aussagen der Teilnehmerinnen zu Aspekten von Sinnerfahrung im Zusammenhang mit dem ausgewählten Körpersymptom durchgegangen. Die obigen Kategorien dienten dabei als Raster. Auftretenshäufigkeit und Vorkommen in bestimmten Interviewphasen (vgl. S. 56) zeigen sich wie folgt:

- | | |
|-------------------|--|
| Ad 1) Vorkommen: | 17 Probandinnen |
| Interviewphase: | I und II: Vor der Entfaltung der subjektiven Erfahrung |
| Ad 2) Vorkommen : | 3 Probandinnen |
| Interviewphase: | IV: Bei verbaler und skizzierter Darstellung der Perspektive |
| Ad 3) Vorkommen: | 9 Probandinnen |
| Interviewphase: | III d: Während der Entfaltung der subjektiven Erfahrung |

Ad 4) Vorkommen:	19 Probandinnen
Interviewphase:	III d: Während der Entfaltung der subjektiven Erfahrung

Da der Fokus auf Sinn und Bedeutung im Erleben von Körpersymptomen für die vorliegende Untersuchung zentral ist, werden in den folgenden Unterkapiteln alle diesbezüglichen Aussagen nach obigem Raster aufgeführt. Dabei wurde der Kontext der Gesamterfahrung mit einbezogen, soweit es für das Verständnis und die Nachvollziehbarkeit der Zuordnung zu den Kategorien notwendig war.

Kausalattributionen

Auf die offene Eingangsfrage, über ihre Erfahrungen mit Körpersymptomen zu erzählen, gaben die Teilnehmerinnen einen Überblick über ihre Symptome, deren Häufigkeiten und Dauer sowie punktuelle Einblicke über ihren Umgang damit. Nachdem in dieser „warm up“-Phase des Interviews ausgewählt worden war, welches Symptom im Fokus des Interviews stehen sollte, beschrieben die Probandinnen dieses Symptom genau. Die Zuweisung kausaler Faktoren bezüglich des gewählten Symptoms äusserten die Probandinnen ausschliesslich in dieser Interviewphase. 16 von 20 Teilnehmerinnen nannten Kausalattributionen. Zwei typische Beispiele solcher Nennungen sind:

[15/Knieschmerzen] Es ist jetzt 5 Jahre her. Zuerst dachten wir, dass es wegen dem Wachstum ist oder dass im Gelenk ein Stück Knochen ist. Oder Wasser im Knie. Nachher kam er [der Arzt] darauf, dass ich leichte x-Beine habe. Dadurch laufen die Bänder nicht so über das Knie, wie sie sollten. Dann entzündet es sich hier und hier und es klebt ein wenig an.

[14/Herzrasen] ... vor einer Prüfung, wenn ich nervös bin oder wenn mich etwas stresst oder ich überfordert bin ... Ich weiss, dass ich etwas leisten muss und ich dies gut machen muss ... Ich habe Angst vor einem Black-out.

Aus diesen beiden Beispielen werden auch die zwei aufgetretenen Kategorien von Kausalattributionen ersichtlich. Es waren nämlich entweder *somatische* oder *psychologische* Zusammenhänge und Ursachen, die für die Entstehung der beschriebenen Symptomatik verantwortlich gemacht wurden. Aussagen über Symptomursachen wurden von 7 Teilnehmerinnen durch die Angabe von moderierenden Faktoren ergänzt, denen ein Einfluss auf Ausprägungsgrad und/oder Auftretenshäufigkeit zugeschrieben wurde.

● *Somatische Kausalattributionen*

Somatische Attributionen wurden von 10 Teilnehmerinnen genannt. Darunter wurden beispielsweise die Nennung von Ansteckung, Genetik oder medizinisch diagnostizierter Defekte als Ursache der genannten Symptome subsumiert. Sämtliche solche somatischen Kausalattributionen sind in Tabelle 8 stichwortartig aufgeführt, zusammen mit allfälligen moderierenden Faktoren. Der Originaltext der diesbezüglichen Beschreibungen aller Klientinnen findet sich in Anhang O.

Tabelle 8: Somatische Kausalattributionen

Ursachenzuschreibung	Pb / Symptom	Moderierende Faktoren
Allergische Reaktionen teilweise vererbt	→ → 1 / Nahrungsmittelallergie	
Schilddrüsenunterfunktion	→ 5 / kalte Hände und Füße	- Tageszeit - Stress
Angesteckt im Spital	→ 7 / Herpes	- Schulstress
Angesteckt von meiner Schwester	→ 8 / Herpes	- Jahreszeit - Schulstress
dumme Bewegung medizinische Abklärung: Auffälligkeit zwischen dem 4. und 5. Brustwirbel	→ → 9 / Rückenschmerzen	
Menstruation von Mutter geerbt	→ → 11 / Bauchschmerzen	
Müdigkeit Föhn zu wenig getrunken zu wenig geschlafen	→ → → 13 / Kopfschmerzen →	
Leichte x-Beine	→ 15 / Knieschmerzen	- Wetter - Tageszeit
Tiefer Blutdruck Familiäre Häufung	→ → 16 / Schwindel	- vegetarische Ernährung - Schulstress - zu wenig Schlaf
Menstruation Fehlhaltung	→ → 20 / Rückenschmerzen	

→ ist Ursache für

● *Psychologische Kausalattributionen*

Psychologische Attributionen wurden von 6 Teilnehmerinnen genannt. Darunter wurden beispielsweise die Nennung von Leistungsdruck, Selbstzweifeln oder -vorwürfen und Verdrängung von Gefühlen subsumiert, die in ursächlichen Zusammenhang mit der Symptomatik

gebracht wurden. Sämtliche genannten psychologischen Kausalattributionen sind in Tabelle 9 stichwortartig aufgeführt. Von 2 Probandinnen wurde ein als moderierend im oben beschriebenen Sinn erwähnter Faktor genannt.

Tabelle 9: Psychologische Kausalattributionen

Ursachenzuschreibung	Probandin / Symptom	Moderierende Faktoren
Gefühle verdrängen Kontrollverlust	→ → 2 / Bauchschmerzen	
unglücklich sein Selbstvorwürfe	→ → 3 / chronische Müdigkeit	- Schlafverhalten
Leistungsdruck Selbstvorwürfe Frustration	→ → → 4 / chronische Müdigkeit	- Schlafverhalten - Jahreszeiten
traurig sein aus Liebeskummer viel Streit zu Hause	→ → 10 / (Herzschmerz mit) Atemnot	
Prüfungsangst Leistungsdruck Selbstzweifel Angst vor Black-out	→ → → 14 / Herzrasen →	
psychisches Tief Orientierungslosigkeit	→ → 18 / Ohrenscherzen	

→ = ist Ursache für

• Keine Kausalattributionen

Vier Probandinnen, nämlich Pb6 (Bauchschmerzen), Pb12 (Bauchschmerzen), Pb17 (Kurz-sichtigkeit und Pb19 (Kopfschmerzen) gaben keine Kausalattributionen an.

In der Aussage der einen (Pb12) ist implizit die Annahme zu erkennen, dass Körpersymptome mit schwierigen Situationen zusammenhängen sollten. Ihre Erfahrung widerspricht jedoch dieser impliziten Annahme, wie die Aussage verdeutlicht:

[12/Bauchschmerzen] Ich weiss nicht, woher das kommt. Als ich dies zum ersten Mal hatte, da war ich in einer Hauptprobe für eine Schulaufführung. Es ist immer in Situationen, wo ich mich gefreut habe.

Die weiteren Kategorien von Sinn- und Bedeutungserfahrungen traten ausschliesslich nach der Entfaltung der sinnesbasierten subjektiven Symptomerfahrung auf. Nachdem die Probandinnen die Essenz ihrer Symptomerfahrung in Worte gefasst hatten, wurde eine Integrationsfrage nach einer allfälligen Bedeutung und möglichen Anwendungsgebieten dieser gemachten Erfahrung gestellt.

Kontrollfähigkeit

Es wurden in dieser Kategorie nur explizite Äusserungen aufgenommen, die das Gefühl einer direkten verbesserten Kontrolle über das Symptomgeschehen ausdrücken. Dies war ausschliesslich in den verbalen und skizzierten Perspektiven auf das Symptom (Zeitpunkt T2 nach der Entfaltung der subjektiven Symptomerfahrung) der Fall. Bei den Skizzen wurde, um Überinterpretationen zu vermeiden, darauf verzichtet, zeichnerisch einen Faktor „Kontrollgewinn“ zu isolieren, jedoch erwähnten 2 Teilnehmerinnen den Aspekt der Kontrolle in den Erläuterungen zur Skizze. In den verbalen Perspektivenbeschreibungen wurde dies ebenfalls von 2 Teilnehmerinnen formuliert (Zeitpunkt T2):

[8/Herpes] Jetzt ist er [Herpes] unterdrückt und kommt nicht mehr hervor. Ich habe ihn unter Kontrolle. Jetzt bin ich die Mächtige [lacht], jetzt weiss ich, was vor sich geht.

[6/Bauchschmerzen] Ich seh' jetzt mehr Zusammenhänge. Ich kann's jetzt viel mehr steuern.

[12/Bauchschmerzen, Erläuterungen zur Skizze T2] Ich habe auch weniger Angst, es verliert seine Stärke.

[13/Kopfschmerzen, Erläuterungen zur Skizze T2] Diese Qualität zeigt sich im Symptom und hat die Kontrolle.

Einbettung in Lebensumstände und benefit finding

Zum Abschluss der Entfaltung des subjektiven Symptomerlebens wurden die Probandinnen gefragt, ob die Wahrnehmungen und die gefundene Essenz für sie Sinn machen, eine Bedeutung ergeben, einen Bezug zu ihrem Leben aufweisen. Die gegebenen Antworten lassen sich den Kategorien 3 (Einbettung in Lebensumstände) und 4 (benefit finding) zuordnen. 19 Teilnehmerinnen beschrieben ein „benefit finding“. Bei 11 von diesen war ein klarer Bezug des gefundenen Nutzens zu entweder familiären Situationen oder solchen aus dem Schulalltag festzustellen. Dies entspricht der Kategorie 3 „Einbettung in Lebensumstände“.

In den folgenden Aussagen der 11 Teilnehmerinnen, die beiden Kategorien zugeordnet werden konnten, lässt sich also jeweils der Bezug des gefundenen Nutzens (benefit finding) zu den Lebensumständen explizit erkennen (Tabelle 10).

Tabelle 10: Lebensumstände und benefit finding als Bedeutungskategorien für die Anwendung der Erfahrungssensenz

Erfahrungssensenz → beschriebener Bezug	Sinn- und Bedeutungskategorie
<p>[1/Nahrungsmittelallergie]</p> <p><i>Trotz Zielorientierung auch Spontaneität</i> → Ich hatte lange das Gefühl, alles steuern zu können. Und ich merke langsam, dass Dinge willkürlich passieren und ich das auch annehmen muss. Jetzt bspw. zu merken, wie fixiert ich war, welche Studienrichtung ich einschlage. Und jetzt merke ich, dass noch viele andere Ideen kommen und ich offener werde. Ich muss es so nehmen, wie es kommt, weil auch meine Interessen sich ändern und nicht dass ich einfach bei dem bleibe, was ich vor 3 – 4 Jahren wollte.</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: Wahl der Studienrichtung Benefit finding: sich spontanen Veränderungen öffnen</p>
<p>[3/chronische Müdigkeit]</p> <p><i>selbstbewusst, locker, stolz</i> → Ich muss mir nicht allzu viele Sorgen machen und [nehme] wie es grad hineinpasst: jetzt die Schule langsam fertig machen und im nächsten Sommer etwas beginnen, was ich möchte. Bei fremden Menschen und in Umgebungen, wo ich eine andere Meinung habe, finde ich es ein bisschen schwieriger.</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: Beendigung der Schule Benefit finding: Optimismus und Flexibilität</p>
<p>[4/chronische Müdigkeit]</p> <p><i>konstante Wellen, Rhythmus</i> → Das bringt mich dazu, Dinge stetiger zu machen, nicht so verzettelt, mehr nach Plan vorzugehen. Das ist auf die Schule bezogen, aber auch auf die Wochenenden. Damit ich besser den Überblick habe. Die Konstante fehlt mir.</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: Balancierung von schulischen und Freizeitaktivitäten Benefit finding: Überblick gewinnen durch Rhythmisierung und Konstanz von Verhalten</p>
<p>[6/Bauchschmerzen]</p> <p><i>Konzentration auf ein Ziel: Befreiung</i> → Ich kann mich noch nicht ganz befreien, weil es noch etwas gibt, wo ich am Zuhause hänge. Es sind familiäre Sachen wo ich drüber nachdenken muss. Es sind viele Hürden und immer werde ich zurückgestossen und ich muss wieder von vorne anfangen.</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: Ablösung von Zuhause als Ziel nicht aus den Augen verlieren. Benefit finding: Unterstützung, sich Schwierigkeiten zu stellen</p>
<p>[7/Herpes]</p> <p><i>Mich durchsetzen</i> → Was ich eben lerne, dass ich wirklich zu meiner Entscheidung stehe [gegen den Willen der Mutter]. Und dass ich meine Meinung sagen kann. Vor einen Menschen hinstehen und es ihm persönlich sagen [in der Familie] (745). Ich lerne zu meinen Entscheidungen zu stehen und meine Meinung zu sagen.</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: Ablösung von der Mutter Benefit finding: Unterstützung in den Lernprozessen zu Abgrenzung und Selbstbehauptung</p>
<p>[8/Herpes]</p> <p><i>Aggression, Wut, unpassend, störend und total egoistisch</i> → Wenn ich jetzt an mein Schulleben denke ... dann kommen die Leute, die nicht [in die Stunden] gehen und dann alles kopieren wollen. Und da muss man manchmal einfach egoistisch sein. Darf man sich nicht ausnützen lassen, wenn es zu weit geht.</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: als gute Schülerin sich nicht ausnützen lassen. Benefit finding: Korrektur einer sehr gebenden Haltung.</p>
<p>[11/Bauchschmerzen]</p> <p><i>Konzentration, kommt in Wellen rauf und runter ist wie Meditation, auf sich hören</i> → Zu Hause sind oft so viele Menschen um mich herum. Oder auch wenn eine Kollegin da ist, ist es schwierig mir Zeit dazu zu geben, bevor ich an eine Arbeit gehe. Was sagt mein Körper gerade? Damit ich gestärkt bin.</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: Sozialdruck Benefit finding: Meditierend auf sich hören,</p>
<p>[15/Knieschmerzen]</p> <p><i>Mut, du schaffst es! Ist ein Gefühl von Zuversicht und Vertrauen</i> → Mein Vater hat Krebs bekommen, und dann haben wir eben gedacht, ja – das schaffen wir und es kommt wieder [gut].</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: schwierige Familiensituation Benefit-finding: Innere Zuversicht und Vertrauen</p>

<p>[16/Schwindel] <i>Gleichmässigkeit, Regelmässigkeit.</i> → In Stresssituationen ist die Anspannung zu viel und die Entspannung nicht vorhanden. Die Entspannung muss vielleicht gar nicht so lang sein, es muss überhaupt eine gehen. So kann ich mir zwischendurch Zeit nehmen und mich hinsetzen. Dann freut es mich auch in die Schule zu gehen, ins Training oder so.</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: Schule und Freizeit nicht zu Stressfaktoren werden lassen Benefit finding: gleichmässigere Verteilung von Anspannung und Entspannung</p>
<p>[19/Kopfschmerzen] <i>sich fallen lassen, träumerisch sein</i> → Ich glaube, das ist fest von zu Hause her. Von diesem immer arbeiten, von diesem mega Gas geben. Und man muss sich rechtfertigen, wenn man sich ausruht. Nur schon zu Hause die Zimmertüre zu machen von meinem Zimmer und für mich sein – nur schon das, nur schon die Türe zu machen ... und sie draussen lassen!</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: leistungsorientierte Familienwerte Benefit finding: Unterstützung des eigenen Lebensstils gegen kollektiven Druck</p>
<p>[20/Rückenschmerzen] <i>Faul sein, sich Zeit nehmen, setzen lassen</i> → Bis vor kurzem musste ich immer schneller und besser sein. Nun lerne ich, dass man auch mit nichts tun zufrieden sein kann mit sich selber und sich gerne haben kann. Das hängt stark mit meiner Familie zusammen, dass ich mich gerne haben darf, unabhängig von jeder anderen Wertung. Ich muss gar nichts leisten, um mich gerne zu haben.</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: leistungsorientierte Familienwerte Benefit finding: faul sein dürfen, Wertschätzung von Leistung trennen</p>

Die genauere Betrachtung der genannten Lebensumstände zeigt einen deutlichen Bezug zur Lebenswelt der 18 – 21-jährigen Maturandinnen und den typischen, vordringlichen Problemen dieses Lebensabschnitts: Die Ablösungsthematik, Selbstbehauptung und Selbstbestimmtheit und der Übergang von Schule zu Studium kamen in unterschiedlicher Akzentuierung zur Sprache.

Der gefundene Nutzen bezieht sich dabei oft auf eine Veränderung der inneren Haltung zu den Herausforderungen dieser Problembereiche und/oder auf eine Erweiterung der Verhaltensoptionen und Fertigkeiten im Umgang mit ihnen.

8 Probandinnen formulierten einen Nutzen, ohne diesen in spezifische Lebensumstände einzubetten. Die Aussagen sind in Tabelle 11 zusammengestellt.

Tabelle 11: Benefit finding als Bedeutungskategorie für die Anwendung der Erfahrungssensenz

Erfahrungssensenz → beschriebener Bezug	Sinn- und Bedeutungskategorie
<p>[2/Bauchschmerzen] <i>Auf etwas Aufmerksam machen. Es ist wild, unkontrolliert und breitet sich aus</i> → In Konfliktsituationen ist man nicht unbewegt und ich würde gewisse Bemerkungen fallen lassen, was mich stört oder verletzt.</p>	<p>Benefit finding: In Konfliktsituationen Gefühle äussern</p>
<p>[9/Rückenschmerzen] <i>Dieser kantige und raue Stein will gesehen werden</i> → Ich habe meistens ein Problem damit, wenn ich mit etwas nicht einverstanden bin, dann das auch zu sagen. „He, nein, für mich stimmt das so nicht!“ anstatt zu allem „ja, ist gut“, obwohl es für mich nicht gut ist.</p>	<p>Benefit finding: konfliktierende Gefühle und Meinungen äussern</p>

<p>[10/Atemnot]</p> <p><i>Enge bemerken: aufbrechen, davon befreien</i> → Es liegt an dem, dass ich mich unterfordert fühle. Dass ich etwas suche, was ein bisschen kreativ ist. ... mehr neue Sachen ausprobieren und einfach wirklich sagen, was mich beschäftigt und das verwirklichen, was ich möchte. Nicht nur davon träumen, und dann wird es weniger eng.</p>	<p>Benefit finding: Unterstützung für und Vertrauen in die eigene Kreativität</p>
<p>[12/Bauchschmerzen]</p> <p><i>sich in der Mitte zusammenziehen</i> → Dass ich das mache was ich will. Dass man sich nicht abkoppelt [von sich selbst] sondern sich auf sich selber konzentriert und über sich nachdenkt, sich konzentriert. Ich kann mich sehr oft nicht entscheiden. Dann muss ich mich hineingehen und mir überlegen, was ich wirklich möchte – ohne, dass ich zuerst an die anderen denke und an die Folgen; zuerst einmal an mich.</p>	<p>Benefit finding: in Entscheidungssituationen mit den eigenen Bedürfnissen in Kontakt bleiben</p>
<p>[13/Kopfschmerzen]</p> <p><i>Schwingungen aufnehmen, kleine Details</i> → Dinge, die ich mir vielleicht nicht eingestehe, oder was oder wer in mir Gefühle aufweckt. Dass ich es in mir selber vielleicht gar nicht wahrnehmen möchte. Diese Qualität ist eigentlich das Gegenteil von mir. Ich müsste mich dann wohl ein wenig mehr mit mir selber beschäftigen, als immer nur vom einen ins andere zu rennen.</p>	<p>Benefit finding: Dominanz von Aussenaktivitäten durch Selbstbesinnung balancieren</p>
<p>[14/Herzrasen]</p> <p><i>wilde Energie, Tatendrang</i> → ich hätte mehr Energie um etwas zu machen. Diese Energie will raus. Wenn sie sich in mehr Euphorie umwandeln würde, à la „also nun zeige ich was ich kann!“ und nicht „uh, kann ich das?“. Das Herz fühlt sich ein wenig eingeengt, deshalb ist es so wild. Es ist voller Tatendrang.</p>	<p>Benefit finding: Einstellungsänderung von Selbstzweifel zu Selbstvertrauen</p>
<p>[17/Kurzsichtigkeit]</p> <p><i>Auf das Innere, die Mitte konzentriert</i> → Und ich weiss, auf das da drinnen kann ich mich verlassen. Das ist das gesunde Selbstbewusstsein, dass man sich innen gerne hat. Da spüre ich mich, da weiss ich, da bin ich.</p>	<p>Benefit finding: innere Zentrierung, Selbstbewusstsein, Selbstliebe</p>
<p>[18/Ohrenschmerzen]</p> <p><i>Stauen</i> → Mein Drang in die Zukunft und mein Drang Ziele anzustreben muss gestaut werden. Das würde heissen, für mich [da] sein und die Gegenwart voll ausschöpfen, grad so sein, mich sein, meinen Weg machen. Mich nicht so stark auf andere fixieren</p>	<p>Benefit finding: Gegenwart voll ausschöpfen, Unabhängigkeit</p>

Der gefundene Nutzen ohne Einbettung in Lebensumstände dieser 8 Probandinnen unterscheidet sich nicht grundsätzlich von jenen, bei denen ein konkreter Bezug zu Lebenssituationen festzumachen war. Die Anwendung des gefundenen Nutzens – beispielsweise der Entwicklung eines konfrontativeren Konfliktlösungsverhaltens oder einer höheren Gewichtung eigener Gefühle – wird als für alle Lebensbereiche relevant geschildert. Unabhängig davon, ob eine konkretere Einbettung in Lebensumstände vorliegt, weist der gefundene Nutzen bei allen Probandinnen einen meist schon in der Wahl der zur Beschreibung verwendeten Worte erkennbaren Zusammenhang mit der Erfahrungssessenz auf.

Benefit finding und Identitätserweiterung

Die sich aus der subjektiven Symptomerfahrung ergebenden Eigenschaften und Verhaltensweisen, die der Sinn- und Bedeutungskategorie „benefit finding“ zugeordnet werden konnten, beinhalten bei genauerer Betrachtung immer eine Identitätserweiterung. Das heisst, dass sie über das gewohnte Selbstverständnis der Probandinnen hinausgehen, ihm manchmal gar diametral entgegengesetzt sind. An den Beispielen der vier folgenden Probandinnen wird prototypisch gezeigt, wie dieses Ergebnis des Zusammenspiels von „benefit finding“ und Identitätserweiterung dokumentiert und belegt werden kann.

Zur Beschreibung der momentanen Identität wurde der Transkripttext im Hinblick auf generalisierende selbstbeschreibende Sätze (Ich bin im allgemeinen so und so / Ich kann / Ich kann nie / Ich kenne mich als jemand, die... usw.) durchgegangen. Dem wurden prägnante Sätze und Bemerkungen zum gefundenen Nutzen gegenübergestellt. Wenn darin beschriebene Eigenschaften und/oder Verhaltensweisen der momentanen Identität einer Probandin widersprachen, wurde dies als Identitätserweiterung gewertet (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Verhalten oder Eigenschaft jenseits der Begrenzung durch die Identität

<i>Erfahrungssensenz → beschriebener Bezug</i>	<i>Sinn- und Bedeutungskategorie</i>	<i>Identität: Selbstbeschreibung Grenze: Verhalten oder Eigenschaft jenseits der Begrenzung durch Identität (vgl. S. 39)</i>
[4/chronische Müdigkeit] <i>konstante Wellen, Rhythmus</i> → Das bringt mich dazu, Dinge stetiger zu machen, nicht so verzettelt, mehr nach Plan vorzugehen. Das ist auf die Schule bezogen, aber auch auf die Wochenenden. Damit ich besser den Überblick habe. Die Konstante fehlt mir.	Einbettung in Lebensumstände: Balancierung von schulischen und Freizeitaktivitäten Benefit finding: Überblick gewinnen durch Rhythmisierung und Konstanz von Verhalten	<i>Identität:</i> Ich bin nicht die, die jeden Abend hinhockt und die Aufgaben für eine Woche im Voraus macht. <i>Grenze:</i> planen, konstantes Verhalten
[7/Herpes] <i>Mich durchsetzen</i> → Was ich eben lerne, dass ich wirklich zu meiner Entscheidung stehe [gegen den Willen der Mutter]. Und dass ich meine Meinung sagen kann. Vor einen Menschen hinstehen und es ihm persönlich sagen [in der Familie] (745). Ich lerne zu meinen Entscheidungen zu stehen und meine Meinung zu sagen.	Einbettung in Lebensumstände: Ablösung von der Mutter Benefit finding: Unterstützung in den Lernprozessen zu Abgrenzung und Selbstbehauptung	<i>Identität:</i> Ich bin eher scheu und spreche nicht gern. Ich hatte immer viel Respekt vor meiner Mutter. <i>Grenze:</i> sich mit eigener Meinung durchsetzen und zu eigenen Entscheidungen stehen
[13/Kopfschmerzen] <i>Schwingungen aufnehmen, kleine Details</i> → Dinge, die ich mir vielleicht nicht eingestehe, oder was oder wer in mir Gefühle aufweckt. Dass ich es in mir selber viel-	Benefit finding: Dominanz von Aussenaktivitäten durch Selbstbe-sinnung balancieren	<i>Identität:</i> Ich renne beschäftigt vom einen ins andere. <i>Grenze:</i> einfach einmal

leicht gar nicht wahrnehmen möchte. Diese Qualität ist eigentlich das Gegenteil von mir. Ich müsste mich dann wohl ein wenig mehr mit mir selber beschäftigen, als immer nur vom einen ins andere zu rennen.		zu Hause bleiben und herausfinden, was für mich gut ist.
[19/Kopfschmerzen] <i>sich fallen lassen, träumerisch sein</i> → Ich glaube, das ist fest von zu Hause her. Von diesem immer arbeiten, von diesem mega Gas geben. Und man muss sich rechtfertigen, wenn man sich ausruht. Nur schon zu Hause die Zimmertüre zu machen von meinem Zimmer und für mich sein – nur schon das, nur schon die Türe zu machen ... und sie draussen lassen!	Einbettung in Lebensumstände: leistungsorientierte Familienwerte Benefit finding: Unterstützung des eigenen Lebensstils gegen kollektiven Druck	Identität: Ausruhen braucht Rechtfertigung. Bezogen sein und arbeiten ist richtig. Grenze: Türe von meinem Zimmer zu machen und für mich sein.

Die Ergebnisse der analog durchgeführten Analysen sämtlicher Probandinnen mit benefit finding findet sich im Anhang N.

4.2.3 Perspektiven auf das Symptomerleben

Die Beschreibungen der Perspektive ermöglichte den Teilnehmerinnen Aussagen darüber, welchen Platz das Körpersymptomerleben in ihrer inneren und äusseren Erlebniswelt einnimmt.

Dazu wurden die Teilnehmerinnen zu zwei Zeitpunkten T1 und T2 (vor und nach dem Erfahrungsteil des Interviews) nach ihrer Perspektive auf das Symptom, das sie ausgewählt hatten gefragt. Diese beschrieben sie in verbaler und zeichnerischer Form.

Unterschiede in den verbalen Beschreibungen

• *Zeitpunkt T1*

In den verbalen Beschreibungen zum Zeitpunkt T1 (vor der Erfahrung, also vor der Entfaltung des sinnesbasierten subjektiven Erlebens des Körpersymptoms) wird mit einer Ausnahme der Wunsch, das Symptom loszuwerden variiert und/oder es werden Schilderungen gegeben, die in irgendeiner Weise die Beeinträchtigung durch das Symptom beschreiben. Als schnörkelloses typisches Beispiel für den Wunsch, das Symptom loszuwerden:

[12/Bauchschmerzen] Ich finde es einfach negativ und möchte, dass es vorbei ist. Ich denke die ganze Zeit es soll fertig sein.

und für die Kombination mit einer Schilderung von Beeinträchtigung:

[16/Schwindel] Oh nein nicht schon wieder! Ich habe etwas Angst und muss mich irgendwo festhalten. Ich fühle mich schwach und hilflos. Ich kann nichts dagegen machen.

„Heilungswunsch“ und „Beeinträchtigung“ erwiesen sich als die typischen Themen der verbalen Perspektive-Beschreibungen zum Zeitpunkt T1. 9 Probandinnen erwähnten einen Heilungswunsch, 17 Probandinnen beschrieben eine Beeinträchtigung. Bei den Beeinträchtigungen waren verschiedene Bereiche betroffen: Beeinträchtigung der emotionalen Befindlichkeit und Beeinträchtigung von Verhalten.

Ein typisches Beispiel für die Beeinträchtigung der emotionalen Befindlichkeit:

[18/Ohrenschmerzen] Ich finde „oh Mann, nein!“ Ich werde nicht wütend, ich werde eher traurig. Ich habe das Gefühl, dass ich selber Schuld daran bin. Ich finde „oh Mann M., kannst du das nicht besser?“

Folgende Aussage beschreibt eine Beeinträchtigung der emotionalen Befindlichkeit und einen Heilungswunsch:

[14/Herzrasen] Es schränkt mich ein ... Es ist unangenehm und ich möchte, dass es möglichst schnell weg haben ... Ich will, dass es weg ist. Ich will es gar nicht beachten. Es nervt, stört und überhaupt.

Auch die Beeinträchtigung der emotionalen Befindlichkeit und gleichzeitig des Verhaltens wurde erwähnt:

[7/Herpes] Das Herpesvirus beeinträchtigt mich immer wieder. Ich bin dann stimmungslauniger. Du willst ja auch küssen und so und das geht dann nicht. Deswegen bin ich dann bedrückt.

Zwei Teilnehmerinnen, die weder einen Heilungswunsch äusserten, noch eine Beeinträchtigung schilderten, beschrieben eine Art friedlicher Koexistenz mit dem Symptom, das eine Art Signalcharakter hat:

[5/kalte Hände und Füße] Bevor ich nicht wusste, dass das ein Symptom der Schilddrüsenunterfunktion sein könnte, habe ich dem wenig Beachtung geschenkt. Es war so „warum bringe ich sie nicht warm?“ ... Jetzt reagiere ich schneller und ziehe dicke Wollsocken an, auch wenn alle anderen Barfuss sind.

[13/Kopfschmerzen] Ich habe mich daran gewöhnt. Wenn ich es habe, dann weiss ich, ich muss entweder mehr schlafen oder mehr trinken. Es ist für mich mehr ein Signal.

Einen Überblick über die Häufigkeiten der einzelnen Themen der Perspektivenbeschreibung zum Zeitpunkt T1 gibt die linke Hälfte der Abbildung 4.

• *Zeitpunkt T2*

Zum Zeitpunkt T2 (nach der Erfahrung) wurde ein weiteres Mal die Perspektive beschrieben. Es zeigte sich, dass die Entfaltung des subjektiven Körpersymptomerlebens bei allen mehr

oder weniger ausgeprägt zu Veränderungen ihrer Perspektive auf das Symptom geführt hatte. Die vorherrschenden Beschreibungen vom Zeitpunkt T1, Beeinträchtigung und Heilungswunsch wurden praktisch nicht mehr thematisiert und blieben sehr im Hintergrund. Die Beschreibungen der Perspektive zum Zeitpunkt T2 lassen sich um die Themen „Handlungsalternativen“, „Vertrautheit“, „Ganzheit“ und „Kontrollgewinn“ gruppieren.

Unter dem Thema „Handlungsalternativen“ sind Schilderungen zusammengefasst, die eine Erweiterung des Handlungsspielraums in Bezug auf bestimmte Lebenssituationen oder verbesserte Möglichkeiten, mit dem Symptom selbst umzugehen beschreiben. 11 Probandinnen beschrieben die Veränderungen ihrer Perspektive auf das Symptom in dieser Richtung. Probandin 16 ist ein prägnantes Beispiel für diese Thematik:

[12/Bauchschmerzen] Ich gehe in mich. Ich stelle mir vor, wenn ich den nächsten Bauchkrampf habe, wie ich in mich hineingehe.

Das Thema „Vertrautheit“ subsumiert Perspektivenänderungen auf das Symptom, die zu tun haben mit ‚es kennen gelernt haben‘, ‚es nicht mehr so fremd finden‘, ‚ihm näher gekommen sein‘ oder ‚mehr darüber wissen‘. Das Thema kam bei 5 Teilnehmerinnen vor, typisch ist folgende Aussage:

[9/Rückenschmerzen] Ich kann es [Symptom] mir jetzt vorstellen. Es ist nicht mehr so fremd. Ich habe es ein wenig kennen gelernt.

„Ganzheit“ als Thema enthielt Aussagen, die eine Art Synopsis beschreiben. Begriffe wie ‚man sieht weiter‘, ‚Ganzheit‘, ‚Splitter zusammenfügen‘, ‚Zusammenhänge‘ und ähnliches, wurden benützt. 6 Teilnehmerinnen beschrieben ihre Perspektive nach der Entfaltung auf diese Art. Dazu eine markante Aussage von Probandin 18:

[18/Ohrenschmerzen] Es hat mega viele Splitter zusammengesetzt, die mich in letzter Zeit beschäftigt haben, die ich z.T. verstanden habe, aber wie noch nicht auf den gemeinsamen Nenner gebracht habe. Wow, mega! Jetzt wird es zu einem Ganzen, wie es jetzt zusammenkommt.

Nennungen von Prozessen wie ‚im Griff haben‘, ‚steuern‘, und ‚unterdrücken‘, die bei 3 Probandinnen im Zentrum der Perspektive auf das Symptom zum Zeitpunkt T2 standen, wurden unter dem Thema „Kontrolle“ subsumiert. Bei Probandin 8 ist es am deutlichsten in Worte gefasst:

[8/Herpes] Ich habe ihn [Herpes] jetzt im Griff und er kann nichts mehr machen. Jetzt ist er unterdrückt und kommt nicht mehr hervor. Ich habe ihn unter Kontrolle!

Eine zusammenfassende Gegenüberstellung der jeweils wichtigsten Themen der Perspektivebeschreibungen zu den Zeitpunkten T1 und T2 und deren Häufigkeiten ist in Abbildung 4 aufgelistet.

Abbildung 4: Gegenüberstellungen der hauptsächlichen Themen der Perspektivebeschreibung zu den beiden Zeitpunkten T1 und T2

Zeitpunkt T1	Zeitpunkt T2
<ul style="list-style-type: none"> - emotionale Befindlichkeit (17) ● Beeinträchtigung <ul style="list-style-type: none"> - Verhalten (9) ● Heilungswunsch (9) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Handlungsalternativen (11) ● Ganzheit (6) ● Vertrautheit (6) ● Kontrolle (3)

Neben den Veränderungen der Erfahrung von Sinn und Bedeutung gehören die Unterschiede in den Perspektiven auf das Symptom, die sich aufgrund des subjektiven Symptomerlebens ergeben haben zu den zentralen Ergebnissen dieser Untersuchung. Die Unterschiede wurden verbal und mittels der Erstellung kurzer Skizzen erhoben. Als Fazit der verbal abgegebenen Perspektivebeschreibungen ist festzuhalten, dass zum Zeitpunkt T1 negative Aspekte wie Beeinträchtigung und Leidensschilderung, zusammen mit dem Wunsch nach Heilung – Loswerden des Symptoms – die Perspektive auf das Symptom beherrschen.

Im Gegensatz dazu zeugen die Schilderungen (T2) nach der Entfaltung des subjektiven Erlebens von einem positiveren Blickwinkel auf das Symptomerleben. Nicht nur zeigt sich eine Entlastung vom Leidensaspekt, die vier Kategorien Handlungsalternativen, Ganzheit, Vertrautheit und Kontrolle enthalten eine grundsätzlich veränderte Sichtweise des Symptoms. Die folgenden Ergebnisse der Auswertung der Unterschiede hinsichtlich der beiden Skizzen bestätigen, differenzieren und erweitern diese grundsätzliche Neuorientierung.

Unterschiede in den Skizzen

Die Teilnehmerinnen wurden zweimal während des Interviews mit der relativ unspezifischen Aufforderung „Könntest du bitte deine Perspektive auf das Symptom zeichnerisch darstellen?“ gebeten, eine Skizze zu gestalten. Es war sämtlichen Probandinnen möglich, dieser Aufforderung nachzukommen und die Skizze entsprechend ihrer Begabung und dem Verständnis der Frage anzufertigen. Dabei waren sehr unterschiedliche Reaktionen beobachtbar, die auf einer Bandbreite zwischen Äusserung von Unvermögen und Selbstzweifeln einerseits und der

Freude am künstlerischen Ausdruck und am Unerwarteten andererseits lagen. Die Kreativität der Teilnehmerinnen und die enorme Vielfalt der Darstellungen waren beeindruckend. Gemäss Auswertungsplan wurden die verwendeten Elemente der skizzenartigen Zeichnungen dem Ich, dem Symptom oder dem Verhältnis der beiden zugeordnet.

In den folgenden Abschnitten wird zuerst beschrieben, wie Ich, Symptom und Verhältnis der beiden zum Zeitpunkt T1 skizziert wurden. Der Schwerpunkt liegt dann in der Beschreibung und Interpretation der Veränderungen, die sich diesbezüglich in der Skizze T2 zeigen.

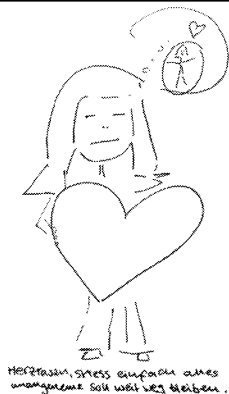
• Zeitpunkt T1

Die erste Skizze der Perspektive auf das ausgewählte Symptom wurde gestaltet, nachdem das spezifische Symptom ausgewählt und kurz beschrieben worden war.

Darstellungen des Ich

Die Darstellungen eines *Ich* war in allen Zeichnungen zu finden. Es wurde entweder in personal-figürlicher Form (realistisch oder Strichmännchen), in symbolisch-abstrakter Form oder stellvertretend als betroffener Körperteil gezeichnet. Wie sich Zeichnungen in diesen drei Kategorien präsentieren, wird mit den folgenden Beispielen illustriert.

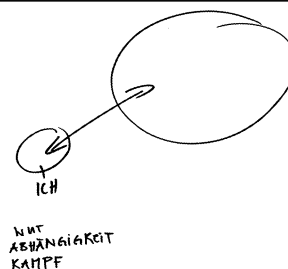
personal-figürliche Darstellung des Ich



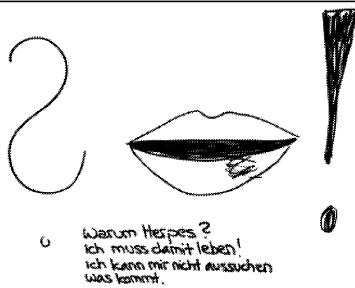
Die Darstellung des Ich in personal-figürlicher Form wählten 15 Teilnehmerinnen. Als gute Illustration davon dient die Zeichnung links von Probandin 14 (Herzrasen).

Eine symbolisch-abstrakte Form der Ich-Darstellung in Form von einem Kreis, einer Spirale und/oder dem Wort ‚Ich‘ wählten 3 Teilnehmerinnen. Als prägnantes Beispiel dazu die Zeichnung rechts von Probandin 6 (Bauchschmerzen).

symbolisch-abstrakte Darstellung des Ich



Betroffener Körperteil als Ich

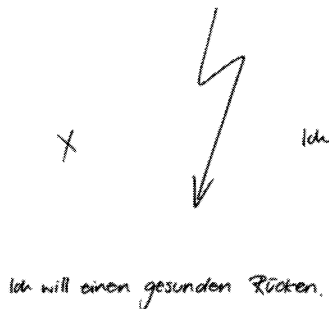


Beide Probandinnen mit Herpes (Pb7 / Pb8) zeichnen kein figürliches oder abstraktes Ich, sondern stellen die Lippen als Trägerinnen des Symptoms in ihren Skizzen dar. Für die weiteren Auswertungen wurden die Lippen stellvertretend für das betroffene „Ich“ aufgefasst.

Darstellungen des Symptoms

Die Darstellung des Symptoms wurde ebenfalls durch verschiedene Elemente bewältigt. Alle Probandinnen fanden eine Möglichkeit, das Symptom zu skizzieren. Es zeigten sich Darstellungen unter Einbezug des betroffenen Körperteils, symbolisch-abstrakte Formen sowie Lösungen, die Ursache oder Auswirkungen des Symptoms betonen.

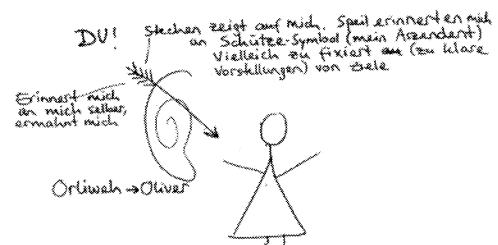
symbolisch-abstrakte Darstellung des Symptoms



Eine symbolisch-abstrakte Darstellung des Symptoms mit Formen wie Kreis, Quadrat, Pfeil, Kreuz oder Klotz war bei 7 Teilnehmerinnen zu finden. Als Beispiel die Zeichnung von Probandin 9 (Rückenschmerzen).

9 Teilnehmerinnen stellten ihr ausgewähltes Symptom in Form des betroffenen Körperteils mit spezieller Markierung dar. Sie zeichneten ihren Fuss, ihre Lippen, ihr Herz oder ihren Bauch. Als Illustration dient die Skizze von Probandin 18 (Ohrenschmerzen).

Darstellung des Symptoms unter Einbezug des betroffenen Körperteils



Darstellung des Symptoms in Form von Ursache oder Auswirkung



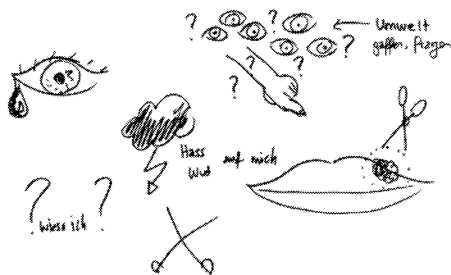
Ich muss den Berg überwinden, aber ich sehe das Licht; die Hoffnung ist immer da, das Ziel zu erreichen.

Bei dieser Art der Darstellung wurden Ursachen oder Effekte des Symptoms zeichnerisch betont. Ein Beispiel dafür ist die Skizze links, wo ein Berg, den es zu überwinden gilt, den Kampf gegen Müdigkeit ausdrückt (Pb3/chronische Müdigkeit). Eine andere Skizze zeigt das Symptom als Apfel, Ursache einer allergischen Reaktion (Pb1/ Nahrungsmittelallergie). Insgesamt ergab sich diese Form der Darstellung bei vier Teilnehmerinnen.

Darstellung des Verhältnisses von Ich und Symptom

Ein weiteres Element zum Verständnis der Darstellung der Perspektive auf das Symptom ist das Verhältnis zwischen Ich und Symptom. Dieses Verhältnis zeigte sich in symbolischen Elementen und strukturellen Aspekten. Symbolische Elemente sind beispielsweise Pfeile, Blitze, Tränen, gekreuzte Säbel, Fragezeichen, Ausrufezeichen u.a. Strukturelle Aspekte sind das Grössenverhältnis zwischen Ich und Symptom und ihre Lage/Distanz zueinander. Im Folgenden wird für jeden dieser verhältnisbeschreibenden Aspekte ein prägnantes Beispiel aufgeführt. Dabei wird auch angegeben, bei wie vielen Probandinnen sich das Verhältnis von Ich und Symptom in der jeweils dargestellten Form zeigt. Bei einigen Skizzen äussert sich dieses Verhältnis sowohl durch symbolische Elemente als auch in strukturellen Aspekten.

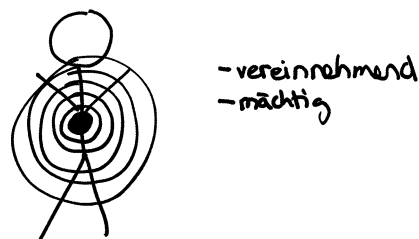
Symbolische Elemente als Darstellung des Verhältnisses von Ich und Symptom



In 13 Darstellungen zeigen sich solche symbolischen Elemente wie Pfeile, Blitze, Tränen etc. Die Zeichnung links von Probandin 18 (Herpes) zeigt eine grosse Auswahl davon. (Die Lippen sind stellvertretend für das Ich zu sehen.)

**Strukturelle Aspekte wie Grössenverhältnis
und Lage/Distanz als Darstellung des Ver-
hältnisses von Ich und Symptom**

Bei 13 Teilnehmerinnen drückt sich das Verhältnis von Ich und Symptom durch strukturelle Aspekte aus. Als prägnantes Beispiel die Zeichnung rechts von Probandin 12 (Bauchschmerzen).



• *Zeitpunkt T2 und Vergleich mit Zeitpunkt T1*

Die zweite skizzenhafte Zeichnung zur Perspektive fertigten die Teilnehmerinnen während des letzten Teils des Leitfadens an. Sie wurde also gemacht, nachdem die Probandinnen ihre subjektive Symptomerfahrung entfaltet hatten. Die Aufgabe, eine weitere „Perspektive auf das Symptomerleben“ zum Zeitpunkt T2 nach der Entfaltung der subjektiven Erfahrung des Körpersymptoms zu gestalten wurde von allen Probandinnen gelöst. Die nachfolgende Darstellung der Ergebnisse bezieht sich auf die Veränderungen zwischen T1 und T2.

Darstellung des Verhältnisses zwischen Ich und Symptom

Bei 17 Probandinnen zeigte sich eine Gestaltung, die sich in den Grundzügen an den zeichnerischen Ideen der ersten Skizze orientierte. Veränderungen im Verhältnis wurden dann vorwiegend durch die unterschiedliche Lage/Distanz sowie Grösse von Ich und Symptom ausgedrückt oder durch die Veränderung der symbolischen Elemente wie Blitze, Tränen oder Ausrufe- bzw. Fragezeichen.

Die Zusammenstellung der Unterschiede T1/T2 bei diesen 17 Probandinnen erfolgte damit unter Bezug auf die folgenden 3 Kriterien:

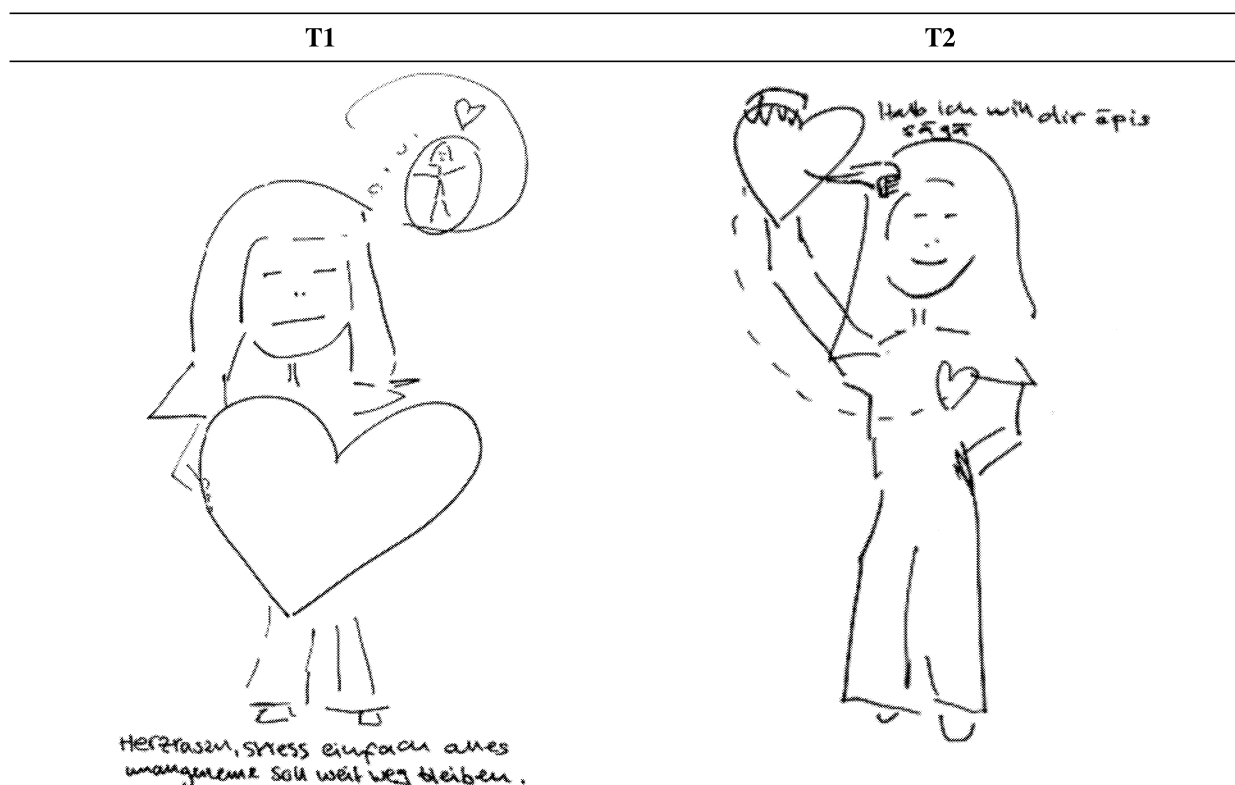
- 1) Veränderungen im proportionalen Verhältnis von Ich und Symptom
- 2) Veränderungen der Lage von Ich und Symptom
- 3) Veränderungen von Anzahl und/oder Charakter der symbolischen Elemente

Im Sinne der Aufdeckung und Formulierung latenter Sinnstrukturen wurden diese 3 verhältnisbeschreibenden Aspekte hinsichtlich ihrer Bedrohlichkeit für das Subjekt interpretiert. Dabei wurden folgende Änderungen als eine Verringerung von Bedrohung interpretiert:

1) Proportion zwischen Ich und Symptom	Grössenverhältnis verändert sich zu Gunsten des Ich
2) Lage von Ich zu Symptom	Symptom oberhalb Ich oder Ich überdeckend verändert sich zu Symptom auf gleicher Ebene oder unterhalb Ich bzw. nicht mehr überdeckend
3) Symbolische Elemente	Abnahme der Anzahl

Ad 1) Veränderungen im proportionalen Verhältnis von Ich und Symptom

Veränderungen des proportionalen Verhältnisses zwischen Ich und Symptom zu den Zeitpunkten T1 und T2 erfolgten ausschliesslich zugunsten des Ich. Dies war in den Skizzen von insgesamt 13 Probandinnen feststellbar. Ein prägnantes Beispiel für diese Veränderungen sind Skizzen von Teilnehmerin 14 (Herzrasen).



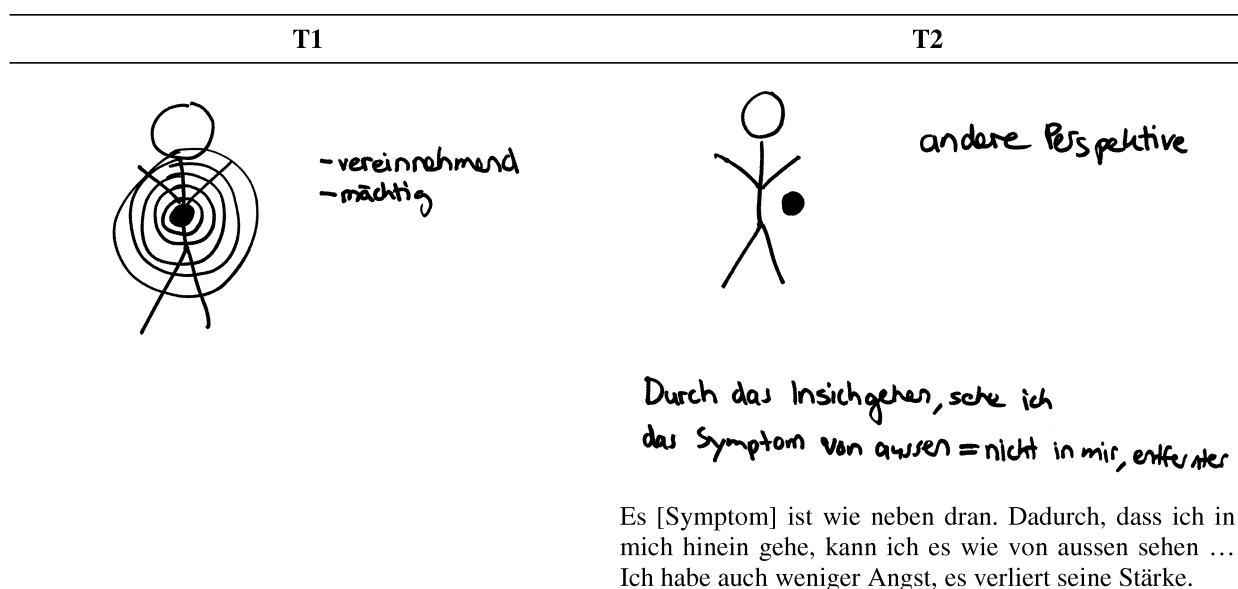
Kommentar:[Wir sind] wie ein Team. Weil wir uns damit beschäftigt haben, kommt es mir nicht mehr so unwirklich vor und auch nicht mehr so fern ... Wir haben genau hingeschaut und dann merkt man, es ist gar nicht mehr so schlimm. Es ist vertrauter und es macht einem auch weniger Angst. Es ist immer wieder gekommen, aber vielleicht braucht es das auch, damit man es annehmen kann. Ich wollte es ja immer weg haben und vielleicht ist es besser, wenn man es annehmen kann und lernt damit umzugehen. Ich möchte es gar nicht mehr so weghaben.

Zum Zeitpunkt T1 zeichnete sie das Herz als Symptomträger überdimensioniert, so dass ihr Ich gewissermassen dahinter verschwindet. Im Kommentar dazu drückt sie den Wunsch aus, es wegzuhaben, davon befreit zu sein.

Zum Zeitpunkt T2 ist das Herz an der entsprechenden Körperstelle viel kleiner gezeichnet in einer angemessenen Grösse zum Ich. Mit dem zweiten Herz, das sie mit der einen Hand auf Kopfhöhe hochhält, verdeutlicht sie ihr neues Verhältnis: Sie sind jetzt ein Team und gehören zusammen. Sie kennt das Symptom besser, was ihre Angst vermindert und ihre Vertrautheit erhöht. Das Lächeln im Gesicht und die Haltung vermitteln Entspannung und Zuversicht.

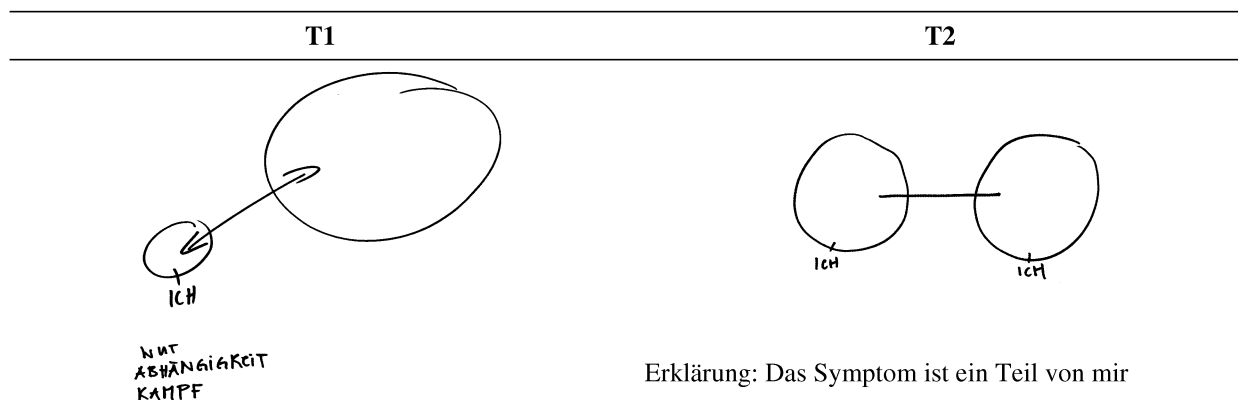
Ad 2) Veränderungen der Lage von Ich und Symptom

Veränderungen der Lage zeigten sich in einer neuen Anordnung von Ich und Symptom. Dabei kam das zum Zeitpunkt T1 über dem Ich angeordnete Symptom zum Zeitpunkt T2 auf die gleiche Höhe oder unterhalb des Ich zu liegen oder Symptome, die bei T1 das Ich überdeckten wurden bei T2 vom Ich separiert dargestellt. Eine dieser beiden Möglichkeiten zeigt sich bei allen 5 Probandinnen, bei denen die Lage von Ich und Symptom überhaupt direkt vergleichbar ist. Als Beispiel dient Probandin 12 (Bauchschmerzen) mit Überdeckung bei T1 und Separierung bei T2.



Auf der ersten Skizze T1 überdeckt das Symptom das Ich teilweise. Das Symptom ist gleichzeitig überdimensioniert, was die Probandin mit „vereinnehmend“ und „mächtig“ kommentiert. Zum Zeitpunkt T2 hat die Probandin mehr Distanz zum Symptom, wie sie auch im Kommentar zum Ausdruck bringt.

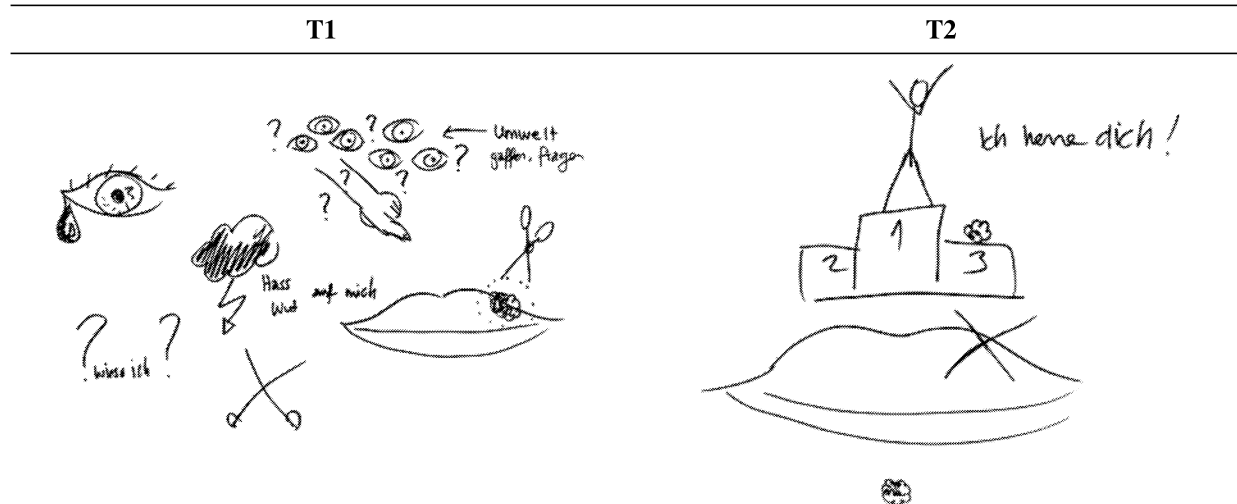
Als zweites Beispiel für eine veränderte Lage von Ich und Symptom dienen die Zeichnungen von Probandin 6 (Bauchschmerzen). Auch hier kommt die Verringerung der Bedrohlichkeit sowohl in dieser Lageveränderung als auch in der Grössenänderung zu Gunsten des Ich zum Ausdruck.



Ad 3) Veränderungen von Anzahl und/oder Charakter der symbolischen Elemente, welche das Verhältnis von Ich und Symptom darstellen

Bei diesen Veränderungen zeichneten die Probandinnen zum Zeitpunkt T2 deutlich weniger Pfeile, Blitze, Tränen u.a. Symbole, was wie erwähnt als Verringerung der Bedrohlichkeit interpretiert wurde. Bei 7 Probandinnen war eine solche Abnahme nachweisbar.

Ein prägnantes Beispiel sind die Zeichnungen von Probandin 8 (Herpes) auf der folgenden Seite. Zum Zeitpunkt T1 sind eine Vielzahl solcher Elemente gezeichnet, die auch den grossen Teil des Platzes einnehmen im Verhältnis zu den Lippen als symbolisiertes Ich. Zum Zeitpunkt T2 sind diese Elemente verschwunden, das Ich steht mit hochgestreckten Armen auf dem Siegerpodest und die Lippen sind symptomfrei darunter angeordnet. Das Herpes hat, als Blume noch im Bild, seine Bedrohlichkeit verloren.



Einfach abschneiden!

[zeichnet und lacht befriedigt] Das bin ich [zeigt auf die Siegerin auf dem Podest]. Und die Blumen sind der Herpes.

Abschliessend soll eine mehrfach gemachte Detailbeobachtung im Zusammenhang der Darstellung des Verhältnisses von Ich und Symptom erwähnt werden, nämlich Unterschiede in der gezeichneten Mimik und Körperhaltung des Ich. Vier Gesichter haben zum Zeitpunkt T1 einen leidenden Ausdruck, vier Strichmännchen zeigen waagrecht ausgestreckte oder hängende Arme. Zeitpunkt T2 zeigt freudig gestimmte Gesichter resp. hochgereckte Arme. Einige prägnante Beispiele sind der Diskussion dieser Detailbeobachtung beigegeben.

4.3 Zusammenfassung und Gewichtung der Ergebnisse

Es war allen Teilnehmerinnen möglich, die Fragestellungen zu verstehen und adäquat darauf einzugehen. Auf der Skala „Offenheit für Erfahrungen“ weisen die Probandinnen der Stichprobe einen signifikant höheren Wert auf als die Grundpopulation, die Werte für das Kohärenzgefühl liegen innerhalb der Norm. Es zeigten sich keine konsistenten Zusammenhänge zwischen diesen vor dem Leitfadeninterview bei jeder Probandin erhobenen Werten „Kohärenzgefühl“ und „Offenheit für Erfahrung“ mit den nachfolgenden Ergebnissen aus dem Leitfadeninterview.

In Bezug auf den zentralen Forschungsgegenstand, nämlich das subjektive Körpersymptomerleben, lassen sich die Hauptergebnisse bezüglich Metaphern, Sinnaspekten und Perspektive auf das Symptom wie folgt zusammenfassen.

- *Metaphern*

Die subjektive Wahrnehmung im Zusammenhang mit Körpersymptomen und deren Beschreibung forderte die Kreativität der Probandinnen. Neben der Verwendung bildhafter Sprache, unterstützt von Geräuschen und Gesten, konnte die wichtige Rolle von Metaphern bei der kognitiven Aufbereitung von unbekanntem und neuen Wahrnehmungsinhalten eindrücklich gezeigt werden. 9 Teilnehmerinnen verwendeten vollständig ausgeführte Metaphern als Ausdrucksform zur Beschreibung des subjektiven Symptomerlebens. Mit diesen Metaphern wurde das körperliche Erleben fassbar und kommunizierbar, und in der Regel stehen die Metaphern mit der abschliessend formulierten „Essenz“ der Körpersymptomerfahrung in einem offensichtlichen sprachlichen Zusammenhang.

- *Sinn und Bedeutung des Körpersymptomerlebens*

Welche Aspekte von Sinn und Bedeutung von den Teilnehmerinnen thematisiert werden, hängt mit der Interviewphase zusammen:

Vor der Entfaltung der subjektiven Erfahrung sind ausschliesslich Kausalattributionen zu beobachten, und dies bei 16 Probandinnen, also einer grossen Mehrheit. Bei den Attributionen handelt es sich sowohl um somatische (10) als auch psychologische (6) ursächliche Zuschreibungen, die zur Erklärung des Symptoms angeführt werden.

Während und nach der Entfaltung der subjektiven Erfahrung des Symptoms werden zwei andere Sinnaspekte erlebt und ausgedrückt. Der eine besteht in der sinnstiftenden Einbettung des Körpersymptoms (und seiner subjektiven Wahrnehmung) in die Lebensumstände (bei 11 Teilnehmerinnen). Der zweite, weitaus häufigste und wichtigste Aspekt von Sinnerfahrung zeigt sich mit einer Ausnahme bei allen Probandinnen als Beschreibung eines sich aus dem Symptom und der subjektiven Symptomerfahrung ergebenden Nutzens (benefit finding).

Die genaue Analyse des von den Probandinnen formulierten Nutzens ergab, dass dieser immer mit einer Identitätserweiterung zusammenhängt. Die im Rahmen der Entfaltung des subjektiven Symptomerlebens als nützlich oder anwendbar beschriebenen Verhaltensweisen und Einstellungen liegen ausserhalb einer Grenze, die durch die momentane Identität der Probandinnen gebildet wird. Spontane Selbstbeschreibungen (es wurde keine diesbezügliche Frage gestellt), die eine solche momentane Identität beschreiben, konnten bei allen Probandinnen gefunden werden. Bei allen liegen die in der Kategorie „benefit finding“ subsumierten Ein-

stellungen und Verhaltensweisen klar nicht im Bereich des durch die Identität als gewohnt, normal oder richtig Definierten.

- *Vergleich der Perspektiven auf das Symptom*

Gefragt nach ihrer „Perspektive auf das Symptom“ (eine möglichst offene Formulierung ohne Vorgaben über zu berücksichtigende Themen) schildern die Probandinnen vor der Entfaltung der subjektiven Erfahrung des Symptoms vor allem Aspekte des Leidens am Symptom und/oder formulieren explizit den Wunsch, das Symptom loszuwerden, davon geheilt zu werden.

Im Gegensatz zu den Leiden und Beeinträchtigung betonenden Perspektiveschilderungen vor der Entfaltung des subjektiven Erlebens wird in den zum Zeitpunkt T2 vorherrschenden Themen „Handlungsalternativen“, „Vertrautheit“, „Ganzheit“ und „Kontrollgewinn“ das Symptomerleben aus einem von Leidensaspekten weitgehend entlasteten Blickwinkel geschildert.

Dieser Hauptunterschied, der sich in den verbalen Perspektiveschilderungen zeigt, kann auch in den Skizzen der Zeitpunkte T1 und T2 belegt werden. Sowohl in Grössenverhältnissen zwischen gezeichnetem Ich und Symptom als auch im proportionalen Verhältnis der beiden ist in aller Regel eine Abnahme des Störungspotentials und der Bedrohlichkeit des Symptoms sichtbar. Die numerische Abnahme von bedrohlichen und konfliktanzeigenden symbolischen Elementen von Skizze 1 zu Skizze 2 bei 11 Probandinnen bestätigt diesen Befund eindrücklich.

Wie mit prägnanten Beispielen illustriert, werden durch den Anmutungscharakter der kreativen und sehr unterschiedlich gestalteten Skizzen zusätzliche, beispielsweise stimmungsmässige Feinheiten der Unterschiede hervorgehoben, die rein verbal nicht gleichwertig erfasst hätten werden können.

Die Relevanz dieser Hauptergebnisse, sich daraus ergebende mögliche Schlussfolgerungen, Hypothesen und weiterführende Forschungsfragen sind der Inhalt der anschliessenden Diskussionskapitel.

5 Diskussion

Im ersten Teil (5.1) werden die Persönlichkeitsmerkmale und weitere beschreibende Eigenschaften der Teilnehmerinnen erörtert. Darauf werden die Ergebnisse entlang der Forschungsfragen (Wahrnehmung und Beschreibung des subjektiven Symptomerlebens, Sinn- und Bedeutungserfahrungen, Perspektivenänderungen) und unter Bezugnahme auf die Ausführungen im Theorieteil kritisch gewürdigt. Abschliessend (5.2) werden Limitationen der Studie diskutiert und Überlegungen zu weiterführenden Forschungen dargestellt.

5.1 Diskussion der Ergebnisse

5.1.1 Stichprobenmerkmale und Ergebnisse aus den Fragebogen

Die in Bezug auf die Normwerte signifikant höheren OE-Werte der Untersuchungsstichprobe lassen darauf schliessen, dass die Teilnehmerinnen dieser Untersuchung eine grössere Offenheit für Erfahrungen aufweisen als die Grundpopulation. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Teilnahme an einem wissenschaftlichen Interview mit einem bestimmten Mass an Neugier auf Unbekanntes und an Lust auf Neues einhergeht. So erwähnen denn auch zwei Probandinnen, dass es für sie fast eine Art Erweiterung ihres Selbstverständnisses dargestellt hat, aus ihrem gewohnten Rahmen auszubrechen, Scheuheit und Zurückhaltung zu überwinden und sich für ein Interview zu melden. Andere bezeichneten ihre Experimentierfreudigkeit als Lebensstil und Teil ihrer Persönlichkeit. Balgov und Singer (2004) diskutieren OE-Werte als Persönlichkeitsfaktor, der im positiven Zusammenhang mit Reflektionsfähigkeiten steht. Aus Erfahrungen zu lernen und diese in das gegenwärtige Wissen über sich selbst zu integrieren, ist sicher eines der erklärten Ziele von Psychotherapie, sei sie nun Einsicht- oder kognitiv-verhaltensorientiert. In welchem Ausmass die in den Ergebnissen dieser Studie gut sichtbare Fähigkeit praktisch aller Probandinnen, die subjektive Symptomerfahrung in Worte zu fassen und ihr Bedeutung zu verleihen nebst dem überdurchschnittlich hohen Bildungsgrad in der Stichprobe auch mit der signifikant höheren Offenheit für Erfahrung zusammenhängt, stellt sich als offene Forschungsfrage.

Das im Rahmen der Normstichprobe ausgeprägte Kohärenzgefühl der Probandinnen lässt darauf schliessen, dass sich die Copingfähigkeiten der Studienteilnehmerinnen im selben

Rahmen wie jene der Grundpopulation bewegen. Das Kohärenzgefühl gilt ja nicht als Copingstrategie an und für sich, sondern als allgemeine, dispositionelle Bewältigungsressource, die es Menschen ermöglicht auf spezifische Situationen mit adäquaten Bewältigungsstrategien zu reagieren (Schumacher et al., 2000). So kann davon ausgegangen werden, dass die interviewten Probandinnen keine vermehrten inneren Ressourcen vorzuweisen haben, die ihnen den Zugang zu Copingstrategien erleichtern. Wegen der Nähe des Kohärenzgefühls zu einer Reihe verwandter Konstrukte wie Kontrollüberzeugung (Wallston & Wallston, 1978), Selbstwirksamkeit (Bandura, 1977), dispositionaler Optimismus (Scheier & Carver, 1985), kann angenommen werden, dass auch diese Merkmale in der Stichprobe im Rahmen der Normierungsstichprobe liegen.

Die Selbsteinschätzung des Schwierigkeitsgrades und die Fremdeinschätzung auf der Experiencing-Skala ergaben einen schwachen, nicht signifikanten Zusammenhang. Diese beiden Werte erfassen nicht dasselbe. Die Einschätzung „Wie gut hast du dich deiner subjektiven Erfahrung öffnen können?“ wird aufgrund eines je individuellen Wertesystems bezüglich gut oder schlecht abgegeben, während die Untersuchungsleiterin mit der Experiencing-Skala ein relativ objektives, weil immer gleiches Einschätzungssystem auf alle Teilnehmerinnen anwendet. In Bezug auf die Experiencing-Skala ist weiter anzumerken, dass diese vor allem zur Einschätzung von Therapiesitzungen angewendet wird. Die im Rahmen einer Therapiesituation zentrale Klientin-Therapeutin-Beziehung, kommt im Untersuchungssetting mit seiner nur einmal erfolgten Anwendung prozessorientierter Entfaltungstechniken weniger zum Tragen. Im Weiteren spielt für die Tiefe und Verankerung der gemachten Erfahrungen auch die Struktur der Grenze (vgl. S. 42) eine wichtige Rolle. In einem therapeutischen Setting ist die Arbeit an den Glaubenssystemen zur Vertiefung neuer Erfahrungen wichtig. Trotz all dieser Bedenken konnte in einer Expertendiskussion für alle Probandinnen eine Einigung in Bezug auf die Erfahrungstiefe erzielt werden. Diese Konsensdiskussion erleichterte die anschließende interpretative Analyse beträchtlich. Wie der hohe Mittelwert der Probandinnen in der Selbsteinschätzung zeigt, konnten sie den Anleitungen des Interviews meist ohne Schwierigkeiten folgen. Dies kommt auch darin zum Ausdruck, dass die verbalen und zeichnerischen Daten lückenlos erhoben werden konnten und keine Interviewabbrüche vorkamen.

5.1.2 Wahrnehmung und Beschreibung von subjektivem Symptomerleben

Körpersymptome werden im Allgemeinen nicht möglichst genau und sinnesbasiert wahrgenommen, sondern als störende und beeinträchtigende Ereignisse im Alltag so weitgehend wie

möglich ignoriert. Die meisten Menschen werden diese Beobachtung vermutlich aufgrund ihrer Alltagserfahrung bestätigen. Diese Grundtendenz, Körpersymptome möglichst *nicht* wahrzunehmen, ist von Psychosomatikern und Phänomenologen (vgl. Schmitz, 1994; Toombs, 1992) oft beschrieben worden und kommt in den Transkripten gut zum Ausdruck. Die Probandinnen werden erst durch die auf subjektives Erleben hinlenkenden Fragen des Interviews veranlasst, genau und körperbezogen wahrzunehmen und die ungewohnten Wahrnehmungen zu kommunizieren. In aller Regel wurde die Sprache im Erfahrungsteil mit seinem gelenkten Fokus auf das subjektive Symptomerleben tentativ suchend, bildhafter, mit Bewegungen, Gesten und Geräuschen angereichert. Auch die im Ergebnisteil aufgeführten Metaphern von 9 Probandinnen stammen ausschliesslich aus diesem Abschnitt des Interviews. Metaphern dienen der Literatur zufolge oft der Beschreibung von Neuem, Unbekanntem (Surmann, 2002), was gerade bezüglich normalerweise weggeschobenen subjektiven Symptomerfahrungen sicher auch zutrifft. Eine genauere Betrachtung zeigt aber, dass die Metaphern zur Symptombeschreibung nicht nur einen kommunikativen Aspekt haben, sondern auf die neuen Wahrnehmungen selber zurückwirken. „Spüren und Sprechen, Merken und Bemerkten sind dialektisch aufeinander bezogen“, schreibt Schemm (2002, S.260). Sie schildert weiter, dass der Gebrauch von Metaphern Körperreaktionen evoziert, die dann wiederum zu einer präziseren Fassung der Metapher oder zu einer neuen Metapher führen. Als Ausdruck dieser Wechselwirkung zwischen dem subjektiven Körpererleben und dessen sprachlicher Erfassung könnte verstanden werden, dass die von den Probandinnen verwendeten Metaphern meist einen direkten Bezug zur Essenz ihrer Symptomerfahrung und zu den Beschreibungen in der Kategorie „benefit finding“ haben. Metaphern helfen damit Patienten nicht nur, „ihr subjektives Krankheitserleben und ihre subjektive Krankheitserfahrung darzustellen“ (Brünner & Gülich, 2002, S.10). Poetisch ausgedrückt können sie auch als Treppenstufen dienen, die in den Fluss einer körperlichen Erfahrung führen, die normalerweise als Symptom diskreditiert und aus der Wahrnehmung ausgeschlossen wird.

5.1.3 Bedeutung und Sinnerfahrungen

„Der Mensch ist ein Wesen auf der Suche nach Sinn“ schreibt Frankl (1985). Dies könnte als Fazit der Ergebnisse bezüglich sinnstiftender Aspekte stehen, die sich aus den Erfahrungen der Probandinnen im Leitfadeninterview ergaben. Bei allen liessen sich nämlich zu mindestens einer der vier aus der Literatur entnommenen Aspekte von Sinn und Bedeutung Aussagen aus dem Leitfadeninterview zuordnen. Im Kapitel 2.3.2 wurden diese vier Aspekte von Sinnerfahrungen zusammengefasst dargestellt. Auffällig ist, dass Kausalattributionen hauptsäch-

lich vor der Entfaltung des subjektiven Erlebens auftreten, die anderen Aspekte ausschliesslich nachher. Im Folgenden wird deshalb vorerst auf Sinn durch medizinische Diagnosen und subjektive Kausalzuschreibungen eingegangen, anschliessend auf „Kontrolle“ „Einbettung in die Lebensumstände“ und „benefit finding“.

Die hohe Zahl von Kausalattributionen (16 von 20 Teilnehmerinnen), kann als Hinweis darauf verstanden werden, dass dieser Verarbeitungs- und Adaptionsschritt nicht erst bei lebensbedrohlichen Diagnosen vollzogen wird, sondern dessen entlastende und sinnstiftende Funktion auch bei alltäglichen Symptomen zum Tragen kommen. Dafür spricht auch, dass diese Kausalattributionen meist ohne explizite Nachfrage und schon bei der ersten allgemein gehaltenen Beschreibung des Symptoms auftreten. Ob die ursächlichen Zuschreibungen dabei psychologischer Natur (Stress, Beziehungsschwierigkeiten, Leistungsdruck u.ä.) oder somatischer Natur (virale Ansteckung, Vererbung, falsche Ernährung u.ä.) ist, scheint von untergeordneter Bedeutung zu sein, jedenfalls kommen beide Kategorien gehäuft vor. Vielleicht ist es die Nähe subjektiver Kausalzuschreibung zum kulturell hoch bewerteten rationalen, kausalen Denken, die diese kognitive Leistung sozusagen im gesellschaftlich vermittelten Repertoire von Krankheits- und Symptomverarbeitung verankert. Damit wird die Kausalattribution nicht nur innerlich als sinnstiftend erfahren, sie erweitert auch die Möglichkeit, über das Symptom intersubjektiv verständlich zu kommunizieren: Über ein Symptom ist einfacher mit Anderen zu sprechen, wenn es diagnostisch bestimmbar und kausal begründbar ist. Die wissenschaftliche Korrektheit der Attributionen ist dabei nicht im Vordergrund, wichtiger scheint die subjektiv erlebte Evidenz und oder die Übereinstimmung mit kollektiv verbreiteten Zuschreibungen zu sein. So könnte die Irritation von Probandin 12 verstanden werden über ihre Beobachtung, dass sie immer in Situationen Bauchschmerzen bekommt auf die sie sich eigentlich gefreut hat. Denn für den Volksmund sind es Schwierigkeiten und Probleme, und nicht freudige Ereignisse, die „Bauchschmerzen machen“.

Die Konzentration auf die subjektive Symptomwahrnehmung ist verbunden mit sinnstiftendem Erleben in den Kategorien „Kontrolle“, „Einbettung in die Lebensumstände“ und „benefit finding“. Der Aspekt des Kontrollgewinns wird im Zusammenhang mit der veränderten Perspektive auf das Symptom im nächsten Kapitel eingehend diskutiert, im Folgenden werden „Einbettung“ und „benefit“ gewürdigt.

11 Probandinnen brachten ihre Wahrnehmungen bei der Entfaltung der subjektiven Körper-symptomerfahrung in einen direkten Zusammenhang mit konkreten Lebensumständen. Die dabei genannten Problembereiche wie Ablösung von der Familie, Selbstbehauptung, Kreation eines eigenen Lebensstils oder Studienwahl entsprechen den von Engel und Hurrelmann (1989) als typisch aufgeführten Problembereichen dieser Altersgruppe und Bildungsstufe. Wenn Probandinnen in die Lage kommen, ein anfänglich als fremd und bedrohlich erfahrenes, symptomhaftes Körpergeschehen sinnvoll mit ihrer Lebenssituation zu verknüpfen, kann auch von einer besseren Verstehbarkeit (als eine der drei Komponenten des Kohärenzgefühls) ausgegangen werden. Was in Biographie, Identität und Lebenssituation eingebettet werden kann, ist sicher verständlicher als etwas, das nur als störender Fremdkörper erlebt wird. Für Schupbach (2002) wird durch die Einbettung in eine spezifische Lebenssituation der Sinn der inneren Erfahrung des Symptoms als Bereicherung und Ermächtigung integriert. Dass mehr als die Hälfte der Probandinnen einen direkten Bezug der subjektiven Symptomerfahrung zu ihren Lebenssituationen herstellten, erinnert an das Verständnis von Körpersymptomen in der Psychosomatik, wo der Ausdrucksgehalt von Symptomen häufig als mit biographischen Ereignissen, Familienkonstellation oder Persönlichkeitsprofil verknüpft dargestellt wird.

Aus der Entfaltung der subjektiven Symptomerfahrung erschloss sich bei allen 11 Probandinnen, die einen direkten Bezug zu Lebenssituationen erwähnten auch ein anwendbarer Nutzen mit eindeutigem Bezug zu den genannten Problembereichen. Dieser Aspekt von Sinnerleben, als „benefit finding“ in den Ergebnissen gefasst, trat auch bei 8 der 9 restlichen Probandinnen auf, einfach ohne Verknüpfung mit konkreten Lebenssituationen. Bei einer Probandin wurde in einer Expertendiskussion Konsens darüber erreicht, dass durch die Entfaltung des Symptomerlebens keine für die Probandin neuen Sinnaspekte erschlossen wurden. Dies könnte damit zusammenhängen, dass sich die Probandin Probleme mit einer nonverbalen Visualisierungsmethode angeht, die sie einmal gelernt hat, und es für sie deshalb nicht richtig war, sich wirklich dem im Interview gegebenen Prozedere zu öffnen, oder schlicht damit, dass das Symptom eigentlich „kein grosses Thema“ für sie sei, wie sie im Schlusskommentar angab.

19 Probandinnen beschreiben also mögliche brauchbare Anwendungen oder nützliche Impulse, die sie aus dem Erleben der subjektiven Symptomerfahrung ziehen. Es ist anzunehmen, dass das Finden eines Nutzens durch die Hinwendung auf das subjektive Erleben sehr dazu beitrug, dass die Gesamterfahrung des Interviews von 15 Teilnehmerinnen explizit als ein positives Erlebnis gewürdigt wurde. Die gefundenen Nutzen sind nicht vorwiegend durch

Prozesse des Nachdenkens erschlossen worden, sondern ergeben sich aus den sinnesbasierten Körperwahrnehmungen. Dies lässt sich unter anderem daraus ersehen, dass die Beschreibung des Nutzens in aller Regel einen sehr engen Bezug zur Beschreibung der Essenz der Symptomerfahrung aufweist (vgl. Tabellen 10 und 11, S. 85ff). Der gefundene Nutzen ist dadurch sozusagen erlebnismässig verankert und assoziativ mit dem Symptomerleben verknüpft. So erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass bei einem nächsten Auftreten des Symptoms auch der gefundene Nutzen wieder erinnert wird, angewendet und verwirklicht werden kann. Wie dargelegt, sind die als „gefundener Nutzen“ zusammengefassten Einstellungen und Verhaltensweisen für die Probandinnen ungewohnt, ich-dyston, gehören nicht zur gewohnten Identität. Sie liegen auf der anderen Seite der Grenze, wie das in der Prozessarbeit ausgedrückt wird, und stehen deshalb mit individuell gelernten Überzeugungen und Glaubenssystemen in Konflikt. Hier liegt eine weitere Parallele zur Psychosomatik vor, ist doch das konfliktive Element im Zusammenhang mit Körpersymptomen von vielen Vertretern der Psychosomatik (vgl. Kämmerer, 1999; Rudolf, 2000) herausgearbeitet worden. Das Symptom wird dabei als Ausdruck ungelöster psychischer Konflikte verstanden. Damit stellt sich, ähnlich wie bei den meisten Lernprozessen in Psychotherapiestunden überhaupt, die Frage nach der Nachhaltigkeit von temporären identitätserweiternden Einsichten und Aha-Erlebnissen. Die Frage wird im Ausblick nochmals aufgenommen, die konkreten Ergebnisse des hier verwendeten Einzelinterviews können darüber keinen direkten Aufschluss geben. Es ist jedoch aus der Lerntheorie bekannt, dass Lerninhalte, die unter Einbezug mehrerer oder möglichst aller Sinneskanäle gelernt (einverleibt) wurden, leichter reproduziert respektive angewendet werden können. Die beschriebene erlebnismässige Verankerung des gefundenen Nutzens könnte sich aus diesem Grund als leichter reproduzierbar und integrierbar erweisen als theoretisch ausgedachte oder der Literatur zur Bedeutung von Körpersymptomen (Dahlke 2000) entnommene Nutzenanwendungen.

Die Identitätserweiterung durch den gefundenen Nutzen wird von einigen Probandinnen explizit als eine grössere Nähe zum Symptom ausgedrückt. Eine Probandin (14) beschreibt das durch den gefundenen Nutzen neu und verändert wahrgenommene Verhältnis von Ich und Symptom als „Team“. Andere nehmen das Symptom als weniger fremd wahr, sagen es sei „vertrauter geworden“ oder „näher gekommen“ oder zeichnen es in den Skizzen näher beim Ich. Wie aus dem gesamten Kontext des oben erläuterten „benefit finding“ hervorgeht, wird diese Annäherung und Befreundung des Symptoms positiv wahrgenommen und als Verringerung von Leiden und Beeinträchtigung erlebt. Dies steht in einem interessanten Kontrast zu

den Ergebnissen der Forschung von Büchi (2004), laut denen eine Verringerung der Distanz von Selbst und Krankheit (gemessen im Rahmen einer einfachen Testanordnung, vgl. S. 29) einen erhöhten Leidensdruck des Patienten anzeigt. Die Testanordnung ist so normiert, dass nur die Distanz variabel ist, um so einfach und valide wie möglich die subjektiv erlebte Leidensquantität zu eruieren. Die Skizzen und Beschreibungen zur Perspektiveveränderung in der vorliegenden Studie hingegen kamen ohne einengende Vorgaben zustande, um möglichst verschiedene Aspekte allfälliger Veränderungen durch die Entfaltung der subjektiven Symptomwahrnehmung zu erfassen. Grössere Nähe zwischen Ich und Symptom als Ausdruck der Wertschätzung für einen gefundenen Nutzen und eines Erlebens des Symptoms als ich-synton sind ein Beispiel dafür. Der Kontrast dieses Ergebnisses zu der Sichtweise von Büchi (2004) ist demzufolge kein Ausdruck eines prinzipiell unvereinbaren Gegensatzes, sondern entspringt unterschiedlichen Zielsetzungen und Rahmenbedingungen.

5.1.4 Perspektivenänderungen

Von zentralem Interesse im Rahmen dieser Untersuchung sind die Änderungen der Perspektive auf das Symptom durch die prozessorientierte Entfaltung der subjektiven Erfahrung des Körpersymptoms. Die zweimalige Frage nach der Perspektive auf das Symptom und die zu dieser Thematik angefertigten beiden Skizzen erwiesen sich als sehr änderungssensitiv und brachten die Unterschiede zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten deutlich hervor. Die Ergebnisse der verbalen Beschreibungen und der beiden Skizzen gehen in die gleiche Richtung und ergänzen sich in der Betonung verschiedener Aspekte. Viele Probandinnen genossen es sichtlich, ihr Erleben nicht nur verbal, sondern auch mit künstlerischen Mitteln ausdrücken zu können.

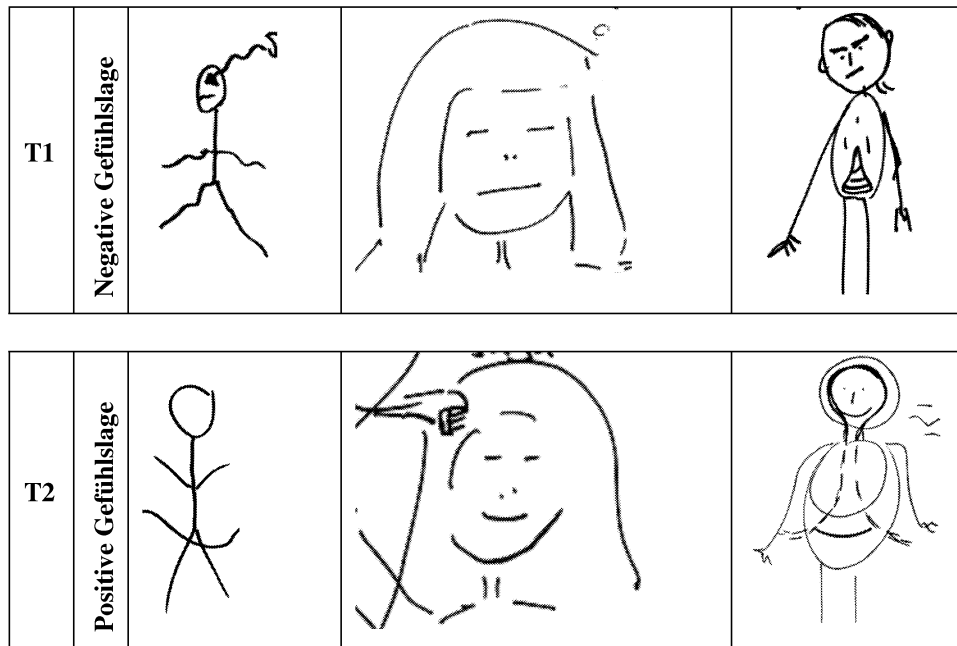
Auf einen gemeinsamen Nenner gebracht, kommt vor der Fokussierung auf das subjektive Erleben eine leidende und passive Haltung dem Symptom gegenüber zum Ausdruck, die prägnant unter dem Begriff „Opfer des Symptoms“ gefasst werden kann. In den Beschreibungen und Skizzen der Perspektive nach der Entfaltung des Symptomerlebens ist dieses Gefühl, machtloses und leidendes Opfer zu sein mindestens deutlich relativiert. Bei einigen kann sogar von einem polaren Wechsel der Opferperspektive zu einer positiveren und aktiveren Einstellung gesprochen werden. Diese äussert sich in den verbalen Beschreibungen von vermehrter Kontrolle oder ganzheitlicheren Erlebens. In den Skizzen zeigt sich dieser Wechsel wie dargelegt in der Abnahme konfliktiver symbolischer Elemente und in den Veränderungen des Grössenverhältnisses von Symptom und Ich sowie deren proportionalen Verschiebungen und

Lageveränderungen. Im Ergebnisteil ist erwähnt, wie die Unterschiede der Skizzen in diesen Dimensionen als Abnahme von Bedrohung durch das Symptom interpretiert wurden. Für die dabei verwendeten Kriterien (vgl. S. 96) spricht nicht nur ihre anschauliche Evidenz. Was grösser ist, wird im allgemeinen auch als machtvoller erlebt. „Grösse ist aus der unmittelbaren Entwicklungserfahrung heraus eine verständliche Visualisierung der Macht“, schreibt Schuster (2001, S.115) bezüglich der Entstehung und Bedeutung von Kinderzeichnungen.

Die in den Änderungen der Perspektive eindrücklich zum Ausdruck kommende Bewegung weg von einer Identität als machtloses Opfer hat weit reichende Implikationen. Bei schweren Erkrankungen wie Krebs weisen recht konsistente Forschungsergebnisse auf einen Zusammenhang zwischen Kontrollverlust durch eine resignierte Opferhaltung und ungenügender Compliance hin (Rudolf, 2000). Die günstigen Auswirkungen der Anwendung imaginativer Techniken auf den Krankheitsverlauf bei Krebserkrankungen, und der von der Psychoneuroimmunologie (Kiecolt-Glaser, McGuire, Glaser & Robles, 2002; Rabin, 1999) ins Feld geführte mögliche Effekt einer Stärkung des Immunsystems durch die Anwendung dieser Verfahren lassen sich auch unter dem Aspekt einer Veränderung der Opferperspektive verstehen. Das Erlernen und die Anwendung dieser Techniken sind Aktivitäten, und schon die Tatsache des willentlichen Aktivwerdens und Mitmachens kann als Bruch einer vorherrschenden Opferhaltung gesehen werden. Dies könnte zu den beobachteten positiven Effekten auf Compliance und Immunsystem beitragen.

Natürlich ist der Unterschied zwischen lebensbedrohlichen Krankheiten und alltäglichen Körpersymptomen zu beachten. Es ist jedoch gut möglich, dass die in den Perspektiveänderungen klar ersichtliche Stärkung des Ich und die Verringerung der empfundenen Bedrohung durch das Symptom nicht nur die Lebensqualität verbessert, sondern mit ähnlich positiven Effekten auf Compliance und Stärkung der Abwehrkräfte einhergeht.

Dafür spricht auch, dass die diskutierte Bewegung weg von einer überwiegenden Opferperspektive von Änderungen der Stimmungslage begleitet wird. Neben verbalen Formulierungen, die dies betonen, ist bei einigen Probandinnen auch die zeichnerische Darstellung dieses Stimmungsumschwungs ausgesprochen augenfällig und zeigt sich in der Mimik und der Gestik des dargestellten Ichs. Im Ergebnisteil wurde dieser Sachverhalt kurz erwähnt. Als illustrativer Bezugspunkt für die weitere Diskussion sind die drei typischsten Skizzen hier wieder gegeben.



Mit hängenden Armen und/oder Mundwinkeln bringen die Teilnehmerinnen zum Zeitpunkt T1 eine negative Gefühlslage zum Ausdruck (Krey 1996). Die erhobenen Arme und lächelnden Gesichter bei T2 weisen auf eine positive Gestimmtheit hin. Den Stellenwert, den eine positive Gefühlslage oder positive Stimmung auf vegetative Funktionen und die Gesundheit im Allgemeinen haben kann, wird von der Gesundheitspsychologie (Pettit, Kline, Gencoz, Gencoz & Joiner, 2001) zunehmend beforscht. Es gibt Hinweise, dass Stärke und Qualität des Immunsystems neben den erwähnten Faktoren – Zunahme der Aktivität und Erhöhung des Kontrollgefühls – auch mit der Anhebung der Gestimmtheit in einem positiven Zusammenhang stehen.

5.2 Limitationen und weiterführende Überlegungen

An dieser Stelle sollen einige Limitationen der Studie erwähnt werden. Die Ergebnisse sind nicht im Sinne von quantitativ statistisch abgesicherten Aussagen direkt auf alle Menschen mit Körpersymptomen übertragbar. Sie geben jedoch einen tiefen und reichhaltigen Einblick in wichtige Aspekte des subjektiven Symptomerlebens und erlauben es damit unter anderem, Hypothesen für weiterführende und auch quantitative Forschung zu generieren. Dies wird als eine der wesentlichen Funktionen qualitativ-explorativer Forschung (vgl. Flick, 2004; Kelle & Erzberger, 2004) diskutiert.

Eine weitere Limitation betrifft die Nachhaltigkeit der gefundenen Veränderungen. Sowohl die Ergebnisse zu den vier Aspekten von Sinnerfahrungen als auch die hauptsächlichsten Tendenzen, die aus den Beschreibungen und Skizzen zur Änderung der Perspektive auf das Symptom herausgearbeitet werden konnten, zeigen in die gleiche Richtung. Sie können als Quellen von Gesundheit, also als adaptive Bewältigungsstrategien aufgefasst werden, die eine Verschiebung Richtung Gesundheit im von Antonovsky postulierten mehrdimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bewirken. Da diese Ergebnisse aus einem einmalig durchgeführten Interview stammen, erlauben sie keine Aussagen darüber, ob die gefundenen Nutzen eins zu eins umgesetzt werden können und die Perspektiveänderungen auf das Symptom nachhaltig bestehen bleiben. In diesem Zusammenhang ist wichtig zu betonen, dass das Setting der Untersuchung nicht in erster Linie therapeutisch definiert war. Die Grundmotivation lag im Forschungsinteresse, mehr darüber zu wissen, in welche Richtung Auswirkungen und Effekte der Fokussierung auf die subjektiven Komponenten von Körpersymptomerleben gehen.

Aus diesen Begrenzungen der vorliegenden Untersuchung ergeben sich einige weiterführende Überlegungen. Die Frage der Nachhaltigkeit ist therapeutisch von grösstem Interesse. Aus der psychotherapeutischen Arbeit ist bekannt, dass Erweiterungen der Identität, die in Therapiestunden oft effektiv als „Aha-Erlebnisse“ auftreten, dazu tendieren, in den Gewohnheiten des Alltags wieder zu verblässen. Schon Freud sprach diesbezüglich von einer „Montagskruste“ (Euler 2003).

Mit Verlaufsstudien könnte erforscht werden, ob Probandinnen aufgrund solcher „Montagskrusten“ ihre aus der Beachtung der subjektiven Aspekte von Körpersymptomen gewonnenen Einsichten schnell wieder vergessen, oder ob die gefundenen Nutzen tatsächlich im Alltag umgesetzt werden können und die Perspektiveänderungen auch dann bestehen bleiben, wenn das Körpersymptom wieder und wieder auftritt. Beobachtungen aus der Praxis, beispielsweise aus der seit 15 Jahren jährlich durchgeführten Lava Rock Clinic³ lassen das zweite vermuten.

Weiter wurde bereits auf die sinnesbasierte Verankerung der gefundenen Einsichten hingewiesen. Subjektive Symptomerfahrung hat per definitionem einen erlebnishaften Charakter. Es wäre interessant, anhand spezifischer Symptome vergleichend zu untersuchen, ob sich die

³ „Lava Rock Clinic“ ist eine an der Westküste der USA jährlich durchgeführte Veranstaltung mit Fokus auf der Arbeit mit Körpersymptomen. Ihr Ziel ist es, Betroffene in Bezug auf ihre Selbstheilungskräfte ganzheitlich zu fördern und zu unterstützen indem gemeinschaftliche, psychologische, spirituelle, allopathische und alternative medizinische Themen gleichermaßen berücksichtigt werden und vor allem auch der Entfaltung des subjektiven Symptomerlebens Raum gegeben wird. <http://www.lavarockclinic.net>

Nachhaltigkeit so gefundener Einsichten und Nutzenwendungen tatsächlich als höher erweist als bei theoretisch ausgedachten oder aus Büchern entnommenen.

Plakativ zusammengefasst, lässt sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung folgende Haupthypothese formulieren: „Wenn Menschen in geeigneter Weise unterstützt werden, den `nur` subjektiv wahrnehmbaren Aspekten ihrer Körpersymptome Raum zu geben und sie zu entfalten, erfahren sie dies regelhaft als sinnstiftendes Geschehen und erleben sich ihren Körpersymptomen gegenüber mit erweiterter Handlungskompetenz und weniger als Opfer.“

Diese Hauptaussage muss in ihren einzelnen Komponenten und als Ganzes sowohl mit quantitativen Methoden statistisch abgesichert als auch in einzelnen Aspekten qualitativ vertiefend weiter erforscht werden. Das Fernziel bleibt dabei ein Verständnis von Körpersymptomen, das dem menschlichen Körper als Maschine ebenso gerecht wird wie der existentiellen Bedeutung des Körpererlebens für Lebensqualität und Sinnerfahrung.

6 Literaturverzeichnis

- Ackermann, R. (1994). *Stories of our lives: experiences with live threatening illnesses*. Unpublished doctoral dissertation. Cincinnati, The Union Institute.
- Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64 (4), 899-922.
- Altheit, P., Dausien, B., Fischer-Rosenthal, W., Hanses, A. & Keil, A. (Hg.) (2002). *Biographie und Leib*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unfvealing the mystery of health. How people manage stress and stey well*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dtv.
- Baldauf, Ch. (1997). *Metapher und Kognition: Grundlagen einer neuen Theorie der Alltagsmetapher. Sprache in der Gesellschaft, Bd. 24*. Frankfurt/Main.
- Balgov, P.S. & Singer J.A. (2004). Four Dimensions of Self-Defining Memories (Specificity, Meaning, Content, and Affect) and Their Realtionships to Self-Restraint, Distress, and Repressiv Defensiveness. *Journal of Personality* 72(3), 481-511.
- Bandler, R. & Grinder, J. (1990). *Metasprache und Psychotherapie. Die Struktur der Magie I*. Paderborn: Junfermann.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward an unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84, 191-215.
- Bärtsch, Ch. (2004). *Metaphernkonzepte in Priesstexten*. Unveröffentlichte Dissertation Universität Zürich.
- Baumeister, R.F. (1991). *Meanings of Life*. New York: Guilford.
- Baur, A.W. (1998). Naturwissenschaftliche und hermeneutische Methode in der wissenschaftlichen Medizin: Unvereinbarer Gegensatz oder fruchtbarer Dialog? In R. Haux, A.W. Bauer, W. Eich, W. Herzog, J.C. Rüegg & J. Windeler (Hg.), *Wissenschaftlichkeit in der Medizin. Teil II: Physiologie und Psychosomatik. Versuche einer Annäherung* (S. 15-39). Frankfurt/Main: VAS.
- Bense, A. (1977). *Erleben in der Gesprächspsychotherapie. Die Experiencing-Theorie Gendlins in der klientenzentrierten Gesprächspsychspsychotherapie*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). *NEO Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Brähler, E. (1995). *Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele. Beiträge zur psychosomatischen Medizin* (2. Aufl.). Giessen: Psychosozial-Verlag.

- Brähler, E. (1995). Körpererleben – ein vernachlässigter Aspekt in der Medizin. In E. Brähler (Hg.), *Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele* (S. 3-18). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Breuer, I., Leusch, P. & Mersch, D. (1996). Leiblicher Logos. Hermann Schmitz' Philosophie der Betroffenheit. In I. Breuer, P. Leusch & D. Mersch (Hg.), *Welten im Kopf. Profile der Gegenwartsphilosophie* (S. 195-208). Hamburg: Rotbuch Verlag.
- Brody, H. (1987). *Stories of Sickness*. New Haven, Connecticut: Yale University Press.
- Brünner, G. & Gülich, E. (Hg.) (2002). *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*. Bielefelder Schriften zu Linguistik und Literaturwissenschaft 18. Bielefeld: Aisthesis.
- Buchhain, P., Cirpka, M. & Seifert, T. (Hg.). *Der Körper in der Psychotherapie. Lindauer Texte*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bullington, J., Nordemar, R., Nordemar, K. & Sjöström-Flanagan, Ch. (2003). Meaning out of chaos: a way to understand chronic pain. *Scand J Caring Sci*, 17, 325-331.
- Buytendijk, F.J.J. (1967). *Prolegomena einer anthropologischen Physiologie*. Salzburg: O. Müller.
- Büchi, S. (2001). *Chronische Krankheit und Lebensqualität - Entwicklung, Validierung und klinischer Einsatz von PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure), eines Instrumentes zur Erfassung von subjektivem Leidensdruck*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift der Universität Zürich.
- Büchi, S. (2004). Ein Bild (des Leidens) sagt mehr als tausend Worte. *PrimaryCare*, 4(31-32), 609-612.
- Büchi, S. & Sensky, T. (1999). Pictorial Representation for Illness and Self Measure (PRISM) – a brief nonverbal measure of illness impact and therapeutic aid in psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 40, 314-320.
- Camastral, S. (1995). *The constant itch to self development: a personal journey with Atopic Dermatitis*. Unpublished doctoral dissertation. Cincinnati, The Union Institute.
- Cassell, E.J. (1985). Clinical Technique. *Talking with Patients*, vol. 2. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Coward, D. (1995). Lived experience of self-transcendence in women with AIDS. *J Obst Gynecol Neonatal Nurs*, 24, 314-318.
- Coward, D. (1997). Constructing meaning from the experience of cancer. *Sem Oncol Nurs* 13, (4), 248-251.
- Coward, D. & Lewis, F. (1993). The lived experience of self-transcendence in gay men with AIDS. *Oncol Nurs Forum*, 20, 1363-1369.
- Coward, D. & Reed, P. (1996). Self-transcendence: A resource for healing at the end of life. *Issues Mental Health*, 17, 275-288.
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Traditions*. Thousand Oaks: Sage.

- Csef, H. (1998). *Sinnverlust und Sinnfindung in Gesundheit und Krankheit. Gedenkschrift zu Ehren von D. Wyss*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Csef, H. & Kube, A. (1998). Sinnfindung als Modus der Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. In H. Csef (Hg.), *Sinnverlust und Sinnfindung in Gesundheit und Krankheit. Gedenkschrift zu Ehren von D. Wyss* (S. 325-343). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Cunningham, A., Philipps, C., Lockwood, G., Hedley, D. & Edmonds, C. (2000). Association of involvement in psychological self-regulation with longer survival in patients with metastatic cancer: An exploratory study. *Advances in Mind-Body Medicine*, 16, 276-294.
- Dahlhoff, H. & Bommert, H.D. (1978). *Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie*. München: Urban & Schwarzberg.
- Dahlke, R. (2000). *Krankheit als Symbol. Ein Handbuch der Psychosomatik, Symptome, Bedeutung, Einlösung* (13. Aufl.). München: Bertelsmann.
- Danzer, G. (1994). Vom Nutzen und Nachteil der Phänomene für die Psychosomatik. In M. Grossheim (Hg.), *Wege zu einer volleren Realität. Neue Phänomenologie in der Diskussion* (S.119-128). Berlin: Akademie Verlag.
- Davis, C., Nolen-Hoeksema, S. & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-574.
- Dethlefsen, Th. & Dahlke, R. (2000). *Krankheit als Weg. Deutung und Be-Deutung der Krankheitsbilder*. München: Goldmann.
- Diamond, J. & Jones, L.S. (2004). *A path made by walking. Process work in practice*. Portland: Lao Tse Press.
- Dietrich, S. (1995). *Atemrhythmus und Psychotherapie: Ein Beitrag zur Geschichte der Psychosomatik und ihrer Therapien*. Dissertation. Bonn.
- Dorsch (1994). *Psychologisches Wörterbuch* (12. Aufl.). Bern, Göttingen: Hans Huber.
- Duden (1963). *Das Herkunftswörterbuch, Bd. 7*. Mannheim, Wein, Zürich: Dudenverlag.
- Duden (1997). *Fremdwörterbuch, Bd. 5*, (6. Aufl.). Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag.
- Dwiary, M. (1997). A Biophysical Model of Metaphor Therapy with Holistic Cultures. *Clinical Psychological Review*, 17(7), 719-732.
- Engel, U. & Hurrelmann, K. (1989). *Psychosoziale Belastung im Jugendalter*. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Euler, S. (2003). *Zur Psychobiologie der analytischen Beziehung. Komparative Einzelfallstudie zur Untersuchung von Cortisol und Sekretorischem IgA im Saliva als Prozessparameter der 4-stündigen Psychoanalyse*. Unveröffentlichte Dissertation, Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Faller, H., Schilling, S. & Lang, H. (1991). Die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien für die Krankheitsverarbeitung – im Spiegel der methodischen Zugänge. In U. Flick (Hg),

- Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen* (S. 28-42). Heidelberg: Asanger.
- Faller, H. (1998). *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Fife, B.L. (1994). The conceptualisation of meaning in illness. *Social Science and Medicine*, 36(2), 309-316.
- Flick, U. (1991). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Asanger.
- Flick, U. (2000). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften* (5. Aufl.). Reinbek/Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U., Kardoff, E. & Steinke, I. (Hg.) (2004). *Qualitative Sozialforschung: Ein Handbuch* (3. Aufl.). Reinbek/Hamburg: Rowohlt
- Frank, A.W. (1991). *At the Will of the Body*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Frankl, V. (1985). *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*. München: Pieper.
- Friebertshäuser, B. (1997). Interviewtechniken – ein Überblick. In B. Friebertshäuser & A. Prengel (Hg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 371-395). Weinheim und München: Juventa.
- Friebertshäuser, B. & Prengel, A. (Hg.) (1997). *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim und München: Juventa.
- Frieling, G. (1996). *Untersuchungen zur Theorie der Metapher. Das Metaphern-Verstehen als sprachlich-kognitiver Verarbeitungsprozess*. Osnabrück:
- Fritzsche, K. & Wirsching, M. (2006). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Gassner, L.A., Dunn, S. & Piller, N. (2002). Patient's interpretation of the symptoms of myocardial infarction: implications for cardiac rehabilitation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18, 342-354.
- Geigges, W. (2003). Reflektierte Kasuistik als Instrument der Forschung und Lehre in einer Integrierten Medizin. *Balint*, 4, 2-9. Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Gendlin, E.T. (1981). *Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. Salzburg: Otto Müller.
- Gendlin, E.T. (1962, 1997). *Experiencing and the creation of meaning*. Evanston: Northwestern University Press.
- Goodbread, J.H. (1987). *The Dreambody Toolkit. A Practical Introduction to the Philosophy, Tools and Practice of Process-Oriented Psychology*. New York, London: Routledge & Kegan Paul.
- Greer, S.T. (1999). Mind-body research in psychooncology. *Advances in Mind-Body Medicine*, 15, 236-281.
- Grossheim, M. (Hg.) (1994). *Wege zu einer volleren Realität. Neue Phänomenologie in der Diskussion*. Berlin: Akademie Verlag.

- Gugutzer, R. (2002). *Leib, Körper und Identität. Eine phänomenologisch-soziologische Untersuchung zur personalen Identität*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Guillemin, M. (2004a). Embodying heart disease through drawings. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 8(2), 223-239. London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage.
- Guillemin, M. (2004b). Understanding Illness: Using Drawing as a Research Method. *Qualitative Health Research*, 14(2), 272-289. London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage.
- Hanses, A. (2002). Das Leiberleben als biografische Ressource in der Krankheitsbewältigung. Biografieanalytische Betrachtungen über den „Leib“ bei Menschen mit Epilepsien. In R. Altheit, B. Dausien, W. Fischer-Rosenthal, A. Hanses & A. Keil (Hg.) (2002). *Biographie und Leib* (S.11-132). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Hart, W. (2002). *Die Kunst des Lebens - Vipassana-Meditation nach S.N. Goenka* (6. Aufl.). Frankfurt/Main: Fischer.
- Haas, P. (2005). *Medizinische Informationssysteme und elektronische Krankenakten*. Berlin: Springer.
- Hauser, J. (2004). *Vom Sinn des Leidens. Die Bedeutung systemtheoretischer, existenzphilosophischer und religiös-spirituelle Anschauungsweisen für die therapeutische Praxis*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Hauser, R. (2001). *Altered states of consciousness as adjunct in the treatment of addiction*. Unpublished doctoral dissertation. Bratislava: Comenius University.
- Haux, R., Bauer, A.W., Eich, W., Herzog, W., Rüegg, J.C. & Windeler, J. (Hg.) (1998). *Wissenschaftlichkeit in der Medizin. Teil II: Physiologie und Psychosomatik. Versuche einer Annäherung*. Frankfurt/Main: VAS.
- Haverkamp, A. (1996). *Theorie der Metapher* (2.Aufl.). Darmstadt:
- Heinl, H. & Heinl, P. (2005). *Körperschmerz – Seelenschmerz. Die Psychosomatik des Bewegungssystems. Ein Leitfaden* (2. Aufl.). München: Kösel.
- Heisenberg, W. (1990). *Physik und Philosophie*. Frankfurt, Berlin: Springer.
- Hockley, J. (2000). The Use of Process Work within Physiotherapy. In *Complementary Therapies for Physical Therapists*. B. Charman (Ed). [On-line]. Available: <http://books.elsevier.com/companions/0750640790/pdfs/NET8.pdf?mcsid=RM9ETUBCUMCR8NVSJ8ENQUX27K3E6K9>. (Zugriff: 14.02.2005)
- Höfer, R. (2000). Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung. Überlegungen zur Verknüpfung salutogenetischer und identitätstheoretischer Konzepte. In H. Wydler, P. Kolip & Th. Abel (Hg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (S. 57-70). Weinheim, München: Juventa.
- Hoinle, M. (1999). *Metaphern in der politischen Diskussion. Eine Untersuchung der Weltbilder und der Bilderwelten von CDU und SPD*. Konstanz.
- Hopf, Ch. (2004). Qualitative Interviews – ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardoff & I. Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (S. 349-360). Reinbek/Hamburg: Rowohlt.

- Hoppe, F. (1991). *Hamburger Schmerz-Adjektiv-Liste/HASL*. Hogrefe.
- Indurkha, B. (1992). Metaphor and Cognition: an interactionist approach. *Studies in cognitive science, vol. 13*. Dordrecht.
- Jacobson, E. (1990). *Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis*. München: Pfeiffer.
- Johansson, E., Hamberg, K., Westman, G. & Lindgen, G. (1999). The meanings of pain: an exploration of women's description of symptoms. *Social Science & Medicine, 48*, 1791-1802.
- Johnen, R. (1992). Die Funktionelle Entspannung. In P. Buchhain, M. Cirpka & T. Seifert (Hg.). *Der Körper in der Psychotherapie. Lindauer Texte* (S. 217-238). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Johnson-Taylor, E. (1995). Whys and wherefores: Adult patient perspectives on the meaning of cancer. *Semin Oncol Nurs, 11*, 32-40.
- Kast, V. (1990). *Die Dynamik der Symbole. Grundlagen der Jungschen Psychotherapie*. Olten: Walter.
- Kämmerer, W. (1999). Zum Umgang mit dem Symptom. Zur Ausgangslage. In W Kämmerer (Hg.), *Körpersymptom und Psychotherapie. Zum Umgang mit dem Symptom; Theorie und Klinik psychoanalytischer Psychosomatik und Fokaltherapie* (S. 9-28). Frankfurt/Main: VAS.
- Kämmerer, W. (1999). *Körpersymptom und Psychotherapie. Zum Umgang mit dem Symptom; Theorie und Klinik psychoanalytischer Psychosomatik und Fokaltherapie*. Frankfurt/Main: VAS.
- Kelle, U. & Erzberger Ch. (2004). Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz. In U. Flick, E. Kardoff & I. Steinke (Hg.). *Qualitative Sozialforschung: Ein Handbuch* (3. Aufl.) (S. 299-309). Reinbek/Hamburg: Rowohlt.
- Kiegolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, Th. & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: Psychological Influences on Immune Function and Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 537-547.
- Klein, M.H., Mathieu-Coughlan, P.L., Gendlin, E.T. & Kiesler, D.J. (1969). *The experiencing scale: A research and training manual, Volume 1*. Madison: Wisconsin Psychiatric Institute.
- Kleining, G. & Witt, H. (2000, Januar). Qualitativ-heuristische Forschung als Entdeckungsmethodologie für Psychologie und Sozialwissenschaften: Die Wiederentdeckung der Methode der Introspektion als Beispiel [19 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal], 1*(1). Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00kleiningwitt-d.htm> (Zugriff: 22.02 2006).
- Kolip, P. (Hg.) (1994). *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*. Weinheim / München: Juventa.
- Kolip, P., Wydler, H. & Abel, Th. (2000). Gesundheit: Salutogenese und Kohärenzgefühl. Einleitung und Überblick. In H. Wydler, P Kolip & Th. Abel (Hg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl* (S. 11-19). Weinheim und München: Juventa.

- Kowal, S. & O'Connell, D.C. (2004). Zur Transkription von Gesprächen. In U. Flick, E. Kardoff & I. Steinke (Hg.). *Qualitative Sozialforschung: Ein Handbuch* (3. Aufl.) (S. 437-446). Reinbek/Hamburg: Rowohlt
- Kolk, A.M., Gerrit, J.F.P., Hanewald, G.J.F.P., Schagen, S. & Gijsberg van Wijk, C.M.T. (2002). Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization. A symptom-perception approach. *Journal of Psychosomatic Research* 52, 35-44.
- Kolk, A.M., Gerrit, J.F.P., Hanewald, G.J.F.P., Schagen, S. & Gijsberg van Wijk, C.M.T. (2003). A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social Medicine and Science*, 57, 2343-2354.
- Krey, B. (1996). *Kinderzeichnungen in Diagnostik und Therapie. – Was eine Kinderzeichnung verrät*. Aachen: Wissenschaftsverlag.
- Kroenke, K. (2001). Studying symptoms: Sampling and measurement issues. *Annals of International Medicine*, 134, 844-853.
- Kröber, H.-L. (1999). Körpersymptom, Sprache und Beziehung. In W. Kämmerer (Hg.), *Körpersymptom und Psychotherapie. Zum Umgang mit dem Symptom; Theorie und Klinik psychoanalytischer Psychosomatik und Fokaltherapie* (S. 51-62). Frankfurt/ Main: VAS.
- Kuhn, P. (2003, Januar). Thematische Zeichnung und fokussiertes, episodisches Interview am Bild – Ein qualitatives Verfahren zur Annäherung an die Kindersicht auf Bewegung, Spiel und Sport in der Schule [50 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research* [On-line Journal], 4(1). Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-03/1-03kuhn-d.htm> (Zugriff: 09.02.2006)
- Kunzendorf, R.G. & Sheikh, A.A. (1990). Imaging, image-monitoring, and health. In R.G. Kunzendorf & A.A. Sheikh (Eds.), *The psychophysiology of mental imagery* (pp. 185-202). New York: Baywood Publishing Company, Inc.
- Kunzendorf, R.G. & Sheikh A.A. (1990). *The psychophysiology of mental imagery*. New York: Baywood Publishing Company, Inc.
- Küchenhoff, J. (1992). *Körper und Sprache. Theoretische und klinische Beiträge zur Psychopathologie und Psychosomatik von Körpersymptomen*. Heidelberg: Asanger.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (1998). *Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern*. Heidelberg:
- Lamnek, S. (1995). *Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken*. Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.
- Lamprecht, F. & Johnen, R. (Hg.) (1997). *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* Frankfurt/Main: VAS.
- Lamprecht, F. & Sack, M. (1997). Kohärenzgefühl und Salutogenese – eine Einführung. In F. Lamprecht & R. Johnen (Hg.), *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* (S. 22-39). Frankfurt/Main: VAS.
- Le Shan, L. (1999). *Psychotherapie gegen Krebs. Über die Bedeutung emotionaler Faktoren bei der Entstehung und Heilung von Krebs*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Lewis, F.M. (1989). Attributions of control, experienced meaning, and psychosocial well-being, in patients with advanced cancer. *J Psychosoc Oncol*, 7, 105.
- Loew, Th. (2003). Funktionelle Entspannung. Editorial. *Psychodynamische Psychotherapie* 2003, 2, 187-191.
- Loewald, H. (1986). Primärprozess, Sekundärprozess und Sprache. *Psychoanalyse. Aufsätze aus den Jahren 1951-1979* (S.193-192). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Luker, K., Beaver, K., Leinster, S.J. & Owen, R.G. (1996). Meaning of illness for women with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1194-1201.
- Luszczynska, A., Mohamed, N.E. & Schwarzer, R. (2005). Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies. *Psychology, Health and Medicine*, 10, 365-375.
- Lucius-Hoene, G. & Deppermann, A. (2002). *Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews*. Opladen: Leske + Budrich.
- Mayer, H. (2001). *Pflegeforschung. Elemente und Basiswissen* [On-line]. Available: http://medwell24.at/CDA_Master/1,3008.3087_3571_0,00.html (Zugriff 23.09.2005).
- Mayring, P. (1999). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek/Hamburg: Rowohlt.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (8.Aufl.). Weinheim / Basel: Beltz.
- Merlau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter.
- Mindell, Amy (1998). *Die Weisheit der Gefühle. Metafähigkeiten – die spirituelle Kunst in der Therapie*. Petersberg: Via Nova.
- Mindell, A. (2002). *A brief review of recent evolutions in process theory* [On-line]. Available: http://www.aamindell.net/evolution_of_process_theory.htm (Zugriff 14.02.2005).
- Mindell, Arnold (1985). *The Dreambody. Der Körper im Märchen, Krankheit und Individuation. Über die Beziehungen zwischen Traum- und Körperprozessen*. Fellbach: Bonz.
- Mindell, A. (1987). *Der Leib und die Träume. Prozessorientierte Psychologie in der Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Mindell, A. (1989a). *Schlüssel zum Erwachen. Sterbeerlebnisse und Beistand im Koma*. Olten: Walter.
- Mindell, A. (1989b). *Schatten der Stadt. Prozessorientierte Therapie in Aktion*. Paderborn: Junfermann.
- Mindell, A. (1993). *Traumkörperarbeit oder: Der Lauf des Flusses*. Paderborn: Junfermann.
- Mindell, A. (1996). *Den Pfad des Herzens gehen. Traumkörperarbeit*. St. Petersburg: ViaNova.
- Mindell, A. (1997). *Mitten im Feuer: Gruppenkonflikte kreativ nutzen*. München: Hugendubel.
- Mindell, A. (1998). *Traumkörper und Meditation. Arbeit an sich selbst*. Zürich / Düsseldorf: Walter.

- Mindell, A. (2000a). Mindell Arnold. In M. Schiess (Hg.), *Lieber C.G. Jung. Was ich Ihnen schon immer sagen wollte* (S. 69-80). Düsseldorf, Zürich: Walter.
- Mindell, A. (2004). *The Quantum Mind and Healing. How to Listen and Respond to Your Body's Symptoms*. Charlottesville, CA: Hampton Roads.
- Mohamed, N.E. & Böhmer, S. (2004). Die deutschsprachige Version der Skala: Ihre psychometrischen Eigenschaften bei Tumorpatienten. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 13, 85-91.
- Mruck, K. unter Mitarbeit von Mey, G. (2000, Januar). Qualitative Sozialforschung in Deutschland [54 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]*, 1(1). Verfügbar über: <http://qualitative-research.net/fqs> (Zugriff: 09.02.2006)
- Nagel, Th. (1991). *Die Grenzen der Objektivität. Philosophische Vorlesungen*. Übers. und hg. v. M Gebauer. Stuttgart.
- O'Connor, J. & Seymour, J. (1998). *Neurolinguistisches Programmieren: Gelungene Kommunikation und persönliche Entfaltung*. Freiburg/Breisgau: VAK.
- Ornstein, R. & Swencionis, C. (1990). *The healing brain: A scientific reader*. New York: The Guilford Press.
- Park, C.L., Cohen, L. & Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress related growth. *Journal of Personality*, 64, 71-107.
- Pettit, J.W., Kline, J.P., Gencoz, T., Gencoz, F. & Joiner, Th.E. (2001). Are Happy People Healthier? The Specific Role of Positive Affect in Predicting Self-reported Health Symptoms. *Journal of Research in Personality* [On-line]. doi:10.1006/jrpe.2001.2327, available: <http://www.idealibrary.com> (Zugriff: 18.03.2006)
- Petzold, H. (Hg.) (1981). *Widerstand. Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. & Orth, I. (Hg.) (2005). *Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. Bd. II: Perspektiven der psychotherapeutischen Schulen*. Bielefeld und Lorcarno: Sirius.
- Prosser, J. (1998). The status of image-based research. In J. Prosser (Ed.), *Image-based research: A sourcebook for qualitative researchers* (pp. 97-112). London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage.
- Prosser, J. (1998). *Image-based research: A sourcebook for qualitative researchers*. London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage.
- Rabin, B.S. (1999). *Stress, immune function, and health: The Connection*. New York: Wiley-Liss & Sons.
- Reed, G. (1991). Toward a nursing theory of self-transcendence: deductive reformulation using developmental theories. *Advanced Nursing Science*, 13, 64.
- Richer, M.C. & Ezer, H. (2000). Understanding beliefs and meanings in the experience of cancer: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1108-1115.
- Rogers, C.R. (1957). The nessecary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 12, 95-103.

- Röhricht, F., Seidler, K.-P., Joraschky, P., Borkenhagen, A., Lausberg, H., Lemche, E., Loew, Th., Porsch, U., Schreiber-Willnow, K. & Tritt, K. (2005). Konsensuspapier zur terminologischen Abgrenzung von Teilspekten des Körpererlebens in Forschung und Praxis. *Psychother Psych Med*, 55, 183-190.
- Rossi, E.I. (1993). *The psychobiology of mind-body-healing: New concepts of therapeutic hypnosis*. New York: Norton & Company, Inc.
- Roth, H., Süllwold, F. & Berg, M. (1967). *Problemfragebogen für Jugendliche*.
- Rudolf, G. (Hg.) (2000). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Sachse, R., Atrops, A., Wilke, F. & Maus, C. (1992). *Focusing. Ein emotionszentriertes Psychotherapie-Verfahren*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Sacks, O. (1983). *Awakenings*. New York: E.P. Dutton.
- Sakamoto, H. (2005). *Caregiver's experience of Process-oriented Coma Work*. Unpublished doctoral dissertation. Cincinnati: The Union Institute.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol*, 4, 219-247.
- Schemm, W. (2002). Wie mächtig sind Metaphern? Von metaphorischen Wechselwirkungen und der Kunst des Stöhnens. In G. Brüner & E. Gülich (Hg.) (2002). *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*. Bielefelder Schriften zu Linguistik und Literaturwissenschaft 18. Bielefeld: Aisthesis.
- Schiess, M. (Hg.) (2000). *Lieber C.G. Jung. Was ich Ihnen schon immer sagen wollte*. Düsseldorf, Zürich: Walter.
- Schmidt-Rathjens, C., Benzim D., Van Damme, D., Feldt, K. & Amelang, M. (1997). Über zwiespältige Erfahrungen mit dem Fragebogen zum Kohärenzsinn sensu Antonovsky. *Diagnostica*, 43, 327-346.
- Schmidt, C. (1993). Erhebungsinstrumente und Fragestrategien. In C. Hopf & C. Schmidt (Hg.), *Zum Verhältnis von innerfamilialen sozialen Erfahrungen, Persönlichkeitsentwicklung und politischen Orientierungen. Dokumentation und Erörterung des methodischen Vorgehens in einer Studie zu diesem Thema* (S. 25-35). Institut für Sozialwissenschaften der Universität Hildesheim.
- Schmidt, C. (2004). Analyse von Leitfadenterviews. In U. Flick, E. Kardoff & I. Steinke (Hg.). *Qualitative Sozialforschung: Ein Handbuch* (3. Aufl.) (S. 447-456). Reinbek/Hamburg: Rowohlt
- Schneider, K. (1981). „Widerstand“ in der Gestalttherapie. In H. Petzold (Hg.), *Widerstand. Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie* (S. 239-258). Paderborn: Junfermann
- Schneider, K.J., Bugental, J.F.T. & Pierson, J.F. (2001). *The Handbook of Humanistic Psychology. Leading edges in theory, research, and practice*. Thousand Oaks, London; New Delhi: Sage.
- Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). The Sense of Coherence Scale. Testatische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskaala. *Psychother Psychosom med Psychol*, 50, 472-482.

- Schupbach, E. (2004). *The Gold at the End of the Rainbow*. Unpublished doctoral dissertation Cincinnati: The Union Institute.
- Schupbach, M. (2000). Wie Krankheiten und Träume den Sinn des Lebens erschliessen. In L. Riedel (Hg.), *Dem Wesentlichen auf der Spur* (S. 251-264). Riehen: perspectiva.
- Schupbach, M. (2002). Process Work. In S. Shannon (Ed.), *Handbook of Complementary and Alternative Therapies in Mental Health* (S. 355-373). San Diego: Academic Press.
- Schuster, M. (2001). *Kinderzeichnungen. Wie sie entstehen, was sie bedeuten*. München, Basel: Ernst Reinhardt.
- Schwarz, S. (1993). At the heart of the Lava Rock Clinic: Conversation with Max Schupbach and Arnold Mindell. *The Journal of Process Oriented Psychology*, 5(2), 15-22.
- Schwarzer, R. & Knoll, N. (2003). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. In S.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (S. 393-409). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shannon, S. (Ed.) (2002). *Handbook of Complementary and Alternative Therapies in Mental Health*. San Diego: Academic Press.
- Simonton, O., Simonton, S. & Creighton, J. (1978). *Getting well again*. Los Angeles: Tarcher.
- Smith, P.M., Breslin, F.C. & Beaton, D.E. (2003). Questioning the stability of sense of coherence – the impact of socio-economic status and working conditions in the Canadian population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38(9), 475-84
- Sontag, S. (2003). *Krankheit als Metapher & Aids und seine Metaphern*. München: Carl Hanser.
- Stelter, R. (2000). The transformation of Body experience into language. *Journal of Phenomenological Psychology*, 31,1:63-77.
- Surmann, V. (2002). „Wenn der Anfall kommt.“ Bildhafte Ausdrücke und metaphorische Konzepte im Sprechen anfallskranker Menschen. In G. Brünner & E. Gülich (Hg.). *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen* (S. 95-120). Bielefeld: Aisthesis.
- Tedeschi, R. & Calhoun, L. (1996). The post traumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic stress*, 9, 455-471.
- Toombs, S.K. (1992). *The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publisher.
- Uexküll, T. von, Fuchs, M., Müller-Braunschweig, H. & Johnen, R. (1994). *Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Verbrugge, L.M. (1989). The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 30,282-304.
- Vassiliou, E.K. (2005). *Discovering meaning in panic: A process-oriented approach to panic attacks*. Unpublished doctoral dissertation. Cincinnati: The Union Institute.

- Vikkelsoe, J. (1998). *Beyond guilt and innocence: Towards a process oriented criminology*. Unpublished doctoral dissertation. Cincinnati: The Union Institute.
- Waitzkin, H. & Magaña, H. (1997). The black box in somatization: unexplained physical symptoms, culture and narratives of trauma. *Social Science Medicine*, 45(6), 811-825.
- Walker, L.G., Heys, S.D., Ogston, K. et al. (1997a). Psychological factors predict response on neo-adjuvant chemotherapy in women with locally advanced breast cancer. *Psycho Oncology*, 6(3), 242-243.
- Walker, L.G., Walker, M.B., Simpson, E. et al. (1997b). Guided imagery and relaxation therapy can modify host defenses in women receiving treatment for locally advanced breast cancer. *British Journal of Surgery*, 81(suppl 1), 31.
- Wallston B.S. & Wallston, K.A. (1978). Locus of control and health: A review of the literature. *Health Educ Monographs*, 6, 107-117.
- Weizsäcker, V. von (1951). *Der kranke Mensch. Eine Einführung in die medizinische Anthropologie*. Stuttgart: Köhler.
- Weinhold, M. & Sikiric, M. (1998). *Schweizer Kontrolluntersuchung zum HAWIK, Version III*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Abteilung für Angewandte Psychologie.
- Wertz, F.J. (2001). Humanistic Psychology and the Qualitative Research Tradition. In K.J. Schneider, J.F.T. Bugental & J.F. Pierson (Eds.), *The Handbook of Humanistic Psychology. Leading edges in theory, research, and practice* (S. 231-245). Thousand Oaks, London; New Delhi: Sage.
- Wiedemann, P.T. (1995). Konzepte, Daten und Methoden zur Analyse des Körpererlebens. In E. Brähler (Hg.), *Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele. Beiträge zur psychosomatischen Medizin* (S. 199-219). Giessen: Psychosozial.
- Wilde, K. (1999). *Understanding, Unfolding*. Unpublished Masters Thesis. Portland, OR: Process Work Center.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 227-256). Weinheim, Basel: Beltz.
- Witzel, A. (2000, Januar). Das problemzentrierte Interview [26 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1) [On-line]. Available: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.htm> (Zugriff: 10.12.05)
- Wydler, H., Kolip, P. & Abel, Th. (Hg.) (2000). *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. Weinheim, München: Juventa.

Anhang A - O

Anhang A:	Flyer zur Anwerbung von Teilnehmerinnen	129
Anhang B:	Brief an Rektorat	130
Anhang C:	Einverständniserklärung	131
Anhang D:	Kodiertabelle „Berufliche Stellung der Haupternährerin“	132
Anhang E:	Soziodemografische Angaben und Fragebogenergebnisse je Teilnehmerin	133
Anhang F:	Befragungsunterlagen	▶ Soziodemografische und persönliche Daten 134
Anhang G:		▶ Kohärenzfragebogen 135
Anhang H:		▶ Subskala „Offenheit für Erfahrungen“ 136
Anhang I:		▶ Leitfadenfragen 137
Anhang K:		▶ Experiencing-Skala 139
Anhang L:	statistische Auswertungen	140
Anhang M:	Kernaussagen während der Entfaltung der subjektiven Symptomerfahrung	141
Anhang N:	Identität / Einstellung und Verhalten jenseits der Grenze	143
Anhang O:	Interviewexzerpte 1 - 20	146

FORSCHUNG

Der Körper träumt

Gesucht werden
**weibliche Personen für
ein INTERVIEW**

über Erleben und Verarbeitung von
Körpersymptomen

Rufen oder schreiben Sie an
079 434 63 62
ruthweyermann@gmx.net
für mehr Informationen

Der Körper träumt ...

BODY MIND KÖRPER GEIST PHYSIS PSYCHE

Erfahrungsbasiertes Lernen und intellektuelles Verstehen von
subtilen, irrationalen und rationalen Aspekten Ihres Symptoms

Für meine Dissertation im Rahmen der klinischen Psychologie
suche ich weibliche Personen, die bereit sind an einem
ca. 1-stündigen Interview teilzunehmen.

Voraussetzung: Körpersymptom und Interesse, etwas darüber zu
erfahren; ca. 1 Stunde Zeit; 18 – 21 Jahre alt und
weiblich; Bildungsniveau: Kantonsschule

Gegenleistung: Sie erhalten eine Aufwandschädigung und hof-
fentlich eine interessante Erfahrung.

Studienleitung: Ruth Weyermann, lic. phil. Psychologin

Infos/Kontakt: SMS oder Tel. an **079 434 63 62**
E-mail an **ruthweyermann@gmx.net**

Ihr Interesse würde mich sehr freuen. Und falls Sie jemanden ken-
nen, die das auch interessieren könnte (18 – 21 Jahre, Kantonsschule)
bitte weitersagen ☺

lic.phil. Ruth Weyermann
Püntenstr. 18
8143 Stallikon

Tel. 079 434 6362
Email: ruthweyermann@gmx.net

Adresse
Rektorat Kantonsschule

Stallikon, 06. Juni 2004

Befragung unter interessierten Maturandinnen für eine Dissertation

Sehr geehrter Herr xy

Gegenwärtig arbeite ich an der Universität Basel, Abteilung Klinische Psychologie, an meiner Dissertation. Die Arbeit liegt im Bereich der Psychosomatik.

In diesem Rahmen suche ich interessierte, volljährige junge Frauen, die bereit sind, in einem ca. einstündigen Gespräch über ihre Körpersymptome Auskunft zu geben.

Selbstverständlich werde ich die im Gespräch erhaltenen Informationen streng vertraulich behandeln, alle Fragen des Datenschutzes berücksichtigen und die ethischen Forschungsrichtlinien einhalten.

Sollten bezüglich meiner Studie noch Fragen bestehen, stehe ich gerne für weitere Informationen zu Verfügung.

In der Hoffnung, Ihre Erlaubnis zur Durchführung einiger Interviews mit Schülerinnen der Kantonsschule xy – ausserhalb der Unterrichtszeiten – zu erhalten, werde ich mir erlauben, Sie in den nächsten Tagen anzurufen.

Mit herzlichem Dank und freundlichen Grüssen

Ruth Weyermann

Kopie an:

- Prof. Dr. Udo Rauchfleisch
- Prof. Dr. Thomas Gehring

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Forschungstitel: **Subjektives Erleben von Körpersymptomen: Prozessorientierte Entfaltung, Perspektiven und Bedeutungen. Eine explorative Studie.**

Doktorandin: **Ruth Weyermann, lic. phil. I**

Referent: **Prof. Dr. Udo Rauchfleisch**

Universität: **Basel, Philosophisch-Historische Fakultät, Klinische Psychologie und Psychotherapie**

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich zur Teilnahme an dieser Studie, durchgeführt von Ruth Weyermann, bereit. Über den Inhalt und den Zweck dieser Studie sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme wurde ich informiert. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich bereit zu

- einem ca. einstündigen, auf Tonband festgehaltenen Interview und Fragebogenbeantwortung
- falls nötig zu einem Ergänzungsinterview

Ich bin einverstanden, dass die Daten anonymisiert und unter Einhaltung der ethischen Richtlinien mit grösster Sorgfalt ausschliesslich für diese wissenschaftliche Studie verwendet werden dürfen.

Ich bin ebenso informiert worden, dass ich jederzeit von der Studie zurücktreten kann.

Ort/Datum:Unterschrift:.....

Telefon:Email:

Kategorien zu den Angaben „Berufliche Stellung der Hauptnährerin“

Code	Stellung im Beruf	Berufsbeispiel
1	Selbständige Unternehmer und Geschäftsinhaber grosser und mittlerer Betriebe	Zweifelsfälle und keine näheren Angaben → 6
2	Direktoren, stellvertretende Direktoren Chefbeamte von Privatbetrieben und Behörden	Direktionssekretär in Behörde Anstaltsvorsteher, Instruktionsoffizier ab Oberst (darunter → 4)
3	Angehörige freier Berufe, frei erwerbend oder in leitender Stellung (exkl. 1 und 2), Universitätsdozenten, Mittelschullehrer, Pfarrer	Richter, Arzt, Technikumslehrer, Architekt, Journalist, Redaktor, Ing. mit akad. Abschluss (ev. auch 2)
4	Gehobene Beamte und Angestellte, Sek-, Primar- und Berufslehrer	Posthalter, Prokurist, Ingenieur HTL, Stationsvorsteher, Pilot, Einkäufer
5	Übrige Beamte und Angestellte	Briefträger, Kanzlist, Kfm. Angestellter, Korrespondent, Verkäufer, Instruktionsoffizier
6	Selbständige im Detailhandel, Gewerbe und Handwerk (exkl. Landwirte)	Taxigeschäftsinhaber, Kioskinhaber, Fahrlehrer (wenn selbständig, sonst 5)
7	Selbständige Landwirte, Pächter, Verwalter landw. Betriebe, Förster	Selbständig. Gärtner (unselbst. → 9)
8	Arbeiter mit Vorgesetztenfunktion	Meister, Baumeister, Siegrist, Lokomotivführer
9	Übrige Arbeiter und Hilfsarbeiter (inkl. Arbeiter in der Landwirtschaft)	Abwart (wenn Grossbetrieb → 8), Chauffeur, Parkettleger
10	Übrige	Hausfrauen, Pensionierte, o. n. A.





1 – 4 →	1 (Oberschicht und obere Mittelschicht)
5 – 7 →	2 (untere Mittelschicht)
8 – 10 →	3 (Grundsicht)

Übersicht je Probandin (n=20) über Alter, Symptom, Interviewzeitdauer, lebensweltliche Ressourcen, SOC- und OE-Ausprägung, Selbsteinschätzung der Erfahrungstiefe und Fremdeinschätzung mittels Experiencing-Skala

PB	Alter	Symptom	Zeit ¹		Ress ²	SOC ³	OE ⁴	Schwie ⁵	Exp. ⁶
			1	2					
1	20	Nahrungsmittelallergie	60	45	26	44	37	6	5
2	20	Bauchschmerzen	80	65	25	51	45	7	4
3	19 ^d	chronische Müdigkeit	74	55	22	48	39	7	6
4	18 ^d	chronische Müdigkeit	70	61	20	40	40	6	5
5	19	kalte Hände und Füße	82	65	26	45	39	5	4
6	19	Bauchschmerzen	48	40	18	36	32	7	6
7	18	Herpes	74	68	20	31	29	5	5
8	20	Herpes	77	71	21	44	35	6	4
9	19	Rückenschmerzen	84	70	21	36	38	6	5
10	19	Atemnot	54	44	21	44	30	5	6
11	18	Bauchschmerzen	60	50	23	54	40	7	6
12	18 ^a	Bauchschmerzen	64	45	24	48	35	6	5
13	19 ^a	Kopfschmerzen	65	55	23	40	34	5	5
14	18 ^{ab}	Herzrasen	65	55	22	41	34	5	5
15	18 ^a	Knieschmerz	60	50	24	55	32	6	4
16	19	Schwindel	75	65	24	44	31	6	4
17	18	Kurzsichtigkeit	75	60	22	37	33	7	7
18	20 ^{cd}	Ohrenschmerzen	75	60	24	52	35	6	7
10	19b ^{cd}	Kopfschmerzen	75	60	22	49	37	6	6
20	19 ^{cd}	Rückenschmerzen	65	55	21	44	44	6	5

Wert liegt in *positiver* Richtung ausserhalb der Standardabweichung

Wert liegt in *negativer* Richtung ausserhalb der Standardabweichung

 stichprobenbezogenen
 stichprobenbezogenen
 normbezogen
 normbezogen

Erläuterungen:

^a besuchen eine Kantonsschule in der Agglomeration / auf dem Land

^b die Herkunftsfamilie gehört der unteren Mittelschicht an

^c lebt allein / in einer Wohngemeinschaft

^d lebt in der Stadt

¹ Zeit 1: gesamte Interviewdauer von Begrüssung bis zur Verabschiedung in Minuten, M=68.9; SD=9.49

Zeit 2: Dauer des Leitfadeninterviews in Minuten, M=56.95; SD=9.12

² Dieser Wert ergibt sich aus den sieben Problembereichen von Jugendlichen nach Roth et al. (1967) und Engel & Hurrelmann (1989), vgl. S. 53; stichprobenbezogene Parameter M=21.80, SD=2.33

³ Normwerte SOC-L9 für Frauen m=46.70, Standardabweichung SD=9.00 (Schumacher et al. 2000, S. 479); stichprobenbezogene Parameter M=43.95, SD=6.4;

⁴ Vergleichswerte „Offenheit für Erfahrung“ für Frauen: Skalenmittelwert relativiert an Itemzahl (12) M=2.75, SD=.51 (Borkenau & Ostendorf 1993, S. 13); stichprobenbezogene Parameter M=36.1, SD=4.2

⁵ Selbsteinschätzung „Wie gut ist es dir deiner Meinung nach gelungen, dich für die Erfahrung zu öffnen?“ 1=gar nicht, 7=ausgesprochen gut; stichprobenbezogene Parameter M=6.00, SD=.72

⁶ Fremdeinschätzung über die Erfahrungstiefe anhand der Experiencing-Skala (Dahlhoff & Bommert 1978), (Anhang K); stichprobenbezogene Parameter M=5.30, SD=1.10

Soziodemografische und persönliche Daten

Pb.Nr.

Geschlecht	w	m
Geburtsdatum		
kultureller Familienhintergrund		
PLZ / Wohngemeinde		
Ich lebe zusammen mit		
berufliche Stellung des/der Haupternährers/in		
Psychotherapieerfahrung	nein	ja
falls ja, wie viele Sitzungen?		

Die folgenden Aussagen betreffen verschiedenen Lebensbereiche. Kreuze bitte nach sorgfältigem Durchlesen an, welche Bewertung für dich im jeweiligen Bereich am ehesten zutrifft.

	Starke Ablehnung	Ablehnung	Neutral	Zustimmung	Starke Zustimmung
Ich fühle mich den Anforderungen der Schule/Ausbildung gewachsen	0	1	2	3	4
Die Beziehung zu meinem Elternhaus ist belastet	0	1	2	3	4
Ich habe ein gesundes Selbstvertrauen	0	1	2	3	4
Ich habe gute soziale Kontakte mit denen ich mich wohl fühle	0	1	2	3	4
Ich finde es schwierig, mich in der Komplexität der gesellschaftlichen Werte zurechtzufinden	0	1	2	3	4
Ich habe unbelastete Erfahrungen mit dem Geschlecht meines Interesses	0	1	2	3	4
Ich denke selten über den Sinn des Lebens nach	0	1	2	3	4
Ich mache mir besonders viele Gedanken über <i>(falls dir ein Thema besonders wichtig ist, kannst du es hier speziell erwähnen)</i>				
				
				

Fragebogen zum Kohärenzgefühl SOC-L9 (Schumacher et al., 2000)

1 Haben Sie das Gefühl, dass sie in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

2* Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass Sie

fühlen, wie schön es ist zu leben 1 2 3 4 5 6 7 sich fragen, warum Sie überhaupt da sind

3* Die Dinge, die Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle

tiefer Freude und Befriedigung 1 2 3 4 5 6 7 von Schmerz und Langeweile

4 Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

5* Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,

dann ist es bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden 1 2 3 4 5 6 7 wird bestimmt etwas passieren, das das Gefühl wieder verdirbt

6 Sie erwarten für Ihre Zukunft, dass Ihr eigenes Leben

ohne jeden Sinn und Zweck sein wird 1 2 3 4 5 6 7 voller Sinn und Zweck sein wird

7 Viele Menschen - auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen wie traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

8* Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie in bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass

es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden 1 2 3 4 5 6 7 Sie es nicht schaffen werden, die Schwierigkeiten zu überwinden

9 Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

* umgekehrt gepolte Items

Items der Subskala „Offenheit für Erfahrung“ aus dem NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 1993).

		Starke <u>A</u> blehnung	<u>A</u> blehnung	<u>N</u> eutral	<u>Z</u> ustimmung	Starke <u>Z</u> ustimmung
1.*	Ich mag meine Zeit nicht mit Tagträumereien verschwenden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.*	Ich finde philosophische Diskussionen langweilig.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Mich begeistern die Motive, die ich in der Kunst und in der Natur finde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.*	Ich glaube, dass es SchülerInnen oft nur verwirrt und irreführt, wenn man sie RednerInnen zuhören lässt, die kontroverse Standpunkte vertreten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.*	Poesie beeindruckt mich wenig oder gar nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Ich probiere oft neue und fremde Speisen aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.*	Ich nehme nur selten Notiz von den Stimmungen oder Gefühlen, die verschiedene Umgebungen hervorrufen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.*	Ich glaube, dass wir bei ethischen Entscheidungen auf die Ansichten unserer religiösen Autoritäten achten sollten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Wenn ich Literatur lese oder ein Kunstwerk betrachte, empfinde ich manchmal ein Frösteln oder eine Welle der Begeisterung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.*	Ich habe wenig Interesse, über die Natur des Universums oder die Lage der Menschheit zu spekulieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Ich bin sehr wissbegierig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Ich habe oft Spass daran, mit Theorien oder abstrakten Ideen zu spielen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* umgekehrt gepolte Items

Leitfadenfragen


I Sondierungsfrage: *Du hast dich für dieses Interview über Körpersymptome gemeldet. Magst du mir über deine Erfahrung mit Körpersymptomen erzählen?*

II Leitfadenfrage: *Im weiteren Verlauf des Interviews soll ein ausgewähltes Symptom vertieft zur Sprache kommen.*

Welches interessiert dich am meisten? Welches stört dich am meisten?

Sondierungsfrage: *Wir werden uns also auf (ausgewähltes Symptom) konzentrieren. Kannst du das noch weiter ausführen?*

Leitfadenfrage: *Was hast du für eine Beziehung zum Symptom? Wie würdest du deine Perspektive auf dein Symptom beschreiben?*

 Leitfadenfrage: *Könntest du deine Perspektive auf das Symptom oder deine Beziehung zum Symptom in einer skizzenhaften Zeichnung darstellen und einige Wörter oder einen Satz dazu schreiben?*

III a) Leitfadenfrage: *Im weiteren interessiert mich deine ganz subjektive, somatische Erfahrung. Wie weißt du, dass du (ausgewähltes Symptom) hast? Kannst du mir das somatische Erleben des Symptoms so beschreiben oder zeigen, dass ich nachvollziehen kann, wie du es erfährst?*

b) Leitfadenfrage: *Wenn du das Symptom bei mir oder bei jemanden verursachen müsstest, wie würdest du das tun?*


Leitfadenfrage: *Konzentriere dich nun auf die Erfahrung des Symptommachers. Welche Energie passt zu ihm? Welche Qualität ist in dieser Energie?*

Leitfadenfrage: *Erlaube deinem Geist, diese Energie aufzunehmen ... und forme eine Bewegung, die dazu passt. Öffne dich für diese Erfahrung, wie es für dich gut ist.*

c) Leitfadenfrage: *Was ist die tiefste Bedeutung, die Essenz von dieser Energie?*

d) Leitfadenfrage: *Gibt es irgendeinen Bezug dieser Essenz zu deinem Leben, einem bestimmten Lebensbereich oder einer aktuellen Situation?*

IV Sondierungsfrage: *Was für eine Bedeutung für deine Sichtweise auf das Symptom haben die Erfahrungen, die du hier gemacht hast*

 Leitfadenfrage: *Könntest du jetzt, nach dieser Erfahrung, deine Perspektive auf das Symptom oder deine Beziehung zum Symptom in einer skizzenhaften Zeichnung noch einmal darstellen und einige Wörter oder einen Satz dazu schreiben?*

Leitfadenfrage: *Was für eine Bedeutung hat diese Erfahrung des Symptommachers und seiner Essenz auf deine Haltung zu Körpersymptomen allgemein?*

SELBSTEINSCHÄTZUNG des Schwierigkeitsgrades

(45) Kannst du mir bitte auf einer Skala von 1 – 7 deine persönliche Einschätzung abgeben, wie gut du dich dem subjektiven Symptomerleben hast öffnen können?

gar nicht 1 2 3 4 5 6 7 ausgesprochen gut

Experiencing-Skala von Dahlhoff und Bommert (1978, S. 73f)

- Stufe 1** Der Klient schildert Ereignisse in allgemeiner, unpersönlicher Weise. Seine Äusserungen sind von unbeteiligter Art, so als ob sie von einem Fremden stammen. Eine persönliche Anteilnahme an seinen Mitteilungen ist nicht ersichtlich.
- Stufe 2** Der Klient lässt in seinen Äusserungen eine persönliche Rolle erkennen, jedoch nimmt er auf sein fühlen nur indirekt Bezug, indem er es zum Beispiel zur nähern Verdeutlichung eines Sachverhaltes heranzieht. Gefühle und persönliche Reaktionen werden eher als entfernte, externe Ereignisse behandelt und charakterisiert, und es wird nur indirekt oder abstrakt darauf Bezug genommen. Ein intellektuelles Interesse bzw. ein allgemeines, oberflächliches beteiligt sein ist vorhanden, jedoch ist die Bezugnahme des Klienten auf sein Fühlen allgemein-abstrakt oder distanziert-versachlicht und nicht auf ein tieferes Eindringen in die persönlichen Bedeutungen ausgerichtet.
- Stufe 3** Der Klient bezieht sich zwar auf sein Fühlen und Erleben, jedoch werden diese überwiegend als Verhaltensweisen oder Situationen dargestellt oder als in enger Verknüpfung mit diesen Verhaltensweisen und Situationen stehend geschildert. Die Mitteilungen über das Fühlen und Erleben erfolgen gleichsam von einem äusseren Bezugspunkt des Klienten. Eine Bezugnahme auf das Fühlen und Erleben erfolgt in sehr begrenztem Umfang, wird nur knapp zum Ausdruck gebracht und nicht tiefer gehend bearbeitet.
- Stufe 4** Der Klient bezieht sich in seinen Äusserungen auf seinen inneren Bezugsrahmen. Er versucht, diesen zur Grundlage seiner Mitteilungen zu machen. Er betrachtet Ereignisse, Situationen und sein fühlen nicht mehr nur von aussen, sondern er entwickelt eine innerlich gefühlte Bedeutung, auf die er in seinen Mitteilungen Bezug nimmt. Bei der Beschreibung seiner Gefühle der Vergangenheit und Gegenwart schöpft der Klient aus diesem momentanen Erleben und beteiligt sein. Er bemüht sich, sein Fühlen nicht nur zu schildern, sondern auch zu erarbeiten, was diese Gefühle für ihn bedeuten. Oft besteht auch der Eindruck, dass mehr im Klienten vorgeht, als er im Moment erfassen kann, es sind noch nicht ausformulierbare Erlebnisinhalte vorhanden.
- Stufe 5** Der Klient konzentriert sich auf seinen inneren Bezugsrahmen; dabei werden innere Erlebnisse weiterverarbeitet, erforscht und verdeutlicht. Jetzt kann sich der Klient auf bisher vage, nicht ausformulierbare aber bedeutsame Aspekte seines unmittelbaren Erlebens beziehen und kann diese allmählich differenzieren. Er gewinnt einen detaillierten Bezug zu seinen aktuellen Erlebnisvorgängen.
- Stufe 6** Der Klient erfährt durch die Arbeit an seinem unmittelbaren Erleben Gefühlsveränderungen oder eine Verlagerung gefühlter Bedeutungen. Einzelne aktuelle Erlebnisinhalte ändern sich in ihrer Bedeutung für den Klienten oder werden ihm eigentlich erst klar; so kann er vorher unklare bzw. bruchstückhafte Erlebnisinhalte durch sein unmittelbares Erleben für sich deutlich machen. Der Klient ist in der Lage, diese Bedeutungsänderungen zu überdenken und zu verarbeiten. Er macht sie zur Grundlage für seine erlebnismässig erarbeiteten Absichten und Vorstellungen.
- Stufe 7** Der Klient verfügt über ein klares Bild von seinem unmittelbar ablaufenden Erleben und kann dieses in seinen Äusserungen vermitteln. Er ist in der Lage, sich in seinem wechselnden Erleben zu bewegen, die Bedeutung des Erlebens für ihn selbst zu verstehen und Bedeutungsänderungen in seinen Bezugsrahmen zu integrieren. Sein unmittelbares aktuelles Erleben, der Wechsel von Bedeutungsschwerpunkten und auftretende Bedeutungsänderungen sind ihm eine vertrauenswürdige Basis für Änderungen in seinem Erleben und Verhalten.

- **Vergleich der Ausprägung des Kohärenzgefühls mit dem Normwert**
(T-Test bei einer Stichprobe)

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SOC	20	43.9500	6.4683	1.4464

One-Sample Test

	Test Value = 46.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
SOC	-1.901	19	.073	-2.7500	-5.7773	.2773

- **Vergleich der Ausprägung von „Offenheit für Erfahrung“ mit dem Vergleichswert aus der Testnormierung** (T-Test bei einer Stichprobe)

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
OE	20	36.1000	4.2040	.9400

One-Sample Test

	Test Value = 33					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
OE	3.298	19	.004	3.1000	1.1325	5.0675

- **Korrelation der Merkmalsausprägungen von SOC und OE**

Paired Samples Correlations

Pair	N	Correlation	Sig.
Pair 1 SOC & OE	20	.397	.083

Kernaussagen während der Entfaltung (fett = Essenz)	Probandin (Symptom)
Stell dir vor, du trinkst einen scharfen Schnaps mit Ameisen gemischt. Und diese kribbelnden Ameisenbeinchen im Hals: hin und her, rauf und runter, vor und zurück: unaufhörlich, Durchhaltewillen. Zielorientiert und Willkürlichkeit	1 (Nahrungsmittelallergie) →
Es zieht sich zusammen, ist verkrampft, brodeln. Es macht Aufruhr, will etwas bewegen, damit etwas geändert wird wild, unkontrolliert, ausbreitend	→ 2 (Bauchschmerzen)
Die Gedanken sind ein wenig gedämpft. Es ist gerade wie vor dem Eindämmern. Man hat einen schweren Tag hinter sich. Da ist ein Mann, er ist sehr sportlich und setzt seine Kräfte für schöne Sachen ein, um die die Welt und die Natur zu sehen. Er schaltet von den Gedanken ab, macht den Kopf frei und entspannt mal selbstbewusst, locker und stolz	3 (chron. Müdigkeit) →
Die Energien sind runter gefahren. Und alles ist schwer. Da ist viel Gewicht auf den Füßen und jeder Schritt wird bedacht. Sie ist mit sich selber , geht stetig, immer gleich	→ 4 (chron. Müdigkeit)
Es ist wie wenn ich Eis in den Tee tue, dann wird auch die Umgebung kälter. Es ist wie Energie abzocken. Alles zieht sich zusammen und wird gebündelt zu Schutz, Rückzug, Selbstmitleid	→ 5 (kalte Hände und Füße)
Wie wenn jemand reinsticht mit Stricknadeln. Jemand mit viel Kraft auf ein klares Ziel fixiert, klares Ziel vor Augen. Befreiung	→ 6 (Bauchschmerzen)
Das Virus holt und nimmt sich ohne zu Fragen sich durchsetzen	→ 7 (Herpes)
Es ist wie wenn man eine kleine Verletzung hätte, wie ein Mückenstich ... es ist auf einen kleinen Punkt konzentriert. Von dort will es sich ausbreiten und auf etwas einwirken Wut, unpassend sein, egoistisch	→ 8 (Herpes)
Das ist wie ein blockierender Stein, wie ein Fremdkörper. Er ist kantig und eckig. Sich zeigen, herauskommen	→ 9 (Rückenschmerzen)
Die Öffnung [der Luftröhre] ist zu klein. Das ist wie ein Portal der Seele. Es blockiert und fixiert auf einen Punkt; auf den Punkt in der Mitte konzentrieren. Aufbrechen, Befreiung	→ 10 (Atemnot)
Es ist miteinander verknüpft, drückt gegeneinander und zieht sich auseinander. Es ist verhakt und reisst auch auseinander. Konzentration, kommt in Wellen , rauf und runter	→ 11 (Bauchschmerzen)
Es ist wie eine Kraft, die sich in der Mitte zusammenzieht. Es ist wie eine geschlossene Faust.	→ 12 (Bauchschmerzen)
Es ist wie ein Ziehen, wenn der Kopf sich bewegt und dann pumpt es regelmäßig. Es nimmt etwas auf, ohne es zu berühren, wie Schwingungen aufnehmen. Aufnehmen (im Sinne von Wahrnehmen)	→ 13 (Kopfschmerzen)
Wenn man meinen [innernen] Raum als gut geordnete Schachtel betrachten würde, so wühlt es dort alles herum und macht ein Riesen-Chaos. Es ist wie ein Meer, das ganz ruhig ist und dann kommt ein Sturm auf, der alles durchwühlt. wilde Energie	→ 14 (Herrasen)
Es [Bänder] ist wie hängen geblieben und verklebt. [Hand legt sich über das Knie und klebt sich dort fest]. Das ist wie die Kraft in einer Faust Mut, du schaffst es (im Sinn Zuspruch, Halt?)	→ 15 (Knieschmerzen)
Es ist wie ein Magnet mit grosser Anziehung unter dem Boden. Und es zieht mich dorthin. Diese Anziehung ist wie eine Art ‚Fädeli‘, das sich um den Finger wickelt und dabei verkürzt wird. Und diese Anziehung geht wie beim Treten mit Velo: rhythmisch ziehen, loslassen, ziehen, loslassen. Takt, Regelmässigkeit	→ 16 (Schwindel)
Das sind viele kleine Kügelchen, die zusammen ein Nadelchen geben. Das klammert hier [Kiefer] zusammen und staut den Fluss. stauen	→ 18 (Ohrenschmerzen)
Es ist wie in einer Blase. Es ist ruhiger und unschärfer, auf das Innere, ganz auf die Mitte konzentriert	→ 17 (Kurzsichtigkeit)

Es ist wie wenn man einen Mofahelm trägt und die Scheibe runter zieht, ganz eng am Kopf. Ich bin nicht ganz wach. Das ist etwas träumerisches. Fallen lassen, Vertrauen	→	19 (Kopfschmerzen)
Als wenn die Wirbelsäule zu wenig Halt hätte. Alles ist ineinander verschachtelt und gibt sich keine Mühe mehr richtig zu sein, sondern fällt einfach zusammen. stillstehen, sich Zeit nehmen, sich setzen lassen	→	20 (Rückenschmerzen)

Erfahrungssensenz → Anwendungsbereich	Sinn- und Bedeutungskategorie	Identität im Wandel / Verhalten jenseits der Grenze (vgl. S. 39)
<p>[1/Nahrungsmittelallergie]</p> <p><i>Trotz Zielorientierung auch Spontaneität</i> → Ich hatte lange das Gefühl, alles steuern zu können. Und ich merke langsam, dass Dinge willkürlich passieren und ich das auch annehmen muss. Jetzt bspw. zu merken, wie fixiert ich war, welche Studienrichtung ich einschlage. Und jetzt merke ich, dass noch viele andere Ideen kommen und ich offener werde. Ich muss es so nehmen, wie es kommt, weil auch meine Interessen sich ändern und nicht dass ich einfach bei dem bleibe, was ich vor 3 – 4 Jahren wollte.</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: Wahl der Studienrichtung</p> <p>Benefit finding: sich spontanen Veränderungen öffnen</p>	<p>Identität: Ich bin jemand, die gerne alles steuert</p> <p>Grenze: weniger steuern, spontan sein</p>
<p>[2/Bauchschmerzen]</p> <p><i>Auf etwas Aufmerksam machen. Es ist wild, unkontrolliert und breitet sich aus</i> → In Konfliktsituationen ist man nicht unbewegt und ich würde gewisse Bemerkungen fallen lassen, was mich stört oder verletzt.</p>	<p>Benefit finding: In Konfliktsituationen Gefühle äussern</p>	<p>Identität: Ich habe Mühe, Schwäche zu zeigen. Ich bin eher jemand, die easy und cool bleibt.</p> <p>Grenze: Konflikatives schneller ansprechen.</p>
<p>[3/chronische Müdigkeit]</p> <p><i>selbstbewusst, locker, stolz</i> → Ich muss mir nicht allzu viele Sorgen machen und [nehme] wie es grad hineinpasst: jetzt die Schule langsam fertig machen und im nächsten Sommer etwas beginnen, was ich möchte. Bei fremden Menschen und in Umgebungen, wo ich eine andere Meinung habe, finde ich es ein bisschen schwieriger.</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: Beendigung der Schule</p> <p>Benefit finding: Optimismus und Flexibilität</p>	<p>Identität: pessimistisch sein und angespannt</p> <p>Grenze: optimistisch und locker sein</p>
<p>[4/chronische Müdigkeit]</p> <p><i>konstante Wellen, Rhythmus</i> → Das bringt mich dazu, Dinge stetiger zu machen, nicht so verzettelt, mehr nach Plan vorzugehen. Das ist auf die Schule bezogen, aber auch auf die Wochenenden. Damit ich besser den Überblick habe. Die Konstante fehlt mir.</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: Balancierung von schulischen und Freizeitaktivitäten</p> <p>Benefit finding: Überblick gewinnen durch Rhythmisierung und Konstanz von Verhalten</p>	<p>Identität: Ich bin nicht die, die jeden Abend hinhocken hin und die Aufgaben für eine Woche im Voraus macht.</p> <p>Grenze: planen, konstantes Verhalten</p>
<p>[6/Bauchschmerzen]</p> <p><i>Konzentration auf ein Ziel: Befreiung</i> → Ich kann mich noch nicht ganz befreien, weil es noch etwas gibt, wo ich am Zuhause hänge. Es sind familiäre Sachen wo ich drüber nachdenken muss. Es sind viele Hürden und immer werde ich zurück gestossen und ich muss wieder von vorne anfangen.</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: Ablösung von Zuhause als Ziel nicht aus den Augen verlieren.</p> <p>Benefit finding: Unterstützung, sich Schwierigkeiten zu stellen</p>	<p>Identität: Ich kann mich noch nicht ganz befreien</p> <p>Grenze: sich aktiv und konzentriert den (Familien-) Schwierigkeiten stellen</p>
<p>[7/Herpes]</p> <p><i>Mich durchsetzen</i> → Was ich eben lerne, dass ich wirklich zu meiner Entscheidung stehe [gegen den Willen der Mutter]. Und dass ich meine Meinung sagen kann. Vor einen Menschen hinstehen und es ihm persönlich sagen [in der Familie] (745).Ich lerne zu meinen Entscheidungen zu stehen und meine Meinung zu sagen.</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: Ablösung von der Mutter</p> <p>Benefit finding: Unterstützung in den Lernprozessen zu Abgrenzung und Selbstbehauptung</p>	<p>Identität: Ich bin eher scheu und spreche nicht viel. Ich hatte immer viel Respekt vor meiner Mutter.</p> <p>Grenze: sich mit eigener Meinung durchsetzen und zu eigenen Entscheidungen stehen</p>

<p>[8/Herpes]</p> <p><i>Aggression, Wut, unpassend, störend und total egoistisch</i> → Wenn ich jetzt an mein Schulleben denke ... dann kommen die Leute, die nicht [in die Stunden] gehen und dann alles kopieren wollen. Und da muss man manchmal einfach egoistisch sein. Darf man sich nicht ausnützen lassen, wenn es zu weit geht.</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: als gute Schülerin sich nicht ausnützen lassen.</p> <p>Benefit findig: Korrektur einer sehr gebenden Haltung.</p>	<p>Identität: Ich lasse mich nicht aus der Ruhe bringen.. Altruistisch sein.</p> <p>Grenze: Nein sagen, nicht helfen</p>
<p>[9/Rückenschmerzen]</p> <p><i>Dieser kantige und raue Stein will gesehen werden</i> → Ich habe meistens ein Problem damit, wenn ich mit etwas nicht einverstanden bin, dann das auch zu sagen. „He, nein, für mich stimmt das so nicht!“ anstatt zu allem „ja, ist gut“, obwohl es für mich nicht gut ist.</p>	<p>Benefit finding: konfliktierende Gefühle und Meinungen äussern</p>	<p>Identität: Ich zeige meine Gefühle nicht in Konflikten, schreie nicht herum, spreche Konflikte kaum an.</p> <p>Grenze: kantiger, rauer sein können. Sagen können: „He, nein, für mich stimmt das nicht!“</p>
<p>[10/(Atemnot)]</p> <p><i>Enge bemerken: aufbrechen, davon befreien</i> → Es liegt an dem, dass ich mich unterfordert fühle. Dass ich etwas suche, was ein bisschen kreativ ist. ... mehr neue Sachen ausprobieren und einfach wirklich sagen, was mich beschäftigt und das verwirklichen, was ich möchte. Nicht nur davon träumen, und dann wird es weniger eng.</p>	<p>Benefit findig: Unterstützung für und Vertrauen in die eigene Kreativität</p>	<p>Identität: Ich fühle mich unterfordert. Bin nicht ehrgeizig und lote meine Grenzen nicht aus.</p> <p>Grenze: nicht nur träumen sondern Dinge ausprobieren.</p>
<p>[11/Bauchschmerzen]</p> <p><i>Konzentration, kommt in Wellen rauf und runter ist wie Meditation, auf sich hören</i> → Zu Hause sind oft so viele Menschen um mich herum. Oder auch wenn eine Kollegin da ist, ist es schwierig mir Zeit dazu zu geben, bevor ich an eine Arbeit gehe. Was sagt mein Körper gerade? Damit ich gestärkt bin.</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: Sozialdruck</p> <p>Benefit findig: Meditierend auf sich hören,</p>	<p>Identität: Ich bin ein Alpha- Tier. Ich lege mich nicht gerne hin, weil ich das Gefühl habe etwas zu verpassen.</p> <p>Grenze: sich Zeit allein für sich nehmen</p>
<p>[12/Bauchschmerzen]</p> <p><i>sich in der Mitte zusammenziehen</i> → Dass ich das mache was ich will. Dass man sich nicht abkoppelt [von sich selbst] sondern sich auf sich selber konzentriert und über sich nachdenkt, sich konzentriert. Ich kann mich sehr oft nicht entscheiden. Dann muss ich in mich hineingehen und mir überlegen, was ich wirklich möchte – ohne, dass ich zuerst an die anderen denke und an die Folgen; zuerst einmal an mich.</p>	<p>Benefit finding: in Entscheidungssituationen mit den eigenen Bedürfnissen in Kontakt bleiben</p>	<p>Identität: Ich denke oft zuerst an die andern. Es ist einfacher, das zu tun, was den anderen recht ist.</p> <p>Grenze: Eigene Bedürfnisse wahrnehmen und an erste Stelle setzen.</p>
<p>[13/Kopfschmerzen]</p> <p><i>Schwingungen aufnehmen, kleine Details</i> → Dinge, die ich mir vielleicht nicht eingestehe, oder was oder wer in mir Gefühle aufweckt. Dass ich es in mir selber vielleicht gar nicht wahrnehmen möchte. Diese Qualität ist eigentlich das Gegenteil von mir. Ich müsste mich dann wohl ein wenig mehr mit mir selber beschäftigen, als immer nur vom einen ins andere zu rennen.</p>	<p>Benefit finding: Dominanz von Aussenaktivitäten durch Selbstbesinnung balancieren</p>	<p>Identität: Ich renne beschäftigt vom einen ins andere.</p> <p>Grenze: einfach einmal zu Hause bleiben und herausfinden, was für mich gut ist.</p>
<p>[14/Herzrasen]</p> <p><i>wilde Energie, Tatendrang</i> → ich hätte mehr Energie um etwas zu machen. Diese Energie will raus. Wenn sie sich in mehr Euphorie umwandeln würde, à la „also nun zeige ich was ich kann!“ und nicht „uh, kann ich das?“ [Prüfungssituationen]. Das Herz fühlt sich ein wenig eingeeengt, deshalb ist es so wild. Es ist voller Tatendrang.</p>	<p>Benefit finding: Einstellungsänderung von Selbstzweifel zu Selbstvertrauen</p>	<p>Identität: Ich mache mir viele Sorgen und beziehe alles auf mich. Ich habe Angst vor einem Black-out.</p> <p>Grenze: Voller Tatendrang zeigen was ich kann.</p>

<p>[15/Knieschmerzen] <i>Mut, du schaffst es! Ist ein Gefühl von Zuversicht und Vertrauen</i> → Mein Vater hat Krebs bekommen, und dann haben wir eben gedacht, ja – das schaffen wir und es kommt wieder [gut].</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: schwierige Familiensituation Benefit-finding: Innere Zuversicht und Vertrauen</p>	<p>Identität: Ich kann nicht immer auf etwas hinstreben und man sieht nie eine Besserung. Grenze: Zuversicht wenn Erfolge ausbleiben</p>
<p>[16/Schwindel] <i>Gleichmässigkeit, Regelmässigkeit.</i> → In Stresssituationen ist die Anspannung zu viel und die Entspannung nicht vorhanden. Die Entspannung muss vielleicht gar nicht so lang sein, es muss überhaupt eine geben. So kann ich mir zwischendurch Zeit nehmen und mich hinsetzen. Dann freut es mich auch in die Schule zu gehen, ins Training oder so.</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: Schule und Training nicht zu Stressfaktoren werden lassen Benefit finding: gleichmässige Verteilung von Anspannung und Entspannung</p>	<p>Identität: Ich merke nicht, wenn es mir zu viel wird. Grenze: Anspannung /Entspannung nicht mehr als Gegensätze sondern als Miteinander erleben.</p>
<p>[17/Kurzsichtigkeit] <i>Auf das Innere, die Mitte konzentriert</i> → Und ich weiss, auf das da drinnen kann ich mich verlassen. Das ist das gesunde Selbstbewusstsein, dass man sich innen gerne hat. Da spüre ich mich, da weiss ich, da bin ich. Diese Mitte zeigt mir „da ist mein Weg!“</p>	<p>Benefit findig: innere Zentrierung, Selbstbewusstsein, Selbstliebe</p>	<p>Identität: Ich möchte immer an zehn Sachen teilhaben. Ich wollte ich könnte mich teilen und an allem dabei sein. Grenze: bewusst werden, wo fühle ich jetzt eigentlich genau.</p>
<p>[18/Ohrenschmerzen] <i>Stauen</i> → Mein Drang in die Zukunft und mein Drang Ziele anzustreben muss gestaut werden. Das würde heissen, für mich sein und die Gegenwart voll ausschöpfen, grad so sein, mich sein, meinen Weg machen. Mich nicht so stark auf andere fixieren</p>	<p>Benefit findig: eigene Gegenwart voll ausschöpfen und weniger auf andere fixiert sein</p>	<p>Identität: Ich versuche zu allen möglichst nett zu sein und passe mich eher an. Ich gehe total auf andere zu und bleibe dann in diesem Geben drin. Grenze: mehr im Moment und mehr bei sich selbst sein</p>
<p>[19/Kopfschmerzen] <i>sich fallen lassen, träumerisch sein</i> → Ich glaube, das ist fest von zu Hause her. Von diesem immer arbeiten, von diesem mega Gas geben. Und man muss sich rechtfertigen, wenn man sich ausruht. Nur schon zu Hause die Zimmertüre zu machen von meinem Zimmer und für mich sein – nur schon das, nur schon die Türe zu machen ... und sie draussen lassen!</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: leistungsorientierte Familienwerte Benefit finding: Unterstützung des eigenen Lebensstils gegen kollektiven Druck</p>	<p>Identität: Ausruhen braucht Rechtfertigung. Bezogen sein und arbeiten ist richtig. Grenze: Türe von meinem Zimmer zu machen und für mich sein.</p>
<p>[20/Rückenschmerzen] <i>Faul sein, sich Zeit nehmen, setzen lassen</i> → Bis vor kurzem musste ich immer schneller und besser sein. Nun lerne ich, dass man auch mit nichts tun zufrieden sein kann mit sich selber und sich gerne haben kann. Das hängt stark mit meiner Familie zusammen, dass ich mich gerne haben darf, unabhängig von jeder anderen Wertung. Ich muss gar nichts leisten, um mich gerne zu haben.</p>	<p>Einbettung in Lebensumstände: leistungsorientierte Familienwerte Benefit finding: faul sein dürfen, Wertschätzung von Leistung trennen</p>	<p>Identität: Ich muss besser und schneller sein als die anderen. Grenze: sich gerne haben, ohne etwas zu leisten.</p>

• Interviewanalyse Pb-Nr. 1 •

➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	010 – 086
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	087 – 280
III	Entfaltung des subjektiven KS-Erlebens	281 – 533
	a) Wahrnehmung des subjektiven KS-Erlebens: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	534 – 654

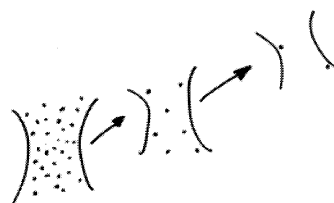
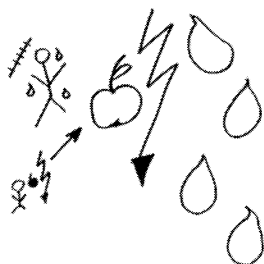
➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Nahrungsmittelallergie	
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	spontan (I / II): Ich merkte, dass etwas mit dem Mund war, dass mich der ganz Mund ge-juckt hat. Ich bekam Mühe mit dem Atmen. Es hat so ein bisschen zugemacht hinten (189). ... und Herzklopfen habe ich dann auch gehabt (197).	
	Entfalten (III a-c): Es kitzelt auf der Haut, den ganzen Hals, innen drin. Es ist auch ein wenig ein Brennen. Stell dir vor, du trinkst einen scharfen Schnaps, ein wenig mit Ameisen gemischt. Ich stelle mir vor, dass diese Ameisenfüßchen, die ich da innen am Hals habe, also wirklich so rauf und runter und das halt ein wenig brennt. Nein, Schnaps ist ein bisschen übertrieben, aber es brennt ein wenig (315-324). Ich hab's bildlich relativ genau vor mir [die Ameisen]. Ihre kribbelnden Beine, hin und her, vor und zurück, hinauf und hinunter in einem Riesentempo [die Finger bewegen sich wie die Beine der Ameisen] (345 – 375) → Durchhaltewillen, Unwillkürlich (431).	
2) Sinn und Bedeutung (III d)	ein wenig zielorientiert und trotzdem spontan (482) → Ich hatte lange das Gefühl, alles steuern zu können und sagte ‚ich mache das, das und das‘. Und ich merke langsam, dass Dinge willkürlich passieren und ich das auch annehmen muss (510). Jetzt bspw. zu merken, wie fixiert ich war, welche Studienrichtung ich einschlage. Es gab keinen anderen Weg. Und jetzt merke ich, dass noch viele andere Ideen kommen und ich offener werde. Ich muss es so nehmen, wie es kommt, weil auch meine Interessen sich ändern und nicht dass ich einfach bei dem bleibe, was ich vor 3 – 4 Jahren wollte.	
3) Perspektive verbal (II / IV)	Es ist extrem mühsam, zu merken was geht und was nicht geht [essen] (100). Und jetzt ist mehr eine Angst, weil ich weiss, wie meine Mutter angefangen hat. Dass es jetzt auf einem Niveau ist, wo sie auf allzu viel allergisch ist, auch noch auf Material. Wie komme ich aus dem ganzen heraus? Ich müsste es eigentlich nicht haben und möchte nicht so enden [wie sie] (219).	Ich denke, ändern kann ich das nicht Es ist nicht mehr irgend etwas, sondern es hat ein wenig Gestalt angenommen. Es ist sicher nicht besser, aber – das ist jetzt ein bisschen komisch – aber man kann es ein wenig aus einer anderen Perspektive anschauen. Es ist nicht mehr „äh, was kommt jetzt?“, sondern es kommt etwas Bestimmtes. Ich kenne es eigentlich schon. Es ist mir nicht mehr völlig fremd (540-555).

3) Perspektive zeichnerisch (II / IV)

Eine Angst, die von direkter Erfahrung stammt. Angst, dass diese grösser oder zu gross werden könnte.

Immer wieder mal Hoffnung, das Symptom als Ganzes zu sehen und so beseitigen oder damit leben zu können.



Erklärungen Eine Angst, die aus der direkten Erfahrung stammt. Angst, dass diese grösser wird oder zu gross werden könnte (Bildlegende). Immer wieder mal Hoffnung, das Symptom als Ganzes zu sehen und so beseitigen oder damit leben zu können (Bildlegende).
Es ist so, wenn ich länger darüber nachdenke, mich immer wieder damit beschäftige und neue Aspekte sehe, dann merke ich, dass ich es eigentlich ein wenig zusammenfügen kann, nicht grad wegschmeissen (602 – 610)

4) Fragebogen SOC: 44 / OE: 37 I-Schwierigkeit: 6 / EXP: 5

Zusätze

Kausalattribution Allergien sind teilweise vererbt. Bei mir begann es mit Heuschnupfen als ich etwa 10 Jahre alt war. Dann kamen Äpfel dazu mit ca. 13 Jahren und dann kamen Nüsse.

Selbstbild / Grenze Ich sehe mich ein wenig darin: Durchhaltewillen, dieses Unaufhörliche, dieses leistungsbringende Etwas, ein wenig zielorientiert und trotzdem spontan (480). Ich hatte lange das Gefühl – also es ist auch so – dass ich alles steuern kann, vor allem mein Leben selber. Dass ich alles genau habe und sage ‚ich mache das, das, das und das‘, wenn ich es so wollte. Ich merke, das geht nicht so. Es passieren Dinge willkürlich und dass ich das eben auch annehmen muss, dass ich mich da durchwinde – eja. (510).

Schlussbemerkung Wenn ich mich immer wieder damit beschäftige und neue Aspekte sehe, dann merke ich, dass ich es eigentlich ein wenig zusammenfügen kann und nicht grad wegschmeissen (604). Es war super! Es war mal eine völlig andere Erfahrung, und auch noch lustig (650).

Ich mache mir besonders viele Gedanken über ---

• Interviewanalyse Pb-Nr. 2 •

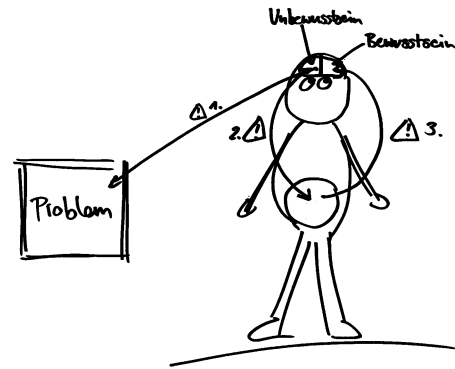
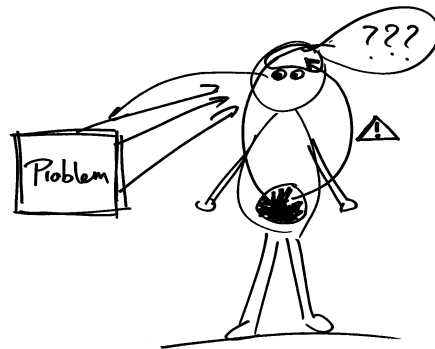
➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	007 – 202
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	203 – 371
III	Entfaltung des subjektiven KS-Erlebens	372 - 726
	a) Wahrnehmung des subjektiven KS-Erlebens: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	730 – 744 001 – 196

➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Bauchschmerzen
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	spontan (I / II): Es schlägt mir auf den Magen (010). Entfalten (III a-c): Es tut mir weh im Bauch, nicht im Unterleib. Es ist angespannt. Der Bauch zieht sich etwas zusammen [Gesten begleiten das Gesagte]. Ein bisschen verkrampft. Wenn er vorher grösser ist, zieht er sich etwas zusammen. Wenn er [der Magen] vorher grösser ist, zieht er sich etwas zusammen (377 – 382). Es brodeln natürlich auch ein wenig, es ist etwas am tun, es kocht ein wenig (422). Es ist recht fest und lang anhaltend, ein schleichendes Gefühl (450). [umfasst meine zu einem Hohlraum geformten Hände] Ich mache etwas, dass ihn ein wenig durcheinander bringt und ein wenig zusammendrückt (464). Zusammendrücken, und bewegen, nicht loslassen, kleiner machen (470). Aufruhr machen, etwas bewegen, damit etwas geändert wird (512); auf etwas aufmerksam machen (536)
2) Sinn und Bedeutung (III d)	→ auf etwas aufmerksam machen (536), ist ein bisschen wild, unkontrolliert, und breitet sich aus (578) → Die Frage ist, will ich das sein (613)? In Konfliktsituationen, wenn man Streit hat oder so, dann ist man ja meistens nicht unbewegt [schiebt ein Lachen nach] (623). Ich würde gewisse Bemerkungen fallen lassen, was mich stört oder verletzt hat; aber ich habe halt Mühe Schwäche zu zeigen – ich bin eher jemand, die easy und cool bleibt (647 - 652).
3) Perspektive verbal (II / IV)	das stört mich, aber ich habe gewusst ... (250) Ich finde es spannend, dass die Art der Energie, die sich dann bei einem KS bemerkbar macht (018), auch etwas ist, das zu unserem Wesen gehört (022), ... zur Ganzheit, aber vielleicht wenig zur Geltung kommt (030); eine Art, wie sich das Unbewusste äussert (033). Es ist sicher oft das gleiche, was sich in Träumen äussert (043)

3) Perspektive zeichnerisch (II / IV)



Erklärungen

...Zusammenspiel von meinem Hirn, Verstand, meiner Vernunft und meinem Körper (327); [Magen] gibt eine Warnung „das musst du ernst nehmen, das ist etwas wichtiges“ (350). Das ist für mich so ein wenig der Kreislauf der Beziehung (365)

Ich muss es extra ein wenig anders machen. Es ist so: Das Problem sagt dem UBW zuerst „he, Achtung!“ (1). Das UBW sagt dem Magen „Achtung!“ und sagt dem BW „Achtung!“ und das BW sieht dann erst das Problem. Das BW versteht es erst dann. Und die Äuglein schauen im Moment noch ein wenig woanders hin. Und erst nachher würden sie dann da hinüber schauen.

Also dass da (2) ein Problem ist, ist mir bewusst und der Magen verstärkt es höchstens noch ein wenig. Und da (1) hat der Magen eine viel wichtigere Funktion, weil der Magen es mir erst bewusst macht. Die Wichtigkeit der KS wird noch betont (185).

4) Fragebogen

SOC: 51 / OE: 45

I-Schwierigkeit: 7 / EXP: 4

Zusätze

Kausalattribution

Bauchschmerzen: Vor einem wichtigen und vor allem schwierigen Gespräch. Erst mit den Magenschmerzen merke ich manchmal, wie sehr mich etwas beschäftigt. Ich verdränge Gefühle und solche Dinge, weil ich eher ein Kopfmensch bin (040). Wenn ich warten muss auf eine Entscheidung, wenn ich nicht am Hebel bin (250).

Selbstbild / Grenze

Ich habe Mühe, Schwäche zu zeigen. Ich bin eher jemand die findet „easy, cool bleiben“ (652). Ich hätte konsequenter sein sollen und Dinge grad von Beginn weg ansprechen. Da war eine Situation, als wir uns gesehen haben einen Abend lang und ich habe es ihm erst am Schluss gesagt, was ich ihm eigentlich sagen wollte. Und klar, mein Bauch hat mir sicher schon von Beginn weg [seit Beginn des Treffens] gesagt, „sag’ ihm das!“ Aber ich habe so wie den richtigen Moment gesucht, um das anzusprechen – der nie kam – und in den letzten 5 Minuten spürte ich „Scheisse, das muss ich ihm aber noch sagen!“ (682)

Schlussbemerkung

Ich mache mir besonders viele Gedanken über grösseren Zusammenhang der Dinge, Sinn.

• Interviewanalyse Pb-Nr. 3 •

➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	018 – 133
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	134 – 365
III	Entfaltung des subjektiven KS-Erlebens	366 – 633
	a) Wahrnehmung des subjektiven KS-Erlebens: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	634 – 740

➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Chronische Müdigkeit
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	<p>spontan (I / II): wenn ich mal nicht müde bin, dann hat es meistens damit zu tun, dass ich grad glücklich bin und so. Dann ist die Müdigkeit weg (025). Ich bin überhaupt kein Morgenmensch. Ich brauche erst mal 2 Stunden, bis ich irgendwie mal fähig werde mit anderen zu sprechen, etwas zu essen. Am Morgen kann man mich nicht brauchen. Ich habe nicht wirklich eine Zeit, wo ich fit bin, sondern meistens bin ich gegen 10 Uhr mal ein wenig wach. Aber nach dem Mittagessen könnte ich wieder schlafen gehen. Und wenn ich von der Schule komme: ich könnte gleich wieder schlafen gehen. Und nach dem Nachtessen auch wieder. So um 20 Uhr wäre ich meistens fähig zum Einschlafen (142 – 155). Wenn ich über längere Zeit nur 6 Stunden schlafe, dann ist mir schlecht (184).</p>
	<p>Entfalten (III a-c): Es ist im Kopf – nicht Kopfweh – aber so ein wenig. Die Gedanken sind ein wenig gedämpft. Es ist schwierig sich zu konzentrieren und die Augen offen zu halten (370). [Es ist] wie gerade vor dem Eindämmern (385), [oder ein Gefühl] wenn etwas ganz langweilig ist (389). Es ist ein Gefühl, wenn man in einem warmen weichen Bett liegt. Es ist spät in der Nacht und man hat einen schweren Tag hinter sich. Man ist ein bisschen zerschlagen [Symptommacher]: das ist ein Mann. Er macht gerne schöne Sachen und setzt seine Kräfte gerne für schöne Sachen ein, um die Welt zu sehen, die Natur. Er ist nicht gerne unter allzu vielen Menschen. Lärm erträgt er nicht so gerne, schaltet von den Gedanken ab und macht einfach den Kopf frei, entspannt mal. (520) Der macht das Gegenteil vom Alltag, keine Verantwortung haben müssen, ist selbstbewusst, locker, stolz</p>
2) Sinn und Bedeutung (III d)	<p>→ [selbstbewusst, locker, stolz (534). Da steckt Optimismus und Freiheit drin (572). → Ich muss mir nicht allzu viele Sorgen machen und [nehme] wie es grad hineinpasst: jetzt die Schule langsam fertig machen und im nächsten Sommer etwas beginnen, was ich möchte. Ich möchte mich nicht zu fest einschränken (613). Bei fremden Menschen und in Umgebungen, wo ich eine andere Meinung habe, finde ich es ein bisschen schwieriger (622).</p>
3) Perspektive verbal (II / IV)	<p>Es nervt mich (071). Ich habe es irgendwie akzeptiert (225). Ich beklage mich oft darüber, aber ich weiss auch, dass ich nicht viel machen kann (239). Es ist halt einfach da. Meistens ist es schlimmer, wenn die ganze Zeit ein Schulstress ist und ich viel lernen muss. Dann ist es präsenter. Dann habe ich ein Ziel vor Augen, wenn diese Phase überstanden ist und dann ist es wieder gut. Dann belastet es mich auch weniger (302).</p> <p>Er [Symptommacher] unterdrückt die Müdigkeit und siegt darüber. Ich kann sie sehr gut unterdrücken. Dazu ist eine solche Charaktereigenschaft [selbstbewusst, locker, stolz] nützlich. Das ist sicher nicht meine Persönlichkeit, aber ein Teil halt so, der Dinge ein wenig wegschiebt (643)</p>

3) Perspektive zeichnerisch (II / IV)



Ich muss den Berg überwinden, aber ich sehe das Licht, die Hoffnung ist immer da, das Ziel zu erreichen.



Schlechte Gedanken & Gefühle werden vom Optimismus und Verlangen nach Freiheit besiegt.

Erklärungen

Das bin ich und dann ist eh alles, dann hat es Riesenerge rundherum und Müdigkeit ist einer dieser Berge. Das ist irgendwie ein Berg, vor dem ich dann aber weiss, dass es auf der anderen Seite ein Lichtchen hat. Da ist die Sonne. Und ich muss zu dieser Sonne, auch wenn ich weiss, das sind vielleicht 3 – 4 Wochen bis ich den Berg überwunden habe (331 - 340).

Ich könnte auch um den Berg herumgehen. Es kommt alles auf mich zu, aber er läuft einfach davon weg. Nicht einfach davon laufen, es ist schon eher gehen, aber einfach minimiert. Es ist nicht so präsent (663).

Ich versuche es doch nicht einfach zu verdrängen, weil es wieder kommen könnte, aber vielleicht habe ich doch nicht so viele Symptome, weil ich die Sachen lieber abschüttele und es nicht so stark in mich hineinfresse (710 – 720).

4) Fragebogen

SOC: 48 / OE: 39

I-Schwierigkeit: 7 / EXP: 6

Zusätze

Kausalattribution

chronische Müdigkeit: Sehr oft bin ich müde. Wenn ich mal nicht müde bin, dann hat es meistens damit zu tun, dass ich grad glücklich bin und so. Dann ist die Müdigkeit wie weg (023 / 163). Ich bin kein Morgenmensch. Ich kenne das seit ich etwa 9 oder 10 Jahre alt bin. Mit dem Gymi wurde es noch schlimmer, weil ich immer früh zur Schule musste. Dass es sich über den ganzen Tag hinzieht, ist seit ich 12 Jahre bin. Ich bin auch ein bisschen selber Schuld, weil ich erst so spät ins Bett gehe.

Selbstbild / Grenze

Wenn ich mal nicht müde bin, dann hat es meistens damit zu tun, dass ich grad glücklich bin und so. Dann ist die Müdigkeit wie weg (023). Ich möchte nie müde sein (071). Ich will halt mein Leben nicht verpassen. Ich möchte nicht zu Hause hocken und von allen hören, was sie machen (096). Man kann sich auch vieles [Stress] selber machen. Meine Mutter ist so ein perfektes Beispiel: sie macht sich immer einen Riesenstress und das schlägt ihr auf den Kopf oder in den Rücken. Ich möchte es ein wenig locker sehen und ein bisschen optimistisch sein. Ich mache mir immer zu viele Sorgen, vor allem wenn ich etwas nicht kenne, fremde Menschen, Umgebungen (600).

Schlussbemerkung

Ich mache mir besonders viele Gedanken über Zukunft

• Interviewanalyse Pb-Nr. 4 •

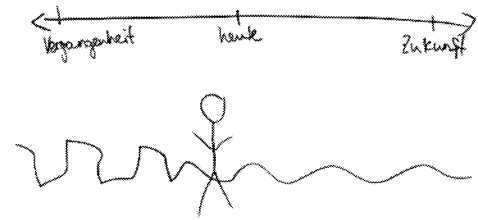
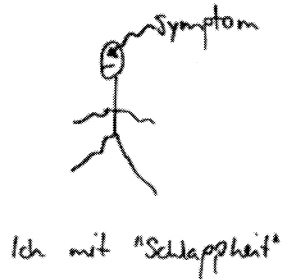
➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	013 – 210
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	211 – 365
III	Entfaltung des subjektiven KS-Erlebens	366 – 725
	a) Wahrnehmung des subjektiven KS-Erlebens: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	726 – 760 003 – 100

➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Chronische Müdigkeit
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	<p>spontan (I / II): Es ist eher ‚Schlappheit‘, dass ich nicht wirklich wach werde, so den ganzen Tag herumlungern (190). Es ist wahrscheinlich auch saisonbedingt, dass ich es im Winter viel mehr spüre als im Sommer. Im letzten Winter hat es so ein bisschen angefangen und diesen Winter war wieder (217). Bei mir als Schülerin hat es vielleicht auch damit zu tun, dass ich mich nach den Ferien besser fühle. Und je länger und dichter das Programm wird, desto weniger Zeit habe ich, meine Energiereserven übers Wochenende oder Nacht wieder aufzufüllen (229).</p> <p>Entfalten (III a-c): Meine Energien sind dann ein wenig herunter-gefahren (374), so ein wenig träge, im Sinn von bequem (388). Es ist wie schwerer und alles zieht mehr gegen den Boden. Mein Fuss ist schwer, mein Bauch ist schwer, meine Schultern sind schwer, meine Hände sind schwer. Es setzt sich alles so in Position und will nicht mehr weg (400). Ich habe viel Gewicht auf mir (447). [Die Schwere geht] ein bisschen behäbig, so dass man das Gewicht auf jedem Fuss hat. Nicht leichtfüssig, sondern das Gewicht auf jedem Fuss. Langsam, aber nicht zu langsam. So wie man über jeden Schritt nachdenken müsste (566). Den Kopf hat sie grad aus, ein bisschen verträumt, [schaut] so halb auf den Boden runter, ein bisschen schräg (575). Sie ist so ein wenig mit einer Scheibe. Sie ist mehr mit sich selber (579). Das gehen ist wie ein Automatismus, einen Schritt vor den anderen (610). Es ist stet, nie zu schnell, immer gleich.</p>
2) Sinn und Bedeutung (III d)	<p>Es zwingt mich, dieses Tempo zu machen (617). Das sind wie Sinuswellen, kommen und gehen, sind nicht abrupt da oder abrupt weg. Es sind wie konstante Wellen (627) → Rhythmus (688) → Das bringt mich dazu Dinge stetiger machen, mich nicht so verzetteln, und langsamer, mehr nach Plan vorzugehen (666). Das ist auf die Schule bezogen aber auch auf die Wochenenden (670). Damit ich besser den Überblick habe (708). Die Konstante fehlt mir und ich denke, es wäre gut zum haben (710).</p>
3) Perspektive verbal (II / IV)	<p>Es ist irgendwie recht normal geworden. Es ist ein Teil von mir, aber nicht einer, den ich nicht mehr hergeben wollte. Ich nehme es ein wenig hin. Ich finde nicht, ich muss kämpfen (279 – 285). Wieso jetzt wieder? Das bring's irgendwie nicht. (737)</p> <p>Vielleicht eine andere als vorher, dass ich sehe, dass es einen Sinn dahinter hat, dass es so ist und dass es nicht umsonst so ist. Ich weiss jetzt ein wenig mehr darüber. Und ich weiss besser, was ich davon halte, dass ich dann auch besser damit umgehen oder dagegen angehen kann oder mir schauen; dass sich die Perspektive geöffnet hat (743 – 760).</p>

**3) Perspektive
zeichnerisch (II /
IV)**



Erklärungen

Ich bin keine Künstlerin, sondern eine Denkerin. Ich überlege mir eben immer zuerst alles, das ist so schlimm (301).

Jetzt muss ich eine lasche Person zeichnen (316). Das bin ich mit dem Symptom (333). Ich nehme es hin. Es ist halb ein Teil von mir. Es ist halb drin, gehört aber nicht zu mir (342). Es kommt von aussen, aber es kommt in mich hinein (356).

Ich denke mein Leben, das sind Wellen. Aber sie sind nicht so schön, sondern irgendwie verzerrt und verzittert. Vielleicht kommt dort ein bisschen mehr Rhythmus hinein (688).

4) Fragebogen

SOC: 40 / OE: 40

I-Schwierigkeit: 6 / EXP: 5

Zusätze

Kausalattribution

chron. Müdigkeit: Ich habe manchmal Stress, selbst verursacht – weil ich ein wenig Abschieberin bin. Ich mache mir teilweise selber soviel Stress, über Dinge, die ich gar nicht sollte oder wo ich nichts machen kann, wo ich mir so viel überlege (025 – 039). Ich denke dann immer dasselbe und komme nirgends hin und es ist frustrierend (040). Ich fühle mich ausgelaugt, weil ich zuviel gelernt habe oder zu viele neue Sachen aufgenommen habe und es ist dann teilweise überladen (044). Vielleicht hat es auch damit zu tun, dass am WE mein Lebensrhythmus fast 12 Stunden verschoben ist, weil dann ist das Nachtleben angesagt (lacht um dieses Thema herum viel) (071). Es ist wahrscheinlich auch saisonbedingt, dass ich es im Winter viel mehr spüre als im Sommer. Im letzten Winter hat es so ein bisschen angefangen und diesen Winter war wieder (217).

Selbstbild / Grenze

Immer dieses Aufschieben, das habe ich von meinem Vater. Aber irgendwie, ich bin nicht die, die jeden Abend hinhocken kann und die Aufgaben für eine Woche im Voraus macht (S651). Immer wenn ich mal wieder nichts mache und dann habe ich einen Stress – da sind so die Ecken (691). Ich probiere es [die Konstanz] immer wieder, aber auf die grosse, lange Dauer wähle ich den einfacheren Weg (725).

Schlussbemerkung

Ich mache mir besonders viele Gedanken über meine Zukunft

• Interviewanalyse Pb-Nr. 5 •

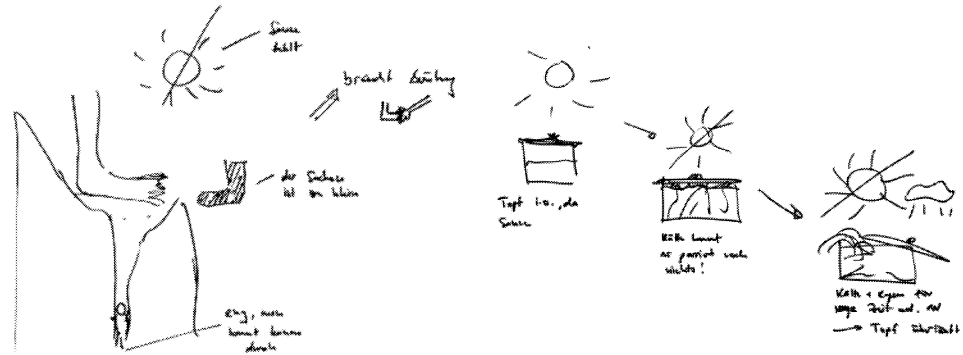
➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	007 – 193
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	193 – 483
III	Entfaltung des subjektiven KS-Erlebens	484 – 525
	a) Wahrnehmung des subjektiven KS-Erlebens: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	526 – 603

➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Kalte Hände und Füße	
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	<p>spontan (I / II): Man sagt, dass 80% der Frauen mit Schleudertrauma später eine Schilddrüsenunterfunktion haben. Die Symptome sind vor allem kalte Hände und Füße (030). Ich habe generell eine tiefere Temperatur (228). [Schilddrüsenunterfunktion] ist wie eine Definition, dass all diese Symptome darauf hinweisen und sich durch verschiedene Anzeichen bestätigt. Aber es ist ja nicht etwas das ich merken würde (255). Ich habe es eher am Abend, aber auch sobald ich ein bisschen angeschlagen bin, irgendwie Stress habe oder so – einfach u-kalte Hände und Füße und ich bringe sie einfach fast nicht mehr warm (308).</p> <p>Entfalten (III a-c): Es ist öfter so, dass ich es gar nicht merke, sondern dass es mir jemand sagt (495). Ich merke es erst, wenn ich am ganzen Körper fröstele (504). Aber wenn ich wirklich kalt habe, dann stimmt es mich sehr traurig, dann finde ich „hei, es läuft ja gar nichts!“ Es ist so ein Stimmungseinbruch und von innen ist es kalt und eisig (528). Es ist auch etwas, das die Umgebung kälter macht. Wie wenn ich Eis in den Tee tue, der Tee wird dann auch kälter (545). Es entzieht die Energie, mein Power (546). [➔ keine stimmige Essenz]</p>	
2) Sinn und Bedeutung (III d)	<p><i>keine für die Probandin stimmige Essenz</i> ➔ das mit den kalten Händen und Füßen ist für mich nicht so ein grosses Thema. [Bei grossen Themen] mache ich mit dieser [befeundeten] Psychologin dann eher eine Meditation, dass eine andere Ebene hineinkommt, wo sich die Probleme durch einen tieferen Sinn ausdrücken. Zum Beispiel, dass wenn ich jetzt wenig frei bin, dass mir Bilder kommen von einem Adler im Käfig. Wir diskutieren das eigentlich nie im Gespräch. Es ist immer auf einer anderen Ebene.</p> <p>Auf die Frage, ob sich Anwendungen der Kälte-Wärme-Diskussion auf das Leben ergeben: Ich fühle mich im anderen [dem gewohnten Verhalten] sicherer.</p>	
3) Perspektive verbal (II / IV)	<p>Bevor ich nicht wusste, dass das ein Symptom der Schilddrüsenunterfunktion sein könnte, habe ich dem wenig Beachtung geschenkt. Es war so „warum bringe ich sie nicht warm?“ (298). Jetzt reagiere ich schneller und ziehe dicke Wollsocken an, auch wenn alle anderen Barfuss sind (350).</p>	<p>Es hat noch einen anderen Aspekt bekommen, dass jetzt etwas hinaus kann. Und trotzdem sehe ich es nicht als Normalisierung. Es könnte besser sein als so (932).</p>

3) Perspektive zeichnerisch (II / IV)



Erklärungen	Das ist mehr symbolisch (460). Es ist so wie, also dort ist es eng und man kommt nicht durch und mit den Füßen: man bringt sie nicht warm. Es ist so, dass ich mich beengt fühle (465). Die Socken sind zu klein (470).	Topf i. O., da Sonne Kälte kommt, es passiert noch nichts Kälte + Regen für lange Zeit oder viel → Topf überläuft!
-------------	---	---

4) Fragebogen	SOC: 45 / OE: 39	I-Schwierigkeit 5 / EXP: 4
---------------	------------------	----------------------------

Zusätze

Kausalattribution	Schilddrüsenunterfunktion: Man sagt, dass 80% der Frauen mit Schleudertrauma haben später eine Unterfunktion der Schilddrüse. Die Symptome davon sind vor allem kalte Hände und Füße.
Selbstbild / Grenze	Ich bin eigentlich ein Alphantier und auch ein bisschen dominant. Ich habe meistens etwas zu sagen (849). Ich komme als Mensch zu wenig zum Zug (858).
Schlussbemerkung	---
Ich mache mir besonders viele Gedanken über	---

• Interviewanalyse Pb-Nr. 6 •

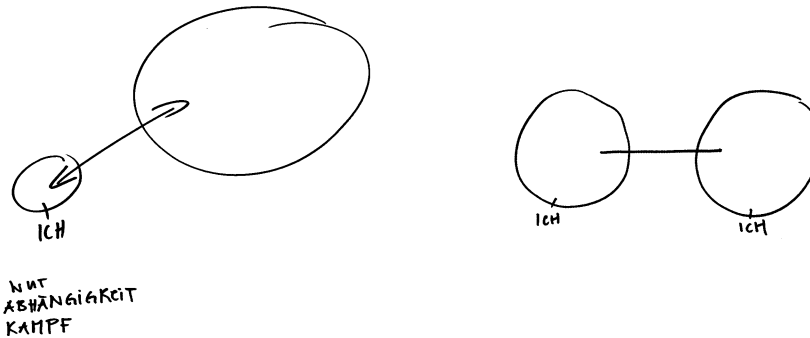
➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	020 – 116
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	118 – 279
III	Entfaltung des subjektiven KS-Erlebens	280 - 525
	a) Wahrnehmung des subjektiven KS-Erlebens: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	526 - 603

➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Bauchschmerzen	
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	spontan (I / II): Also Schmerzen, das ist dann halt so ein grummeln im Bauch (050). Es raunt und blubbert. Der [Magen] ist völlig am Durchdrehen (186)	
	Entfalten (III a-c): Wie wenn so ganz kleine Luftballöchen im Bauch zerplatzen. Also ein richtiges Blubbern (289). Wenn der Magen weh tut, wie mit Stricknadeln, wie wenn jemand rein sticht. Beim Einatmen ein richtiges Stechen. Das ist dann extrem (290). Das Stechen setzt mich ausser Kraft und ich kann nur noch hinliegen. Dann geht gar nichts mehr (306). ... so wie Stricknadeln, was Stumpfes, so in die Magengegend rein (316). Das ist so nadelmässig, eher ein Kneifen, spitzig kneifend, recht wenig Haut [kneift mich in den Arm, wenig Haut zwischen den Fingern, geht sehr fokussiert dran] (341). Es ist ziemlich stark und hat ein klares Ziel vor Augen (365), mit viel Kraft auf ein klares Ziel fixiert, ein klares Ziel vor Augen (384).	
2) Sinn und Bedeutung (III d)	Konzentriere dich auf das Ziel (411), versuche nicht von den unangenehmen Dingen wegzugehen (437) → Befreiung (476) → Ich kann mich noch nicht ganz befreien, weil es noch etwas gibt, wo ich am Zuhause hänge. Es sind familiäre Sachen, wo ich darüber nachdenken muss. Es sind viele Hürden und immer wieder werde ich zurück gestossen und ich muss wieder von vorne anfangen. Ich sehe es als meine Aufgabe und kann's deswegen noch nicht beenden. Dann kann ich mich irgendwie befreien und sagen ‚fffff‘.	
3) Perspektive Verbal (II / IV)	Ich hab' es überhaupt nicht mehr unter Kontrolle (130)... das [Bauchweh] wirklich zuletzt noch gebrauchen kann, dann würd' ich es am liebsten verwünschen. So viel Krämpfe gibt's doch gar nicht auf der Welt!!! – Das [möchte ich] einfach loswerden! (222)	Ich seh' jetzt mehr Zusammenhänge. Ich kann's jetzt viel mehr steuern. Es ist ein völlig neuer Aspekt dazugekommen. Ich habe viel mehr Schritte weiter gedacht. Ich hab's bis jetzt nicht auf diesem Weg gesehen. Das wurde mir jetzt wie gezeigt (534)

**3) Perspektive
zeichnerisch
(II / IV)**



Erklärungen

Das Symptom ist ein Teil von mir

4) Fragebogen

SOC: 36 / OE 32

I-Schwierigkeit 7 / EXP: 6

Zusätze

Kausalattribution	Bauchschmerzen: Da hab' ich das Gymi schon mal probiert, bin aber aus der Probezeit gefallen. Das ist das, was vor 4 Jahren passierte.
Selbstbild / Grenze	Befreiung .. Ich hab's eben eigentlich, aber ich kann mich noch nicht ganz befreien, weil es noch irgendwie etwas gibt, wo ich am Zause hänge. Ich hänge an meinem Zuhause und sehe es als meine Aufgabe, das mit meiner Familie zu erledigen (509). Und Befreiung kann ich erreichen, wenn ich diese Aufgaben nicht umgehe (520)
Schlussbemerkung	Ich find's merkwürdig, dass ich noch nie so ein Gespräch geführt habe und jetzt so was dabei rauskommt. Völlig überraschend! Schöne Überraschung (565). Das ist jetzt wirklich was, was ich anders sehen werde. Wirklich so ein bisschen durchs Bauchgefühl denken. Kein angenehmes Gefühl, und trotzdem drauf hören. Mein Körper [...in der Tonlage etwas Liebevolltes und Erstauntes]
Ich mache mir besonders viele Gedanken über	meinen Vater

• Interviewanalyse Pb-Nr. 7 •

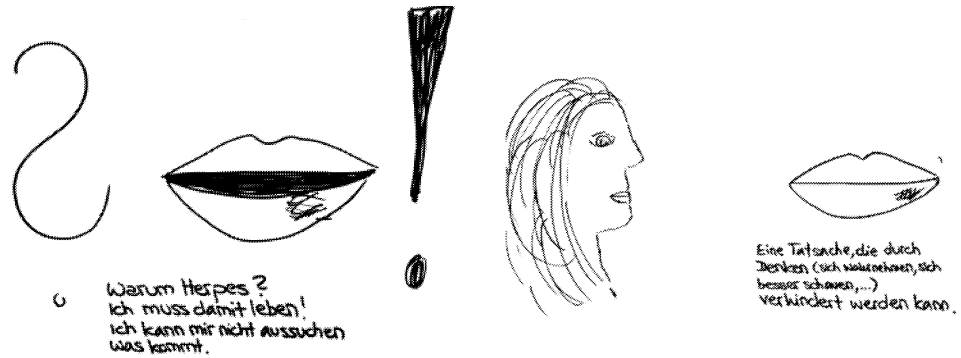
➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	006 – 210
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	211 – 469
III	Entfaltung des subjektiven KS-Erlebens	470 - 795
	a) Wahrnehmung des subjektiven KS-Erlebens: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	796 - 924

➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Herpes
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	<p>spontan (I / II): Durch das Herpes-Virus werde ich immer wieder beeinträchtigt (011). Das ist eigentlich ein Stressfaktor, wenn die kommen (067). Es zieht sich alles zusammen und tut wirklich mega weh! (150). Es ist wie wenn du Halsschmerzen hast irgendwo ganz weit hinten, dann beißt es so und du kommst nicht hin (180).</p> <p>Entfalten (III a-c): Es zieht sich alles zusammen [macht mit den Fingern eine entsprechende Geste] (484). Dann bilden sich mal so erste Bläschen und wenn du sie berührst, dann tut es schon recht weh (484 – 489). Das Zusammenziehen hört erst auf, wenn das Ganze weg ist (494). Es ist nicht so ein Ruck, ... es ist irgendwie [macht ein gleichmässiges, langsames, sorgfältiges Zusammenziehen mit den Fingern am Kissen] Das knistert so, wie wenn du etwas zusammenfassen willst, so ein Häufchen machen (567). Ich [Das Virus] hole alles gesunde, damit der letzte Widerstand noch ausgeschaltet wird. Dann kann ich mich möglichst gross verteilen (596). Das Virus holt und nimmt sich ohne zu fragen. Es ist sehr bestimmt, kraftvoll und entschlossen (633). Der Virus will es jetzt und fertig! (643). Ich will das! Es ist mir wichtig! → mich durchsetzen</p>
2) Sinn und Bedeutung (III d)	<p>Mich durchsetzen (710). → Ich musste gegen mich selber kämpfen, dass ich mich nicht einfach meiner Mutter gefügt habe. Ich musste da wie durchhalten, weil sie nie akzeptiert hat, dass ich etwas anderes will als sie (709). Was ich eben lerne, dass ich wirklich zu meiner Entscheidung stehe. Wenn mir wirklich etwas wichtig ist, dann nicht zu sagen „ja es ist mir zwar wichtig, aber jetzt lassen wir die anderen halt machen, was sie wollen (718). Und dass ich meine Meinung sagen kann. Ich will ja auch gehört werden (730). Vor einen Menschen hinstehen und es ihm persönlich sagen (745).</p>
3) Perspektive verbal (II / IV)	<p>Ich bin dann stimmungslauniger. Du willst ja auch küssen und so und das geht dann nicht. Deswegen bin ich dann bedrückt (162). Ich habe mich einfach damit abgefunden, dass ich Herpes habe (236). Das hält mich wie irgend-wie am Boden fest, dass ich so ein wenig eingeschränkt bin [durch den Herpes] (258).</p> <p>Ich habe vorher nicht viel darüber nachgedacht. Das finde ich jetzt noch spannend. Das ist eine neue Erfahrung, neue Gedanken sozusagen (800). Ich stehe immer noch auf Kriegsfuss. Ich muss halt auf mich hören, mal sagen „Nein, jetzt ist Schluss!“ (811).</p>

3) Perspektive
zeichnerisch
(II / IV)



Erklärungen	Darüber sprechen ist ja noch leicht, aber wie aufzeichnen? Ich habe wirklich keine Idee. Ich habe noch gar nie darüber nachgedacht. Das ist das einzige, was mir eingefallen ist. Sehr abstrakt (418 – 468).	Dieser Zusammenhang ist spannend. Den habe ich jetzt auch noch nie überlegt (742). Eine Tatsache, die durch Denken (sich wahrnehmen, sich besser schauen, ...) verhindert werden kann
4) Fragebogen	SOC: 31 / OE: 29	I-Schwierigkeit: 5 / EXP: 5

Zusätze

Kausalattribution	Herpes: Ich war wegen Keuchhusten 1996 in Griechenland im Spital und bin dort angesteckt worden mit dem Virus. Und jetzt bekomme ich es, wenn ich viel Stress habe (067).
Selbstbild / Grenze	Sie [Mutter] hat mir immer so vieles verboten, mich eingeschränkt und sich nie für meine Bedürfnisse interessiert (386)... Sehr bestimmt sein, sich zu nehmen ohne zu fragen, das sind dann eher die anderen, das ist dann nicht ich (684). ... was ich wirklich lerne ist, dass ich zu meiner Entscheidung stehe ... mich durchsetze, wenn mir wirklich etwas wichtig ist (715) Ich hatte immer viel Respekt vor meiner Mutter (757). Ich war/bin sehr scheu, habe mich oft sehr zurückgezogen und spreche nicht so gerne. (780).
Schlussbemerkung	Es hat mir sehr gut gefallen und ich kann sehr viel mitnehmen, ein Teil davon ist, Neues auszuprobieren und mich zu zeigen.
Ich mache mir besonders viele Gedanken über	die heutige und die vergangene Gesellschaft

• Interviewanalyse Pb-Nr. 8 •

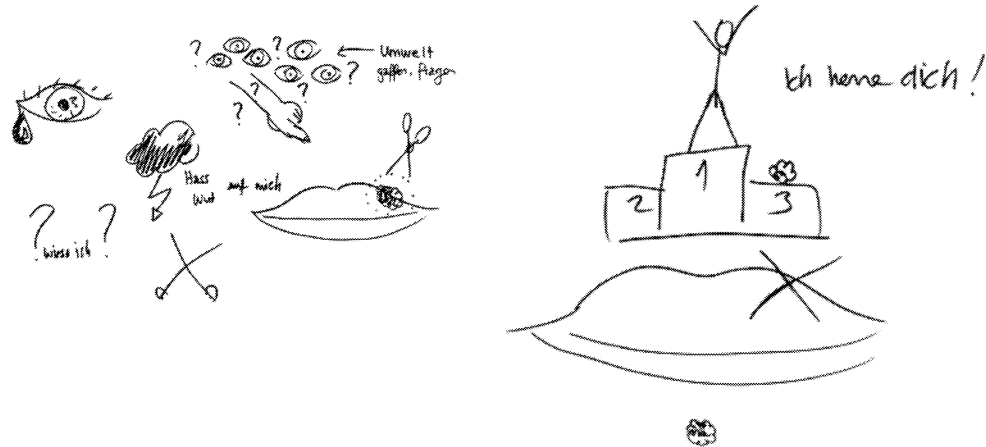
➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	011 – 210
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	211 – 512
III	Entfaltung des subjektiven KS-Erlebens	513 – 873
	a) Wahrnehmung des subjektiven KS-Erlebens: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	874 – 976

➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Herpes
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	<p>spontan (I / II): Das war immer mit unglaublich viel Stress verbunden und vor allem im Winter, wenn die Lippen auch noch ein wenig spröd gewesen sind (032). Das war gar nicht schön (110). Das tut höllisch weh (202). Ich muss nur darüber fahren und dann weiss ich, dass es in 2-3 h kommt. Es ist dann ein blödes Gefühl (325).</p> <p>Entfalten (III a-c): Wenn ich mit dem Finger drüber fahre, dann ist es, wie wenn es kitzeln würde ... als hätte man eine Verletzung darunter, wie ein Mückenstich ... es ist so ein kleiner Stich (523). Es ist meist ein ganz kleiner Punkt, nicht eine Fläche ... auf einen kleinen Punkt konzentriert (537). [Die Mücke sticht] so aggressiv, einfach so drein (572). [Sticht mit Elan und Schwung mit dem Zeigfinger auf das Kissen rein] ... twoaf (592). Ich mache es extra (599). ... stechen und dann kehhh ... (609) und dann [kann ich mich] so richtig schön ausbreiten, weil ich auf etwas einwirken will (616). Nerven, zu unpassenden Zeiten kommen und sich ein bisschen zeigen (693).</p>
2) Sinn und Bedeutung (III d)	<p>Aggression, Wut, unpassend störend und total egoistisch (711). → dass man persönlich weiter kommt, sich nicht ausnützen lassen, z.B. im Schulleben. Wenn die Leute kommen und wollen alles kopieren oder haben Fragen über die Mathi, weil sie nicht verstanden haben (739). Zu Hause in der Küche (lacht leise und etwas ironisch): ich darf kochen, der Rest muss abwaschen. Da gibt es keine Widerrede. Dort habe ich Macht, weil neben meiner Mutter niemand kochen kann. Das nütze ich auch aus, ich gebe es zu (783).</p>
3) Perspektive verbal (II / IV)	<p>Es drückt mich stimmungsmässig hinunter. Und diese Salbe an den Lippen ist eklig. Jeder kommt fragen (195). [Ich habe] Wut. Ich spüre „nein“. Dann bricht zuerst mal eine kleine Welt in mir zusammen. So ein Frust. Muss das schon wieder sein? Es reicht langsam, wieso habe ich das einfach? Man könnte es verwünschen, verfluchen, weg mit dem Zeugs (425 – 439).</p> <p>Ich habe ihn jetzt im Griff und er kann nichts mehr machen! (801) Hilfreich ist es schon gewesen, aber ich habe mich jetzt noch nie so darüber auseinander gesetzt. Aber irgendwie habe ich es schon gewusst (lacht) (840). Jetzt ist er unterdrückt und kommt nicht mehr hervor. Ich habe ihn unter Kontrolle! (881). Jetzt bin ich die Mächtige. Jetzt weiss ich, was vor sich geht (885).</p>

3) Perspektive zeichnerisch (II / IV)



Erklärungen	Einfach abschneiden!	(zeichnet und lacht befriedigt) Das bin ich (zeigt auf die Siegerin auf dem Podest). Und die Blumen sind der Herpes (905).
4) Fragebogen	SOC: 44 / OE: 35	I-Schwierigkeit: 6 / EXP: 4

Zusätze

Kausalattribution	Herpes: vor allem im Winter, wenn die Lippen noch spröd sind. Ich bekam den als ich 15 Jahre alt war, angesteckt von meiner Schwester. Es hat sich dann so schön gesteigert, als es so Richtung Diplomarbeit und Diplomprüfungen ging (106). Herpes wurde schlimmer während der Stresszeiten, während starker Prüfungszeiten (253).
Selbstbild / Grenze	Ich lasse mich überhaupt nicht aus der Ruhe bringen. Ich habe nicht das Gefühl, dass ich Stress habe. (091). Ich persönlich merke den Stress nicht. Ich lasse ihn nicht an mich herankommen. Ich habe eine légère Vorstellung. Auch wenn es so viel zu tun gibt um Prüfungen. Es ist kein Problem. Aber wahrscheinlich habe ich körperlich den Stress gehabt, mit Nervosität und so Dingen, die man halt nicht aktiv unter Kontrolle halten kann und einfach tief innen sind (369). Sorgen machen bringt nichts (392). Wenn ich an mein Schulleben denke, wenn man in Mathe gut ist oder sonst irgendwo, und schöne Hefte hat und alle wollen kopieren: dass man einfach mal ‚nein‘ sagt, anstatt immer nur sich ausnützen lässt und darunter leidet. (793).
Schlussbemerkung	Es ist u-spannend gewesen. Ich habe auch Informationen bekommen, es ist ein spannendes Interview gewesen.
Ich mache mir besonders viele Gedanken über	---

• Interviewanalyse Pb-Nr. 9 •

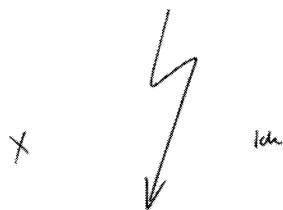
➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	011 – 311
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	312 - 502
III	Entfaltung des subjektiven KS-Erlebens	503 – 854
	a) Wahrnehmung des subjektiven KS-Erlebens: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	855 – 990

➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Rückenschmerzen
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	spontan (I / II): Es hat mir eins reingezwickelt. Es tut weh, so innen durch (330)
	Entfalten (III a-c): Das ist zum Teil wie ein blockierender Stein. Es geht an einem gewissen Punkt nicht weiter (509). Da ist etwas eingeklemmt, wie ein spitzer Stein (524). Es ist wie ein Fremdkörper (537). Ich werde grösser und lasse sie meine Kanten spüren (588). Der geht auseinander [spreizt die angewinkelten Arme vom Körper ab. Lacht dabei. Beginnt sich zu drehen und zu winden] (668). Dazu passt eine Faust (698). Das ist wirklich nervig (711). Er zeigt, dass er da ist (750)!
2) Sinn und Bedeutung (III d)	Dieser kantige und raue Stein will gesehen werden. Es ist wie „usecho“ (762). ... also vielleicht mehr Gefühle zeigen. ... also vielleicht mal zeigen, wenn sie hässig ist (792). Ich bin nicht der Mensch, wenn ich Konflikte habe, dann schreie ich nicht laut herum oder zeige Gefühle. Nur schon sagen, das ist meistens ein Problem bei mir. Ich habe meistens ein Problem damit, wenn ich mit etwas nicht einverstanden bin, dann das auch zu sagen (795 – 802). Kantiger und rauer [könnte ich sein] (816). Wenn ich mit etwas nicht einverstanden bin, sagen „he, nein, für mich stimmt das so nicht!“ anstatt zu allem „ja, ist gut“, obwohl es für mich nicht gut ist (833).
3) Perspektive verbal (II / IV)	<p>Ich kann es nicht brauchen (281). Zum Teil macht es mich traurig, zum Teil hässig (341). Ich fühle mich eingeschränkt, eingeengt, behindert im Sinne von „ich kann nicht das machen, was ich gerne möchte“ (419). Ich habe meinen Rücken, so wie er im Moment ist einfach nicht gern. Ich will einen gesunden Rücken (479),</p> <p>Ich kann es [der Rückenschmerz] mir jetzt vorstellen (861). Es ist nicht mehr so fremd (864). Ich habe es ein wenig kennen gelernt (876).</p>

3) Perspektive zeichnerisch (II / IV)



Ich will einen gesunden Rücken.



Das Symptom und ich haben etwas gemeinsam.

Erklärungen	Ich will das getrennt haben. Ich bin da und der Rücken einfach da (450).	Also ein Herz würde ich nicht zeichnen, weil gerne habe ich es immer noch nicht (889). Der gemeinsame Teil ist in der Mitte. Es ist der grössere teil, den ich nicht möchte (906).
4) Fragebogen	SOC: 20 / OE: 36	I-Schwierigkeit: 6 / EXP: 5

Zusätze

Kausalattribution	Rückenschmerzen: Ich habe eine dumme Bewegung gemacht, als ich ein schweres Gepäckstück im Zug verstauen wollte (22). In der Klinik sagten sie, dass etwas ist zwischen meinem 4. und 5. Brustwirbel. Es sei etwas ein bisschen hinausgedrückt. Kein Bandscheibenvorfall (55). Ich habe mir mal überlegt, weil das mit der Wirbelsäule, das ist immer auf der linken Seite und es ist auch das linke Knie, das schmerzt. Vielleicht hängt das zusammen, aber ich weiss nicht (304).
Selbstbild / Grenze	Wenn ich mal wegen der Rückenschmerzen ein wenig hässig bin, dann findet meine Mutter, ich soll nicht so zickig sein. Es ist selten, wenn ich hässig bin. Ich bin mehr der Mensch, wenn ich Konflikte habe, dann schreie ich nicht laut herum oder zeige Gefühle oder schlage drein ... Aber eben, nur schon sagen, das ist ein Problem bei mir (795). Wenn Dinge geschehen, mit denen ich nicht einverstanden bin. Aber in diesen Momenten kann ich dann nicht sagen „He nein, für mich stimmt das nicht so!“ Sondern zu allem „ja, ist gut“, obwohl es für mich selber nicht gut ist (832).
Schlussbemerkungen	Es war spannend mal darüber zu sprechen, also sich mal mehr Gedanken zu machen, als immer nur „nein, jetzt habe ich wieder Rückenweh!“ Also einfach mal in sich hineinzufühlen.
Ich mache mir besonders viele Gedanken über ---	

• Interviewanalyse Pb-Nr. 10 •

➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	009 – 151
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	152 – 314
III	Entfaltung des subjektiven KS-Erlebens	315 – 616
	a) Wahrnehmung des subjektiven KS-Erlebens: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	617 - 709

➤ Forschungsfragen

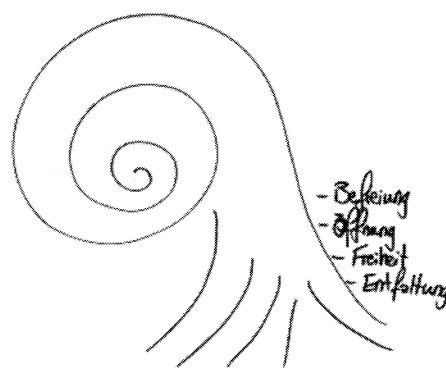
Körpersymptom	(Herzstechen mit) Atemnot	
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	<p>spontan (I / II): Ab und zu habe ich Herzschmerz. Es tut so wie pochen. Wenn es ein Schmerz wäre, ist es so wie ein bisschen eingequetscht (107). Ich weiss aber nicht, was das ist. Das habe ich manchmal wenn ich unter Stress stehe oder traurig bin, dass ich das dann im Herzen spüre (108).</p> <hr/> <p>Entfalten (III a-c): Es ist einfach so, dass es zu stechen beginnt im Herz und irgendwie wird es warm. Diese Gegend wird irgendwie warm [fährt mit der Hand über die Herzgegend]. Dann kommen wie Blitze, kommt mir das hinein. Und die stechen dann irgendwie drauf ein. Dann verkrampft sich das Ganze und der Atem wird beeinträchtigt. Atemnot. Die Arterien sind verkrampft und ich habe das Gefühl, alles ist ein wenig verstopft hier [zeigt mir flacher Hand auf Brustregion, Halsansatz]. Ich habe Angst, dass wenn ich irgendwie tief einatme, dass es noch mehr weht tut. Nicht mehr atmen können, zu ersticken macht mir am meisten Angst (322 – 343). Die Luftröhre wird eingeengt. Sie ist nur noch halb so gross, wie sie sein sollte. Die Öffnung ist zu klein, um genug Luft hineinzubringen. Ich fühle mich hoffnungslos (347). Das ist wie so ein Portal von der Seele (354). Es zieht zusammen, dass es zu ist, da ... wirklich [zeigt auf Halsansatz], die Öffnung, dass es blockiert [macht mit beiden Händen eine Schliessbewegung]. Es ist, wie wenn da drin eine Klappe zugeht. Wenn das die Öffnung vom Hals ist, dass da wie eine Klappe da drüber kommt, und dass ich dann nur hier noch durchatmen kann [zeigt die verkleinerte Öffnung und den Vorgang der Klappe mit den Händen am Kissen] (365 – 384). Es drück mich von einer Seite, von hier ist es zu [umschliesst mit beiden Händen das Kissen und macht es sorgfältig enger] (393). Es ist konstant und löst sich langsam wieder. Es ist etwas Machtvolles, so wie Kontrolle über etwas erlangen, etwas Bestimmtes, Kontrolliertes. [Beide Arme beschreiben einen horizontalen Kreis vor dem Körper, bis die Finger beider Hände in einander greifen] irgendwie so wie auf einen Punkt fixieren, auf einen Punkt konzentrieren. Das ist wie ein Energieball. (498). Konzentriere dich auf deinen Punkt in der Mitte! (536) → Aufbrechen, Befreiung (567).</p>	
2) Sinn und Bedeutung (III d)	<p>Aufbrechen, Befreiung (567). → Es will etwas hinaus, etwas Gutes, es soll nicht unten bleiben, sondern hinaufkommen (574). Ich fühle mich unterfordert. Ich suche etwas, was kreativ ist, etwas wo ich mich entfalten kann (586). Mit dieser Kraft ... mehr neue Sachen ausprobieren und einfach wirklich sagen, was mich beschäftigt und das verwirklichen, was ich möchte. Nicht nur davon träumen, und dann wird es weniger eng (604).</p>	
3) Perspektive verbal (II / IV)	Eine Weile lang hatte ich öfters so ein Stechen. Und da hatte ich wirklich Angst	Ich hab's voll nicht so angeschaut. Ich bin beeindruckt. Die Blockade hat sich ganz

(164) Ich muss dann jeweils absitzen und warten bis es vorbei ist. Ich habe versucht meine Atmung zu kontrollieren (196). Ich fand es ziemlich komisch, da ich weder rauche noch übermässig trinke, auch kein Asthma habe (218).

Ich denke: mal schauen, was das ist. So lange ich es nicht so oft vorkommt, dann macht es mir nicht so Angst (237).

gelöst (lacht befreit heraus) (615).

3) Perspektive zeichnerisch (II / IV)



Erklärungen

Also da hab' ich mal Blitze gezeichnet für das Stechen und das [zeigt auf die Spirale] ist wie mein Zentrum (295).

Das war jetzt einfacher zum Malen! Das ist grad gegangen (658)

4) Fragebogen

SOC: 40 / OE: 30

I-Schwierigkeit: 5 / EXP: 6

Zusätze

Kausalattribution

(Herzschmerz mit) Atemnot: das ist so mit den Gefühlen verbunden, wenn es mir schlecht geht. Das habe ich manchmal, wenn ich unter Stress stehe oder wenn ich traurig bin (110) ... als ich unglücklich war wegen Liebeskummer oder Stress in der Schule (182). In meiner rebellischen Phase und ich viel Streit hatte zu Hause (182).

Selbstbild / Grenze

S. und ich machen noch oft solche Dinge. Wir interessieren uns mega für Psychologie und Philosophie und alles was mit dem Körper zu tun hat. Wir sind einfach sehr interessierte Leute. Ich mache halt gerne bei Experimenten mit (013).

Ich bin halt eher temperamentvoll, emotional. Ich reagiere einfach stark auf etwas. Kann mich dann aber schnell wieder ‚down to earth‘ (240).

Die Symptommacherin würde sagen „ach' einfach, versuche es! Träume nicht nur davon und versuche etwas zu verwirklichen, was du möchtest!“ (590). Es macht ehrgeiziger, wenn man weiss, was einem nicht so interessiert. Man muss zuerst erfahren, zum wissen, was wirklich gut für einem ist. Und bis an die Grenze gehen, um zu wissen, wo die Grenzen sind (611).

Schlussbemerkung

Ich bin erstaunt über diese Kreativität ... Die Sichtweise der Symptommacherin ist mir völlig neu. Ich habe immer aus meiner Perspektive gedacht. Das ist aufschlussreich gewesen (700).

Ich mache mir besonders viele Gedanken über Zukunft im Allgemeinen

• Interviewanalyse Pb-Nr. 11 •

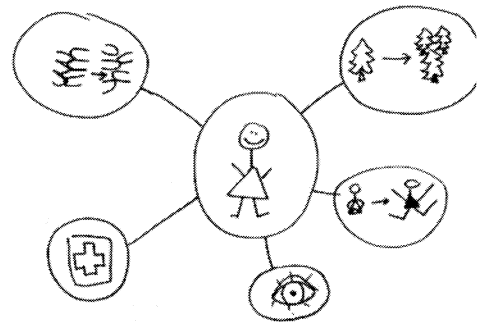
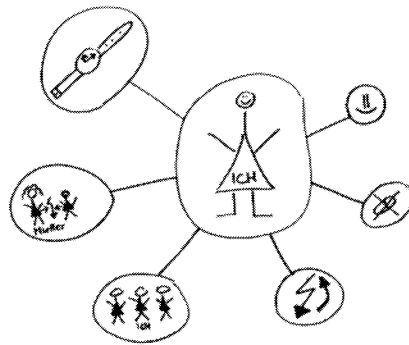
➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	003 – 118
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	119 – 329
III	Entfaltung des subjektiven KS-Erlebens	330 – 593
	a) Wahrnehmung des subjektiven KS-Erlebens: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	594 – 704

➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Bauchschmerzen ‚es tut so weh‘
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	<p>spontan (I / II): wenn ich die Menstruation bekomme, bekomme ich starkes Bauchweh die ersten 2 Tage (054). Es tut wirklich uh weh (155). Ich glaube, dass ich ein bisschen ihr [der Mutter] nachschlage. Sie hat es auch im selben Alter bekommen und das ist relativ spät. Es ist so, wie wenn alles verkrampft wäre, wie wenn sich die Zellen richtig zusammenziehen würden [greift mit den Händen in einander]. Es ist nicht wirklich Schmerz, einfach ein Verkrampftheitsein. Und zum Teil so Stiche im Bauch. Es geht weg, wenn ich mich hinlege (175).</p> <p>Entfalten (III a-c): Es ist, wie wenn es irgendwie miteinander verknüpft ist [im Bauch] und es spannt dann so. Die [Zellen] drücken dann gegeneinander und ziehen sich auch auseinander [[die Finger beider Hände greifen in einander, ziehen und drücken]. Sie sind ineinander verhängt und trotzdem reißen sie auch auseinander, habe ich das Gefühl (340 – 345). Also, ich bin dann so, dann löse ich mich wieder ein wenig [mit gleichmässigen Fingerbewegungen umklammern des Kissens meines Armes und ziemlich starkes zudrücken und gleichmässiges lösen] (395). Eigentlich ist es noch stärker. Dann würde ich hier schon recht zudrücken, weil ich ein bisschen ein ehrgeiziger Mensch bin. (406). Wenn es mit etwas nicht klappt, dann scheisst es mich an, bspw. beim Autofahren jetzt mit kuppeln und anfahren! (406). Ich sehe eine Zielgerade und er gibt nochmals alles (436). Wenn ich die ganze Energie in der Hand habe, dann bin ich ganz konzentriert, all meine Kraft jetzt in meiner Hand (443) und da ist ein leichtes Vibrieren in den Fingern (507) → Konzentration (445), kommt in Wellen, rauf und runter (510).</p>
2) Sinn und Bedeutung (III d)	<p>Konzentration (445) kommt in Wellen, rauf und runter (510). → Das ist ein bisschen wie Meditation, auf sich hören. Zu Hause ist es manchmal schwierig, bevor ich an eine Arbeit gehe. Es sind oft so viele Menschen um mich herum oder auch wenn eine Kollegin da ist, ist es schwierig mir Zeit dazu zu geben. Auf sich zu hören, bevor man anfängt. Was sagt mein Körper gerade? Damit ich gestärkt bin (574 – 580).</p>
3) Perspektive verbal (II / IV)	<p>Das ist extrem unangenehm (126). Ich habe mich eigentlich daran gewöhnt. Wenn ich sie habe, sage ich mir „es tut nicht so weh, nicht so weh.“ Ich habe das Gefühl, dass es dann wirklich weniger weh tut. Ich behalte es recht lange für mich. Ich akzeptiere es und es ist etwas, das mich nicht so stört. Höchstens in den Ferien ... aber sonst sind die Schmerzen nicht etwas, das mich abschrecken würde (252 – 265).</p> <p>Ich denke, es macht die Perspektive fast noch ein bisschen grösser. Nicht mehr das einzelne Symptom. Man sieht vielleicht ein bisschen weiter, eben. Es macht es ein bisschen einfacher (600).</p>

3) Perspektive zeichnerisch (II / IV)



Erklärungen

[Kommentar auf Rückseite:]

- Schmerzen
- Verdrängung
- Reizung
- Soll ich eine Tablette nehmen oder nicht?
- nicht aus der Kontrolle bringen lassen

Sollte ein Baum sein. [Kreise im Uhrzeigersinn, rechts beginnend] Wobei es mich nicht eigentlich unglücklich macht [1]. Und da das Panadol [2]. Das ist jetzt noch schwierig. Ich mache jetzt Pfeile, weil es trotzdem einfach zu mir gehört [3]. Das sind die anderen, dass ich mich eigentlich immer noch gleich verhalte wie andere, also ich möchte nicht Mitleid [4]. Es ist eigentlich nur die Mutter, die es dann weiss. Sie merkt, weil sie mich am besten kennt [5]. Die Zeit: ich denke, das geht dann schon wieder vorbei [6].

[Kommentar auf Rückseite]

- Blickwinkeländerung (von weiter weg zusehen)
- Lösung von Schmerzen
- Symptomauslöser finden. Frage nach „warum?“ anders stellen (nicht mehr so „kleinlich“ denkend)
- weitergeben an andere
- positiver als vorher

Vorher habe ich einen Baum gesehen, jetzt irgendwie eher einen Wald [1]. Ich bin irgendwie gelassener. Ich mache die Augen mehr auf [3]. Ich sehe mich auch als eine Art Hilfe bezüglich dem Symptom [4] auch für andere Menschen, dass man das weitergeben kann [2]. Also sicher auf mehrere Seiten eine Hilfe. Ja, und dann vielleicht die versteiften Hände: die sind jetzt vielleicht ein bisschen röter oder so. Ja. [5] (623 – 644).

4) Fragebogen

SOC: 54 / OE: 40

I-Schwierigkeit: 7 / EXP: 6

Zusätze

Kausalattribution

Bauchschmerzen: wenn ich die Menstruation bekomme, bekomme ich starkes Bauchweh die ersten 2 Tage (054). Ich glaube, dass ich ein bisschen ihr [der Mutter] nachschlage. Sie hat es auch im selben Alter bekommen und das ist relativ spät (173).

Selbstbild / Grenze

Ich bin nicht gerne krank, ich habe dann das Gefühl, dass ich etwas verpasse (054). Ich ziehe meine Sachen durch und komme nicht so in Stress (065).). Jetzt mache ich es auch so, dass ich auf den Hometrainer sitze, das Programm einstelle und dann richtig abschalte und rausschwitze. Dann noch duschen und es geht mir meistens wieder viel besser (235). Ich bin ein ehrgeiziger Mensch (412) ... ein Alpha-Tierchen, das schon gerne ein bisschen den Ton angibt (542).

Ich kann nicht so [auf mich hören]. Nur wenn ich schon zu Zweit bin, also eine Kollegin da ist, ist viel zu wenig Zeit, um eben so ... Am ehesten [geht das], wenn ich in den eigenen vier Wänden bin (581).

Schlussbemerkungen

Ich denke, das kann mir auch sonst bei anderen Sachen weiterhelfen. Vielleicht vorher mal einen Gang runterschalten oder so. Die Spannungsfelder finden. Wie fühle ich mich selber? (656). Es hat mir Spass gemacht. Ich hätte es jetzt auch gratis gemacht. Ich war auch mega froh, dass sich für meine Frauenarbeit welche zur Verfügung gestellt haben (697).

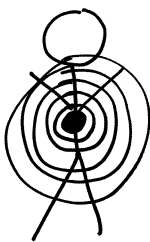

Ich mache mir besonders viele Gedanken über Maturaarbeit, Autofahren

• Interviewanalyse Pb-Nr. 12 •

➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	016 – 134
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	135 – 217
III	Entfaltung des subjektiven KS-Erlebens	218 – 484
	a) Wahrnehmung des subjektiven KS-Erlebens: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	485 – 660

➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Bauchschmerzen ‚es tut so weh‘	
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	<p>spontan (I / II): Ich krümme mich am Boden vor Schmerz. Ich konnte nicht aufstehen (070). Ich kann es mir nicht erklären, weil es immer in Momenten ist, in denen ich mich gefreut habe (081). Wenn es sich beginnt zusammenzuziehen, dann höre ich auf zu reden und dann wird es sehr schlimm. Und ich kann den anderen auch nicht mehr zuhören (084).</p> <hr/> <p>Entfalten (III a-c): Es zieht sich alles zusammen (228), es drückt nicht zusammen, es zieht sich zusammen (230). Es ist wie eine Kraft, die sich in der Mitte zusammenzieht (242). Ich würde alles so ganz fest zusammen, so in die Mitte hinein, von innen her ein Knäuel machen (260). Das ist eine grosse Energie. Ununterbrochen und gleichmässig zieht sie alles zusammen, zu sich in die Mitte (311). Eine von aussen nach innen geschlossene Faust drückt das am besten aus (345).</p>	
2) Sinn und Bedeutung (III d)	<p>Dass ich das mache, was ich will (401). Dass man sich nicht abkoppelt [von sich selbst] sondern sich auf sich selber konzentriert und über sich nachdenkt, sich konzentriert (405). Ich kann mich sehr oft nicht entscheiden. Dann muss ich mich hineingehen und mir überlegen, was ich wirklich möchte – ohne, dass ich zuerst an die anderen denke und an die Folgen; zuerst einmal an mich (410 – 414). Es macht es einfacher, weil man dann das hat, was man möchte.</p>	
3) Perspektive verbal (II / IV)	<p>Meine Stimmung ist gedämpft, weil es so schmerzt. Ich möchte dann gar nicht mehr reden, will nur noch nach Hause und mich hinlegen (084). Ich finde es einfach negativ und möchte, dass es vorbei ist. Ich denke die ganze Zeit, es soll fertig sein (170)</p>	<p>Es hat sich schon verändert. Ich gehe in mich. Ich stelle mir vor, wenn ich den nächsten Bauchkrampf habe, wie ich in mich hineingehe (507).</p>
3) Perspektive zeichnerisch (II / IV)	 <p>- vereinnahmend - mächtig</p>	 <p>andere Perspektive</p>

Erklärungen		Es [Symptom] ist wie neben dran. Dadurch, dass ich in mich hinein gehe, kann ich es wie von aussen sehen (523). Ich habe auch weniger Angst (543), es verliert seine Stärke (545)
4) Fragebogen	SOC: 36 / OE 32	I-Schwierigkeit: 6 / EXP: 6

Zusätze

Kausalattribution	Bauchschmerzen: Ich weiss nicht, woher das kommt. Als ich dies zum ersten Mal hatte, da war ich in einer Hauptprobe für eine Schulaufführung (065). Es ist immer in Situationen, wo ich mich gefreut habe (081).
Selbstbild / Grenze	Im Moment ist es einfacher, das zu tun, was den anderen recht ist (424). Kann mich oft nicht entscheiden; werde manchmal unruhig, wenn ich zuviel auf's Mal will (449). Ich mach' dies [in mich hineingehen] einfach, wenn ich mich nicht entschieden kann. Das habe ich sehr oft. Dann muss ich in mich hineingehen und mir überlegen, was ich wirklich möchte. Ohne an die anderen zu denken und an die Folgen – doch schon an die Folgen für mich, aber zuerst einmal an mich denke (410).
Schlussbemerkungen	Ich finde es war sehr spannend, dies alles zu machen (654). Sie kann ihre inneren Erfahrungen nicht so gut verbalisieren und meint immer, etwas richtig machen zu müssen, es den anderen recht zu machen. Das verlockt mich ihre inneren Erfahrungen zu übergehen und zuviel zu wollen.
Ich mache mir besonders viele Gedanken über	Zukunftsgestaltung

• Interviewanalyse Pb-Nr. 13 •

➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	002 – 292
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	293 – 409
III	Entfaltung des subjektiven KS-Erlebens	410 – 639
	a) Wahrnehmung des subjektiven KS-Erlebens: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	640 - 794

➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Kopfschmerzen
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	<p>spontan (I / II): nach einer Gehirnerschütterung verursacht durch einen Reitunfall vor 8 Jahren hatte ich häufig Kopfschmerzen. Es wurde viel besser mit der Brille, aber später liess das wieder nach (008). Jetzt habe ich häufig Kopfschmerzen und ich denke es liegt mehr an der Müdigkeit als an was anderem. Oder vielleicht auch am Föhn, oder dass ich zu wenig getrunken habe oder zu wenig geschlafen habe (036). Es tut mir weh (066). Es ist nicht ein Kopfweh, wie andere Migräne haben. Es ist ein anderes Kopfweh, mehr auch mit den Augen zusammen(374).</p> <p>Entfalten (III a-c): Ich habe immer zuerst Augenschmerzen. Ich kann mich nicht richtig konzentrieren Ich habe einen schweren Kopf und schläfrige Augen. Ich habe wie ein Ziehen, keinen Schmerz im eigentlichen Sinne (416 – 423).[Es ist] wie ein Druck, wie einen Puls. Ich spüre den Puls an den Schläfen stärker (443). Das Ziehen von den Augen zu den Schläfen ins Gehirn. Es ist kein konstanter Druck, sondern mehr ein Ziehen, wie wenn der Kopf sich bewegt (479). Es kommt vom Auge ein Ziehen und dann beginnt das Pumpen [zeigt mit einer regel-mässigen Bewegung am Kissen das Ziehen und das Pumpen] (505). [Symptommacher] Es ist sehr entspannend. Es hat viel Kontrolle über das andere (515). Es ist, als wenn das da wäre. Dann ist der Geist so ... [lacht] irgendwie so ... er wird so gemacht. Er ist so. Ich weiss nicht, er ist immer in Bewegung (552). Er nimmt etwas auf, ohne es zu berühren. So die Schwingungen aufnehmen (561). → etwas aufnehmen, ohne die es zu berühren. So die Schwingungen aufnehmen (561).</p>
2) Sinn und Bedeutung (III d)	<p>Schwingungen aufnehmen (561), kleinsten Details (589). [Es sind] Dinge, die ich mir vielleicht nicht eingestehe. Oder was oder wer in mir Gefühle aufweckt. Dass ich es in mir selber vielleicht gar nicht wahrnehmen möchte (598). Diese Qualität ist eigentlich das Gegenteil von mir. Ohne das wäre ich wohl ... weiss auch nicht [lacht] (623). Ich müsste mich dann wohl ein wenig mehr mit mir selber beschäftigen, als immer nur vom einen ins andere zu rennen. Darin bin ich schlimm.(630)</p>
3) Perspektive verbal (II / IV)	<p>Ich weiss nicht. Ich habe mich daran gewöhnt. Wenn ich es habe, dann weiss ich, ich muss entweder mehr schlafen oder mehr trinken oder. Es ist für mich mehr ein Signal (385).</p> <p>Es zeigt mir vielleicht, dass ich mehr damit auseinander setzen müsste. Mehr Zeit nehmen, um einfach mal abzuschalten, nicht immer mit Kollegen weggehen. Einfach einmal zu Hause bleiben. Damit ich herausfinde, was für mich gut ist (656).</p>

3) Perspektive zeichnerisch (II / IV)



Erklärungen	Ich habe mich daran gewöhnt und wenn ich es habe, dann weiss ich, ich muss entweder mehr schlafen oder mehr trinken oder. Es ist für mich mehr ein Signal (385).	Diese Qualität [aufnehmen] zeigt sich im Symptom und hat die Kontrolle. Eigentlich müsste es ein Kopf über dem Kopf sein, einen Geist über dem Körper (696).
4) Fragebogen	SOC: 40 / OE: 34	I-Schwierigkeit: 5 / EXP: 5

Zusätze

Kausalattribution	Kopfschmerzen: nach einer Gehirnerschütterung verursacht durch einen Reitunfall vor 8 Jahren hatte ich häufig Kopfschmerzen. Es wurde viel besser mit der Brille, aber später liess das wieder nach (008). Jetzt habe ich häufig Kopfschmerzen und ich denke es liegt mehr an der Müdigkeit als an was anderem. Oder vielleicht auch am Föhn, oder dass ich zu wenig getrunken habe oder zu wenig geschlafen habe (036).
Selbstbild / Grenze	Ich bin schnell aufgebracht (135). Einfach, dass mir die Sachen zu nahe gehen. Dies ist noch öfters der Fall, dass ich Dinge persönlich nehme (147). Ich finde noch schnell einmal, ich bin nicht so fit. Ich sage solche Sachen nicht wegen der Aufmerksamkeit, sondern mehr aus Langeweile (244). Ich sehe mich als grossen Problemhaufen, weil ich so viel Kopfschmerzen habe. Aber das ist ja egal (259). [Ich gehe dauernd] mit Kollegen weg und renne von einem ins andere. Darin bin ich so schlimm (630). Ich müsste mir mehr Zeit nehmen und einfach mal abschalten. Nicht immer mit Kollegen weggehen, einfach mal zu Hause bleiben, damit ich herausfinde, was gut für mich ist (656).
Schlussbemerkungen	Ich finde es noch cool, wie ich selber auf die Erkenntnis gekommen bin, was dieses Symptom ist [lacht]. Das habe ich mir nämlich noch nie wirklich überlegt (739). Ausser mit F. führe ich mit niemandem solche Gespräche. Ich finde es sehr interessant, das zu machen! (794).
Ich mache mir besonders viele Gedanken über	---

• Interviewanalyse Pb-Nr. 14 •

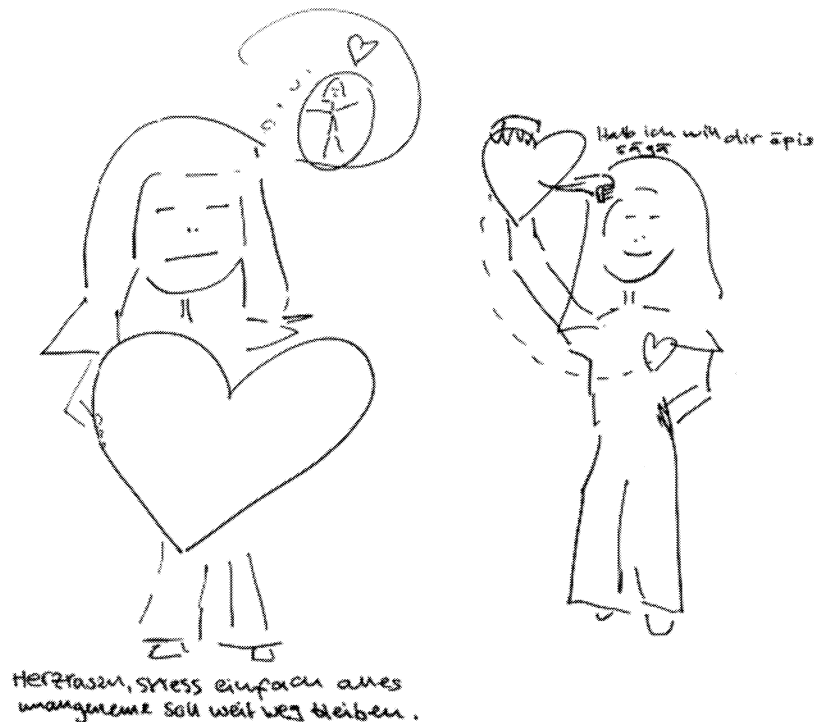
➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	007 – 288
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	288 – 397
III	Entfaltung des subjektiven KS-Erlebens	398 – 690
	a) Wahrnehmung des subjektiven KS-Erlebens: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	691 - 826

➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Herzrasen
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	<p>spontan (I / II): In Situationen, die mich traurig machen oder in denen ich überfordert bin, kriege ich starkes Herzklopfen (114). Es schnürt einem wirklich fast die Kehle zu (127).</p> <p>Entfalten (III a-c): Es durchwühlt irgendwie alles. Wenn man meinen Raum als gut geordnete Schachtel betrachten würde, so wühlt es dort alles herum und macht ein Riesen-Chaos. Man weiss nicht was denken und es ist unangenehm, weil es einem anstachelt mit den harten Gegenständen, die es dort drinnen hat. Es ist viel schneller und es ist nicht so schön ruhig und sanft. (422 – 431). [Blick schweift im Raum herum und bleibt kurz an einem Bild haften] Ich habe dieses Bild betrachtet. Es ist vielleicht wie auch ein Meer, das ganz ruhig ist und dann, wenn ein Sturm aufkommt, dann durchwühlt es halt auch alles (439). [Den stossenden, wilden Bewegungen der Arme folgend:] Es schlägt so wuohm, wuohm. Es zieht, stösst, drückt [wilde Bewegungen mit den Armen]. Es ist zappelig (461 – 483) und ‚stüpft‘ und ‚zwickelt‘ [lacht und stört auf eine verspielte Art]. Dieses Zwickeln ist eben schon noch gut. Es macht auf sich aufmerksam (567) → wilde Energie (594)</p>
2) Sinn und Bedeutung (III d)	<p>wilde Energie (594)... Tatendrang (689) → Ich hätte mehr Energie, nicht um nervös zu sein, sondern um etwas zu machen. Deshalb macht es so, die will raus! (599). Vielleicht ist es auch so, dass ich die vor der Prüfung rauslassen möchte. Da ich gelernt habe und es nun endlich einmal rauslassen kann (603). Die Energie müsste dann nicht in diese blöde Gefühl übergehen. Dann würde es mir eigentlich viel besser gehen. (610). Wenn sich dies in mehr Euphorie umwandeln würde, à la „also nun zeige ich was ich kann!“ und nicht „uh, kann ich dies wohl?“ [lacht]. Ich müsste das nur umwandeln. Es [das Herz] fühlt sich ein wenig eingeengt, deshalb macht es das (616 – 626). Es ist voller Tatendrang (689).</p>
3) Perspektive verbal (II / IV)	<p>Es schränkt mich ein (293). Es ist unangenehm und ich möchte, dass es möglichst schnell weg haben (335). Ich will, dass es weg ist. Ich will es gar nicht beachten. Es nervt, stört und überhaupt (694).</p> <p>Ich sehe es schon etwas von einer anderen Seite. Jetzt habe ich das Gefühl, ich muss viel mehr darauf hören, damit es aufhört, damit man's anders umsetzen kann, in positive Energie (694).</p>

3) Perspektive zeichnerisch (II / IV)



Erklärungen	Herzrasen, Stress, einfach alles Unangenehme soll weit weg bleiben.	[Wir sind] wie ein Team. Weil wir uns damit beschäftigt haben, kommt es mir nicht mehr so unwirklich vor und auch nicht mehr so fern. Wir haben genau hingeschaut und dann merkt man, es ist gar nicht mehr so schlimm. Es ist vertrauter und es macht einem auch weniger Angst. Es ist immer wieder gekommen, aber vielleicht braucht es das auch, damit man es annehmen kann. Ich wollte es ja immer weghaben und vielleicht ist es besser, wenn man es annehmen kann und lernt damit umzugehen. Ich möchte es gar nicht mehr so weghaben (750-767).
4) Fragebogen	SOC: 41 / OE: 34	I-Schwierigkeit: 5 / EXP: 5

Zusätze

Kausalattribution	Herzrasen: vor einer Prüfung, wenn ich nervös bin oder wenn mich etwas stresst oder ich überfordert bin (027). Ich weiss, dass ich etwas leisten muss und ich dies gut machen muss (044).	
Selbstbild / Grenze	Vorher [vor der Leistung] habe ich immer Zweifel an mir selber. Es liegt nicht daran, dass ich zuwenig gemacht habe, sondern mein Problem ist, dass ich Angst davor habe festzustellen, ich kann es doch nicht mehr. Ich habe Angst vor einem Black-out (089). Wenn ich bspw. von jemandem verletzt worden bin, dann denke ich „alles ist blöde. Warum muss dies genau mir passieren?“ Es ist schwierig zu sagen, ich lass dies nun einfach weg. Es ist nicht so schlimm. Für mich ist es dann eben etwas Schlimmes (227). Ich bin jemand, die sich dies überlegt und so ... Ich bin nicht jemand, die einfach vergessen kann und denkt, so und jetzt geh ich aus und habe es lustig. Für mich muss das Thema vorher beendet sein, bis ich es weglegen kann (233 – 245). Diese Herzenergie ist voller Tatendrang, à la „So jetzt zeige ich was ich kann!“ (616).	
Schlussbemerkungen	Es war wirklich gut. Ich hoffe, ich merke es gleich bei der nächsten Prüfung (781).	
Ich mache mir besonders viele Gedanken über	Berufswahl/Kontakt mit anderen Leuten in meinem Umfeld	

• Interviewanalyse Pb-Nr. 15 •

➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	007 – 156
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	157 – 398
III	Entfaltung des subjektiven KS-Erlebens	399 – 660
	a) Wahrnehmung des subjektiven KS-Erlebens: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	660 - 784

➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Knieschmerzen ‚es tut einfach weh‘
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	<p>spontan (I / II): Die Kniescheibe ist zum Teil entzündet. Und dies merke dann sehr stark mit dem Wetter (034). Lange wussten sie [die Ärzte] nicht, was es ist. Sie dachten, es könnte Wasser sein. Dann fanden sie heraus, dass ich ganz leichte x-Beine habe. Wenn ich vor Sport zu wenig dehne, kann es sein, dass es wie hinübereutscht [die Bänder] und dann ist es wieder entzündet (075). Es knackt, wenn man die Hand hier hin hält, dann merkt man auch, dass es knackt (134).</p> <p>Entfalten (III a-c): Es pulsiert da drin. Es ist wie hängen geblieben. Oder dass es klebt [zeigt mit der Hand am Knie, dass sich das nicht gegen einander verschieben lässt] (412). Es zieht darüber [die Kniescheibe] hinweg (424). Man hört und spürt es dann, dass es so wie knackt (426). Es ist so holprig (428). [zeigt den Vorgang an einer geknickten Schaumstoffrolle = Kniegelenk; legt die Hand darüber, gespannte Finger versuchen unter die Kniescheibe einzudringen] Es geht so hinein und dann ist es auch so an der Seite, so darüber (482). [Meditiert darüber, wie ihre Hand unter die Kniescheibe vordringt]. Das ist wie die Kraft in einer Faust, vielleicht → Mut [scheu und gleichzeitig aufgerichtet, stolz] (542)</p>
2) Sinn und Bedeutung (III d)	<p>Mut. Du schaffst es (552). → Das ist ein Gefühl von Zuversicht und Vertrauen (561). Wir haben es ein bisschen schwierig zu Hause. Mein Vater hat Krebs bekommen und dann haben wir eben gedacht, ja – das schaffen wir und es kommt wieder (585). Man ist zum Teil recht auf andere Leute angewiesen und es tut einfach gut, wenn noch andere da sind.</p>
3) Perspektive verbal (II / IV)	<p>Ich fühle mich nicht gut natürlich. Und ich schäme mich auch ein wenig, wenn die Leute wieder fragen, ob es besser gehe und ich sagen muss ‚nein‘ (212). Ich kann vieles nicht machen, bspw. Weitsprung, Hochsprung. Wenn es einfach wieder kommt, dann bin ich schon auch wütend, weil ich nicht gedehnt habe und denke ‚Warum immer ich?‘ (236). Manchmal muss ich weinen, wenn es so weh macht (333).</p>

3) Perspektive zeichnerisch (II / IV)



Erklärungen

Wenn die anderen etwas machen und ich kann nicht mitmachen [klein sitzend auf dem Stuhl]. Und da, dass mir jemand helfen muss mit dem Anziehen von Socken oder so [rechte Figur mit Figürchen unten] (393).

Wenn man es wirklich von der Kraft her betrachtet, dann kann man andere Wege suchen, um diese einzusetzen. Ich hab's noch nie von dieser Seite her betrachtet (699).

4) Fragebogen

SOC: 55 / OE: 32

I-Schwierigkeit: 6 / EXP: 4

Zusätze

Kausalattribution

Knieschmerz: Die Kniescheibe ist zum Teil entzündet. Mit dem Wetter merke ich es dann sehr (034). Es ist jetzt 5 Jahre her. Zuerst dachten wir, dass es wegen dem Wachstum ist oder dass im Gelenk ein Stück Knochen ist. Oder Wasser im Knie. Nachher kam er [der Arzt] er darauf, dass ich leichte x-Beine habe. Dadurch laufen die Bänder nicht so über das Knie, wie sie sollten. Dann entzündet es sich hier und hier. Dadurch klebt es ein wenig an. Am Morgen ist es am schlimmsten. Wenn ich ein wenig warm gelaufen bin, dann geht es auch wieder (171).

Selbstbild / Grenze

Ich denke am Anfang, wenn ich ein Problem oder eine Situation sehe, ist es [Zuversicht] immer vorhanden. Ich muss es nicht so schwarz sehen, aber ich muss dann schon einmal einen Erfolg sehen. Ich kann nicht immer auf etwas hinstreben und so und man sieht nie eine Besserung (606 – 614).

Schlussbemerkungen

Oft habe ich es gedacht [die Erfahrung], aber ich konnte es nicht so gut ausdrücken (765).

Ich mache mir besonders viele Gedanken über Zukunft (Beruf)

• Interviewanalyse Pb-Nr. 16 •

➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	007 – 149
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	150 – 432
III	Entfaltung des subjektiven KS-Erlebens	433 – 748
	a) Wahrnehmung des subjektiven KS-Erlebens: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	749 - 915

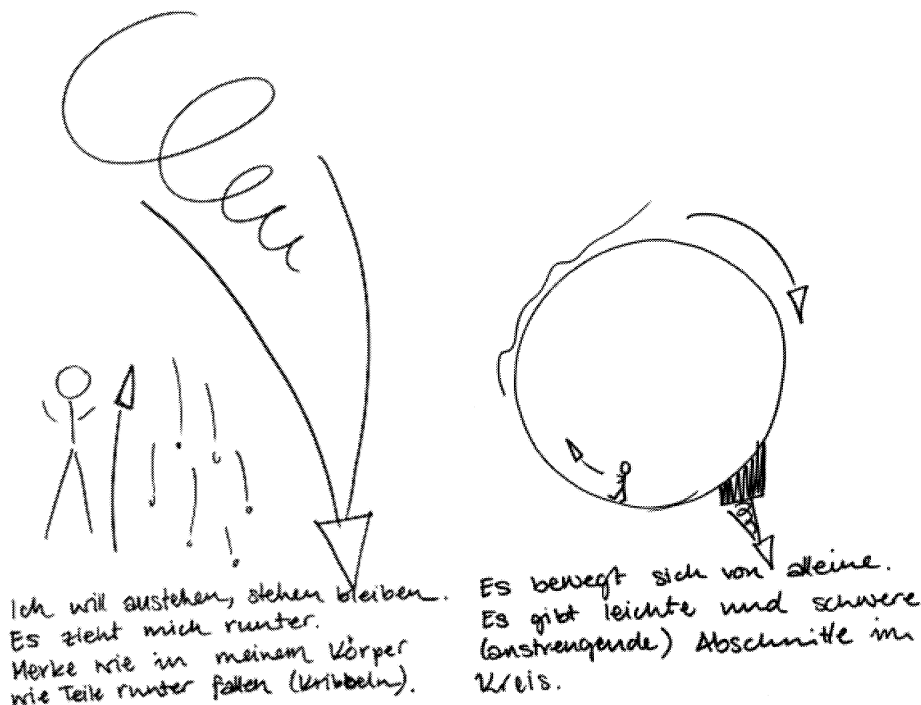
➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Schwindel ‚es zieht mich auf den Boden hinunter‘	
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	<p>spontan (I / II): Vor allem wenn ich herumrenne werde ich oft bleich und manchmal kommt noch dazu, dass mir schwindelig wird (020). In unserer Familie ist es so, dass alle einen tieferen Blutdruck haben, vor allem die Frauen. Zu Hause wird mir manchmal auch schwarz vor den Augen, wenn ich zu schnell aufstehe (038). Vielleicht hat das in der Pubertät angefangen, vielleicht aber auch früher (055). Es ist ein grösseres Problem, wenn ich wenig geschlafen habe (062). Manchmal habe ich auch ein Kribbeln in den Fingern (140). Es zieht mich auf den Boden herunter (330).</p> <hr/> <p>Entfalten (III a-c): wenn ich schnell aufstehe, dann spüre ich, dass es mich nach unten zieht. Ich mache dann so Kreisbewegungen, damit ich wie mitgehen möchte. Dieses Kribbeln in den Händen kommt mir vor, als wenn Sachen hinunterfallen würden. Oder einfach ... so ... alles Steinchen oder kleine Teile (439). Als wenn ein Magnet unten wäre und dann zieht es mich dorthin. Ich weiche dem aus. Die kleinen Teile werden trotzdem angezogen (448). Es ist wie eine starke Anziehung (505), eine Anspannung und etwas grösser werdendes (524). Diese Anziehung, ich habe mir vorgestellt, ist wie eine Art ‚Fädeli‘, dieses um den Finger wickeln [lacht]und dabei verkürzen (560). Es ist so, wie wenn es ein Stückchen weit von alleine gehen würde [aufwickeln] und dann wie wieder herunter und dann muss man wieder ziehen, dass es weiter geht. Es ist wie bei einem Velo, da muss man hinunter drücken und dann geht es von alleine wieder rauf und dann hinunterdrücken. Wie so ein Rhythmus, hinziehen, loslassen, hinziehen, loslassen (617 – 627). Es hat etwas Gleichmässiges, einen Takt, etwas Regelmässiges (633).</p>	
2) Sinn und Bedeutung (III d)	<p>Gleichmässigkeit, Regelmässigkeit → Ich weiss, wie ich nicht im Gleichgewicht bin. Ich komme unter Druck gut zu sein. [In Stresssituationen] ist die Anspannung zu viel und die Entspannung nicht vorhanden (660). [Rhythmischer leben würde heissen], ich gehe in die Schule, ich arbeite für die Schule und gebe mir Mühe. Ich kann mit Kolleginnen über den Mittag essen gehen oder auch nach Hause gehen und mich dort entspannen und es lustig haben. So kann ich über andere Dinge nachdenken, als immer nur anstrengende Dinge und so kann ich am Abend ins Training ohne immer denken zu müssen „oh ich müsste noch das und das für die Schule erledigen, dorthin muss ich auch noch und dort muss ich auch noch etwas vorbereiten“. So kann ich mich zwischendurch Zeit nehmen und mich hinsetzen. Dann freut es mich auch in die Schule zu gehen, ins Training oder so (688). ... Die Entspannungsphase muss vielleicht gar nicht so lang sein. Es muss überhaupt eine geben (733)</p>	
3) Perspektive verbal (II / IV)	<p>„Oh nein, nicht schon wieder!“ Ich habe etwas Angst und muss mich irgendwo festhalten oder absitzen, damit ich nicht umfalle(218). Ich fühle mich schwach</p>	<p>Vorher war es ‚verknorzt‘ und du denkst, ich muss noch dort und dort hin. Reissend, „jetzt muss ich es schaffen und jetzt gib dort noch etwas“ und dann „okay, ich hab’s geschafft“.</p>

und hilflos. Ich kann nichts dagegen machen (373).

Dann tief durchatmen und dann gleich wieder los. Und nun ist es eher „ich muss nicht daran reißen, es geht von alleine“. Ich weiss, nun kommt eine Anstrengung und nachher kann ich mich wieder erholen. (796 – 802).

3) Perspektive zeichnerisch (II / IV)



Erklärungen

So etwas habe ich noch nie gemacht (421)

Ich laufe auf dem Kreis (840).

4) Fragebogen

SOC: 44 / OE: 31

I-Schwierigkeit: 6 / EXP: 4

Zusätze

Kausalattribution

Schwindel, Bleichheit: tiefer Blutdruck, familiär gehäuft. Ich habe es oft bei Ausdauersportarten (020). Es hat so in der Pubertät begonnen (055). Auch habe ich seit der 5. Klasse kein Fleisch mehr gegessen, deshalb nahmen wir an, dass es von daher auch ein Problem sein könnte (062). Ich hatte eine zeitlang viel Stress in der Schule und dort kam es auch vermehrt vor, dass mir schwindlig wurde. Dort hatte ich jedoch auch weniger Schlaf und es könnte auch deswegen sein. Ich hatte das Gefühl, ich renne vom einen zum andern und ich habe keine Zeit um mich zu erholen (184 – 198).

Selbstbild / Grenze

Ich merke es selber nicht, wenn es mir zuviel wird im Sport. Die anderen sagen mir, du bist bleich und hast rote Flecken im Gesicht (011)...Ich komme unter Druck gut zu sein, weil ich in der vorhergehenden Prüfung nicht so gut war und denke „nein, ich habe nicht einmal genügend Zeit dafür zu lernen.“ (768). Nach dieser Übung wurde es wie leichter, freier. Und ich habe auch das Gefühl, dass es nicht mehr ein so stark an mir ziehendes ist, sondern es ist nun mehr so, dass ich dazu gehöre, zu diesem ganzen Kreislauf. Es ist nicht mehr so ein starkes Gegeneinander [Anspannung/Entspannung] sondern einfach ein Nebeneinander oder Miteinander (863).

Schlussbemerkungen

Es gehört zusammen. Es ist nicht mehr die hinterlistige Symptommacherin, die sich anschleicht und rupft. Es ist nun auch mehr so, dass ich mitspiele in dem Ganzen. Jeder hat seine Rolle. Das habe ich gar nicht gewusst. Es war cool (863 - 883). Ich fand es auch noch lustig (915).

Ich mache mir besonders viele Gedanken über ---

• Interviewanalyse Pb-Nr. 17 •

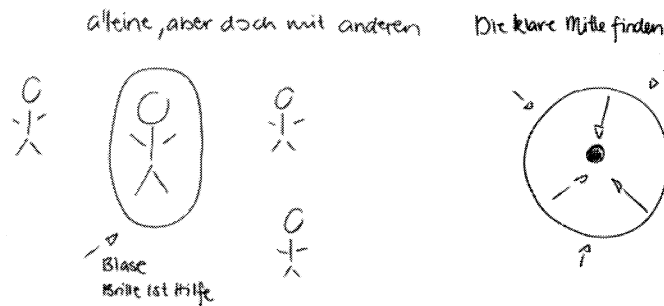
➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	034 - 192
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	193 - 405
III	Entfaltung des subjektiven KS-Erlebens	406 - 769
	a) Wahrnehmung des subjektiven KS-Erlebens: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	770 - 910

➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Kurzsichtigkeit
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	<p>spontan (I / II): Ich sah nicht so gut [seit der 2. Klasse]. Es hat immer stärker zugenommen. Ich habe nun 5 Dioptrien und fühle mich relativ hilflos ohne Brille. Ohne sie fühle ich mich fast nackt (197). Für mich ist die Brille eine Art Schutz (212). Ohne sie kann ich wie an etwas nicht teilhaben (223).</p> <p>Entfalten (III a-c): Es ist ein Gefühl von da sein, aber nicht ganz (411). Alles läuft ein bisschen verzögert ab. Es ist wie in einer Blase, in meiner eigenen Atmosphäre (425). Ich fühle meine Kurzsichtigkeit (440). Ich beginne stärker in mich hineinzuhören, stärker auf mich zu hören. Ich gehe stärker nach innen, weil ich achte dann mehr auf mich selber und schaue, wie geht es mir eigentlich (451). Es ist verschwommen. Ich bin mir am Nahsten und das Naheste sehe ich am Klarsten (511). Sobald es ruhiger und bei mir auch unschärfer wird, geht man einen Schritt zurück und schaut, wie fühle ich mich? [hält die Hände vor die Augen] Man denkt mehr in sich hinein (558). [die Bewegung geht] von ganz oben nach unten streichen, bis zum Bauch, weil man sich dann so auf das Innere konzentriert. Es ist ganz auf die Mitte konzentriert (568), wie auch ein Zusammenkommen (576)</p>
2) Sinn und Bedeutung (III d)	Auf das Innere, auf die Mitte konzentriert (568) → Und ich weiss, auf das da drinnen kann ich mich verlassen. Es macht wie nach innen, mich selber finden können (579). Das ist das gesunde Selbstbewusstsein, dass man sich innen gerne hat, wenn man sich innen ok fühlt (699). Zu merken, wo ich mich spüre, das ist vielleicht der Platz, der einem ein bisschen Halt gibt. Da spüre ich, dass ich lebe (745).
3) Perspektive verbal (II / IV)	<p>Ich habe Angst, ich könnte etwas verpassen, an etwas nicht teilhaben. Ich fühle mich nackt [ohne Brille] (285) und verletzlich. Der Schutz ist weg. (316). Ich muss mich mehr konzentrieren und ich wäge gefühlsmässig ab (326).</p> <p>Es gibt mir Sicherheit; ich kann mich beschreiben, mein Inneres nach aussen kehren [ihre Erfahrung in Worte fassen] (759-765). Das gibt mir das Gefühl, ein bisschen Ordnung zu bekommen (777). Ich weiss, wo diese Mitte ist (782).</p>

3) Perspektive zeichnerisch (II/IV)



Erklärungen

Ich bin dadurch irgendwie abgeschirmt, so wie in einer Blase drin (358), weil ich diese Hilfe brauche, um mit anderen zusammenzusein (369). Ich bin auf eine Art allein in meiner Blase drin, aber doch bin ich auch mit anderen zusammen,

Es ist so zur Mitte kommen. Es ist so ein Kreis, der mich darstellt, meine Mitte. Und Dinge, die von Innen zu mir kommen, aber auch Dinge, die von aussen zu mir kommen. Alles so zur Mitte nehmen können, das ist es genau. Es zeigt alles dorthin (803-809).

4) Fragebogen

SOC: 37 / OE: 33

I-Schwierigkeit: 7 / EXP: 7

Zusätze

Kausalattribution

Kurzichtigkeit: Das ist einfach so. Ich habe das schon seit der 2. Klasse. Weil es so früh begonnen hat, hat man eine Art Handicap. Das weist einem und bildet einem dort ein wenig aus, wo man sich dann mehr darauf verlassen kann, weil das mit den Augen nicht so gut geht (875)

Selbstbild / Grenze

Ich möchte immer an 10 Sachen teilhaben. Ich wollte, ich könnte mich teilen und an allem dabei sein. Ich habe deshalb auch Angst, wenn ich nichts sehe, jemanden - der oder die in der Stadt an mir vorbei geht und ich eigentlich kennen würde - zu verpassen (216). Sobald ich aussen nicht mehr alles sehe, beginne ich stärker in mich hineinzuhören. Ich gehe stärker nach innen, weil ich achte dann mehr auf mich selber ... und schaue, wie geht es mir eigentlich? (451). Dann denke ich manchmal auch „so, jetzt tube ich mal nicht mehr so herum, sondern jetzt komme ich mal ein bisschen herunter“ (621). Zu merken, wo ich mich spüre, das ist vielleicht der Platz, der einem ein bisschen Halt gibt (745).

Schlussbemerkungen

Ich habe noch mit niemandem so genau darüber gesprochen und ich bin stolz dass ich es eben konnte [lacht auch scheu] (893). Das war für mich ... es hat auch noch einen anderen Wert und das merke ich erst jetzt. Ich bin auch ein bisschen psychologisch veranlagt und vielleicht mache ich einmal Psychologie mit Kindern (903).

Ich mache mir besonders viele Gedanken über ---

• Interviewanalyse Pb-Nr. 18 •

➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	001 – 149
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	250 – 432
III	Entfaltung des subjektiven KS-Erlebens	433 – 748
	a) Wahrnehmung des subjektiven KS-Erlebens: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	749 - 940

➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Ohrenschmerzen
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	<p>spontan (I / II): Sie [die Ohren] sind schon seit Jahren belegt. Das ist so ein Dauerzustand. Ich habe das Gefühl, es ist relativ psychisch bedingt. Letzten Winter hatte ich ein grosses Loch. Ich war ein wenig verwirrt und im Zwiespalt. Ich wusste nicht mehr, worauf ich hören soll. Ich konnte nicht mehr auf meine eigene Stimme hören und vertraute ihr nicht mehr. Das war sehr schlimm (017 – 030). Manchmal sticht es so ganz tief drinnen in den Ohren. Es ist ein Druck auf den Ohren. Der Arzt sagte, dass es einen Unterdruck im inneren Gehörgang hat (102 – 111).</p> <p>Entfalten (III a-c): Es ist so wie ein ganz kleines, feines Nadelchen, das da [zeigt auf das rechte Ohr] megatief drin ist und sticht (540). Es fühlt sich an wie ein Fremdkörper, wie wenn etwas Komisches dort drin wäre, das nicht dort hineinpasst. Nadelchen ist ein wenig ein Überbegriff; aber es ist viel eher, wie wenn es ganz ganz viele kleine Kügelchen wären, die zusammen ein Nadelchen geben. Sie sind aneinander gereiht. Sie sind unabhängig von einander, aber sie halten irgendwie zusammen (553). Und da unten [zeigt zum Kiefergelenk] klammert es wie zusammen. Wie wenn man da ein Klämmerchen machen würde, wie wenn es hier etwas blockieren würde (584). Ich zeige es am Kissen dort drüben. Das grosse dort, das könnte am ehesten das Ohr sein. Da könnte man so dreinstecken [sagt es mit gewisser Lust und lacht] (601). Es sticht so hinein. Es ist nicht so schnell, es tut es fein und dann breitet es sich aus [mit Stimme]: dääää und fmmmmm [wie Anspannung und Entspannung, hohe und tiefere Stimme] (609). Meine Hände graben sich hinein. Da ist eine Kraft drin, die will sich ausbreiten (622). Sie bewegt sich nicht wirklich. Sie ist immer etwa am gleichen Ort. Aber sie möchte <u>da</u> hindurch gehen. Es ist etwas, das schon existiert, das ganz und intakt ist. Und es ist wie ein Fluss und hier staut es ein wenig [Hand macht fließende Bewegung und an einem Punkt stoppt diese Bewegung]. Und wenn das [Blockade] weg wäre, wäre alles gut und alles würde fließen (628 – 645). Es ist ein wenig verknorzt, verknüpft. Die Hände blockieren dann auf eine Art den Fluss und irgendwie staut sich dann hier mega viel Seltsames auf (559). Ich glaube, es hat etwas mit fixieren zu tun, wie diese Klämmerchen, so festhalten (690) → stauen (695)</p>
2) Sinn und Bedeutung (III d)	<p>Stauen (695) → Mein Drang in die Zukunft muss gestaut werden und mein Drang Ziele anzustreben muss gestaut werden: Da will ich hin und dort will ich hin! Dies einmal ein bisschen zurückhalten und stauen (696). Das würde heissen, ja – für mich sein!! Und die Gegenwart voll ausschöpfen, alles was gerade da ist, in mir drin. Und weniger denken im voraus, was ist dahinter und was kommt nachher und ... einfach grad da sein, so! (704). Das hat eben mit meinen Entscheidungen zu tun, dass ich mich sehr viel hinterfrage (713). Zum Beispiel mit O., da hätte ich nicht so viel verstrahlt [extravertiert sein] und wäre mehr für mich gewesen. Wenn ich das mehr stauen würde, würde er</p>

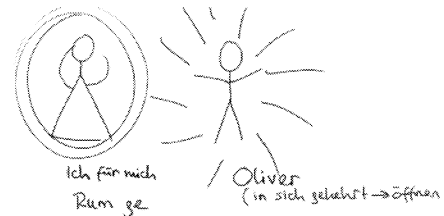
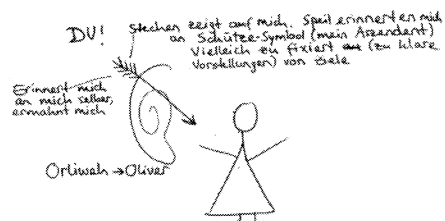
vielleicht schneller aktiv werden, wenn ich mehr in meinem Raum bliebe und ihm auch Raum lasse (732). Das ist mit meinem Freund und mir so krass. Letzten Winter, als ich diese Krise hatte, merkte ich, dass ich mich nicht so auf meinen Freund fixieren darf. Ich muss einfach mich sein – eben das [zeigt das Stauen mit beiden Händen, die einen Hohlraum bilden]. Ich muss meinen eigenen Weg machen, mein eigenes Ding. Genau dort, wo ich es ein wenig zu verwirklichen beginne, ging es mir auch besser (746 – 758). Da ist so ein Drang, den ich habe. Ich möchte so gerne alles verbessern, auch die Probleme der anderen (772). Und ich habe jetzt das Gefühl, dass ich mich hineinsteigere und die andern damit ein bisschen einschränke. Jetzt sehe ich es grad von der anderen Perspektive (781).

3) Perspektive verbal (II / IV)

Ich finde „oh Mann, nein!“ Ich werde nicht wütend, ich werde eher traurig. Ich habe das Gefühl, dass ich selber Schuld daran bin. Ich finde „oh Mann M., kannst du das nicht besser?“ (328).

Es hat mega viele Splitter zusammengesetzt, die mich in letzter Zeit beschäftigt haben, die ich z.T. verstanden habe, aber wie noch nicht auf den gemeinsamen Nenner gebracht habe. Ich habe sie noch nicht zusammenfügen können. Und das ist wie eine Bestätigung. Und das Verständnis von Geben kann auch heißen den anderen Raum geben! Wau, mega!. Jetzt wird es zu einem Ganzen, wie es jetzt zusammenkommt (804 – 820).

3) Perspektive zeichnerisch (II / IV)



Erklärungen

Schwierig, ich habe keine konkrete Idee. Ich habe einfach gemacht und habe keine Begründung [lacht] (360). Ich habe grad ein paar Zusammenhänge herausgefunden. Mein Aszendent ist Schütze und das hat mich an das Schütze-Symbol erinnert. Es erinnert mich an mich selber (394).

Also, ich schreibe O. Aber es ist nicht nur er, sondern es können auch viele andere sein – diejenigen, die jeweils in dieser Rolle sind in meiner Gegenwart (838).

4) Fragebogen

SOC: 52 / OE: 35

I-Schwierigkeit: 6 / EXP: 7

Zusätze

Kausalattribution

Ohrenschmerzen: Ich habe das Gefühl, es ist relativ psychisch bedingt (030). Der Arzt meinte, dass es einen Unterdruck im inneren Gehörgang hat (111).

Selbstbild / Grenze

Ich versuche zu allen möglichst nett zu sein, auch wenn sie mich nerven (435). Ich habe zum Teil zu genaue Ideale und zu genaue Vorstellungen von meinen Zielen. Ich helfe einfach so gerne und gehe total auf die anderen zu. Ich bleibe dann in diesem Geben drin. Ich möchte gerne alles verbessern, auch die Probleme der anderen (776). Aber ich muss meinen Weg machen, mein eigenes Ding. Genau dort, wo ich es ein wenig zu verwirklichen beginne, geht es mir auch besser (754). [Symptomenergie] für mich sein und die Gegenwart voll ausschöpfen!

Schlussbemerkungen

[Ich bekomme] sogar noch [Geld]! Du meinst, für das, dass man hierher kommt und selber mega froh ist, dass man hier gewesen ist! (912)

Ich mache mir besonders viele Gedanken über

mich selbst und wie stehe ich zu meiner Aussenwelt

• Interviewanalyse Pb-Nr. 19 •

➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	001 - 308
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	309 – 480
III	Entfaltung der subjektiven KS-Erfahrung	481 – 710
	a) Wahrnehmung der subjektiven KS-Erfahrung: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	711 - 841

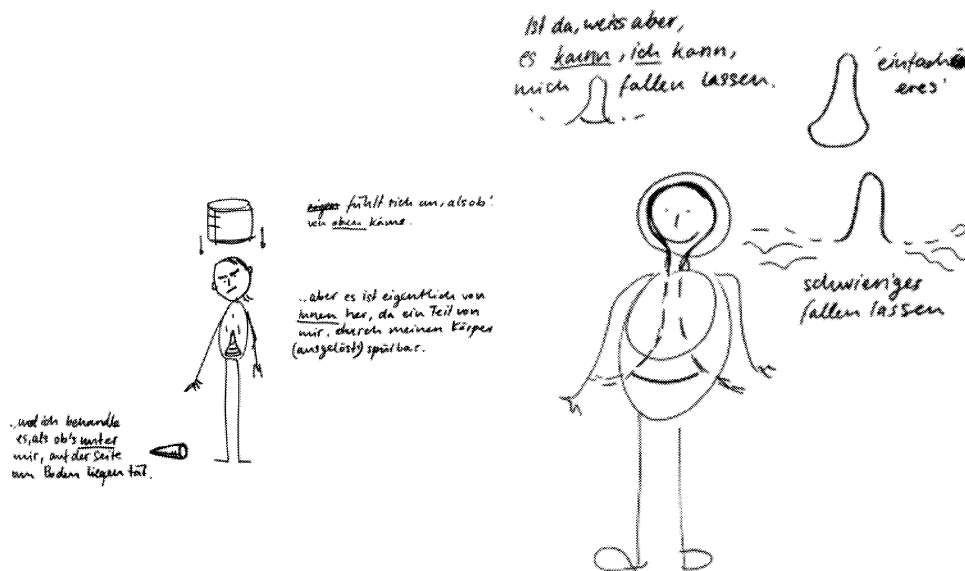
➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Kopfschmerzen
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	<p>spontan (I / II): Dieser Kopf, der zu ist. Er ist wie verkrampft. Der ist sehr eigenartig. Ich konnte ihn nicht richtig hin und her beugen und wirklich auch verspannt von den Wirbelpunkten her; aber wie auch taub oder verklebt (321-332). Ich war ein Monat in Sapnien in den Ferien und ein Tag nach der Rückkehr hatte ich mega, mega starke Kopfschmerzen. Die blieben fas 1.5 Wochen ... wirklich bufffh, recht fordernd (338-341). Ich wusste nicht, woher dies kommt, weil es schön gewesen war in den Ferien und ich mich auch freute, wieder zu Hause zu sein (346). Wenn ich mich jetzt drauf achte, spüre ich es auch jetzt wieder so ein wenig [greift sich an die Schädelbasis] (352). Es scheint mir so, wie wenn es eine Scheibe rund um meinen Kopf hat. Es ist grau und ein wenig an mich hingepppt (405).</p> <p>Entfalten (III a-c): Zum einen ist es [Kopfweh] so beim Kopf hinten. Ich sehe so wie ein riesiger Reissverschluss, ein vergrößerter. Wie aus Metall, als ob die Wirbel noch ewig und so komisch weiter gehen würden. So wie zu hoch hinauf. Und es sticht nicht, es ist etwas Dumpfes, Diffuses. Es ist am ganzen Kopf, wie wenn man einen Mofahelm trägt und die Scheibe hinunterzieht, ganz eng am Kopf (485 – 494). Es krampft, das Bewegen wird erschwert (540). Ich kann nur schleichen und bin nicht ganz wach (555). Das ist etwas träumerisches (575). Das Symptom stoppt mich nur noch von da nach dort zu springen (596). Das Diffuse ist so komisch für mich, dann bin ich so unwach, dann so bla... [lässt alles hängen] mhh [lacht, entspannt sich, Stimme wird tiefer, Augen schliessen sich] (651). [Das ist ein] fallen lassen (659).</p>
2) Sinn und Bedeutung (III d)	<p>fallen lassen, träumerisch sein → das ist fest von zu Hause her. Von diesem immer arbeiten, von diesem mega Gas geben. Und man muss rechtfertigen, wenn man nichts macht. Und auch wenn man – Mami und Papi sind noch viel strenger gewesen mit sich als mit uns, wir haben auch viel gemacht – haben wir immer wieder das Gefühl bekommen, wenn man ausschläft, das ist doch eigentlich nicht gut. Oder rechtfertigen müssen für sich fallen lassen, für ausruhen ... und auch zu den Menschen sagen „Stopp, ich kann das jetzt nicht“ [keine Kapazität] Und immer wieder verführt werden „komm doch ...“ – sondern eben mal für sich schauen. Nur schon zu Hause die Zimmertüre zu machen und für mich sein – nur schon das, nur schon die Türe zu machen ... und sie draussen lassen! Das ist ein Thema (672-692).</p>
3) Perspektive verbal (II / IV)	<p>Bei einem guten Tag ist es egal. Aber wenn ich in meinen Sachen drin bin, mein Zeug erledigen muss und viele Ohren haben sollte für viele Leute, dann bin ich unzufrieden mit mir selber, weil ich nicht damit umge-</p> <p>Das Fallen lassen und das Kopfweh gehören stark zusammen. Wie kann ich dem schauen? Ich muss das ausprobieren (717). Als ich zu Beginn darüber zu sprechen begann, wusste ich nichts über das Kopfweh. Jetzt</p>

hen kann (386). Es macht mich zufrieden, dass ich nichts zurückgeben kann (395). Ich bin dann ungeduldig zum KS, es gehört dann nicht richtig zu mir. Ich möchte mich nicht damit auseinandersetzen (405).

bin ich dem ein bisschen näher gekommen (729).

3) Perspektive zeichnerisch (II / IV)



Erklärungen

Ich überlege, ob es [Körpersymptom] auf gleicher Höhe ist wie ich, oder ob es unter mir ist. Ich glaube ich schaue auf es hinunter, aber eigentlich ist es da ... keine Ahnung, wieso diese Form. Ich kann schon Strichmännchen machen, oder? (430).

Jetzt kommt mir grad irgendwie eine Zeichnung in den Sinn. Jetzt ist es einfach schon da. Es ist grad mega drin. So diese Glocke, die dies so macht (737). Es ist eigentlich immer noch wie rundherum und ich weiss, eigentlich, dass es weg kann oder zurückgehen oder in die Mitte oder was auch immer (749). Es erinnert mich an ein Glöckchen, wie die Weihnachtsschöggeli, aber auf der Seit ist es wie ein Meer (755). Und das ist ein Fallen lassen nicht nur von heute, sondern eines, das ich wieder und wieder nehmen kann (762).

4) Fragebogen

SOC: 49 / OE: 37

I-Schwierigkeit: 6 / EXP: 6

Zusätze

Kausalattribution

Kopfschmerzen: Ich wusste nicht woher dies kommt (346)

Selbstbild / Grenze

Ich sollte so viele Ohren haben [für all die Anliegen der Leute] und dabei habe ich nur zwei für so viele Leute. (384). Ich will immer wach sein, alles hören, Antwort geben und Stellung nehmen. Wenn ich Kopfschmerzen habe geht das dann nicht (578). Zu Hause muss man sich immer rechtfertigen, wenn man nichts macht (676). Dieses Fallen lassen, träumen ... mal für sich schauen und die Türe von meinem Zimmer zumachen (690).

Schlussbemerkung

Jetzt ist es mega gut, wenn man nur schon Bilder hat für die Erfahrung. man mag sich dann auch wieder auseinander setzen, weil es gibt ein Bild oder vielleicht auch eine Farbe darin oder eine Form (804). Das war für mich auch sehr bereichernd. Ich profitiere ja nur davon. [Zur Aufwandentschädigung:] Das ist schön, aber eigentlich müsste ich dir das geben [lacht]. Danke vielmals!

Ich mache mir besonders viele Gedanken über

zwischenmenschliche Beziehungen und Begriffe dazu (bspw. „Freund“)

• Interviewanalyse Pb-Nr. 20 •

➤ Leitfaden

I	Allgemeine Erfahrungen mit und Einstellungen zu KS	014 – 122
II	Auswahl eines spezifischen KS; Beschreibung und Skizze der Perspektive auf das KS	123 - 254
III	Entfaltung der subjektiven KS-Erfahrung	255 - 713
	a) Wahrnehmung der subjektiven KS-Erfahrung: Raum schaffen	
	b) Übernehmen der marginalisierten Symptomenergie (Symptommacher)	
	c) Kondensation, Verdichtung der Wahrnehmungen unter III a) und III b) (Essenz)	
	d) Sinn- und Bedeutungszusammenhänge	
IV	Beschreibung und Skizze allfälliger Veränderungen der Perspektive auf das KS sowie von der allgemeinen Einstellung	714 – 810

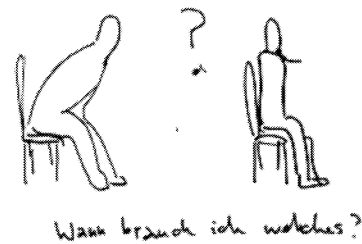
➤ Forschungsfragen

Körpersymptom	Rückenschmerzen
1) Beschreibung der subjektiven KS-Erfahrung	<p>spontan (I / II): Das Rückenweh empfinde ich als sehr stark. Ich habe es auch, wenn ich lange gestanden bin. Ich habe es nicht nur, wenn ich die Mens habe. Manchmal habe ich es auch schon am morgen, wenn ich aufgewacht bin (106). Es ist immer im Kreuz (169). Eine Ärztin sagte einmal, ich hätte einen Flachrücken (182).</p> <p>Entfalten (III a-c): Ich stehe oder sitze oder liege und es stimmt einfach nicht. Ich habe immer das Gefühl, dass ich falsch stehe. Ich mag gar nicht stehen, weil ich den Rücken nicht halten kann, als wenn man zu stark ins hohle Kreuz geht (270). Der Schmerz ist stechend. Es gibt mir einzelne Stiche in die Wirbelsäule auf der einen Seite. Auf der anderen Seite ist es relativ dumpf und bleibt dort drin hocken (296). [Das Stechen kommt] wie von einem Verbiegen und einem Zusammendrücken <krk>, es knackt. Als wenn es [die Wirbelsäule] zuwenig Halt hätte (330). Es ist drinnen, in sich selber (347). Sie [die Wirbelsäule] ist ineinander verschachtelt und verdrückt, ineinander gestaucht. Es kommt alles aneinander (413). Sie gibt sich keine Mühe mehr, richtig zu sein, sondern fällt einfach zusammen (438). Das wäre dann halt so [hängt in den Stuhl hinein] ... so hängen (450). Das ist sehr bequem, überhaupt nicht irgendwie belastend. [Es ist] eigentlich locker ... und entspannt (476). [Hand sinkt locker auf das Bein] Das ist faul, nichts mehr bewegt sich [spricht sehr langsam und mit vielen Pausen] (509). Es ist ein stillstehen, nicht weitermachen (518). Sich Zeit nehmen, setzen lassen (526)</p>
2) Sinn und Bedeutung (III d)	<p>Faul sein, sich Zeit nehmen, setzen lassen (526) → Das macht viel Sinn für mich. Bis vor kurzem musste ich immer besser und schneller sein als die anderen. Nun lerne ich, dass man mit nichts machen auch zufrieden sein kann mit sich selber, ohne dass ich etwas gut machen muss (551 – 562). Das betrifft eher das Kreative. Da ist dies eher schwieriger, weil es keine Grenzen gibt, es gibt keine Noten. Dort muss man mit sich selber zufrieden sein. Es ist viel subjektiver (566). Dies [keine klaren Leistungsvorgaben] ist genau das, was mich reizt, weil es eine Herausforderung ist. Auf der anderen Seite ist es genau das, was mich bedrückt, weil ich nicht richtig meinen Ansprüchen genügen kann (572). Mir fehlt die Geduld, um mehr zu investieren und auch wirklich besser werden zu können. Ich gebe zu schnell auf und dies stört mich auch (580). Ich habe das Gefühl, alles geht so ineinander über [faul sein und leisten] (623). Das hängt stark mit meiner Familie zusammen ...dass ich mich gerne haben darf, unabhängig von jeder anderen Wertung (643).</p>
3) Perspektive Verbal (II / IV)	<p>Es ist mir eigentlich einfach im Wege. Es stört mich nicht wahnsinnig fest, so dass es mich hindern würde beim Weitermachen. Aber es stört mich schon und nervt auch. Ich muss mich jedoch trotzdem darüber beklagen. Ich schlucke es nicht einfach in</p> <p>Das hat eine Bedeutung für mich, weil wir von diesen Rückenschmerzen ausgegangen sind und von dort weiter in eine bestimmte Richtung. Dies hatte am Schluss indirekt für mich einen Fluss, der richtig war (721). Ich finde es spannend: auf der 1. Zeichnung, die</p>

mich hinunter (214). ... eine Schwäche, die nicht sein darf, die ich nur als störend empfinde (730).

Schwäche, die nicht sein darf, ..., anstelle dass ich ihr zuhöre. Ich denke, dort habe ich wieder etwas Neues gewonnen (730).

**3) Perspektive
zeichnerisch
(II / IV)**



Erklärungen

Ich gehe vorwärts (246).

Wann brauche ich welches? [Loslassen oder richtige Haltung] (Bildlegende)

4) Fragebogen

SOC: 45 / OE: 39

I-Schwierigkeit: 5 / EXP: 4

Zusätze

Kausalattribution

Rückenschmerzen: von der Mens und einer Fehlhaltung (040). Eine Ärztin sagte einmal, ich hätte einen Flachrücken (182).

Selbstbild / Grenze

Bis vor kurzem musste ich immer besser sein und schneller sein als die anderen (551). Ich brauche Bestätigung und fühle mich oft unter Druck gesetzt, ich müsste doch gut sein (591). Ich muss gar nichts leisten, um mich gerne (647)

Schlussbemerkung

Es [Symptom] ist eine Meldung, anstatt etwas, das man bekämpfen muss. Die kann dann noch weiter verfolgt werden muss, die man nicht direkt übertragen kann. Ich habe das sehr gut gefunden. Mir hat das schon etwas gebracht (800)

Ich mache mir besonders viele Gedanken über

die Liebe, Beziehungen, Beziehungsformen

Lebenslauf

Ich, Ruth Erika Weyermann, aus Wittenbach (Schweiz), bin am 22. März 1958 in Dietikon geboren. Meine Eltern heissen Margrit Weyermann-Lenz und Willy Weyermann.

Zwischen 1974 bis 1978 habe ich das Unterseminar in Küsnacht (Zürich; kantonales Maturitätszeugnis) besucht und absolvierte 1979 das Oberseminar in Zürich (kantonales Lehrerinndiplom). Von 1994 bis 2000 erfolgte das Studium der Psychologie (lic. phil.) an der Universität Zürich mit Vertiefungsrichtung Angewandte Psychologie, Psychopathologie des Erwachsenenalters und Sozial- und Präventivmedizin.

Meine Dozentinnen und Dozenten im Rahmen des Studiums der Psychologie waren Prof. Dr. U. Schallberger und Prof. Dr. F. Stoll, Prof. Dr. B. Boothe und Prof. Dr. U. Ehlert, Prof. Dr. H. Gutscher und Prof. Dr. R. Hornung sowie Prof. Dr. W. Marx und Prof. Dr. F. Wilkening. Im Bereich Psychopathologie der Erwachsenenalters waren dies Prof. Dr. med. Ch. Scharfetter und Prof. Dr. med. H.-J. Haug sowie Prof. Dr. med. F. Gutzwiller im Bereich Sozial- und Präventivmedizin.

Die psychotherapeutische Zusatzausbildung absolvierte ich am Institut für Prozessorientierte Psychologie in Zürich.

Die Dissertation wurde von Prof. Dr. U. Rauchfleisch als Referenten und Prof. Dr. Th. M. Gehring als Korreferenten betreut. Die mündliche Prüfung fand am 19. Mai 2006 an der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Basel im Fach Klinische Psychologie statt. Zur Zeit bin ich in der psychiatrisch-psychologischen Praxisgemeinschaft Fluhmattweg in Luzern als delegierte Psychotherapeutin tätig.