



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Schlüsselmomente auf dem Weg zur Gesundheit

Ein Aktionsforschungsprojekt:

Die Analyse der Verwendung von zwei Therapiesystemen
aus verschiedenen Welten bei der Erkrankung Krebs

Verfasserin

Brigitte Leitner

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, im November 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 307

Studienrichtung lt. Studienblatt: Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuer: Dr. Gerhard Tucek

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	8
1.2. Genderaspekt	8
2. Zugang zum Thema und Themenstellung	9
2.1. Aufbau der Arbeit	11
2.2. Zwei Therapiesysteme	12
2.2.1. Meine biomedizinischen Therapien	12
2.2.2. Meine Therapie innerhalb der Orientalischen Medizin	12
3. Methodenbeschreibung: Aktions- bzw. Praxisforschung	13
3.1. Entstehung	13
3.2. Aktionsethnologie bzw. <i>action anthropology</i>	13
3.3. Französische Tradition der Aktionsforschung	14
3.3.1. Theoretische Grundlagen der franz. Tradition der Aktionsforschung	14
3.3.2. Kritikpunkte zur französischen Tradition der Aktionsforschung	16
3.3.3. Die Methodik wurde für dieses Projekt adaptiert	17
3.3.4. Zusammenfassung wichtiger Punkte der Aktionsforschung	19
4. Ein Aktionsforschungsprojekt:	20
Die Verwendung von zwei Therapiesystemen aus unterschiedlichen Weltbildern bei der Erkrankung Krebs	
4.1. Mein persönlicher Zugang zum Aktionsforschungsprojekt	20
4.1.1. Entwicklung der forschungsleitenden Fragestellung	21
4.1.2. Das Aktionsforschungsfeld	21
4.2. Arbeitsweise und Ablauf des Projekts	23
5. Das theoretische Konzept, mit dem im Projekt gearbeitet wird:	25
Salutogenese und Kohärenzgefühl – Ein Denkmodell von Aaron Antonovsky	
5.1. Aus Antonovskys Hauptwerk: Grundlagen zur Salutogenese	26
5.1.1. Entstehung	26
5.1.2. Die zugrundeliegende Idee	27
5.1.3. Salutogenese vs. Pathogenese	27
5.1.4. Die Basis der Salutogenese: Das Kohärenzgefühl (SOC) u. seine Bildung	28

5.1.4.1. Das Basis-SOC	30
5.1.4.2. Veränderungen nach Abschluss des Basis-SOC	30
5.1.5. Positive und negative Stressoren	31
5.1.6. Generalisierte Widerstandsressourcen (GRRs)	32
5.1.7. Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit und	33
Beeinflussung der Gesundheit oder des Wohlbefindens durch SOC	
5.1.8. Das Messwerkzeug	33
5.1.9. Zusammenfassung der Grundlagen des Konzepts der Salutogenese	33
 5.2. Aus der weiterführenden Literatur:	35
Entwicklung u. kritische Auseinandersetzung mit dem Modell Salutogenese	
5.2.1. Zur in diesem Kapitel verwendeten Literatur	35
5.2.2. Wann wird die SOC-Basis fixiert und ist sie veränderbar?	36
5.2.3. Welche Rolle spielt Beziehung bzw. soziale Unterstützung	37
im Konzept der Salutogenese?	
5.2.4. Wie universell anwendbar ist das Modell der Salutogenese?	38
5.2.5. Pathogenese vs. Salutogenese – ein Paradigmenwechsel?	39
5.2.6. Beeinflussung der Gesundheit durch SOC	41
und Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit	
5.2.6.1. Umgang mit dem Gesundheitsbegriff	43
5.2.7. Inwieweit ist das Konzept der Salutogenese empirisch abgesichert?	44
5.2.7.1. Geteilte Meinungen zur SOC-Skala als Forschungsinstrument	44
5.2.8. Wo und wie wird die Salutogenese in der Praxis angewendet?	45
5.2.8.1. Anwendung in der Onkologie	47
5.2.9. Schwach- und Kritikpunkte zum Konzept der Salutogenese	47
anhand der weiterführenden Literatur	
5.2.10. Vorteile, Ausblicke und neuere Entwicklungen des Konzepts	48
 5.3. Eigene Kritikpunkte und Überlegungen sowie.....	50
der Umgang in dieser Arbeit mit den oben angeführten Problemen	
bezüglich dem theoretischen Konstrukt der Salutogenese	
5.3.1. Eigene allgemeine Kritikpunkte und Anmerkungen zur Basisliteratur	50
5.3.2. Zum gesundheitsorientierten Konzept	51
5.3.3. Zur empirischen Absicherung	52

6. Biografischer Teil mit den Schlüsselmomenten	53
6.1. Forschungsrahmen	53
6.2. Die vier Zeitabschnitte	54
6.2.1. Wie habe ich die Zeit der Diagnose und der Operation erlebt?	54
6.2.2. Wie habe ich die Zeit der Chemotherapie erlebt?	55
6.2.3. Wie habe ich die Zeit der Reise nach Usbekistan erlebt?	57
6.2.4. Wie habe ich die Zeit der Strahlentherapie erlebt?	60
6.3. Die Schlüsselmomente	62
6.3.1. Schlüsselmoment 1: <i>Triff BEWUSST Entscheidungen!</i>	62
6.3.2. Schlüsselmoment 2: <i>Kommen Sie mit auf die Reise!</i>	63
6.3.3. Schlüsselmoment 3: <i>There is no cancer in your body!</i>	65
6.3.4. Schlüsselmoment 4: <i>Nimm deine Gefühle und Emotionen wahr und an!</i> ..	67
6.3.5. Schlüsselmoment 5: <i>Kämpfe!</i>	68
 7. Aktionsforschungsprozess	 70
7.1. Erste Reflexion: Erstellung des biografischen Teils	70
7.1.1. Rückspeisung ins Praxisfeld	70
7.2. Weitere Einsichten	71
7.3. Mein persönlicher Glaubenssatz, Teil 1	72
7.4. Wem kann ich mich anvertrauen?	73
7.5. Unabhängige Schlüsselmomente	74
7.6. Was sind die Aufgaben eines Therapiesystems?	74
7.7. Mein persönlicher Glaubenssatz, Teil 2	75
7.8. Meine eigene Denkweise prägt alles, was ich mache	76
7.9. Eigene und fremde Weltsicht	76
7.10. Ergänzte Sichtweise, Teil 1: Salutogenese und Pathogenese	78
7.11. Sichtweise als Schlüssel	81
7.12. Ergänzte Sichtweise, Teil 2: Erinnerung an früher Dagewesenes	82
7.13. Begeisterung fürs verwendete Therapiekonzept	84
7.14. Zusammenfassung der Prozess-Erkenntnisse	86
 8. Analyse der Schlüsselmomente	 87
8.1. Vor-Analyse der Schlüsselmomente aus subjektiver Sicht	87

8.1.1. Warum ist ein Schlüsselmoment für mich ein Schlüsselmoment?	88
8.2. Analyse der Schlüsselmomente aus Sicht der Salutogenese	90
8.2.1. Erster Teil der Analyse: Voraussetzungen	91
8.2.1.1. Eine Möglichkeit für die SOC-Veränderung,..... dargestellt anhand von Antonovskys Text	91
8.2.1.2. Diese Möglichkeit auf die Schlüsselmomente angewendet	92
8.2.2. Zweiter Teil: Analyse der subjektiven Schlüsselmomente	94
8.2.2.1. Analyse SM 1: <i>Triff BEWUSST Entscheidungen!</i>	96
8.2.2.2. Analyse SM 2: <i>Kommen Sie mit auf die Reise!</i>	98
8.2.2.3. Analyse SM 3: <i>There is no cancer in your body!</i>	99
8.2.2.3.1. SM 3 aus der Perspektive der Sichtweisen – meine eigene dichotome Denkweise	100
8.2.2.3.2. Bedeutung geben	101
8.2.2.3.3. Charisma der behandelnden Ärzte/innen und Heiler/innen	102
8.2.2.3.4. Zuspruch	102
8.2.2.3.5. In Resonanz kommen	103
8.2.2.3.6. Ergebnis der Analyse von SM 3	103
8.2.2.4. Analyse SM 4: <i>Nimm deine Gefühle und Emotionen wahr und an!</i>	104
8.2.2.5. Analyse SM 5: <i>Kämpfe!</i>	105
8.2.2.6. Ergebnis der Analyse der Schlüsselmomente anhand der Salutogenese	107
8.2.3. Dritter Teil: Analyse des Ereignisses ‚Schlüsselmoment‘	108
8.2.4. Resümee der dreiteiligen Analyse	109
 9. Theoretische Themenfelder innerhalb der Medizinethnologie	 110
9.1. Kurze Einführung in die medizinethnologische Forschungsgeschichte	111
9.2. Einführung in die Forschungsgeschichte des Medizinpluralismus	111
9.2.1. Wichtige Konzepte zum Medizinpluralismus	112
9.2.1.1. Konzepte aus der Sicht der Medizinethnologie	112
9.2.1.2. Medizinpluralismus aus der Perspektive der Biomedizin	113
9.2.1.3. Medizinpluralismus in der in dieser Arbeit verwendeten Biografie und meine eigene Sichtweise dazu im Prozess	114
9.2.2. Weitere aufgedeckte Sichtweisen	115
9.2.2.1. Diskussion zur Entwicklung des Medizinpluralismus im Westen	116

9.3. Medizinethnologischer Themenbereich für das Prozesskapitel:	116
Gesundheit & Krankheit bzw. Wohlbefinden & Missbefinden	
9.3.1. Zur Definition des Begriffs ‚Gesundheit‘	117
9.4. Medizinethnologischer Themenbereich für das Analysekapitel:	118
Krankheit als Übergangszeit	
9.4.1. Ein Prozessexkurs: Krankheit als Übergangszeit vs.	119
Gesundheit / Krankheit als Kontinuum	
9.4.2. Krankheit als Übergangszeit in der medizinethnologischen Literatur	121
9.4.2.1. Kranksein als liminale Phase	122
9.4.3. Beantwortung der Fragen aus Kapitel 9.4.1.	123
9.4.4. Relevanz der Theorie der liminalen Phase aus dem Übergangsritual	125
für die Analyse der Schlüsselmomente	
9.4.5. Ethnologen/innen, die sich mit ihrer eigenen Krankheit	125
wissenschaftlich beschäftigen	
9.5. Was macht die Arbeit ethnologisch bzw. medizinethnologisch?	126
 10. Beantwortung der Forschungsfrage und Schlussresümee	128
10.1. Beantwortung des ersten Teils der Forschungsfrage:	128
<i>Welche Medizin ist für mich die richtige?</i>	
10.2. Beantwortung des zweiten Teils der Forschungsfrage:	130
<i>Wem kann ich mich als Patient/in anvertrauen?</i>	
10.3. Schlussresümee und Dank.....	134
10.4. Vorschläge für weiterführende und ergänzende Forschungen	137
 Literaturverzeichnis	138
Anhang A 1. Der Fragebogen zum Kohärenzgefühl (SOC-Skala)	149
A 2. Vortrag, EASA-Konferenz 2010, englisch	153
Kurzzusammenfassung	160
Abstract	161

„Never, ever, give up on life!“
Robert F. Murphy

1. Vorwort

Die Themen Komplementärmedizin, Alternativmedizin und vor allem die Diskussion ‚Biomedizin sowie komplementäre und alternative Methoden‘ waren von Anfang an wichtige Schwerpunkte in meinem Ethnologiestudium. Im Frühjahr 2007 erkrankte ich an Krebs und stellte mir im Zuge dessen die Aufgabe, Therapiemethoden aus verschiedenen medizinischen Systemen zu kombinieren, um den bestmöglichen Heilerfolg für mich zu erreichen.

Für diese Arbeit verschriftlichte ich im biografischen Teil die Zeit der Therapien und arbeitete im Anschluss daran mit den dabei gemachten Erfahrungen. Nicht die Krankheit selbst ist dabei das Thema, sondern der Prozess durch den ich gegangen bin.

Bei mir ist die Krankheit gut ausgefallen. Zum Zeitpunkt der Therapien wusste ich jedoch nicht, was kommen würde, und aus dieser Situation heraus bin ich in den Prozess gegangen. Trotzdem möchte ich hier all jene um Nachsicht bitten, die nicht das Glück eines solch positiven Verlaufs in einer solchen Krankheit haben und sich vielleicht deshalb in manchen Teilen der Arbeit vor den Kopf gestoßen fühlen. Konkret meine ich Teile, in denen ich die positive Sichtweisen zur Lebenssituation übermäßig betone. Ich möchte allen Betroffenen gerne einen Satz mitgeben, den mir eine Freundin mit ähnlichen Erfahrungen zu Beginn der Erkrankung mitgab: *„Es ist nicht leicht, aber es ist zum Schaffen!“* (Telefongespräch, 23.03.07). Wie eine solche Lebenssituation am Ende ausgeht, liegt in der letzten Instanz nicht in unseren Händen.

1.2. Genderaspekt

Es war mein Ziel, eine für beide Geschlechter gültige Arbeit zu erstellen und keinen Gender-Schwerpunkt zu setzen. In manchen Teilen wie z. B. in der Beschreibung des Konzepts der Salutogenese (siehe Unterkapitel 5.2.4. und 5.2.6.) wird dennoch auf Unterschiede für Frauen und Männer eingegangen.

Trotz aller versuchten Objektivität möchte ich darauf hinweisen, dass sowohl der autobiografische Teil als auch der wissenschaftliche Teil die Sichtweise einer Frau repräsentieren. Männliches Gedankengut fließt beispielsweise durch die Verwendung

der von Aaron Antonovsky entwickelten Theorie der Salutogenese sowie durch die Resonanzgespräche mit meinem wissenschaftlichen Betreuer ein.

Um den geschlechtsneutralen Zugang zu unterstreichen, wird in der Sprache eine Formulierung verwendet, welche die Präsenz beider Geschlechter ausdrückt. Beispiele dazu sind: der/die Patient/in, die Ärzte/innen.

2. Zugang zum Thema und Themenstellung

Zum Zeitpunkt der Diagnose hatte ich schon mit der Erarbeitung des Konzeptes für meine Diplomarbeit begonnen, für die Betreuung hatte ich bereits Dr. Gerhard Tucek gewonnen. Bei einer Besprechung am 27. März 2007 zur genauen Themenfindung teilte ich ihm mit, dass ich ‚eine neue Aufgabe bekommen hätte‘ – die Erkrankung Krebs. Meine Diplomarbeit wurde auf Eis gelegt.

Die Krise der Diagnose und der lebensbedrohenden Krankheit brachte einen Vertrauensverlust auf vielen Ebenen meines Lebens mit sich, und das war die eigentliche Krise – der Verlust des Vertrauens. Dr. Tucek begleitete und unterstützte mich in den darauf folgenden Monaten auf meinem Weg. Er erklärte mir später, er hätte bei der Besprechung nach der Diagnose versucht, mein Kernbedürfnis zu erkennen und Rahmenbedingungen zu schaffen, damit dieses Kernbedürfnis abgedeckt werden konnte und so dem Prozess des Lebens gedient wurde. Seiner Meinung nach war dieses Kernbedürfnis das Vertrauen ins Leben (vgl. Reflexionsgespräch¹, 18.02.10).

Zurück zu den Therapien: Ich begab mich zunächst in die Hände der Westlichen Schulmedizin², die im Kontext der Medizinethnologie meist Biomedizin genannt wird, da es für mich das erreichbare, finanziell leistbare und bekannte Therapiesystem³ war.

¹ Alle Reflexionsgespräche in dieser Arbeit fanden zwischen meinem wissenschaftlichen Betreuer Dr. Gerhard Tucek und mir statt. Die hier zitierten, im Zuge der Reflexionsgespräche entstandenen Aussagen stammen von meinem wissenschaftlichen Betreuer.

² Im Folgenden wird für die Westliche Schulmedizin der Ausdruck Biomedizin verwendet.

³ Der Begriff ‚Therapiesystem‘ wird hier für beide in der Arbeit relevanten Medizinsysteme (Biomedizin und Orientalische Medizin) verwendet, um einen neutralen Zugang zu beiden Systemen zu unterstreichen.

Ich durchlief die für diese Erkrankung üblichen Behandlungen: Operation und Chemotherapie. Gleichzeitig lernte ich durch Dr. Tucek die Leiterin einer Atem- und Bewegungsschule der Orientalischen Medizin in der Schweiz kennen. Aus dieser Bekanntschaft entwickelte sich durch einen regen E-Mail-Verkehr ein stärkendes Vertrauensverhältnis, das in eine Reise in das Gesundheitszentrum *Yassaviy Turkiston*, das innerhalb einer Orientalischen Medizin arbeitet, nach Usbekistan / Zentralasien im September 2007 mündete. Mein 4wöchiger Aufenthalt dort schloss direkt an die Chemotherapie an und beinhaltete Pulsdiagnose, Kräutertherapie, Atem- und Bewegungsübungen sowie eine Diät. Zurück in Österreich absolvierte ich dann innerhalb der Biomedizin eine Strahlentherapie, und kurz vor Weihnachten war ich mit allen Therapien fertig.

Folgende Ausgangslage gab mir das Gefühl, mich der Biomedizin nicht zu 100 Prozent anvertrauen zu können und mehrere Therapiesysteme zu brauchen: Meine eigene Weltsicht und Sicht auf den menschlichen Körper im Krankheitsfall deckte sich nicht mit dem von der Biomedizin großteils verfolgten rein biologischen Körperdenken. Ich konnte das Ziel der biomedizinischen Therapien – ein alleiniges Eliminieren der Krebszellen – nicht als zielführend erkennen, da die Ursache der Erkrankung für mich unklar blieb. Ich suchte nach einer Therapie bzw. Therapiekombination, die meinem Welt- und Menschenbild entspricht und die mit meiner Lebenswelt vereinbar war. Der biografische Teil der Arbeit (Kapitel 6) und das Prozesskapitel 7 gehen umfassend auf meine Sichtweise diesbezüglich ein.

Warum ich gerade diese beiden Therapiesysteme (Biomedizin und Orientalische Medizin) gewählt habe, ergab sich aus den Möglichkeiten und Zugängen, die ich hatte. Biomedizin ist das staatlich finanzierte und gesellschaftlich anerkannte Medizinsystem in Österreich. Die Möglichkeit der Reise in das Gesundheitszentrum nach Usbekistan erhielt ich durch Dr. Tucek. Er knüpfte die Verbindungen, öffnete die Türen und erzeugte dadurch, da er die Leiter des Gesundheitszentrums in Usbekistan kannte, gemeinsam mit der Leiterin des Schweizer Zentrums die für mich für das Wagnis der Reise notwendige Vertrauensbasis.

In der Krankengeschichte, die der Arbeit zugrunde liegt, werden bei EINER Erkrankung ZWEI vollständige Therapien aus Therapiesystemen mit verschiedenen Sichtweisen auf Krankheit und Heilung ineinander verschachtelt (nicht parallel) angewendet.

Das Spezielle ist also, dass es für mich als Patientin nicht möglich war, mich zu 100 Prozent in die Hände von einem Therapiesystem zu begeben. Dazu möchte ich vorwegnehmen, dass ich in Usbekistan keine Krebstherapie machte, sondern eine Erholungs-, Entgiftungs- und Aufbaukur.

2.1. Aufbau der Arbeit

Nach den beiden einleitenden Kapiteln, welche meinen Zugang zum Thema darstellen, folgt in Kapitel 3 die Beschreibung der verwendeten Methode, die französische Richtung der Aktionsforschung. Dies ist eine projektbezogene und prozessorientierte Methode – ein Projekt mit hohem Praxisbezug wird wissenschaftlich begleitet. Das hier beschriebene Aktionsforschungsprojekt befasst sich also mit der Kombination von zwei Therapiesystemen aus verschiedenen Welten bei der Erkrankung Krebs. Forschungsgegenstand sind die Erfahrungen einer ehemaligen Krebspatientin aus den westlichen Industriestaaten, welche zwei Therapiesysteme ineinander verschachtelt genutzt hat: Biomedizin in Österreich sowie ein Therapiesystem innerhalb der Orientalische Medizin in Usbekistan.

Die Arbeitsweise dieser Methode wird in Kapitel 3 genau erklärt, das Projekt selbst wird in Kapitel 4 vorgestellt. Es setzt sich als Ziel, die forschungsleitende Fragestellung: *Welche Medizin ist für mich die richtige bzw. wem kann ich mich als Patient/in anvertrauen?*, welche in Kapitel 4 genauer beschrieben wird, zu beantworten.

Das für diese Arbeit wichtigste theoretische Konzept, das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky, wird in Kapitel 5 vorgestellt.

Das Aktionsforschungsprojekt enthält einen autobiografischen Teil: die neunmonatige Therapiezeit sowie die Beschreibung von fünf in dieser Zeit aufgetretenen Schlüsselmomenten (Kapitel 6). In Kapitel 7 wird der Prozess der Forschung dargestellt, in dem die forschungsleitende Frage von vielen Seiten beleuchtet und bearbeitet wird. Im darauf folgenden Kapitel 8 werden die Schlüsselmomente anhand des theoretischen Denkmodells der Salutogenese analysiert.

Mit Kapitel 9 folgt ein weiteres theoretisches Kapitel über die medizinethnologischen Bezüge dieser Arbeit, wobei hier relevante Prozesssteile eingearbeitet sind. Die Themen führen vom Medizinpluralismus über die Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit zur Krankheit als Übergangszeit. In Kapitel 10 wird die forschungsleitende Frage beantwortet sowie ein Schlussresümee für die Arbeit erstellt.

2.2. Zwei Therapiesysteme

In der Arbeit werden nicht die beiden Therapiesysteme selbst und deren Arbeitsweise behandelt. Vielmehr geht es um die Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellung mit Hilfe des Aktionsforschungsprozesses und der Analyse der Schlüsselmomente.

Daher stelle ich die Denkweise der beiden Therapiesysteme hier nur sehr kurz anhand der bei mir angewendeten Therapien gegenüber, um ein besseres Verständnis des Prozesses zu gewährleisten.

2.2.1. Meine biomedizinischen Therapien

In den biomedizinischen Therapien bekämpften meine Ärzte/innen den Krebs, indem sie versuchten, mit teilweise das ganze Körpersystem einbeziehenden Therapien die gegenüber den gesunden Zellen schwächeren Krebszellen mit verschiedenen Mitteln abzutöten – sie sterben eher als die gesunden Zellen⁴.

Während der Therapiezeit bekam ich begleitende psychoonkologische Unterstützung.

2.2.2. Meine Therapie innerhalb der Orientalischen Medizin

In meiner Therapie innerhalb der Orientalischen Medizin versuchten die Heiler, die dort Tabib⁵ genannt werden, meine internen Abwehrkräfte auf körperlicher und seelischer Ebene zu stärken, damit sie selbst mit etwaigen Krebszellen wieder fertig werden.

⁴ Bei mir wurden diese beschriebenen Methoden angewendet. Dank stetiger Forschungen stehen innerhalb der Biomedizin mittlerweile auch zielgerichtete Therapien (es werden dem Körper spezifische Antikörper zur Verfügung gestellt, die Tumorzellen einerseits blockieren und andererseits für das interne Immunsystem erkennbar und somit bekämpfbar machen) und Immuntherapien (hier werden Botenstoffe in den Körper gebracht, die das interne Immunsystem aktivieren und stärken) zur Verfügung (vgl. Österr. Krebshilfe 2006: 20f).

⁵ Das Wort ‚Tabib‘ kommt aus dem Arabischen und bedeutet übersetzt ‚Arzt‘ (vgl. Kehl-Bodrogi 2005: 6). Heiler/innen werden in Usbekistan oft ‚Tabib‘ genannt.

3. Methodenbeschreibung: Aktions- bzw. Praxisforschung

Die verwendete Methode spielt in meiner Arbeit eine wichtige Rolle, daher wird sie in diesem Kapitel ausführlich erklärt.

Ich gehe kurz auf die Geschichte dieser Methode ein, erkläre ihre theoretischen Grundlagen und ihre Arbeitsweise – vor allem die der französischen Tradition der Aktionsforschung, die in dieser Arbeit angewendet wird. Am Ende des Kapitels beschreibe ich, auf welche Weise die Methode auf die Bedürfnisse dieses Projektes abgestimmt wurde und in dieser Arbeit verwendet wird.

3.1. Entstehung

Die Aktions- oder Praxisforschung hat ihre Wurzeln in den 1930ern in der Feldforschungsmethode des US-amerikanischen Psychologen Kurt Lewin. Sein Ziel war es, Kenntnisse über soziale Systeme und Gruppen zu erlangen und in der Folge für deren Konflikte gemeinsam mit den Gruppenmitgliedern Lösungen zu erarbeiten (vgl. Hart / Bond 2001: 24; Prieler-Woldan 1996: 21).

Ausgehend von Lewins Methode etablierten sich unterschiedliche Formen der Aktionsforschung im amerikanischen, im französischen, im englischen und ab den 1960er Jahren im deutschsprachigen Raum. Im letzteren wird sie auch Handlungsforschung oder aktivierende Sozialforschung genannt und folgendermaßen beschrieben: „*Theorie und Praxis sollten durch kooperative Problemlösungen zwischen Wissenschaftlern, Praktikern und Betroffenen im Praxisfeld füreinander nutzbar gemacht werden*“ (Gieseke 1980, zitiert nach Prieler-Woldan 1996: 21). Diese Art der Aktionsforschung konnte sich im deutschsprachigen Raum nicht halten und verschwand wieder aus der sozialwissenschaftlichen Debatte (vgl. Prieler-Woldan 1996: 22).

3.2. Aktionsethnologie bzw. *action anthropology*

Im Fach der Ethnologie gibt es ein Pendant, das sich Aktionsethnologie bzw. *action anthropology* nennt. Erstmals angewendet hat diese Form der Methode der US-amerikanische Anthropologe Sol Tax in den 1940er Jahren im Zuge einer groß angelegten Forschung bei einer Gruppe namens *Mesquaki* bzw. *Fox* (vgl. Amborn 1993: 130f).

Es werden Theorie und Praxis miteinander verbunden, wobei die beforschte Gruppe (meist eine indigene Bevölkerungsgruppe) in die Forschung integriert ist. Der Dialog

zwischen Forscher/in und Beforschten spielt eine wichtige Rolle. Auch in der Aktionsethnologie ist man bestrebt, *„Forschung in einen gesellschaftlichen Handlungszusammenhang zu stellen. In der Alltagspraxis auftretende gesellschaftliche, ökonomische, ökologische oder politische Probleme werden aufgegriffen, um gemeinsam mit einem überschaubaren Personenkreis Betroffener sowohl zu forschen, als auch nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen“* (ebd.: 133).

3.3. Französische Tradition der Aktionsforschung

Meine Arbeit lehnt sich an die französische Tradition der Aktionsforschung⁶ an. Für diese Richtung ist charakteristisch, dass die Forschung nicht von praxisfremden Wissenschaftlern/innen durchgeführt wird, sondern von Leuten aus der Praxis selbst.

Der bekannteste Vertreter der französischen Aktionsforschung, Henri Desroche, spricht deshalb von *„beobachtender Teilnahme (participation observante)“* in einer *„Forschungsaktion (recherche-action)“* (Prieler-Woldan 1996: 23).

3.3.1. Theoretische Grundlagen der französischen Tradition der Aktionsforschung

Innerhalb dieser Forschungsmethode tritt der/die Forscher/in in einer Doppelfunktion auf: einerseits als handelndes und erlebendes Subjekt (Engagement⁷) und andererseits als forschendes Subjekt (Distanzierung⁸) im zu beforschenden Feld. Desroche erklärt dazu: *„In der Aktionsforschung hören die Akteure auf, einfach Objekt der Beobachtung, Erklärung oder Interpretation zu sein; sie werden an der Forschung teilhabende Subjekte, an ihrer Konzeption, ihrer Abwicklung, ihrer Verschriftlichung, ihrem Werdegang“* (Desroche 1990, zit. n. Prieler-Woldan 1996: 24).

Während der/die Forscher/in in der Engagementphase in den Prozess einbezogen, hinein verwickelt und auch verstrickt ist, tritt er/sie in der Distanzierungsphase einen Schritt zurück und analysiert und reflektiert das Erlebte im Dialog mit Lehrenden, Mitstudierenden oder Assistenten/innen. Sie fungieren als ‚Resonanzboden‘ für die innere Resonanz und die inneren Bilder des/der Forschers/in. Auch Theorie wird in dieser

⁶ Im Folgenden ist mit ‚Aktionsforschung‘ die französische Tradition der Aktionsforschung gemeint.

⁷ Den Begriff „Engagement“ verwendet Prieler-Woldan als Übersetzung für den Begriff „implication“ von Desroche (Prieler-Woldan 1996: 24).

⁸ Den Begriff „Distanzierung“ verwendet Prieler-Woldan als Übersetzung für den Begriff „distanciation“ von Desroche, wobei sie sich auch auf den wissenssoziologischen Aufsatz von Norbert Elias *Engagement und Distanzierung* (Elias 1987) bezieht (Prieler-Woldan 1996: 24).

Phase vom/von der Forscher/in verwendet, um die Erfahrungen zu reflektieren und zu analysieren.

Die reflektierende Distanzierung führt wieder ins Handlungsfeld zurück, allerdings auf eine andere Ebene. „*Das Schauen ([mit der]Theorie) hat der blinden Praxis die Augen geöffnet*“, beschreibt Maria Prieler-Woldan das Prinzip der Aktionsforschung (Prieler-Woldan 1996: 27). Der/die Aktionsforscher/in hievt sich durch die Reflexion des Erlebten auf einem spiralförmigen Weg in neue Ebenen (siehe Abb. 1).

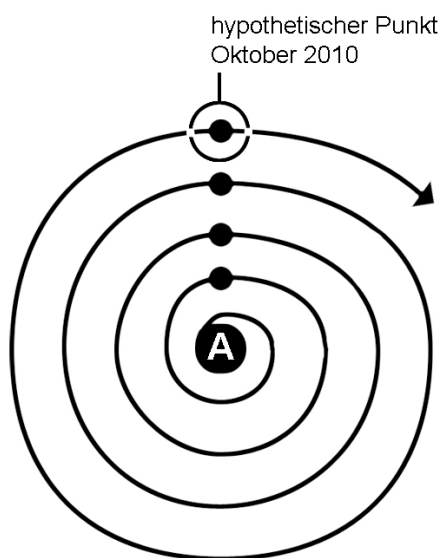


Abb. 1: Darstellung der prozesshaften Arbeitsweise der französischen Aktionsforschung. ‚A‘ stellt den Ausgangspunkt der Forschung dar, die weiteren Punkte zeigen das Wiedererreichen eines bestimmten, bereits bearbeiteten Problems auf einer anderen Ebene. Die Forschung wird an einem hypothetischen Punkt abgeschlossen, was nicht bedeutet, dass der Prozess des behandelten Themas damit endet. Dies symbolisiert der fortlaufende Pfeil.

Während klassische naturwissenschaftliche Ideen der Forschung in erster Linie an den Ergebnissen orientiert und interessiert sind, fokussiert die Aktionsforschung auf den Prozess. Die Ergebnisse eines Aktionsforschungsprojektes sind daher hochgradig prozess- und sichtweisenabhängig (vgl. Tucek 2000: 41).

Da der/die Forscher/in aus seinem/ihrem eigenen Leben nicht aussteigen kann, findet die Distanzierung und Reflexion IM Handlungsprozess statt, in dem sich ‚Momente‘ der Erkenntnis einstellen. Es erfolgt ein „*prozesshaft fortschreitender Erkenntnisgewinn auf eine jeweils höhere Erkenntnisebene*“, wobei der/die Aktionsforscher/in „*zwischen zwei polaren Bezugspunkten, nämlich Aktion und Distanzierung, pendelt*“, schreibt Aktionsforscher Gerhard Tucek (ebd.: 30f).

Im Prozess der Forschung können Veränderungen im Handlungsfeld stattfinden, da die Aktionsforschung die Möglichkeit enthält, Veränderungen zu bewirken bzw. dies sogar gewünscht ist (vgl. Hart / Bond 2001: 31). Auch der/die Forscher/in ist einer Wandlung

unterworfen, da er/sie Teil des Handlungsfeldes und auf existenzielle Art und Weise Teil des Prozesses ist (vgl. Tucek 2000: 41). Denn der/die Forschende begibt sich in den Strudel der Ereignisse, im Gegensatz zum/zur traditionellen Feldforscher/in, der/die sich möglichst herauszuhalten versucht (vgl. Prieler-Woldan 1996: 27).

In der französischen Aktionsforschung *„handelt und forscht der/die Forscher/in auch immer für sich selbst“*, meint Prieler-Woldan, *„unabhängig davon, wer darüber hinaus noch betroffen sein mag. Eine Spaltung von Forschern und Betroffenen ist also unmöglich“* (ebd.: 27). Norbert Elias bringt die Problematik, die seiner Meinung nach alle Sozialwissenschaften betrifft, auf den Punkt und hebt auch gleich den Vorteil einer totalen, bewussten Partizipation hervor: *„Das Problem, vor dem Menschenwissenschaftler stehen, lässt sich also nicht einfach dadurch lösen, dass sie ihre Funktion als Gruppenmitglieder zugunsten ihrer Forscherfunktion aufgeben. Sie können nicht aufhören, an den sozialen und politischen Angelegenheiten ihrer Gruppen und ihrer Zeit teilzunehmen, können nicht vermeiden, von ihnen betroffen zu werden. Ihre eigene Teilnahme, ihr Engagement ist überdies eine der Voraussetzungen für ihr Verständnis der Probleme, die sie als Wissenschaftler zu lösen haben“* (Elias 1987, zit. n. Prieler-Woldan 1996: 28). Der/die Forscher/in durchlebt die beforschte Situation – mit allen Konsequenzen – und gewinnt dadurch ein direktes Verständnis des Problems. Durch das Heraustreten aus dem Erlebten, das Reflektieren und ‚Erkennen‘ sowie das genaue Verschriftlichen des Forschungsprozesses entsteht eine wissenschaftliche Arbeit mit hohem Praxisbezug.

3.3.2. Kritikpunkte zur französischen Tradition der Aktionsforschung

Einer der Hauptkritikpunkte der Aktionsforschung stellt die Anzweiflung ihrer Objektivität dar. Die folgenden Fragen stellte ich mir während der Arbeit auch selbst immer wieder: Wie können Daten, die ich aus meinem eigenen Erleben gesammelt habe und zusätzlich von mir selbst bearbeitet und analysiert werden, objektiv sein? Und ist nicht alles subjektiv, was ich schreibe? Mein wissenschaftlicher Betreuer bestätigte meine Vermutung: *„Ja, alles, was wir schreiben, ist subjektiv. Auch eine Zusammenfassung einer Theorie. Und die Beschreibung des Prozesses macht es objektiv“* (Reflexionsgespräch, 03.09.09).

Die Antwort findet sich also in einer der Zielsetzungen der Aktionsforschung: Es wird nicht die totale Objektivität, sondern die Nachvollziehbarkeit der erarbeiteten Ergebnisse angestrebt. Die genaue Beschreibung der Ideen, Emotionen und Reflexionen des/der Forschers/in in Bezug auf die Situationen die er/sie erlebte machen es möglich, einen Einblick in den Prozess zu bekommen und die Forschungsergebnisse zu verstehen (vgl. Reflexionsgespräche, 18.02.10 und 25.08.10).

In der Aktionsforschung wird kein Anspruch auf eine ‚allumfassende‘ Wahrheit gestellt. Besser wäre es, von Wahrhaftigkeit zu sprechen, meint Tucek (vgl. Reflexionsgespräch, 18.02.10). Durch die Analyse und Verschriftlichung des Erlebten und die exakte Beschreibung der Arbeitsweise wird für den/die Leser/in nachvollziehbar, wie das Ergebnis entstanden ist und welche Gedanken und Weltbilder dahinterstehen.

Ein zweiter wichtiger Kritikpunkt ergibt sich aus der Möglichkeit in der Aktionsforschung, im Handlungsfeld und im Prozess Veränderungen einzuleiten. Die Methode hat als Ziel, das Ergebnis der Forschung zu beeinflussen. Negativ formuliert könnte man sie daher als manipulierend bezeichnen. Dieser Tatsache war sich auch ihr Gründer, Kurt Lewin, bewusst (vgl. Hart / Bond 2001: 31).

Positiv ausgedrückt trägt dies jedoch die Möglichkeit in sich, eine von den Betroffenen gewollte Veränderung zu bewirken. Da die Handelnden im erforschten Praxisfeld in hohem Maße in die Forschung integriert sind, ist die Gefahr einer von ihnen ungewollten Veränderung meiner Meinung nach äußerst gering.

3.3.3. Die Methodik wurde für dieses Projekt adaptiert

Die in dieser Diplomarbeit verwendete Methode der Aktionsforschung basiert auf einem Praxeologielehrgang⁹, welchen mein wissenschaftlicher Betreuer an der Universität Klagenfurt abgeschlossen hat. Er ist theoretisch ausgebildet und praktisch erfahren in dieser Methode¹⁰ und gibt sie als mein Betreuer der Diplomarbeit an mich weiter.

Im Praxeologielehrgang gründet das gesamte Studium auf der oben beschriebenen französischen Tradition der Aktionsforschung. Dieses Studium ist besonders gut für die

⁹ Siehe dazu Maria Prieler-Woldan (1996): *Sinnvoll studieren und etwas Notwendiges tun – Projektstudium für Berufstätige – ein Modell universitärer Erwachsenenbildung in Österreich* und Hildegard Enzinger (2008): *Praxeologie. Wissenschaft – Praxis – Studium als lebendiges Zusammenspiel*.

¹⁰ Siehe dazu z. B. das Projekt von Gerhard Tucek (2000): *Altorientalische Musiktherapie in der Diaspora*.

Erwachsenenbildung geeignet, da aus der Praxis heraus gearbeitet wird, schreibt Prieler-Woldan, denn die Studierenden „*absolvieren ein Studium in Humanwissenschaften, indem sie in ihrem jeweiligen Tätigkeitsbereich ein Aktionsforschungsprojekt konzipieren und realisieren*“ (Prieler-Woldan 1996: 23). Es enthält einen nicht unwesentlichen pädagogischen Teil, wobei die Lehrenden aber nicht im Forschungsfeld intervenieren, sondern als Berater fungieren (vgl. ebd.). Weiters sind Präsentationen und Feedbackrunden mit den anderen Studierenden vorgesehen, in denen „*die Gruppe als Resonanzboden für Forschungsergebnisse verwendet werden kann*“ (Krainer 2008: 6). Gerhard Tucek formuliert den Forschungsvorgang in der Aktionsforschung folgendermaßen: „*Das theoretische Gedankenmodell sieht vor, dass eine konkrete Fragestellung aus der Praxis in die Theorie übertragen wird, indem sie zunächst aus ihrem konkreten Kontext abstrahiert, theoretisch fundiert und über den Weg der Verschriftlichung wieder in das Praxisfeld rückgespeist wird*“ (Tucek 2000: 21).

Ich kam mit der Methode der Aktionsforschung erst mit dem Beginnen der Diplomarbeit in Kontakt. Da das Schicksal mich sozusagen zu einer Akteurin im Feld gemacht hatte und ich meine Erlebnisse wissenschaftlich nutzen wollte und zu dieser Zeit auch nicht die (emotionale) Möglichkeit hatte, mich mit etwas anderem als der Krankheit und ihren Folgen zu beschäftigen, erschien mir die französische Richtung der Aktionsforschung, die mir mein wissenschaftlicher Betreuer vorschlug, als die ideale Methode.

Für dieses Projekt wurde die Methodik folgendermaßen angepasst:

Die Resonanz- und Reflexionsgespräche fanden ausschließlich mit meinem wissenschaftlichen Betreuer statt. Weiters arbeitete ich intensiv mit Literatur, vor allem mit dem theoretischen Modell der Salutogenese. Zusätzlich flossen verschiedene Erlebnisse, Kontakte und Diskussionen in den Prozess und seine Verarbeitung ein, wie z. B. Gespräche mit Ärzten/innen, Heilern/innen, anderen Patienten/innen, Mitstudierenden und weiteren Lehrenden am Institut für Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien.

Die Forschungsfrage wird demnach mehrmals von verschiedenen Blickwinkeln heraus bearbeitet und von vielen Seiten beleuchtet.

Es gab bislang zwei Präsentationen meines laufenden Projektes mit Feedback von Wissenschaftlern/innen, Lehrenden und Mitstudierenden. Die erste fand 2008 innerhalb einer Lehrveranstaltung am Institut für Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien statt (Präsentation Diplomarbeitsprojekt, 27.11.08).

Eine zweite Präsentation erfolgte innerhalb eines Workshops auf der 11th *EASA Biennial Conference* (European Association of Social Anthropologists) in Maynooth/Irland (Präsentation Diplomarbeitsprojekt, 27.08.10, siehe Anhang A 2.).

Genaue Beschreibungen zum Projekt selbst folgen im Kapitel 4, Feedbacks dazu sind in das Schlusskapitel 10 eingearbeitet.

3.3.4. Zusammenfassung wichtiger Punkte der Aktionsforschung

Die französische Tradition der Aktionsforschung kann wie folgt beschrieben werden:

Sie arbeitet:

- in der Praxis und mit Theorie
- in Engagement- und in Distanzierungsphasen
- auf einem spiralförmigen Weg
- lösungsorientiert und das Handlungsfeld verändernd
- prozess- und sichtweisenabhängig
- nicht objektiv, sondern nachvollziehbar

Mit ihr arbeiten:

- Menschen in ihrem eigenen Praxisfeld, indem sie ihr Praxiswissen innerhalb einer wissenschaftlichen Ausbildung nutzen und somit wissenschaftlich nutzbar machen.

4. Ein Aktionsforschungsprojekt:

Die Verwendung von zwei Therapiesystemen aus unterschiedlichen Weltbildern bei der Erkrankung Krebs

In dieser Arbeit werden im Rahmen eines Aktionsforschungsprojektes (angelehnt an die französische Tradition) meine subjektiven Schlüsselerlebnisse, die während der neunmonatigen Behandlungszeit innerhalb von den zwei Therapiesystemen

- **Biomedizin** in Österreich
- **Orientalische Medizin** (Therapiesystem Nursafardiyya) in Zentralasien

stattgefunden haben, angeführt, zu Hypothesen weiterentwickelt und anhand des Denkmodells der Salutogenese (Aaron Antonovsky) analysiert. Die Verarbeitung der Daten vollzog sich in einem etwa dreijährigen Prozess, in dem immer wieder Reflexionsgespräche stattfanden und der im Rahmen der angewendeten Methode wissenschaftlich begleitet war.

4.1. Mein persönlicher Zugang zum Aktionsforschungsprojekt

Fast von Beginn meiner Krankheit an hatte ich den Plan, das, was ich erlebe, auch wissenschaftlich im Rahmen des Forschungsbereiches Medizinethnologie zu nutzen. So befand ich mich während der ganzen Therapiezeit (März bis Dezember 2007) in einer Doppelrolle (Patientin und Wissenschaftlerin), schrieb so viel wie möglich von dem was ich erlebte und empfand auf und ging in Gespräche mit Ärzten/innen und Heilern/innen auch immer mit dem Bewusstsein der Forscherin hinein. Mein Hauptinteresse galt aber meiner Gesundheit. Ich wusste zu dem Zeitpunkt noch nicht, in welcher Weise ich die Daten weiterverwenden wollte und konnte, ich sammelte einfach. Diese Doppelrolle verhalf mir auch zu Abstand und Halt in der Situation der lebensbedrohenden Krankheit¹¹. In der Folge suchte ich nach einer Methode, mit der ich die gesammelten Daten wissenschaftlich weiterverarbeiten konnte.

Im Sommer 2007 schlug mir mein wissenschaftlicher Betreuer die Verwendung der Methode Aktionsforschung/Praxisforschung vor. Er meinte, mein Erleben sei ein

¹¹ Die Anthropologin Susan M. DiGiacomo schreibt in ihrer Arbeit, in der sie auf die Beziehung zu ihren Ärzten/innen während ihrer eigenen Krebsbehandlung eingeht, von einer ähnlichen Arbeitsweise (vgl. DiGiacomo 1987: 320).

Prozess, darum sei die französische Tradition der Aktionsforschung hier passend. Das Erlebte und in der Folge Bearbeitete würde am Ende eine wissenschaftliche Arbeit mit hohem Praxisbezug abgeben, aus dem ich selbst Nutzen ziehen könnte.

4.1.1. Entwicklung der forschungsleitenden Fragestellung

Die Kombination von mehreren Therapiesystemen stellte sich für mich als Patientin als äußerst schwierig heraus. Ich fühlte mich oft, als würde ich zwischen zwei Sesseln sitzen. Warum war dieses Kombinieren so schwierig? Was war daran so schwierig? Ein früher Entwurf der Forschungsfrage lautete: *Wie kompatibel sind verschiedene Medizinsysteme aus der Sicht der Patienten/innen bei einer lebensbedrohenden Krankheit?* Die Bearbeitung dieser Frage führte mich aber immer wieder in Sackgassen und bodenlose Verwirrnisse, sodass ich davon abkam.

Ein Analyseumweg mit Schlüsselmomenten und dem theoretischen Modell der Salutogenese, das nach der Entstehung von Gesundheit fragt und dabei eine ressourcenorientierte Perspektive einnimmt, machte die Thematik für mich bearbeitbar und brachte Klarheit und Struktur hinein. Ich wählte dieses Analysewerkzeug – das Modell der Salutogenese mit seiner Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit – weil es meinem eigenen Zugang zum Forschungsgegenstand nahekommt.

In einer Besprechung mit meinem wissenschaftlichen Betreuer kristallisierte sich nun folgende **forschungsleitende Fragestellung** und Ausgangsfrage für das Projekt heraus: *Welche Medizin ist für mich die richtige bzw. wem kann ich mich als Patient/in anvertrauen?* Ziel ist es, eine Antwort auf die forschungsleitende Fragestellung zu finden.

4.1.2. Das Aktionsforschungsfeld

Ausgehend von der forschungsleitenden Fragestellung ergibt sich das Aktionsforschungsfeld.

Der erste Teil der Frage: *Welche Medizin ist für mich die richtige?* weist auf das Feld Medizinpluralismus hin, in den das Projekt eingebettet ist. Der zweite Teil: *Wem kann ich mich als Patient/in anvertrauen?* spezifiziert die Thematik: Es wird ein Abschnitt im Leben eines Menschen bearbeitet, in dem die allgemeine Vertrauensbasis durch folgende Umstände stark beschädigt wurde:

- Zu Beginn der Erkrankung stand der Verlust des Vertrauens in den Körper: zuerst durch die Diagnose selbst (etwas für meinen Körper Schädliches hatte sich IN meinem Körper gebildet), dann durch die verschiedenen Therapien (z. B. Was passiert in meinem Körper durch die Chemotherapie?).
- Nicht zu vergessen ist die Situation, dass die Krankheit nach der Operation nicht mehr spür- und messbar war und ein sich stark anfühlender Körper ‚schwach‘ therapiert wurde, um eine Wiedererkrankung zu verhindern.
- Am meisten jedoch stellte die Diagnose einer lebensbedrohenden Krankheit für mich das Vertrauen ins Leben auf eine harte Probe.

Es ist nicht das Ziel dieser Arbeit, Therapiesysteme zu vergleichen. Es geht in keinsten Weise um naturwissenschaftliche Fragen (z. B. um die heilsame oder nicht heilsame Wirkungsweise von chemischen oder natürlichen Substanzen oder um Heilmethoden bei Krebs). Darum gehe ich auch nicht näher auf die Arbeitsweise der verwendeten Therapiesysteme ein. Vielmehr steht die Erfahrung mit den Therapien aus der Sicht einer westlichen Patientin im Vordergrund, wobei die Situationen so radikal subjektiv wie möglich beschrieben werden, um in einem zweiten Schritt mit der aus der genauen Beschreibung der Umstände entstehenden Objektivität weiterzuarbeiten. Es wird ein Zeitabschnitt einer Lebenswelt von innen heraus beschrieben, in dem das Erleben einer lebensbedrohenden Krankheit und ihre Behandlung die wichtigste Rolle spielen.

Als Aktionsforschungsfeld ergibt sich somit:

- die auf die Therapien bezogenen Ausschnitte einer Lebenswelt eines Menschen, der an einer lebensbedrohenden Krankheit erkrankt ist sowie die Interaktionen dieses Menschen mit den Vertretern der verschiedenen Therapiesysteme, die in diesem Feld stattfanden.

Als räumliche Aktionsfelder lassen sich definieren:

- Krankenhäuser (Biomedizin) / Österreich
- Gesundheitszentren (Orientalische Medizin) / Usbekistan.

4.2. Arbeitsweise und Ablauf des Projekts

Im Projekt wird ein mehrjähriger Prozess wissenschaftlich begleitet, der mit einer Tabula-Rasa-Situation¹² – der Diagnose Krebs – beginnt. Die zeitliche Abfolge der verschiedenen Arbeitsschritte ergab sich durch die prozessorientierte Arbeitsweise. Zu Beginn des Projektes legte ich einen ‚Arbeitsplan‘ fest, den ich relativ genau einhalten konnte:

- 1) Nach Abschluss der Therapiephase (Dezember 2007) erarbeitete ich die forschungsleitende Fragestellung für den weiteren Prozessverlauf. Auch den Zugang zum Thema und die Themenstellung definierte ich zu Beginn. Ich benötigte noch ein volles Jahr, um mich von der Krankheit und den Therapien zu erholen, letzte Prüfungen für mein Studium abzulegen und eine ergänzende zweite Reise nach Usbekistan ins Therapiezentrum zu unternehmen.

- X) In dieser Zeit begannen bereits die Reflexionsgespräche mit meinem wissenschaftlichen Betreuer, die sich während der ganzen Dauer des Projektes fortsetzten. Gleichzeitig führte ich ein Forschungstagebuch, welches die Weiterentwicklung meiner Gedankenprozesse nach den Reflexionsgesprächen sowie die verschiedensten projektbezogenen Erlebnisse und Erkenntnisse beinhaltet. Beide Tools wurden vor allem für die Verschriftlichung des Prozesses (Kapitel 7), die parallel zur Arbeit an den anderen Kapiteln stattfand, verwendet.

Im Aktionsforschungsprozess entstanden Zwischenergebnisse, die neue Fragen aufwarfen. Ich bezeichne sie als Teilfragen, die wie Perlen entlang einer Schnur zur Lösung führen – zur Beantwortung der Forschungsfrage im Schlusskapitel.

- 2) Mit der eigentlichen Schreiarbeit begann ich im Dezember 2008. Das erste Material, das ich verschriftlichte, waren Notizen aus meinem Tagebuch, in dem ich während der neunmonatigen Therapiezeit meine Erfahrungen und Gefühle niedergeschrieben hatte. Meine Krankheit ist sozusagen die Folie, an der ich

¹² Der Begriff Tabula Rasa bedeutet „*abgeschabte Tafel*“. Er kommt aus der Antike und beschreibt eine „*wachüberzogene Schreiftafel, auf der die Schrift wieder vollständig gelöscht war*“. Im übertragenen Sinn meint man damit heute z. B. einen „*Zustand der Seele (bei der Geburt des Menschen), in dem sie noch keine Eindrücke von außen empfangen und keine Vorstellungen entwickelt hat*“ (Duden 5 1997: 794).

meine Arbeit aufziehe. Sie ist meine Quelle, die ich selbst durchlebt, durchlitten und durchdacht habe. Anhand der Tagebuchnotizen erstellte ich den biographischen Teil – die Beschreibung der Therapiezeit und suchte fünf Schlüsselmomente aus dieser Zeit aus. Dieser Teil ist sehr individuumbezogen und subjektiv verfasst. Es war mir wichtig, mit diesem Teil zu beginnen, um noch relativ neutral (ohne Analysegedanken) an die Sache herangehen zu können.

- 3) Im nächsten Schritt erstellte ich mit Hilfe von sechs Fragen eine erste Analyse der subjektiven Schlüsselmomente, mit der ich später in der Analyse anhand des Konzeptes der Salutogenese weiterarbeitete.
- 4) Als Nächstes beschäftigte ich mich intensiv mit der Literatur zum Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky. Nach Verfassen dieses theoretischen Kapitels begann ich mit der Analyse der Schlüsselmomente aus der Sicht der Salutogenese.
- 5) Daran anschließend erstellte ich die theoretische und praktische Beschreibung der verwendeten Methode, der Aktionsforschung. Dies erfolgte zu diesem Zeitpunkt, da die Beschreibung, vor allem die der adaptierten Methode, erst im Nachhinein, also während und nach getaner bzw. erlebter Arbeit, möglich war.
- 6) Die Verortung im Fach der Medizinethnologie fand im Anschluss daran statt, da auch hier erst jetzt klar war, in welche theoretische ethnologische Richtung sich das Projekt auf Grund der aufgetretenen Teilfragen entwickelt hatte.
- 7) Im Schlusskapitel werden die Ergebnisse in Bezug auf die forschungsleitende Fragestellung zusammengeführt und ein Resümee der Arbeit erstellt.

Wie oben beschrieben, arbeitete ich nach einer genau definierten Zeitabfolge. Einzige Ausnahme bildet Punkt X – die Reflexionsgespräche und die Beschreibung und Verarbeitung des Prozesses – welcher die gesamte Projektzeit begleitete und die einzelnen Arbeitsschritte beeinflusste.

5. Das theoretische Konzept, mit dem im Projekt gearbeitet wird: Salutogenese und Kohärenzgefühl – Ein Denkmodell von Aaron Antonovsky

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wird in dieser Arbeit innerhalb des Aktionsforschungsprozesses in Kapitel 8 eine Analyse durchgeführt. In der Analyse wird gefragt, was die Schlüsselmomente, die während der Therapiezeit einer lebensbedrohenden Krankheit aufgetreten sind und die Situation wesentlich verbessert haben, in Bezug auf Aaron Antonovskys Theorie der Salutogenese¹³ sind und ob sie das Kohärenzgefühl¹⁴ (*sense of coherence*, Kurzform SOC) erhöht haben.

Als Einführung werden in diesem Kapitel wichtige Bestandteile des Konzepts vorgestellt. Da die Theorie der Salutogenese derzeit in manchen Punkten noch nicht wissenschaftlich abgesichert ist, werden in Kapitel 5.2. einige dieser Punkte diskutiert. Die Weiterentwicklung des Modells, Anwendungsmöglichkeiten in der Praxis, offene Fragen und eigene Kritikpunkte werden zusätzlich angeführt.

Das Modell der Salutogenese nimmt in Bezug auf Gesundheit und Krankheit keine neutrale Position ein, sondern verfolgt ein bestimmtes Ziel: Es möchte die Frage klären, was den Menschen trotz widriger Einflüsse gesund hält. Auch wenn es nicht dualistisch zwischen Kranksein und Gesundsein unterscheidet, sondern mit einem Kontinuum arbeitet, so baut es auf der Sichtweise auf, dass es ‚kranker‘ und ‚gesünder‘ gibt und dass der Pol ‚Gesundheit‘ erstrebenswert(er) ist.

Im Einklang mit einem der Ziele der Aktionsforschungsmethode (eine Veränderung im Praxisfeld bzw. Aktionsforschungsfeld zu bewirken), ist es in dieser Arbeit möglich, eine Theorie mit einer bestimmten Positionierung zu verwenden, um eine teilweise zielgerichtete, nämlich gesundheitsorientierte, Analyse zu erstellen.

¹³ Der neologistische, von Antonovsky geprägte Begriff ‚Salutogenese‘ setzt sich aus dem lateinischen Wort *Salus* (Unverletztheit, Heil, Glück) und dem griechischen Wort *Genese* (Entstehung) zusammen (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 24).

¹⁴ Antonovskys Bezeichnung ‚*sense of coherence*‘ wurde in verschiedenen Übersetzungen ‚Kohärenzsinn‘, ‚Kohärenzerleben‘, ‚Kohärenzgefühl‘ oder ‚Kohärenzerleben‘ genannt. In dieser Arbeit lehne ich mich an das von Alexa Franke ins Deutsche übersetzte Hauptwerk an. Sie verwendet die Übersetzung ‚Gefühl‘ und weist darauf hin, dass „*man sich nicht ausschließlich auf den emotionalen Gehalt dieses Wortes beziehe, sondern es mehr in dem Sinne gebraucht, in dem wir alle ab und an das Gefühl haben, dass am Nachmittag die Sonne scheint, irgendetwas nicht ganz richtig ist oder die Dinge sich schon so entwickeln, wie man das aus früheren guten Erfahrungen kennt*“ (Franke 1997a: 12).

5.1. Aus Antonovskys Hauptwerk: Grundlagen zur Salutogenese

Dieses Kapitel stützt sich in erster Linie auf Antonovskys Buch *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Antonovsky 1997). Es ist die deutsche Übersetzung seines Hauptwerkes *Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well* (Antonovsky 1987).

Das Konzept der Salutogenese ist die Beschäftigung mit einer Grundhaltung zum Leben. Es wird gefragt, was den Menschen trotz der verschiedenen Stressoren, die auf ihn einwirken, gesund hält.

5.1.1. Entstehung

Das Modell wurde in den 1960er und -70er Jahren vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky entwickelt. Der 1923 in Brooklyn geborene Wissenschaftler emigrierte 1960 nach Israel und arbeitete dort in der Stressforschung und der Erforschung latenter Funktionen von Institutionen im Gesundheitswesen (vgl. Franke 1997b: 13). Auslöser für die Entwicklung der Salutogenese war für ihn die Arbeit an einer Studie über „ethnische Unterschiede in der Verarbeitung der Menopause bei in Israel lebenden Frauen“ (ebd.). Unter den befragten Frauen befanden sich einige, die ein national-sozialistisches Konzentrationslager überlebt hatten und trotz der traumatisierenden Zeit ihr weiteres Leben gut meisterten. Das Gesundbleiben dieser Frauen faszinierte ihn dermaßen, dass er diesem Phänomen seine weitere Arbeit widmete (vgl. ebd.). In *Health, Stress and Coping* veröffentlichte er 1979 das salutogenetische Modell erstmals (vgl. Antonovsky 1997: 15). Weitere Werke, wie auch sein hier in erster Linie zitiertes Hauptwerk *Salutogenese – zur Entmystifizierung der Gesundheit* (1997, Orig. 1987) folgten. 1994 verstarb Antonovsky in Beer-Sheba in Israel. Er hinterließ ein detailliertes theoretisches Werk über das Konzept der Salutogenese, welches auch im deutschen Sprachraum¹⁵ sowohl in der Forschung weiterentwickelt wurde als auch in der Praxis, z. B. in den Bereichen Pflege, Gesundheitsförderung, Prävention, Psychosomatik, klinische Psychologie, Psychotherapie, Rehabilitation, Jugendhilfe und Geriatrie angewendet wird (vgl. Franke 1997a: 11; Bengel / Strittmatter / Willmann 2001; Wydler / Kolip / Abel 2006; Steinbach 2007).

¹⁵ Diese Arbeit hält sich an die deutsche Übersetzung der Originalschrift Antonovskys und die Weiterentwicklung des Salutogenese-Konzepts im deutschen Sprachraum. Auf die Verwendung und Entwicklung des Konzepts in anderssprachigen Ländern (USA usw.) wird hier nicht eingegangen.

5.1.2. Die zugrundeliegende Idee

Die Salutogenese beschäftigt sich damit, wie Gesundheit entsteht und was den Menschen gesund hält.

Antonovskys Ausgangspunkt für seine Theorie „*waren Daten, die zeigen, dass sich zu jedem beliebigen Zeitpunkt wenigstens ein Drittel und mit einer guten Wahrscheinlichkeit die Mehrheit der Bevölkerung einer jeden modernen Industriegesellschaft in einem – nach diversen vernünftigen Definitionen – morbidem, pathologischen Zustand befindet. Krankheit ist somit keine relativ seltene Abweichung*“ (Antonovsky 1997: 15).

Antonovsky vergleicht das Leben mit einem Fluss, der aus Strömungen, Gabelungen, Strudeln, Hindernissen und ruhigen Abschnitten besteht. Da niemand sicher am Ufer entlanggehen kann, stellt er die Frage: „*Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?*“ (ebd.: 92).

Als Ergebnis seiner Überlegungen entstand das Konzept der Salutogenese, welches mit einer Grundhaltung gegenüber dem Leben und seinen Anforderungen arbeitet und sich auch als eine Art Messinstrument für diese Grundhaltung anbieten möchte.

Die Grundhaltung bildet sich seiner Meinung nach bis zum frühen Erwachsenenalter infolge der Lebenserfahrungen aus und stellt für ihn eine interne psychische Ressource dar (vgl. ebd.: 114, 184). Antonovsky nennt die Lebensgrundhaltung *sense of coherence* (SOC).

5.1.3. Salutogenese vs. Pathogenese

Grundsätzliche Annahmen der Salutogenese können gut dargestellt werden, indem sie dem komplementären Konzept der Pathogenese gegenüber gestellt werden (vgl. Antonovsky 1997: 21ff).

In der Pathogenese¹⁶, nach der sich z. B. die Biomedizin orientiert, versucht man herauszufinden, „*warum Menschen krank werden*“, „*warum sie unter eine gegebene Krankheitskategorie fallen*“ (ebd.: 21). Antonovsky hingegen stellte sich bei der Ent-

¹⁶ Als Pathogenese bezeichnet man die „Gesamtheit der an Entstehung und Entwicklung einer Krankheit beteiligten Faktoren“ (Duden 5 1997: 602).

wicklung seiner Theorie radikal entgegengesetzte Fragen: „Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position?“ (ebd.). Im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (*health ease / dis-ease continuum*), einem von Antonovsky geprägten Begriff, befindet sich jeder Mensch zu jedem Zeitpunkt seines Lebens an einer bestimmten Position im Kontinuum, die sich jederzeit verändern kann (vgl. ebd.: 23). „Die Frage ist dann nicht mehr, ob jemand gesund oder krank ist, sondern wie weit entfernt bzw. nahe er den Endpunkten Gesundheit und Krankheit jeweils ist“ (Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 32). Die äußersten Pole (völlige Gesundheit bzw. völlige Krankheit) sind im Leben nicht zu erreichen (vgl. ebd.). Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum steht damit einmal mehr im Gegensatz zur Denkweise der Pathogenese, die auf einer Dichotomie von gesunden und kranken Menschen beruht (vgl. Antonovsky 1997: 22f).

Außerdem vertritt Antonovsky die These, dass sich der lebende Organismus natürlicherweise in Richtung Unordnung bzw. Heterostase¹⁷ hinbewegt, während die Pathogenese von selbstregulierenden, homöostatischen¹⁸ Prozessen ausgeht, die hin und wieder von Krankheiten gestört werden können (vgl. ebd.: 22). Eine Aufgabe des Menschen ist es daher aus Antonovskys Sicht, der Tendenz zur Heterostase und den Stressoren¹⁹, die ständig auftauchen, entgegenzuwirken.

5.1.4. Die Basis der Salutogenese: Das Kohärenzgefühl (SOC) und seine Bildung

Das Kohärenzgefühl „wurde als eine globale Orientierung definiert, die das Maß ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und dass es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, dass sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann“ (Antonovsky 1997: 16).

¹⁷ Heterostase bedeutet Ungleichgewicht und fehlende Stabilität. Es ist das Gegenteil von Homöostase (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 35).

¹⁸ Homöostasis bezeichnet das „Gleichgewicht der physiologischen Körperfunktionen und die (u. a. durch Regulationshormone der Nebennierenrinde aufrecht erhaltene) Stabilität des Verhältnisses von Blutdruck, Körpertemperatur, pH-Wert des Blutes u. a.“ (Duden 5 1997: 328).

¹⁹ Stressoren sind Mittel und Faktoren, die Stress bewirken bzw. auslösen (vgl. Steinbach 2007: 123).

Gebildet wird SOC durch Muster von Lebenserfahrungen, die sowohl intrafamiliär als auch innerhalb der sozialen Klasse sowie den gesellschaftlichen und historischen Bedingungen stattfinden (vgl. ebd.: 92, 113).

Damit die Lebenserfahrungen zu einem starken SOC führen, müssen sie drei Merkmale aufweisen. Aus diesen Merkmalen ergeben sich drei Komponenten, welche die Basis für das Kohärenzgefühl bilden:

1. Merkmal: Konsistenz. Hiermit ist Widerspruchslosigkeit, Zusammenhang, geordnete Weltsicht, das Wissen wer ich bin, die eigene Rolle im sozialen System, eine abgesicherte Zukunft, Arbeitsplatzsicherheit, gemeinsame Werte innerhalb der Gruppe, etwas Unbekanntes wird zufriedenstellend erklärt u. ä. gemeint (vgl. ebd.: 110f). Dies ergibt ein Gefühl der Verstehbarkeit (*sense of comprehensibility*) – die **Verstehbarkeitskomponente**.
2. Merkmal: Balance zwischen Überlastung und Unterforderung, wobei Anerkennung vom sozialen Umfeld beinhaltet ist (vgl. ebd.: 101f). Es entsteht ein Gefühl der Handhabbarkeit (*sense of manageability*) – die **Handhabbarkeitskomponente**.
3. Merkmal: Partizipation (Teilhabe) an der Gestaltung des Ergebnisses. Dies beinhaltet z. B., ob die Aufgabe in dem Betrieb, für den jemand arbeitet, für ihn bedeutsam ist (vgl. ebd.: 107), bzw. im negativen Sinne: „*Wenn andere alles für uns entscheiden – wenn sie die Aufgaben stellen, die Regeln formulieren und die Ergebnisse managen – und wir in der Angelegenheit nichts zu sagen haben, werden wir zu Objekten reduziert. Eine Welt, die wir somit als gleichgültig gegenüber unseren Handlungen erleben, wird schließlich eine Welt ohne jede Bedeutung*“ (ebd.: 93). Dieser Bereich ergibt ein Gefühl der Bedeutsamkeit (*sense of meaningfulness*) – die **Bedeutsamkeitskomponente**.
Wichtig ist, dass nicht die Kontrolle, sondern die Teilhabe an Entscheidungsprozessen gemeint ist (vgl. ebd.: 94).

Zusammenfassend erklärt Antonovsky: „*Konsistente Erfahrungen schaffen die Basis für die Verstehbarkeitskomponente, eine gute Belastungsbalance diejenige für die Handhabbarkeitskomponente und [...] die Partizipation an der Gestaltung des Handlungsergebnisses diejenige für die Bedeutsamkeitskomponente*“ (ebd.: 93).

Für Antonovsky ist die Bedeutsamkeitskomponente die wichtigste, da sie der motivierende Faktor ist. Trotzdem betont er, dass erst das Zusammenspiel aller drei Komponenten ein starkes SOC ausmachen können (vgl. ebd.: 38).

5.1.4.1. Das Basis-SOC

Antonovsky nimmt an, dass „*die eigene Lokalisierung auf dem SOC-Kontinuum in der frühen Phase des Erwachsenenalters mehr oder weniger festgelegt wird*“ (Antonovsky 1997: 105) und dann als Basis für den Umgang mit allen Auf und Abs des Lebens fungiert. Denn durch die Übernahme von langfristigen Verpflichtungen bei Eintritt ins Erwachsenenalter stabilisiert sich seiner Meinung nach das SOC (vgl. ebd.: 114f). Antonovsky stellt den erwachsenen Menschen als voll und alleinig für sein Leben verantwortlich und ganz auf sich allein gestellt dar (vgl. ebd.: 117). Er geht also davon aus, dass mit Übernahme der Verantwortung für das eigene Leben die Ausbildung des SOC abgeschlossen ist und im weiteren Leben von diesem Basis-SOC ausgegangen wird.

5.1.4.2. Veränderungen nach Abschluss des Basis-SOC

Veränderungen von SOC im Erwachsenenalter sind selten und treten nur dann auf, wenn Erfahrungen gemacht werden, die „*ein neues Muster von Lebenserfahrungen ermöglichen*“ (Antonovsky 1997: 117), meint Antonovsky. Erst dieses neue Muster führt zu einer Veränderung des SOC, nicht die Erfahrung selbst (vgl. ebd.).

Auf die Frage, ob eine Intervention von Praktikern aus helfenden Berufen (Medizinern/innen, Therapeuten/innen, Sozialarbeitern/innen) das SOC eines Menschen positiv beeinflussen können, reagierte Antonovsky skeptisch. Er ist der Meinung, dass „*die eigene Weltsicht, die sich während Jahrzehnten ausgebildet hat, ein zu tief verwurzeltes Phänomen ist, als dass es in solchen Begegnungen verändert werden könnte*“ (ebd.: 118).

Antonovsky gibt drei Möglichkeiten an, von denen seiner Meinung nach nur eine die dauerhafte Veränderung des SOC verspricht. In den ersten beiden Fällen versuchen Praktiker/innen in einer Krisensituation, Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit der Situation für den/die Patienten/in zu verbessern, um so einen vorübergehenden Abfall des SOC wegen der Krisensituation aufzufangen (vgl. ebd.: 119).

Im dritten Fall wird *„ihnen das Rüstzeug in die Hand gegeben, innerhalb ihres Lebensbereiches etwas ausfindig zu machen, was ich SOC-verbessernde Erfahrungen nennen möchte“*, schreibt Antonovsky (ebd.). Die Lebenssituation einer Person kann von außen nicht verändert werden, aber die Person kann von einem/einer Praktiker/in Impulse bekommen, ihre Erfahrungen innerhalb der Lebenssituation neu zu interpretieren (vgl. ebd.).

5.1.5. Positive und negative Stressoren

Ein Mensch wird in seinem Leben ständig von verschiedenen Stimuli (kleineren und größeren Aufgaben, Schicksalsschlägen, Gesundheitsbedrohungen usw.) herausgefordert. Inwiefern diese Stimuli als Stressoren wahrgenommen, in weiterer Folge in *„für das eigene Wohlbefinden bedrohlich, günstig oder irrelevant“* (Antonovsky 1997: 126) unterteilt werden und ob daraus eventuell resultierende Spannungszustände in eine der beiden Richtungen am Gesundheits-Krankheits-Kontinuum tendieren lassen, hängt davon ab, wie die Spannung verarbeitet wird (vgl. ebd.: 16, 123ff).

Grundsätzlich definiert Antonovsky einen Stressor als Merkmal, das *„Entropie²⁰ in das System bringt, das heißt als eine Lebenserfahrung, die durch Inkonsistenz, Unter- oder Überforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen charakterisiert ist“* (ebd.: 44). Aber *„abgesehen von Stressoren, die den Organismus direkt zerstören, ist es nicht vorhersehbar, wie sich die Gesundheit von Menschen entwickelt“*, schreibt er in Bezug auf den Einfluss von Stressoren (ebd.: 16). Ein Stressor kann also sowohl positive als auch negative Folgen auslösen, je nachdem, wie die Person damit umgeht. Wie jemand mit seinen Stressoren agiert, hängt lt. Antonovsky davon ab, ob dieser Mensch über ein starkes oder ein schwaches Kohärenzgefühl (SOC) verfügt (vgl. ebd.: 123ff).

²⁰ Entropie: *„Maß für den Grad der Ungewissheit über den Ausgang eines Versuchs“* (Duden 5 1997: 229).

SOC beeinflusst seiner Meinung nach, ob Stimuli als Stressoren wahrgenommen werden, ob ein Stressor dann das Wohlbefinden bedroht, steigert oder gar nicht beeinflusst, ob Stressoren als bedeutsam, verstehbar und bewältigbar wahrgenommen werden, ob ein Stressor als Herausforderung oder als Last empfunden wird (vgl. ebd.: 129), welche Emotionen diesbezüglich erlebt werden und ob sich jemand durch seine auftretenden Emotionen bedroht fühlt (vgl. ebd.: 138f).

5.1.6. Generalisierte Widerstandsressourcen (GRRs)

Um den Stressoren angemessen zu begegnen, helfen generalisierte Widerstandsressourcen (*generalized resistance resources*, Kurzform GRRs). Diese schaffen Lebenserfahrungen, „die durch Konsistenz, Partizipation an der Gestaltung des Outcomes und eine Balance zwischen Überbelastung und Unterforderung charakterisiert sind und auf diese Weise ein starkes SOC verursachen oder verstärken“ (Antonovsky 1997: 43). Je mehr GRRs ein Mensch zur Verfügung hat, desto wahrscheinlicher hat er Lebenserfahrungen, die für ihn verstehbar, handhabbar und bedeutsam sind. Zu den GRRs zählen beispielsweise finanzielle Mittel, kulturelle Stabilität, Ich-Stärke, Bildung, hohe Intelligenz, Glaube bzw. religiöses Wissen oder andere Quellen die Antworten bereitstellen, soziale Netzwerke, Information, Gesundheitsbewusstsein (Prävention) und auch das Wissen, dass man eine Vielzahl potentieller Widerstandsressourcen zur Verfügung hat. Alle GRRs haben eines gemeinsam: Sie machen es leichter, den Herausforderungen (Stressoren) einen Sinn zu geben und dadurch zu einem starken Kohärenzgefühl beizutragen (vgl. ebd.: 16, 200).

GRRs wirken sowohl bei der Bildung des SOC mit, als auch bei der Bewältigung des Lebens im Erwachsenenalter, wenn das Kohärenzgefühl schon ausgebildet ist.

Aber nicht jeder kann die vorhandenen GRRs nach Ausbildung des Basis-SOC nutzen. Antonovsky meint, je stärker das Kohärenzgefühl eines erwachsenen Menschen ist, umso eher kann er seine GRRs nutzen. Ein Mensch mit schwachem SOC kann GRRs eher nicht verwerten, auch wenn sie ihm zur Verfügung stehen (vgl. ebd.: 45, 124ff).

5.1.7. Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit und Beeinflussung der Gesundheit oder des Wohlbefindens durch SOC

Es geht bei Antonovsky nicht darum, dass es keine Krankheiten gibt oder diese grundsätzlich vermieden werden können, sondern darum, wie im Falle des Eintritts eines solchen Stressors damit umgegangen wird. Krankheit wird nicht als grundsätzlich negativ betrachtet, sondern als etwas, dass es im Leben gibt – es kann einen betreffen oder auch nicht. Diese Einstellung wird auch durch die Verwendung des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, auf dem sich eine Person bewegt, sichtbar.

In Bezug auf Aussagen, ob es einen Zusammenhang zwischen dem SOC und Gesundheit gibt, ist Antonovsky sehr zurückhaltend. Er betont, dass er *„keine Daten kennt, die einen direkten Zusammenhang zwischen dem SOC, Coping und Gesundheit aufzeigen“* (Antonovsky 1997: 141) und geht im Kapitel *„Auswirkungen auf die Gesundheit“* (ebd.: 140ff) in erster Linie auf die Vorsorge und das Gesundheitsbewusstsein ein. Später reiht er das Thema *„Gesundheit und Wohlbefinden“* (ebd.: 161ff) in die offenen Forschungsthemen ein, wobei er Gesundheit dem Wohlbefinden nicht gleichsetzt. Für ihn hat Wohlbefinden viele Dimensionen und er definiert Gesundheit nicht als übereinstimmend mit Wohlbefinden (vgl. ebd.: 161). Weiters äußert er sich vorsichtig hinsichtlich der Frage, ob das SOC für das Wohlbefinden unmittelbar relevant ist (vgl. ebd.: 162f).

5.1.8. Das Messwerkzeug

Zur Erhebung des SOC hat Antonovsky den ‚Fragebogen zur Lebenseinstellung‘ entwickelt (Originalfragebogen siehe Anhang A 1.). Er ist (in bearbeiteter Form) bis heute das wichtigste Messwerkzeug im Rahmen des Konzepts.

5.1.9. Zusammenfassung der Grundlagen des Konzepts der Salutogenese

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Lebensumstände und die zur Verfügung stehenden GRRs zur Bildung einer bestimmten Lebenseinstellung führen, die lt. Antonovsky im frühen Erwachsenenalter fertig ausgebildet ist. Er nennt diese Lebenseinstellung Kohärenzgefühl (SOC), welches in der Folge für das weitere Leben als interne psychische Ressource zur Verfügung steht (vgl. Antonovsky 1997: 184). Zu einem starken SOC führen Lebenserfahrungen, die folgende drei Merkmale beinhalten:

Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit, wobei Bedeutsamkeit lt. Antonovsky das wichtigste der Merkmal darstellt. Gemeinsam mit den GRRs beeinflusst das SOC im Erwachsenenalter, wie gut die auftretenden Lebensaufgaben bewältigt werden, wobei die Stärke des ausgebildeten SOC sogar steuert, ob und wie weit vorhandene GRRs im Erwachsenenalter überhaupt genutzt werden können. SOC ist kein Copingstil²¹. Vielmehr ermöglicht ein starkes SOC einer Person, „aus dem Repertoire generalisierter und spezifischer Widerstandsressourcen, die ihr zur Verfügung stehen, die Kombination auszuwählen, die am angemessensten zu sein scheint“ (ebd.: 130). Durch positive Bewältigungserlebnisse wird das (bereits ausgebildete) starke SOC immer stärker, ein schwaches SOC hingegen führt kaum zu positiven Bewältigungserlebnissen, sondern mit der Zeit zu einem niedrigeren SOC (vgl. ebd.: 116f).

Ob aus im Leben auftretenden Stressoren Spannungszustände resultieren und in welche der beiden Richtungen sie auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum führen, wird davon beeinflusst, ob dieser Mensch über ein starkes oder ein schwaches SOC verfügt (vgl. ebd.: 95).

Wichtig ist noch zu erwähnen, dass SOC keine moralische Maßeinheit darstellt. Mit anderen Worten, ob jemand ein starkes oder ein schwaches SOC besitzt, sagt nichts darüber aus, wie er sich moralisch verhält (vgl. ebd.: 104). Vielmehr hält Antonovsky fest: „Eine salutogenetische Orientierung macht keine Vorschläge für ein gutes Leben im moralischen Sinne, sie kann nur das Verständnis von Krankheit und Gesundheit erleichtern“ (Antonovsky 1993b, zitiert nach Franke 1997c: 189).

Antonovsky bietet ein theoretisches Modell zur Prüfung und Weiterentwicklung an und beschreibt bei den Erklärungen seine Gedankengänge sehr ausführlich, um sicherzustellen, dass er nicht missverstanden wird. Alexa Franke, die Antonovskys Werk ins Deutsche übersetzt hat, bezeichnet es als Kernkonzept, „das es wert ist, weiter ausdifferenziert und erforscht zu werden“ (Franke 1997a: 11), auch wenn es Unklares und Widersprüchliches beinhaltet.

So wichtig es meiner Meinung nach für das Verständnis des Konzeptes ist, von Antonovskys Originalliteratur (in der dt. Übersetzung) auszugehen, so unumgänglich ist

²¹ Coping: Bewältigungsverhalten bei einem bedeutenden bzw. schwierigen Lebensereignis (vgl. Steinbach 2007: 112).

es wegen der Unklarheiten und Widersprüche, bei der Arbeit mit der Salutogenese weiterführende Literatur einzubeziehen, was im nächsten Kapitel erfolgt.

5.2. Aus der weiterführenden Literatur: Entwicklung und kritische Auseinandersetzung mit dem Modell Salutogenese

Im deutschsprachigen Raum gibt es zahlreiche weiterführende Beiträge zum Konzept der Salutogenese. Diese alle zu berücksichtigen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Es ist auch nicht das Ziel, eine lückenlose Übersicht zum wissenschaftlichen Forschungsstand oder zu Anwendungen in der Praxis zu erstellen, sondern einen Überblick und ein Gefühl zu schaffen, wie sich das Konzept Antonovskys in Wissenschaft und Praxis weiterentwickelt hat.

5.2.1. Zur in diesem Kapitel verwendeten Literatur

Ich verwendete einen Beitrag von Alexa Franke, der Übersetzerin von Antonovskys Hauptwerk ins Deutsche, drei in Deutschland erschienene Sammelbände und einen Sammelband aus der Schweiz.

Alexa Franke erläutert mit ihrem Text, der sich in der Übersetzung von Antonovskys Hauptwerk *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Antonovsky 1997) befindet, den *Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts* (Franke 1997c). Das Ziel ihrer Übersetzung ist es, die Weiterarbeit mit dem Kernkonzept der Salutogenese im deutschsprachigen Raum zu erleichtern, indem „*einem breiten Publikum die grundlegende Literatur zur Verfügung steht*“ (Franke 1997a: 11).

Verschiedene Autoren/innen legen im Rahmen der Reihe *Tumorthherapie und Rehabilitation – Freiburger Beiträge* ihre Forschungsergebnisse und Praxisbeispiele über *Salutogenese in der Onkologie* (Bartsch / Bengel 1997) dar, welche im Zuge von zwei Symposien präsentiert wurden. Dieses Buch wurde ausgewählt, da es zum biografischen Teil dieser Arbeit passt.

Eine Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus der Reihe *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* diskutiert unter dem Titel *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert* dieses Thema (Bengel / Strittmatter / Willmann 2001,

erweiterte Neuauflage, Erstauflage 1998), wobei von einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive ausgegangen wird. Sie berücksichtigt die bis 1998 im deutschsprachigen Raum erschienenen Forschungen und Projekte zur Salutogenese. In der hier verwendeten Neuauflage fanden auch Beiträge von Fachveranstaltungen der BZgA zur Salutogenese, die 1999 und 2000 abgehalten wurden, Platz.

Weitere hier zitierte Beiträge, die in einem 1999 veranstalteten Workshop der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie vorgestellt wurden, sind in dem Buch *Salutogenese und Kohärenzgefühl – Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes* (Wydler / Kolip / Abel 2006, Erstauflage 2000) gesammelt.

In den folgenden Unterkapiteln werden die für die anschließende Analyse der Schlüssel-momente relevanten offenen Fragen, Teilaspekte, Kritikpunkte und Weiterentwicklungen des Konzeptes der Salutogenese diskutiert. Dabei wird die Literatur anhand der folgenden, in den Überschriften formulierten Fragen bearbeitet. Zu Beginn jedes Unterkapitels wird kurz Antonovskys Standpunkt skizziert.

5.2.2. Wann wird die SOC-Basis fixiert und ist sie veränderbar?

Antonovsky nimmt an, dass sich die SOC-Basis mit Eintritt ins Erwachsenenalter stabilisiert und nur in äußerst seltenen Ausnahmefällen veränderbar ist (vgl. Antonovsky 1997: 105, 114ff).

Auch wenn es bis dato erst wenige Langzeituntersuchungen in Bezug auf das Kohärenzgefühl gibt, soll neueren Untersuchungen zufolge eine Veränderung bis ins hohe Alter hinein möglich sein. Auch hat man tendenziell bei alten Menschen ein stärkeres Kohärenzgefühl als bei jungen Menschen festgestellt (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 148; Fähr 2006: 150).

Dass eine Unterstützung von außen auch nach Eintritt ins Erwachsenenalter positive Effekte haben kann, fand Noack heraus, indem er anführt, dass einigen Interventions- und Verlaufsstudien zufolge „Kohärenzsinn und verwandte Handlungsorientierungen gesundheitsförderliche Bewältigungsprozesse von Patienten unterstützen“, und weiters „Gesundheitsförderungsinterventionen salutogene Ressourcen mobilisieren und stärken können“ (Noack 1997: 101).

Der Psychoanalytiker Markus Fähr führt in seinem Artikel Fallbeispiele an, die eine durch Psychotherapie erwirkte, nachhaltige Veränderung des SOC im Erwachsenenalter eindrücklich darstellen. Intensive psychoanalytische Langzeitbehandlungen versprechen dabei die größten Erfolge (vgl. Fähr 2006: 149, 151ff). Als Resümee seiner Arbeit schreibt er: *„Antonovskys Auffassung, das Kohärenzgefühl bilde eine Erlebniskonstante, welche nach dem zehnten Lebensjahr stabil bleibe und sich auch durch psychotherapeutische Interventionen kaum verändern lasse, erscheint im Lichte dieser empirischen und klinischen Befunde also als nicht haltbar“* (ebd.: 155f).

Die im Pflegebereich forschende Soziologin Marianne Brieskorn-Zinke hingegen geht in ihrer Arbeit wegen fehlender ausreichender empirischer Belege die das Gegenteil beweisen, von Antonovskys Annahme der Unveränderbarkeit im Erwachsenenalter aus. Allerdings beruft sie sich auf seine Aussage, dass kleine Veränderungen möglich wären und diese würden das Leid der Patienten/innen und ihrer Angehörigen bedeutend vermindern können (vgl. Brieskorn-Zinke 2006: 176ff). Auch wäre es nach einer Erschütterung des Kohärenzgefühls in einer Krisensituation durch Unterstützung von außen schneller möglich, dieses wieder zu stabilisieren (vgl. ebd.: 178). Es würde sich dabei um *„die gezielte Stärkung eines geschwächten Kohärenzgefühls bei einem Menschen, der vorübergehend aus dem Gleichgewicht geraten ist“*, handeln, und das sei ihrer Meinung nach *„etwas ganz anderes als die Vorstellung, den SOC generell modifizieren zu können“* (ebd.: 183).

Die Psychologin Renate Höfer verfolgt in ihrem Artikel über Identität und Kohärenz die Idee, dass das Kohärenzgefühl ständig neu hergestellt wird bzw. werden muss (vgl. Höfer 2006: 67). Antonovsky würde *„von einem Entwicklungsmodell aus(gehen)“*, schreibt sie, *„das für die relativ stabile Phase der 50er- bis 70er-Jahre des letzten Jahrhunderts typisch war“* und er würde dabei übersehen, *„dass Individuen in sich rasch entwickelnden Phasen gesellschaftlicher Entwicklung immer wieder neue Balancen finden müssen bzw. neue Identitätskonfigurationen entwickeln“* (ebd.: 66).

5.2.3. Welche Rolle spielt Beziehung bzw. soziale Unterstützung im Konzept der Salutogenese?

Bei der Bildung des SOC zählt Antonovsky das Fehlen von sozialer Unterstützung zu den ungünstigen, die Bildung des SOC beeinträchtigenden Lebensumständen. Später

spielt sie für ihn keine herausragende Rolle, sie ist eine GRR wie das Kohärenzgefühl selbst und wie andere auch (vgl. Antonovsky 1997: 48).

In der weiterführenden Literatur zur Salutogenese werden Beziehung und soziale Unterstützung kaum erwähnt. Lt. Expertise der BZgA gibt es nur wenige Studien zum Zusammenhang von SOC und sozialer Unterstützung. Einzelne Ergebnisse dokumentieren „*einen positiven Zusammenhang zwischen SOC und der Anzahl an Freunden, ehelicher Zufriedenheit und sozialer Unterstützung*“ (Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 87).

Soziale Unterstützung wird also mit dem Kohärenzgefühl nicht unbedingt in Verbindung gebracht. WALTER u. a. beispielsweise untersuchen in einer Studie zur Erfassung von salutogenen und pathogenen Faktoren bei ‚Minder-, Normal- und Hochgesundheit‘ drei Lebensstildimensionen: Verhaltensweisen, Orientierungen und soziale Bedingungen. Das Kohärenzgefühl ordnen sie hierbei dem Punkt Orientierung zu, soziale Unterstützung den sozialen Bedingungen (vgl. WALTER / Abel / Niemann 2006: 103).

Aus einer anderen Richtung kommt ein Hinweis im Artikel von Markus Fäh. In einer Forschung zur Validierung des SOC-Fragebogens wird gefragt, ob die Fragen zu den drei Komponenten nicht eher andere Persönlichkeitseigenschaften misst? Die Fragen zur Bedeutsamkeit widerspiegeln den Grad von optimistischen Gefühlen, Neugier und Lebensfreude bzw. Depression und Verzweiflung, jene zur Verstehbarkeit messen die Fähigkeit, mit gefühlsmäßigen Konflikten und Unsicherheit umzugehen. In den Posten zur dritten Komponente, der Handhabbarkeit, wird demnach das zwischenmenschliche Vertrauen gemessen (vgl. Sandell / Blomberg / Lazar 1998, zit. n. Fäh 2006: 156). Hier ist erstmals in meiner Recherche zwischenmenschliches Vertrauen in Bezug auf das Kohärenzgefühl Thema.

5.2.4. Wie universell anwendbar ist das Modell der Salutogenese?

Nachdem Antonovsky hoffte, ein Konzept entwickelt zu haben, das „*die Grenzen von Geschlecht, sozialer Klasse, Region und Kultur überschreitet*“ (Antonovsky 1993a, zit. n. Franke 1997c: 178), wurde dies mit Hilfe der späteren empirischen Über-

prüfungen eher nicht bestätigt (vgl. Franke 1997c: 178f). Antonovsky erkennt aber sehr wohl, dass das Wertesystem einer Gesellschaft bestimmt, welche Ereignisse und Aspekte bei der Bildung des Kohärenzgefühls mitbestimmend sind bzw. z. B. als SOC-vermehrend wahrgenommen werden (vgl. ebd.: 188f).

Einen interessanten Genderaspekt wirft Franke auf, indem sie feststellt, dass ihres Wissens (bis 1997) in allen Untersuchungen, in denen Unterschiede bei Männern und Frauen in Bezug auf das Kohärenzgefühl festgestellt wurden, die Frauen mit niedrigeren SOC-Werten ausgestiegen seien. Sie stellt die Frage in den Raum, „*ob das Kohärenzgefühl ein Konstrukt ist, das eher den männlichen Vorstellungen von einem gesunden Leben entspricht?*“ (ebd.: 180f). Auch die Expertise der BZgA bestätigt die Tendenz der niedrigeren SOC-Werte bei Frauen. Hier wird der Grund dafür in der weiblichen Sozialisation vermutet (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 87). Weiters wird dort das Konzept als „*interkulturell in den Industrieländern (Westeuropa/Nordamerika) einsetzbar*“ bezeichnet (ebd.: 147). Ob es für den Einsatz in anderen Ländern, kulturübergreifend oder z. B. für die Arbeit im Migrationsbereich geeignet ist, lässt sich auf Grund fehlender Forschungen noch nicht beantworten (vgl. ebd.: 149).

5.2.5. Pathogenese vs. Salutogenese – ein Paradigmenwechsel?

Antonovsky verwendet für die Beschreibung seiner Salutogenese-Überlegungen das komplementäre Konzept der Pathogenese, um Gegensätze darzustellen (vgl. Antonovsky 1997: 21ff).

Vielfach wurde das Konzept der Salutogenese in der Folge als Impuls für einen Paradigmenwechsel in der Biomedizin bezeichnet (vgl. z. B. Weis 1997: 115). Antonovsky dürfte es aber in erster Linie um die besondere Blickrichtung in seiner Fragestellung gegangen sein, die ‚blinde Stellen‘ in pathogenetisch orientierten Forschungen aufdecken könnten. „*Das Konzept der Salutogenese ist eine Kritik an der einseitigen Orientierung der Forschung an schädigenden Lebensbedingungen und krankmachenden Faktoren*“, heißt es in der Expertise der BZgA (Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 27).

Auch der deutsche Medizinhistoriker Heinrich Schipperges spricht sich für eine ergänzende Sichtweise aus, wenn auch mit etwas harten Worten gegenüber der

Biomedizin, indem er schreibt: „Was wir bei alledem suchen, ist eine wirkliche Gesundheits-Wissenschaft, nicht nur als eine neue Dimension der Medizin, das bisschen Dekoration mit Psychologie, Soziologie, Ökologie, sondern als komplementäres Prinzip unserer so eindimensionalen und halbherzigen Medizin“ (Schipperges 1997: 79).

Sehr weit in der Geschichte zurück geht der österreichische Sozialmediziner Horst Noack in seinem Artikel *Salutogenese: Ein neues Paradigma in der Medizin?* Indem er die Geschichte der Heilkunde im Westen kurz skizziert, outet er die Biomedizin als Krankheitswissenschaft, jedoch die vorwissenschaftliche Medizin des Westens (griechische Antike, Mittelalter) mit salutogenem Paradigma (vgl. Noack 1997: 102). „Ob die Theorie der Salutogenese ein neues Leitprinzip der modernen Medizin werden kann, wird die Zukunft zeigen“, schreibt er (ebd.: 103). Ein neues Paradigma wäre es jedenfalls nicht für den mehr als 2000jährigen vorwissenschaftlichen Zeitabschnitt der westlichen Medizin, sehr wohl aber für die darauf folgende naturwissenschaftliche Ausrichtung (vgl. ebd.).

Grundsätzlich müssten seiner Meinung nach für eine Entwicklung der Biomedizin in Richtung salutogener Denkweise zwei Bereiche forciert werden:

- „die Erprobung und Evaluation von Gesundheitsförderungsstrategien in der medizinischen Versorgung“
- „eine interdisziplinäre gesundheitswissenschaftliche Forschung und Theoriebildung“ (ebd.: 100).

Auch der Onkologe Joachim Weis erkennt im Konzept der Salutogenese bzw. in einer ressourcenorientierten Sichtweise eine wichtige Ergänzung zum Modell der Pathogenese (vgl. Weis 1997: 106).

Die Expertise aus 2001 sieht im Modell der Salutogenese zwar eine Kritik des vorherrschenden Forschungs- und Versorgungsparadigmas der Pathogenese, kann aber keinen Paradigmenwechsel erkennen (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 98). Wohl wäre es aber damit möglich, einen Perspektivenwechsel auszulösen (vgl. ebd.: 149). Immer wieder wird es in der Literatur als sehr wichtig bezeichnet, dass (vor allem in der Praxis) auf ein Gleichgewicht zwischen der herkömmlichen pathogenen und der ergänzenden salutogenen Sichtweise geachtet wird, denn nach wie vor bestehe auch ein Bedarf an einer risiko- und krankheitsorientierten Sichtweise (vgl. ebd.: 166, 171). Ein Teilnehmer aus einer Arbeitsgruppe der BZgA bringt es folgendermaßen auf den Punkt:

„Wir dürfen uns nicht der pathogen orientierten Perspektive verschließen, um uns nunmehr ganz der salutogenen Perspektive zu öffnen. Es geht darum, gewissermaßen mit beiden Augen – dem pathogenen wie auch dem salutogenen – sehen zu lernen“ (ebd.: 166).

Ergänzende Überlegungen zum Thema Pathogenese vs. Salutogenese, die im Prozess der Arbeit entstanden sind, folgen im Prozesskapitel 7.10. bis 7.12.

5.2.6. Beeinflussung der Gesundheit durch SOC und Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit

Wie im Kapitel 5.1.7. erläutert, hat sich Antonovsky eher vorsichtig hinsichtlich Beeinflussung der Gesundheit durch SOC geäußert.

Wenn überhaupt, hat Antonovsky eine direkte Beziehung zwischen körperlicher Gesundheit und SOC gesehen, weniger eine zwischen SOC und Wohlbefinden oder Lebenszufriedenheit, also psychischen Aspekten der Gesundheit (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 43). Vorsichtig formulierte er, dass jemand, der das Gefühl, mit den gegebenen Fakten im Leben so gut wie möglich umgehen zu können und das Leben erträglich gestalten zu können, als Wohlbefinden wahrnimmt, ein starkes Kohärenzgefühl als ‚Wohlbefinden auslösend‘ bezeichnen wird (vgl. Antonovsky 1997: 163).

Eine Bestätigung seiner Annahme, „dass das kognitiv-motivationale Konstrukt des Kohärenzgefühls direkten Einfluss auf das Organsystem nehmen kann“ (Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 38) sieht Antonovsky im Forschungsbereich der Psychoneuroimmunologie, die sich „mit der Untersuchung des komplexen Zusammenwirkens von Nervensystem, Hormonsystem und Immunsystem und dessen Auswirkungen auf das Organsystem des Menschen“ beschäftigt (ebd.).

Dass das Kohärenzgefühl aus der mentalen Ebene heraus wirkt, wird in der Expertise der BZgA bestätigt (vgl. ebd.: 37f). Ansonsten belegt sie genau das Gegenteil von Antonovskys Annahme – SOC beeinflusst Aspekte der psychischen Gesundheit, nicht aber eindeutigweise die körperliche Gesundheit (vgl. ebd.: 44ff).

Auch wenn es in der empirischen Forschung bezüglich Beeinflussung von Gesundheit oder Krankheit durch SOC noch keine durchschlagenden Resultate gibt – es wurden bis

dato Querschnittsstudien gemacht, vereinzelte Langzeitstudien brachten großteils keine eindeutigen Ergebnisse (vgl. Geyer 2006: 71, 75f) – so sind bereits einzelne Ergebnisse veröffentlicht:

- Bei der Bewältigung von Krankheitserfahrung *„korrelieren niedrige SOC-Werte mit depressivem Bewältigungsverhalten, defensivem Abwehrmechanismus, Hilflosigkeit, palliativen Bewältigungsversuchen (keine Heilung mehr möglich) und Resignation. Hohe SOC-Werte scheinen dagegen positiv mit Situationskontrollversuchen und aktiven Bewältigungsstrategien zusammenzuhängen“* (Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 48).
- Ein Artikel von Margreet Duetz u. a. berichtet von einer Studie, in der *„die Mehrzahl der Gesundheitsindikatoren einen signifikanten Zusammenhang mit dem Kohärenzgefühl aufzeigen“*, wobei sich *„die stärksten Zusammenhänge für die psychischen Symptome und für die selbst eingeschätzte Gesundheit finden, die Zusammenhangsmaße mit somatischen Gesundheitsindikatoren sind weniger stark“* (Duetz u. a. 2006: 85). Die starke Korrelation von schwachem SOC mit Angst und Depression bzw. psychischer Krankheit wird aber auch als Schwäche des Messinstruments (dem SOC-Fragebogen) ausgelegt (vgl. ebd.: 95; Geyer 2006: 71).
- WALTER u. a. kommen in ihrer Studie zu ‚minder-, normal- und hochgesunden‘ Menschen (aus selbsteinschätzender Perspektive) zu dem Ergebnis, dass das Kohärenzgefühl bei minder gesunden Frauen niedriger als bei normal gesunden Frauen, sowie bei hoch gesunden Frauen höher als bei normal gesunden Frauen ist. Bei den Männern verfügen hoch gesunde Männer über ein höheres Kohärenzgefühl, minder gesunde Männer haben jedoch nicht weniger Kohärenzgefühl als normal gesunde Männer. WALTER u. a. bezeichnen daher das Kohärenzgefühl für Männer nicht als Gefährdungsfaktor, wohl aber als Optimierungsfaktor (vgl. WALTER / Abel / Niemann 2006: 104f, 107).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Antonovsky eher eine Beeinflussung der körperlichen Gesundheit durch das SOC für möglich hält, in der weiterführenden Literatur jedoch eher eine Beeinflussung der psychischen bzw. seelischen Gesundheit angenommen wird. Beide Annahmen sind zum jetzigen Zeitpunkt noch kaum empirisch abgesichert.

5.2.6.1. Umgang mit dem Gesundheitsbegriff

Für eine umfassende empirische Überprüfung, ob das Kohärenzgefühl mit der Gesundheit zusammenhängt, wäre es notwendig, einen Gesundheitsbegriff zu definieren, meinen Duetz u. a., denn der Gesundheitsbegriff beeinflusse das Ergebnis der Studie (vgl. Duetz u. a. 2006: 86).

„Antonovsky hat niemals definiert, was er unter Gesundheit und was er unter Krankheit versteht“, schreibt Franke (Franke 1997c: 182). Er sehe ein ethisches Problem darin, Gesundheit zu definieren, da bei der Definition von Gesundheit die Werte der Personen, welche die Definition vornehmen, beeinflussen würden, was als gesund zu gelten habe (vgl. ebd.: 188).

Dem stimmt die Philosophin Christa Schneider im Kapitel *Das Kohärenzgefühl als individuelle Norm* zu (Schneider 2006). Sie vermutet, dass jeder Mensch eine individuelle Skala hat, an welchem Punkt seine Gesundheit aufhört und Krankheit beginnt. Wenn auch die gesellschaftlichen Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit mitprägend sind, so findet der Prozess in erster Linie im Individuum selbst statt (vgl. ebd.: 34f). Diese Wertproblematik darf ihrer Meinung nach trotzdem nicht unberücksichtigt bleiben, „denn ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ können nur geklärt werden, wenn gesellschaftliche und individuelle Werte benannt werden“ (ebd.: 39), schreibt sie.

Wichtig erscheint Franke an der Sichtweise eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, dass es den Tod nicht ausschließt. „Der Tod ist damit nicht letztes Versagen von Reparaturmöglichkeiten, sondern Bestandteil des Lebens“, schreibt sie mit Bezug auf die Sichtweise der Pathogenese, die ihrer Meinung nach die Beseitigung von Krankheit und Schmerz zum Ziel hat und den Tod ausspart (Franke 1997c: 190).

Die empirische Absicherung des Konzepts in Bezug auf Beeinflussung von Gesundheit wird also dadurch erschwert, dass von Antonovsky kein Gesundheitsbegriff definiert wurde. Aber auch wenn keiner definiert ist, so bietet das Konzept der Salutogenese lt. der gesundheitsorientierten Expertise der BZgA „die erste und am weitesten entwickelte Theorie zur Erklärung von Gesundheit“ an (Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 89).

5.2.7. Inwieweit ist das Konzept der Salutogenese empirisch abgesichert?

Nachdem Antonovsky die Theorie der Salutogenese entwickelt hatte, begannen Forschergruppen mit der empirischen Absicherung. Sie ist bis heute eines der größten Probleme für Antonovskys Konzept.

Auch wenn Franke zehn Jahre nach dem Erscheinen von Antonovskys Originalbuch zahlreiche empirische Daten anführt (vgl. Franke 1997c: 172ff) und einige davon z. B. die von Antonovsky beschriebene positive Auswirkung von starkem SOC auf die Position am Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bestätigen (vgl. ebd.: 184ff), so stellte es sich als äußerst schwierig heraus, ein so komplexes Modell empirisch abzusichern. Insgesamt gibt es bis dato (2001) etwa 200 Studien zum SOC, von denen die meisten von Forschergruppen rund um Antonovsky erstellt worden sind, heißt es in der Expertise. Auch wenn die ‚Salutogenese‘ als Modewort in vielen Bereichen der Gesundheitswissenschaften in aller Munde ist, so ist das Interesse an einer wissenschaftlichen Absicherungsarbeit der Theorie eher gering (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 41f).

Das Modell der Salutogenese wird als *„insgesamt nicht überprüft und in seiner Komplexität auch nicht überprüfbar“* bezeichnet (ebd.: 99). Die quantitativen Bemühungen zur Absicherung des Modells sind noch nicht wirklich Erfolg versprechend – ein qualitativer Zugang würde ev. mehr Früchte tragen, meint man in der Expertise (vgl. ebd.).

5.2.7.1. Geteilte Meinungen zur SOC-Skala als Forschungsinstrument

Antonovskys ‚Fragebogen zur Lebenseinstellung‘ (SOC-Skala), ist sein wichtigstes Werkzeug für die Messung des SOC.

Noack lobt die von Antonovsky entwickelte SOC-Skala als Forschungsinstrument, da sie nicht direkt die drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit misst, sondern einen allgemeinen Faktor (vgl. Noack 1997: 97)²².

Der Medizinsoziologe Siegfried Geyer hingegen fordert auf Grund einer neueren Untersuchung der Messwerkzeuge und Ergebnisse der durchgeführten Studien eine Adaption des SOC-Fragebogens (nicht SOC werde gemessen, sondern die umgekehrten

²² Andere Autoren teilen die SOC-Items sehr wohl in die drei Bereiche auf (vgl. z. B. Fäh 2006: 256).

Maße für Angst und Depression) sowie eine Berücksichtigung der Sozialisationsbedingungen bei der Untersuchung der Entwicklung des SOC und eine Abklärung, ob SOC stabil oder veränderbar sei (vgl. Geyer 2006: 71; Duetz u. a. 2006: 95).

5.2.8. Wo und wie wird die Salutogenese in der Praxis angewendet?

Antonovsky hinterließ ein theoretisches Konzept, eine Metatheorie. Für das Wie einer praktischen Anwendung gibt es darin kaum Hinweise (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 151).

Im Zuge der Weiterentwicklung wurde die Frage der praktischen Anwendung immer wichtiger (vgl. Kolip / Wydler / Abel 2006: 13). Wenn das Konzept auch vor allem wegen der Problematik der empirischen Absicherung im Praxisbereich noch nicht wirklich etabliert ist, so gibt es mittlerweile einige Anwendungsbeispiele. Gemeinsam ist diesen Projekten, dass sie innerhalb einer salutogenetischen Perspektive arbeiten. Sie fördern Ressourcen und Fähigkeiten und nehmen gleichzeitig von Verboten und Warnungen Abstand. Damit folgen sie auch dem Perspektivenwechsel ‚vom Risikofaktor zum Protektivfaktor‘, der 1986 in der Ottawa-Charta der WHO bezüglich Gesundheitsförderung vorgeschlagen wurde (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 155). Erschwerend für die Anwendung in der Praxis wirkt sich die meist risikoorientierte (und nicht ressourcenorientierte) Ausrichtung der Kostenträger aus (vgl. ebd.: 167).

Einzelne Fachgebiete der Medizin, wie z. B. die Psychosomatik, Psychotherapie, Kardiologie und Onkologie, zeigen eine Tendenz zur salutogenen Sichtweise, schreibt Noack (vgl. Noack 1997: 94, 99). Auch werden im europäischen Pilotprojekt ‚Gesundheitsfördernde Krankenhäuser‘ bei stationären Behandlungen Gesundheitsförderungsstrategien angewendet (vgl. ebd.: 101).

Aus Sicht der Expertise der BZgA zunehmend ernstzunehmende Anwendungsbereiche in der Praxis gibt es heute vor allem in der

- ‚Gesundheitsförderung und Prävention‘ (z. B. mit den Projekten *„Kinder stark machen“* – *Primärprävention des Suchtverhaltens im Kindesalter*, *„Kinder stark*

machen – Suchtprävention im Kindergarten“ und „Gesundheit aktivieren“ – ein neuer DRK²³-Kurs für chronisch kranke Menschen²⁴),

- ‚Psychosomatik und Psychotherapie‘ (z. B. *Verbessert Psychotherapie die Moral?* – Analyse von Markus Fäh eines psychotherapeutischen Praxisbeispiels anhand der drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit²⁵),
- ‚Rehabilitation‘ (vor allem onkologische Rehabilitation) und
- ‚Arbeitspsychologie‘ (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 68ff).

Aber auch im klinischen Bereich und in der Pflege finden sich bereits Anwendungsbeispiele, wie z. B. *Die praktische Umsetzung des Salutogenesekonzeptes bei chronischem Tinnitus als systemischer Hörwahrnehmungsstörung*²⁶ und *Salutogenese in der Pflege*²⁷ (vgl. Kolip / Wydler / Abel 2006: 17).

Auf drei Weisen wird das Konzept der Salutogenese in der Praxis einbezogen, schreiben Bengel u. a., entweder wird ein bereits bestehendes Angebot auf ‚salutogenetisch‘ umbenannt (häufig im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention), oder es werden salutogenetische Teile in ein Konzept integriert, oder ein Konzept bzw. eine Philosophie lehnt sich tatsächlich an den salutogenetischen Prinzipien an (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 68).

Grundsätzlich sind für die Anwendung in der Praxis noch eine ausführlichere Diskussion des Konzeptes und der Möglichkeiten der Anwendungen ausstehend (vgl. ebd.: 101). Für das Themengebiet klinische Rehabilitation werden beispielsweise folgende Fragen in Bezug auf das Konzept der Salutogenese aufgeworfen: a) Inwieweit kann es für die Theoriebildung von Krankheitsverarbeitung und -folgen verwendet werden? b) Welche Bedeutung hat das Kohärenzgefühl im Verlauf der Krankheits- und Rehabilitationszeit? c) Welche salutogenetischen Therapieziele gibt es? (vgl. ebd.: 96).

²³ Deutsches Rotes Kreuz

²⁴ Die Projektbeschreibungen der drei genannten Beispiele finden Sie in der BZgA-Expertise *Was erhält den Menschen gesund* (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 151-166).

²⁵ Die genaue Beschreibung finden Sie im Band *Salutogenese und Kohärenzgefühl* (vgl. Fäh 2006: 149-160).

²⁶ Der Artikel beschreibt ein Therapiebeispiel zur Behandlung von Tinnitus, die einer salutogenen Sicht- und Handlungsweise folgt (vgl. Ross 2006: 161-171).

²⁷ Die Integration des Konzepts der Salutogenese in pflegerische Handlungsfelder (Ausbildung und Praxis) wird diskutiert (vgl. Brieskorn-Zinke 2006: 173-184).

5.2.8.1. Anwendung in der Onkologie

Mehr als eine Tendenz dürfte es im Bereich der Onkologie nicht sein, ist dem Band *Salutogenese in der Onkologie* (Bartsch / Bengel 1997) zu entnehmen. Der Onkologe Joachim Weis steht dem Konzept der Salutogenese eher skeptisch gegenüber und warnt vor der Gefahr, bei einer ressourcenorientierten Sichtweise im Sinne der Salutogenese ‚zu positiv‘ zu denken und die Realität zu vernachlässigen. Wichtig sei es, zu unterscheiden, ob mit unheilbar kranken Krebspatienten/-innen oder mit solchen mit sehr guten Heilungschancen gearbeitet wird (vgl. Weis 1997: 112f). Bei zu viel Optimismus könnten *„die Selbstheilungskräfte des Patienten überstrapaziert werden“*, schreibt er, vor allem dann, *„wenn klinische Realität und deren Bewältigungsstrategie zu weit auseinanderklaffen“* (ebd.: 113). Weis findet die empirische Absicherung des Salutogenese-Konzeptes auf keinen Fall ausreichend und wegen der vielen offenen Fragen für die Anwendung in der Praxis (Psychoonkologie) noch nicht geeignet (vgl. ebd.: 115).

Der Mediziner Hans Helge Bartsch, der wie Weis an der Klinik für Tumorbiologie in Freiburg tätig ist, beschreibt in dem gemeinsamen mit Andreas Mumm verfassten Artikel viele Ideen für eine Integration des salutogenen Gedankens in der onkologischen Klinikpraxis, jedoch keine konkreten Anwendungsbeispiele. Vor allem Patienten/innen, die sich in der Phase der Regeneration und Rehabilitation von Erkrankungs- und Therapiefolgeschäden bzw. beginnender Nachsorge befinden, könnten ihrem Bedürfnis und Willen nachkommen, *„mit Hilfe des Bildes ‚Abwehrstärkung‘ einem Krankheitsrückfall entgegenzuwirken“* (Bartsch / Mumm 1997: 125) sowie das plötzliche Ende der therapeutischen Beziehung abfedern (vgl. ebd.).

5.2.9. Schwach- und Kritikpunkte zum Konzept der Salutogenese anhand der weiterführenden Literatur

Sowohl bei Antonovsky selbst, als auch in der weiterführenden Literatur wird das Konzept der Salutogenese als unfertig und in vielen Fragen offen bezeichnet. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine empirische Überprüfung großteils noch aussteht und wegen des Umfangs des Konzepts sehr schwierig ist. Die Ergebnisse der Studien sind meist nicht eindeutig (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 91).

Trotz seiner Komplexität arbeitet das Konzept der Salutogenese in keiner ganzheitlichen Wahrnehmung vom Menschen, sondern geht von einer Dichotomie von körperlichem und seelischem Wohlbefinden aus, denn Antonovsky berücksichtigt in erster Linie das körperliche Befinden (vgl. ebd.: 90).

Noch nicht empirisch bewiesen ist eine Wechselwirkung zwischen Gesundheit oder Krankheit und Kohärenzgefühl, weiters wird sehr wenig auf die Wechselwirkung von körperlicher und psychischer Gesundheit eingegangen (vgl. ebd.: 93). Bei empirischen Untersuchungen stellte man fest, dass die Stärke des Kohärenzgefühls nicht davon abhängt, ob jemand körperlich ‚gesund‘ oder ‚krank‘ ist, wohl aber wurde bei psychosomatischem Klientel ein niedrigerer SOC-Wert festgestellt, genauso bei Menschen mit Abhängigkeitsproblemen von z. B. Alkohol, Schmerzmitteln, Psychopharmaka und Drogen (vgl. ebd.: 183).

Mit der SOC-Skala, dem Messinstrument zur Bestimmung des Kohärenzgefühls, lassen sich die drei Komponenten (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit) nicht einzeln, sondern nur als Gesamtwert abbilden, was eine weitere empirische Fundierung erschwert (vgl. ebd.: 92).

5.2.10. Vorteile, Ausblicke und neuere Entwicklungen des Konzepts

Auch wenn es viele Kritikpunkte gibt, so wird das Modell der Salutogenese in der Expertise der BZgA als bedeutend für die Gesundheitswissenschaften eingestuft, da es dazu anregt, den Blick zu erweitern und bisher unbeachtete Aspekte in der Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit einzubeziehen.

Es bietet eine Rahmentheorie für dieses Thema an und zeigt die Wichtigkeit einer solchen Rahmentheorie auf (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 93, 96; Faltermaier 2006: 185).

Es regt zu einem Perspektivenwechsel an und eignet sich sehr gut, um bestehende Konzepte zu ergänzen (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 149). Vor allem in multidisziplinären Diskussionen eignet es sich als gemeinsame Diskussionsbasis, da sowohl medizinische als auch sozial- und gesundheitswissenschaftliche Perspektiven berücksichtigt werden können (vgl. Kolip / Wydler / Abel 2006: 12).

Für folgende Teilgebiete wird in der Literatur eine vertiefende Forschung empfohlen:

- Definition eines Gesundheitsbegriffs, um eine umfassende empirische Forschung bezüglich des Zusammenhangs Kohärenzgefühl und Gesundheit möglich zu machen (vgl. Duetz u. a. 2006: 86). Bei weiteren empirischen Untersuchungen und theoretischem Ausbau des Modells „*müsste insbesondere die subjektive und gesellschaftliche Ebene der Bedingungen von Gesundheit eingearbeitet werden*“ (Faltermaier 2006: 185).
- Neubearbeitung der (empirischen) Messinstrumente (vgl. Geyer 2006: 71).
- Klärung, ob SOC nach Eintritt ins Erwachsenenalter stabil oder veränderlich ist (vgl. ebd.; Faltermaier 2006: 192).
- Längsschnittstudien bzw. Langzeitstudien, um den Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit wissenschaftlich gültig absichern zu können (vgl. Kolip / Wydler / Abel 2006: 16; Fäh 2006: 149; Faltermaier 2006: 189).
- Qualitative Erhebungsverfahren – bis jetzt wurde in erster Linie mit quantitativen Studien gearbeitet (vgl. Duetz u. a. 2006: 95; Faltermaier 2006: 193).
- Empirische und theoretische Fundierung der Wechselbeziehung verschiedener die Gesundheit beeinflussender Ressourcen, z. B. Kohärenzgefühl und soziale Unterstützung; Verknüpfung handlungs- und strukturtheoretischer Ansätze (vgl. Straus / Höfer 2006: 115; Kolip / Wydler / Abel 2006: 16).
- Berücksichtigung der Sozialisationsbedingungen bei Fragen zum SOC (vgl. Geyer 2006: 71).
- Evaluierung von auf salutogener Basis aufgebauten Praxisansätzen (vgl. Faltermaier 2006: 185).
- Dem Kohärenzgefühl selbst sollten eigene empirische Studien gewidmet werden, um es im Modell besser zu verankern und konzeptionell zu klären (vgl. ebd.). Faltermaier plädiert dazu, „*die Gesundheit als multidimensionales Kontinuum zu konzipieren, die Salutogenese als Prozess zu verstehen und dabei das Kohärenzgefühl als ein zentrales Konstrukt einzupassen*“ (ebd.: 193).

5.3. Eigene Kritikpunkte und Überlegungen sowie der Umgang in dieser Arbeit mit den oben angeführten Problemen bezüglich dem theoretischen Konstrukt der Salutogenese

In diesem Kapitel gehe ich auf einige der Widersprüche aus der Literatur zur Salutogenese ein. Am Ende der Kapitel 5.3.2. und 5.3.3. definiere ich den Umgang mit diesen Problemstellungen in meiner Analysearbeit.

5.3.1. Eigene allgemeine Kritikpunkte und Anmerkungen zur Basisliteratur

Bezugnehmend auf die Originalschrift Antonovskys, die 1987 entstanden und 1997 ins Deutsche übersetzt wurde, sind mir folgende Punkte aufgefallen:

- Dieses umfangreiche und gut durchdachte Werk wirkt sehr theoretisch. Antonovsky arbeitete, soweit ich das aus den Quellenverweisen herauslesen konnte, in erster Linie mit seinen eigenen, großteils davor abgeschlossenen Forschungen und den Daten und Erkenntnissen daraus, sowie mit seiner persönlichen Erfahrung und mit Literatur von Kollegen/innen.
- Seine Kontinuum-Denkweise ist allgegenwärtig, nicht nur im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, sondern auch im SOC-Kontinuum (vgl. z. B. Antonovsky 1997: 114) und dem Kontinuum von generalisierten Widerstandsressourcen bzw. -defiziten, auf dem sich eine Person, je nachdem wieviele davon sie zur Verfügung hat, platziert (vgl. ebd.: 44).
- In Antonovskys Konzept spielen die sozialen Rahmenbedingungen und gesellschaftlichen Strukturen eine wichtige Rolle, vor allem bei der Bildung des SOC. Trotzdem formte sich in seiner Beschreibung für mich ein Bild vom erwachsenen (SOC-stabilisierten) Menschen, der alleine, unabhängig, selbstverantwortlich und mit vielen Aufgaben innerhalb einer sozialen Gemeinschaft agiert. Soziale Beziehungen, die Vertrauen, gegenseitige Hilfe, Unterstützung bzw. auch die Fähigkeit, um Hilfe zu bitten, widerspiegeln, sind nicht Bestandteil in seinem Konzept²⁸.
- Antonovsky hat viele Jahre investiert, um dieses Konzept zu entwickeln und hat seine Überlegungen ausführlich beschrieben und viele Bezüge zu verwandten Themen und Forschungen (vor allem aus dem Gebiet der Stressforschung, aus

²⁸ In Antonovskys Werk werden in einem grafischen Modell soziale Unterstützung und Beziehungen als GRRs angeführt (vgl. Antonovsky 1997: 200), darüber hinaus spielen soziale Unterstützung und Beziehung in seinen Erklärungen keine nennenswerte Rolle.

dem er kommt) hergestellt. Bei meiner Beschreibung des komplexen Modells auf den wenigen Seiten habe ich mich auf die Grundlagen und die für meine Arbeit wichtigen Aspekte konzentriert und mich bemüht, Antonovskys Standpunkte so gut wie möglich wiederzugeben.

5.3.2. Zum gesundheitsorientierten Konzept

Im Zuge der Beschreibung der Sichtweise der Salutogenese-Theorie arbeitete Antonovsky im Abschnitt *Gesundheit und Krankheit neu betrachtet* einige Gegensatzpaare zur Pathogenese heraus (vgl. Antonovsky 1997: 21ff). Interessant ist darin vor allem sein Unterkapitel *Kontinuum oder Dichotomie?* (vgl. ebd.: 22f), in dem er sich davon distanziert, dass sein Modell in der Dichotomie²⁹ Krankheit / Gesundheit denkt und auf einen der beiden Pole fokussiert. *„Im großen und ganzen ist die gesundheitsorientierte Sicht genau wie die traditionelle krankheitsorientierte Denkrichtung der Schulmedizin auf der Annahme einer fundamentalen Dichotomie zwischen gesunden und kranken Menschen begründet. [...] Beide lassen dabei außer Acht, dass die von ihnen geteilte dichotome Prämisse eine weniger potente Grundannahme ist als das von mir sogenannte Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“* (ebd.: 23), schreibt Antonovsky.

Hier stellt sich die Frage, inwieweit man die Kontinuum-Denkweise als von der Dichotomie-Denkweise distanziert bezeichnen kann, da sie selbst auf einer Dichotomie basiert (die Endpole des Kontinuums sind gänzliche Gesundheit bzw. gänzliche Krankheit / Tod).

In der Expertise zum Thema Salutogenese wird zusätzlich auf die Eindimensionalität dieses Kontinuums hingewiesen, die einen *„linearen Zusammenhang zwischen der Abnahme von gesunden und der Zunahme von kranken Anteilen“* entstehen lässt (Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 90). Diese Eindimensionalität könnte verhindert werden, wenn Gesundheit und Krankheit voneinander unabhängig betrachtet würden (vgl. ebd.).

Vielleicht ging es Antonovsky hierbei aber mehr um die Frage der Definition (bzw. Nicht-Definition), was Gesundheit bzw. Krankheit ist und um die in einer Definition

²⁹ „a) Zweiteilung, Gliederung (z. B. eines Gattungsbegriffs in zwei Arten); b) Gliederung eines Oberbegriffs in einen darin enthaltenen Begriff und dessen Gegenteil“ (Duden 5 1997: 189).

enthaltene Zuschreibung bzw. Stigmatisierung. Antonovsky erzählt von einer Studie (Cosers 1963) über zwei Krankenstationen mit sehr kranken Menschen, wobei die erste ‚Sterbefälle‘ betreut, die zweite hingegen als ‚Rehabilitationszentrum‘ geführt wird. Auch wenn die Auswirkung dieser Bezeichnungen auf die Patienten/innen nicht untersucht wurde, so weist Antonovsky auf ein Diktum der klassischen Soziologie hin: *„Werden Situationen von Menschen als real definiert, sind sie real in ihrer Konsequenz“* (Antonovsky 1997: 23).

Ich habe seine Ausführungen so verstanden, dass das Modell der Salutogenese sich damit beschäftigt, was den Menschen in Richtung des Gesundheitspols bringt. Das stellt für mich eine gesundheitsorientierte Sichtweise dar.

In meiner eigenen Arbeit schließe ich mich dadurch, dass die Analyse der Schlüssel-momente anhand der Theorie der Salutogenese erfolgt, in diesem Analyseteil einer gesundheitsorientierten Sichtweise an.

5.3.3. Zur empirischen Absicherung

Bengel u. a. schreiben, dass eine wissenschaftliche Absicherung des Konzepts auf Grund seiner Komplexität kaum möglich ist (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 91). Für mich stellt sich die Frage, ob es überhaupt notwendig ist, das Konzept als Ganzes wissenschaftlich abzusichern? Erfolgt eine wissenschaftliche Absicherung nicht in erster Linie durch die Erprobung in der Praxis und der Evaluierung dieser Testreihen?

In dieser Arbeit sind einige Praxisbeispiele angeführt. Keines kann das gesamte Konzept der Salutogenese mit all seinen Bereichen und Fragen abdecken. Aber Schritt für Schritt könnte anhand vieler verschiedener Praxisanwendungen und deren Evaluierung eine Absicherung des komplexen Konzepts erfolgen.

Als ich von den vielen offenen Fragen und Widersprüchen zum Konzept der Salutogenese gelesen habe, war ich zuerst einmal demotiviert und entmutigt, es für den Analyseversuch in meiner Arbeit verwenden zu können. Aus der obrigen Perspektive heraus macht es jedoch für mich Sinn, das Konzept der Salutogenese anzuwenden.

6. Biografischer Teil mit den Schlüsselmomenten

Das Kapitel 6 ist aus meiner Rolle der Beteiligten und Erlebenden heraus geschrieben. Es gibt meine persönliche Sichtweise und Wahrnehmung zum Erlebten innerhalb des Therapiezeitraumes wieder und dient als Basis für die weitere Arbeit. Direkt aus dem Tagebuch notierte Passagen sind dabei unter Anführungszeichen und kursiv gestellt, mit Hinweis auf das genaue Datum.

Um die Schlüsselmomente in einen für den/die Leser/in verständlichen Zusammenhang einzubetten, wird hier zuerst die Lebenswelt des thematisierten Zeitraumes (Diagnose bis Ende der biomedizinischen Therapien) kurz umrissen. Vier zeitliche Abschnitte lassen sich festlegen: Diagnose und Operation, Chemotherapie, Reise nach Usbekistan, Strahlentherapie. In jedem dieser Zeitabschnitte gab es bestimmte Hauptthemen zu meiner Körperwahrnehmung, die am Ende von jedem Abschnitt angeführt sind. Sie fassen das jeweilige emotionale Befinden zusammen.

Im einleitenden Kapitel 6.1. werden die genauen Zeitdaten, Orte und Rahmenbedingungen überblicksmäßig zusammengefasst.

6.1. Forschungsrahmen

Für die Beantwortung meiner Fragestellungen ziehe ich die gesammelten Daten während des Therapiezeitraums heran. Dieser beginnt mit der biomedizinischen Diagnose am 22. März 2007 und endet mit dem Abschluss der Strahlentherapie am 17. Dezember 2007. Dazwischen liegen eine Operation am 12. April 2007, bei welcher der Tumor zur Gänze entfernt wurde, sechs Zyklen Chemotherapie in einem Abstand von ca. drei Wochen (15. Mai, 5. Juni, 26. Juni, 18. Juli, 7. August und 27. August), eine vierwöchige Reise nach Usbekistan (9. September bis 8. Oktober), innerhalb derer nach einer Pulsdiagnose eine Kräuterkur absolviert wurde, und als Abschluss eine Strahlentherapie (6. November bis 17. Dezember täglich von Montag bis Freitag).

Es werden die Orte bzw. Krankenhäuser in die Arbeit einbezogen, an / in denen die Behandlungen stattgefunden haben: Operation und Chemotherapie wurden in einem Krankenhaus in Wien durchgeführt, in dem ich auch psychoonkologische Betreuung erhielt, begleitet wurde die Chemotherapie von einem außerhalb des Krankenhauses,

privat ordinierenden Komplementärmediziner³⁰ in Wien. Die Behandlung im Rahmen einer Orientalischen Medizin erfolgte in Usbekistan. Für die Strahlentherapie ging ich in ein eigens dafür ausgerüstetes zweites Krankenhaus in Wien, welches mit dem Ursprungs Krankenhaus zusammenarbeitet. Hier wurde mir eine begleitende komplementäre Therapie (Heilmagnetismus nach F. X. Mesmer) angeboten.

Räumliche Forschungsfelder sind somit Wien / Österreich und der Osten Usbekistans.

Da die finanziellen Möglichkeiten bei der Wahl des Therapiesystems eine Rolle spielen, sei hier angeführt: Ich hatte eine Standard-Krankenversicherung bei der Wiener Gebietskrankenkasse, keine Krankenzusatzversicherung. Meine finanziellen Möglichkeiten waren sehr beschränkt.

6.2. Die vier Zeitabschnitte

In den folgenden vier Kapiteln soll ein Eindruck über die erlebten Zeitabschnitte vermittelt werden.

6.2.1. Wie habe ich die Zeit der Diagnose und der Operation erlebt?

Die Diagnose am 22. März 2007 versetzte mich in eine Art Schockzustand, ich habe ab diesem Zeitpunkt, wochenlang, nichts ins Tagebuch geschrieben. Ein einziger Eintrag lautet: „*Ich habe Krebs. Morgen gehe ich ins Krankenhaus*“ (Tagebucheintragung, 10.04.07). Und einige Tage nach der Operation schrieb ich: „*Ich bin an der Basis. Im Zentrum. Am Beginn. An der Wurzel*“ (Tagebucheintragung, 15.04.07).

Ansonsten gibt es von der Zeit zwischen Diagnose und Operation nur Aufzeichnungen in Form von Listen, anhand derer ich die zu erledigenden Dinge ‚abgearbeitet‘ habe – Listen mit den Fragen an die verschiedenen Ärzte/innen und Therapeuten/innen, mit Terminen und Telefonnummern.

Ich wollte nicht in dem Krankenhaus, in welchem die Diagnose gemacht wurde, bleiben, denn dort fühlte ich mich (ausgenommen dem Diagnosegespräch) sehr unpersönlich behandelt. Ein zweites Krankenhaus, in dem eine Freundin von mir arbeitet, war auch nicht das richtige. Erst das dritte, vermittelt durch meine Hausärztin,

³⁰ Zur näheren Definierung von Komplementärmedizin und wie dieser Ausdruck hier in dieser Arbeit gemeint ist, siehe Kapitel 9.2.1.2.

konnte ich annehmen. Es befand sich ein Plakat mit der Aussage am Gang, dass der Mensch hier ganzheitlich gesehen werde. Das wirkte sehr positiv auf mich. Die Ärztin stellte mir beim Erstgespräch persönlich eine Ambulanzkarte aus und bot mir kurzfristige Operationstermine an. Sie nahm sich Zeit und erklärte mir genau den Ablauf der Behandlung im Krankenhaus und die nächsten Schritte, die zu tun waren.

Hauptthemen dieses Zeitabschnitts: Das wichtigste Thema war die Angst zu sterben, die sich in Angst zu verhungern ausdrückte. Ich glaubte vor der Operation, mich nach der Operation nicht bewegen und somit nicht kochen zu können. Ich erkundigte mich sogar nach ‚Essen auf Rädern‘ für die Zeit nach der Operation.

Es war dann in Wirklichkeit ein relativ kleiner Eingriff, der den Körper nicht übermäßig belastete. Ich erholte mich schnell, alles war ohne Komplikationen verlaufen.

In diese Zeit fallen die im Kapitel 6.3. beschriebenen Schlüsselmomente 1 und 2: *Triff BEWUSST Entscheidungen!* und *Kommen Sie mit auf die Reise!*

6.2.2. Wie habe ich die Zeit der Chemotherapie erlebt?

Nach der Operation sagte meine Ärztin zu mir, sie hätte eine gute und eine schlechte Nachricht. Die gute wäre, sie habe den Tumor zur Gänze entfernen können, es müsse kein zweites Mal operiert werden. Die schlechte sei, sie könne mir auf Grund der Art meines Krebses eine Chemotherapie nicht ersparen. Die Chemo würde die Chance um ca. 50 % verbessern, dass der Krebs nicht wieder auftritt (vgl. Tagebucheintragen, 23.04.07 und 08.05.07). Ich war extrem schockiert, als ich von der Chemotherapie erfuhr, denn ich hatte nicht damit gerechnet. Bei der Diagnosebiopsie³¹ war ein zu 100% hormonabhängiger Krebs diagnostiziert worden und in einem solchen Fall wird nur mit Hormontherapie gearbeitet, hatte mir der Arzt erklärt. Nun hatte aber die genaue Untersuchung des ganzen Gewebes nur 30% hormonabhängig ergeben. Daher wurde jetzt eine Chemotherapie notwendig.

Zu Beginn dieser Zeitspanne stand der Verlust der Kontrolle über meinen Körper und panische Angst diesbezüglich (Wie wirkt sich die Chemotherapie in mir aus?) im

³¹ Bei einer Biopsie wird mit einer feinen Hohlnadel Gewebe aus einem Tumor entnommen, welches im Labor histologisch untersucht wird um festzustellen, ob er gutartig oder bösartig (Krebs) ist (vgl. Österr. Krebshilfe 2006: 11).

Vordergrund. Ich hatte einen sehr intellektuellen Zugang zum Thema Krankheit und dachte viel über Ursache, Behandlung und zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten nach. Nach ca. zwei Monaten bemerkte ich diese einseitige Denkweise und suchte kreative Zugangs- und Verarbeitungsmöglichkeiten (malen, Düfte, Musik, fotografieren), um die starken Emotionen, die auftraten, verarbeiten zu können. Es war eine Zeit, in der alles aus der Waage geraten war, kein Stein blieb sozusagen auf dem anderen.

Ich beobachtete weiters, dass sich meine Stimmung parallel zum Chemozyklus, der jeweils drei Wochen dauerte, veränderte: ca. zwei Wochen sehr negative Stimmung, einige Tage vor dem nächsten Zyklus sehr positive Stimmung. Wichtig ist zu unterscheiden, ich war meiner Meinung nach nicht depressiv, sondern sehr emotional, wenn es auch überwiegend (aber nicht nur) negative Emotionen waren.

Meine Sinneswahrnehmung veränderte sich (schlechteres Sehen, große Lärmempfindlichkeit, veränderter Geschmackssinn, gestörter Gleichgewichtssinn, sehr sensible Hautempfindung). Der Verlust der Haare war ein wichtiges Thema für mich, ebenso das Immunsystem.

Ich hatte oft das Gefühl, in einem bewusstseinsverweiterten Zustand zu sein, hatte dementsprechende Träume und auch diesbezügliche positive Erlebnisse und Empfindungen.

Obwohl ich von Anfang an versuchte, den Kontakt ‚nach außen‘ aufrecht zu erhalten und auch weiterhin zur Uni ging, war ich durch die fortschreitende Sensibilisierung gezwungen, mich immer mehr zurückzuziehen. Ich wurde sukzessiv kraftloser, fühlte mich immer schutzloser und verletzbarer. Gegen Ende wurde auch die Kommunikation immer schlechter, ich agierte aggressiver, auch gegenüber meinen Ärzten/innen und Helfern/innen, mein Vertrauen wurde immer geringer. Die Zeit war von Schwäche, getrennt sein, Trauer, Angst, Vertrauensverlust, Verzweiflung und Anspannung im Körper geprägt. Aber ich lernte auch, flexibel zu sein und die guten Zeiten zu nutzen, ich musste meine Leistungsunfähigkeit annehmen und auf meinen körperlichen Zustand Rücksicht nehmen. Ich MUSSTE die Auszeit annehmen, es blieb mir nichts anderes übrig. Mein Leben war gebremst worden, es lief nun mit viel langsamerer Geschwindigkeit weiter, ich war unendlich langsam geworden.

Die Chemotherapie hatte viele Funktionen in meinem Leben. Ob sie zur Heilung der Krankheit Krebs beigetragen hat, kann ich nicht sagen, denn man kann es im Nachhinein nicht überprüfen und es wurde auch nie wieder von den Ärzten/innen thematisiert, ob sie eine positive Wirkung auf den Körper in Bezug auf die Heilung der Krankheit gehabt hat. Was ich sehr wohl spürte, war die körperliche Schwäche, mit der ich aus der Behandlung entlassen wurde und die ich vorher nicht gehabt hatte.

In der Beschreibung der Chemo-Behandlungszeit wird sichtbar, wie sehr sich mein Denken und meine Wahrnehmung im Prozess der Therapie verändert hat.

Hauptthemen dieses Zeitabschnitts: Ich konnte in dieser Zeit die Zunahme der Emotionen, vor allem Wut, Angst und Verzweiflung zwar sehr gut wahrnehmen, sie aber nicht objektiv sehen, ich steckte zu tief drinnen. Die wichtigsten Themen waren deshalb die auftretenden Emotionen und deren Ausdruck (malen, tanzen, ...). Auch erlebte ich diese Zeit vorwiegend in einem Gefühl der Schutzlosigkeit und Unsicherheit. Ich fühlte mich sehr verletzlich.

In diese Zeit fallen die im Kapitel 6.3. beschriebenen Schlüsselmomente 2 und 5: *Kommen Sie mit auf die Reise!* und *Kämpfe!*

6.2.3. Wie habe ich die Zeit der Reise nach Usbekistan erlebt?

Im September 2007, zwei Wochen nach der letzten Chemo-Dosis, flog ich mit Studentinnen des Studiengangs Altorientalische Musiktherapie und einem internationalen Filmteam nach Usbekistan, wo ein Dokumentarfilm zum Thema Musiktherapie gedreht wurde³². Die Organisatorin der Reise und mein wissenschaftlicher Betreuer erwarteten uns bereits am ersten Etappenziel – im Gästehaus eines traditionellen usbekischen Heilers nahe der Hauptstadt Tashkent. Am nächsten Tag ging die Reise in eines der von diesem Tabib errichteten Gesundheitszentren weiter. Der Tabib erklärte und zeigte dort in den folgenden Tagen für den Film verschiedene Richtungen seiner Therapieform.

³² Dokumentarfilm: *Auf den Spuren des Medicus*. Eine Reise nach Usbekistan (Bergmann 2007).

Nach Usbekistan und zum Tabib kam ich als Teil der Reisegruppe und integriert in diese, wobei ich aber weder zu den Musiktherapeuten/innen gehörte, noch zum Filmteam. Ich war in erster Linie Gast im Therapiezentrum und genoss besondere Aufmerksamkeit von allen, denn es wurde auf meinen schlechten gesundheitlichen Zustand Rücksicht genommen. Gleichzeitig war ich auch ausgeschlossen, sowohl von vielen Aktivitäten, wie beispielsweise einem Ausflug in die Berge, als auch z. B. vom allgemeinen Verdauungsschnapsert nach dem Abendessen. Ich sah die Menschen, die mit mir reisten, sie waren voller Lebenslust und Energie, ich sah die Tabibs, ihre Familien, Schüler/innen und Helfer/innen, mit noch mehr Energie und Lebenslust und ich sah mich, abseits, schwach. „*Ich war außerhalb der Gruppe, aber nahe. Ich hatte keine Funktion in dieser Gemeinschaft, ich war einfach nur da*“, schrieb ich am 11. September 2007 ins Tagebuch. Ich wollte diese Sonderrolle nicht, ich wollte ein Teil des Ganzen sein und nicht mehr außerhalb des Lebens stehen. Ich hatte einen viel langsameren Rhythmus als die anderen. Langsam, langsam nahm ich die neue Umgebung wahr, den Lebensrhythmus, die Gerüche, die Klänge, die Wärme, die Menschen. Es war meine erste Reise nach Asien.

Nach ca. einer Woche Aufenthalt reiste die Filmgruppe weiter und ich blieb im Gesundheitszentrum. Die Leute dort gingen wieder ihren gewohnten Tätigkeiten nach. Auch der Tabib, der mich behandelt hatte, war abgereist und sein Sohn war nun für mich zuständig. Zusätzlich kümmerte sich eine Tochter des Tabibs um mich, sie spricht gut Englisch und war meine erste Ansprechperson, da der Sohn des Tabibs (auch er spricht Englisch) sehr viel zu tun hatte. Ich fühlte mich im Gesundheitszentrum sicher und gut aufgehoben, aber auch eingesperrt (ich sollte das Zentrum alleine nicht verlassen) und einsam (kaum jemand sprach ansonsten Englisch oder Deutsch). Ich bekam 3 x täglich kräftigende Mahlzeiten, wobei aber für mich natürlich nicht so aufwendig gekocht wurde als in der Zeit, als die ganze Gruppe da war. Damals hatten sich die Tische gebogen, es war wirklich großartig gewesen. Nun gab's gutes Essen, aber oft auch Aufgewärmtes. Das ist in Usbekistan so üblich, man wirft nichts weg.

Wenn es auch viele Aktivitäten gab, so war ich doch die meiste Zeit allein. Meist musste ich auch alleine essen, denn das Essen wurde mir ins Gästehaus gebracht. Manchmal aß die Tochter des Tabibs mit mir, einmal ein Schüler, was eine sehr interessante Begegnung (ohne Sprache) war. Später sollte ich dann immer in den

Speisesaal der Schule zum Essen gehen, wobei ich aber auch dort einen besonderen Platz, getrennt von den anderen, zugewiesen bekam – den Gästeplatz.

Ich hatte überall Zugang und war eingeladen, dabeizusein, zuzusehen, mitzumachen, aber immer wieder stand mir die Sprachbarriere im Wege. Ich hätte diverse Trainingseinheiten (Gymnastik, Atemübungen) in einem angeschlossenen Ausbildungszentrum besuchen dürfen, aber alle Termine waren in usbekischer und russischer Sprache angeschrieben, ich konnte sie nicht lesen. Einmal wurde mir ein Lehrer geschickt, der mir Atemübungen zeigte.

Bald versuchte ich, mich ein wenig nützlich zu machen und ich sollte bei der Kräuterabgabe mithelfen. Doch auch hier scheiterte ich schon alleine daran, dass ich die Rezepte nicht lesen konnte – sie waren auf usbekisch mit kyrillischen Schriftzeichen ausgestellt, während die Bezeichnungen auf den Kräuterpäckchen in lateinischen Buchstaben geschrieben waren. Alles, was ich machte, musste nachkontrolliert werden. Aber ich war dabei!

Die Familien der Tabibs, die Schüler/innen und alle Mitarbeiter/innen im Zentrum bemühten sich sehr, doch die Sprachbarriere und ihre für mich unbekannte Denkweise bewirkten, dass ich mich während meines Aufenthaltes isoliert und alleine fühlte. Gleichzeitig barg genau diese Sprachbarriere wunderbare ungewöhnliche Begegnungen und das Kennenlernen von anderen Kommunikationsmöglichkeiten in sich.

Ich hatte Aufgaben von Dr. Tucek für die Zeit meines Aufenthalts bekommen: Ich sollte fotografieren, auf Symbole und auf die Ästhetik achten sowie die Beziehung der Menschen zueinander bzw. den Umgang miteinander beobachten. Er sagte: „*Der Tabib hier ist dem Leben zugewandt. So auch seine Medizin*“ (Tagebucheintragung, 16.09.07). Durch die Aufgaben fühlte ich mich ein wenig als Forscherin, ich hatte eine Funktion und etwas zu tun.

Mit der Zeit erholte ich mich und wurde immer stärker. Irgendwann hatte ich plötzlich wieder Lust, mich zu bewegen. Das kräftigende Essen (Knochensuppe, Fleisch, Reis, Gemüse, Obst, ...), die Sonne, die Ruhe, der geschützte Rahmen des Gesundheitszentrums und nicht zuletzt die Energie der Menschen die mich umgaben, weckten in mir eine Lebenslust und ein neues Gefühl für meinen Körper, das ich lange nicht mehr gehabt hatte. Gegen Ende meines Aufenthaltes begann ich mich langsam immer besser

zurechtzufinden. Ich fand heraus, wann die Trainingseinheiten anfangen, wann es Essen gab, was ich alles tun konnte, was möglich und was nicht möglich war. Der Ablauf im Zentrum hat einen relativ geordneten Rhythmus – ich konnte ihn am Anfang nur nicht erkennen! Daher musste ich jederzeit bereit sein, alles erfolgte spontan, da ich nie wusste, wann die verschiedenen Tätigkeiten beginnen und enden würden und für wann etwas vorgesehen war.

Am Schluss meiner Reise schenkte mir der Tabib (für mich überraschend) zwei Tage seiner Zeit – er nahm sich Zeit für mich. Dabei erkundigte er sich auch, was ich forschen möchte, worüber ich in Zukunft schreiben möchte. Er meinte, ich solle über das, was ich im Gesundheitszentrum erlebt habe, schreiben. Beim gemeinsamen Abendessen mit Freunden von ihm erzählte er ihnen davon und wir haben auf meine Diplomarbeit angestoßen (ich durfte nun auch Schnaps trinken).

Hauptthemen dieses Zeitabschnitts: Ich nahm die Zeit in Usbekistan als sehr einsame Zeit wahr, in der ich aber mit Zunahme der körperlichen Kraft wieder Kontakt (nach außen) und zurück zur Kommunikation fand.

Der folgende Satz aus meinen Aufzeichnungen beschreibt die Zeit des Aufenthaltes im Gesundheitszentrum wohl am besten: „*Ich bin. Ich bin an einem bestimmten Platz*“ (Tagebucheintragung, 12.09.07).

In diese Zeit fallen die im Kapitel 6.3. beschriebenen Schlüsselmomente 3 und 5: *There is no cancer in your body!* und *Kämpfe!*

6.2.4. Wie habe ich die Zeit der Strahlentherapie erlebt?

Eine Strahlentherapie ist eine hochtechnische Sache. Trotzdem (oder gerade deshalb?) ist die Abteilung des Krankenhauses, in dem ich diesbezüglich war, ganz besonders auf eine ‚menschliche‘ Behandlung ausgerichtet. Der Warteraum ist gemütlich gestaltet, es gibt Kaffee und Tee, im Bestrahlungsraum befindet sich ein Monitor mit Informationen zu Namen, Therapien, Behandlungswünschen, usw. der jeweiligen Patienten/innen (wochenlang hatte ich mich gewundert, warum die wechselnden Strahlenassistenten/innen immer so gut Bescheid wussten über mich, bis ich eines Tages, als ich

ausnahmsweise meine Brille im Bestrahlungsraum aufhatte, den Monitor entdeckte ...) und alle Mitarbeiter/innen bemühen sich um einen persönlichen, einfühlsamen Umgang. In der Zeit der Bestrahlung hatte ich mit starkem Energieverlust zu kämpfen und ich beschäftigte mich viel damit, ‚Energiespender‘, wie z. B. Lebensmittel, Tätigkeiten, Übungen und Personen zu finden. Nach ca. zwei Wochen Therapiezeit erhielt ich zusätzlich energetisierende Heilmagnetismusbehandlungen durch die Oberärztin, welche mein Wohlbefinden deutlich anhoben. (Ich hatte zu dieser Zeit das Gefühl, wegen meines niedrigen Grundenergiepegels und da ich sehr wenige Energiereserven hatte, besonders gut spüren zu können, was Energie gibt bzw. nimmt.)

Sehr beeindruckt war ich von der Kombination in diesem Krankenhaus – hochtechnische Geräte am neuesten Stand, betont menschliche Behandlung und das Angebot einer zusätzlichen komplementären Heilmethode durch die Oberärztin selbst.

Gegen Ende der Bestrahlungszeit, Mitte Dezember 2007, war der Sohn des usbekischen Tabibs zu Besuch in Wien, bei dem auch für mich zwei Treffen mit ihm möglich waren. Ich bekam keine Behandlung von ihm, hatte aber trotzdem am Tag nach dem zweiten Treffen (15. Dezember 2007) soviel Kraft, um ein ganztägiges Seminar besuchen zu können, was damals vom Energieaufwand her eigentlich unmöglich gewesen wäre.

Am 17. Dezember erfolgte die letzte Bestrahlung. Damit war ich biomedizinisch austherapiert. Leider war ich alles andere als euphorisch zu diesem Zeitpunkt (was ich eigentlich hätte sein können, denn ich hatte den Krebs ‚besiegt‘!), sondern extrem geschwächt und verzweifelt. Ich fühlte mich allein und in Ungewissheit zurückgelassen (erst für Mitte Jänner bekam ich einen Endbesprechungstermin bei meiner Ärztin im Krankenhaus). Es plagte mich die Erkenntnis, nie wieder gesund zu sein – denn niemand konnte mir sagen, ob die Behandlungen etwas geholfen hatten und ob ich wieder normal weiterleben konnte. Ich erholte mich sehr langsam, und erst nach neun weiteren Monaten hatte ich in etwa wieder die körperliche Energie wie zu Beginn der Erkrankung zur Verfügung.

Hauptthemen dieses Zeitabschnitts: Das wichtigste Thema war die Angst zu sterben, die sich in Angst zu erfrieren ausdrückte: Meine Körpertemperatur war auf permanente 35 bis 36 Grad Celsius gesunken und ich konnte mich einfach nicht ‚erwärmen‘. Ich

hatte das Gefühl, dass meine Lebensenergie ausfließen würde, und ich das Leck nicht finden konnte. Energie war also das Hauptthema. Das Herz, dessen Schutz und damit einhergehend wieder Emotionen waren weitere wichtige Themen.

In diese Zeit fällt der im Kapitel 6.3. beschriebene Schlüsselmoment 4: *Nimm deine Gefühle und Emotionen wahr und an!*

6.3. Die Schlüsselmomente

Als Schlüsselmomente bezeichne ich Ereignisse, Erkenntnisse, Begegnungen, Dialoge und Gedanken, die im Prozess der Therapien aus Notsituationen herausführten, Engpässe auflösten und grundlegende Weichen stellten.

Nicht alle Schlüsselmomente sind im Tagebuch notiert und somit vom Datum her genau fixiert³³. Da sie grundlegende Veränderungen eingeleitet haben, sind sie extrem stark in meiner Erinnerung verankert. Zusätzlich sind sie ins dichte Netz der niedergeschriebenen Begebenheiten eingebettet und dadurch sehr gut rekonstruierbar gewesen.

Nach der allgemeinen Beschreibung meiner gefühlten Lebenswelt im vorigen Kapitel erfolgt nun bei jedem Schlüsselmoment eine detaillierte Einbettung in die damalige Situation. Ziel ist es, ihn dadurch noch besser nachvollziehbar zu machen.

Die Schlüsselmomente sind in der Reihenfolge angeführt, in der sie aufgetreten sind. Sie sind als Aussagesatz formuliert, da sie mir entweder von einer inneren oder von einer äußeren Stimme ‚zugerufen‘ wurden.

6.3.1. Schlüsselmoment 1: *Triff BEWUSST Entscheidungen!*

Der Zeitrahmen, der in dieser Arbeit bearbeitet wird, beginnt mit einer Diagnose: der Diagnose Krebs. Diese Diagnose löste in mir Todesangst aus und war der Beginn eines Ausnahmezustandes. Alles bisher Gewesene, die Grundlagen meines Lebens waren nicht mehr gültig. Totale Unsicherheit auf vielen Ebenen folgte: körperliche Unsicherheit (1. Krebs als unsichtbare und nicht spürbare Gefahr IM eigenen Körper. 2. Was passiert durch die Behandlungen in / mit meinem Körper?), finanzielle

³³ Das betrifft den zweiten: *Kommen Sie mit auf die Reise!*, den vierten: *Nimm deine Gefühle und Emotionen wahr und an!* und den fünften Schlüsselmoment: *Kämpfe!*, wobei der letzte ausnahmsweise nicht auf einen Zeitpunkt festgelegt ist, sondern sich durch die ganze Behandlungszeit hindurchzieht.

Unsicherheit (Ungewissheit bezüglich der Zukunft, später stark reduzierte Arbeitsfähigkeit auf Grund der anstrengenden Behandlungen, welche die körperlichen Ressourcen langsam aufbrauchten), emotionale Unsicherheit (nichts ist mehr gültig, extreme Angst). Aber es gesellten sich auch Helfer/innen an meine Seite, Freunde/innen, Familie, Lehrer/innen, Ärzte/innen und Heiler/innen, die ich innerlich zu meinem ‚Unterstützungsteam‘ ernannte.

Es folgte eine Zeit der Extreme und viele Gedanken und Bemühungen in den folgenden Monaten gingen in die Richtung: Wie könnte ich wieder zu einem ausgewogenen Leben zurückfinden? Die erste Hilfestellung in Richtung Ausgewogenheit fand sich gleich zu Beginn bei einem Gespräch mit einer Freundin, welche fünf Jahre zuvor in einer ähnlichen Situation gewesen war. Sie gab mir Tipps für die nächste Zeit, die ich auf einer Art ‚To-do-Liste‘ notierte. Dort befindet sich folgender Satz: *„Zwischen der gänzlichen Selbstbestimmung und dem gänzlichen Zulassen steht: BEWUSST Entscheidungen treffen“* (To-do-Liste, 23.03.07 – ein Tag, nachdem ich die Diagnose erfahren hatte). Ich drohte in der ganzen Unsicherheit, die mich überrollte, unterzugehen – bewusst Entscheidungen zu treffen, gab Halt. Ich war dadurch handlungsfähig und fühlte mich nicht mehr gänzlich ausgeliefert. Daher ist dies der erste Schlüsselmoment. Heute frage ich mich, warum ich das Treffen von Entscheidungen nicht als ‚gänzliche Selbstbestimmung‘ wahrgenommen habe, sondern als ausgleichende, harmonisierende Handlung zu den beiden Extremen ‚gänzliche Selbstbestimmung‘ und ‚gänzlich Zulassen‘. Sicher weiß ich, dass das Wort ‚bewusst‘ ausschlaggebend war, um die gewünschte Wirkung – das Beenden der Unsicherheit – zu erreichen.

6.3.2. Schlüsselmoment 2: *Kommen Sie mit auf die Reise!*

Am 11. April 2007 ging ich ins Krankenhaus, für den 12. April war die Operation angesetzt. Der 11. April war ein schöner, sonniger Tag und ich saß im Krankenhaus-Cafe im Garten. Dr. Tucek rief mich an um mir zu sagen, dass eine Reise nach Usbekistan geplant sei, die er mit drei Studentinnen der Altorientalischen Musiktherapie durchführen möchte. Er sagte, wenn ich möchte und es gesundheitlich möglich sei, würde er mich herzlich einladen, mitzukommen. Ich solle es mir überlegen. Die Reise würde entweder im Sommer oder im Herbst durchgeführt werden. Er hielt sich sehr kurz, wollte mir das nur schnell mitteilen. Ich war überrascht. Mein Kopf war voller

Ängste bezüglich der Operation, und ich hatte in diesem Moment keine Kraft, an irgendetwas anderes – z. B. an eine Reise – zu denken, in diese Richtung etwas zu planen, mich darauf zu freuen. Noch nicht.

Am 23. April erfuhr ich, dass ich eine Chemotherapie machen sollte. Ich konnte es nicht glauben und bekam panische Angst. Am Abend traf ich im Zuge einer Lehrveranstaltung auf der Uni Dr. Tucek, der mir schon ein paar Details zur Reise sagen konnte, z. B., dass es am 9. September losgehen würde.

Beim nächsten Krankenhaustermin (2. Mai 2007) erzählte ich meiner Ärztin von meiner geplanten Reise nach Usbekistan und fragte, ob sich das ausgehen würde mit der Chemotherapie, zeitlich, bis Herbst? Sie entschied spontan, gegen den Vorschlag des Ärzteteams (aber in ihrem Sinne), eine Chemotherapie mit 6 Zyklen zu 3 Wochen zu machen (anstatt der geplanten 8-Zyklen-Chemo). So sollte es sich ausgehen, meinte sie und versprach mir, dass ich bis zur Reise fit genug sein werde, um mitfahren zu können. Sie sagte, die Lebensqualität der Patienten/innen müsse berücksichtigt werden, das sei sehr wichtig, daher will sie mich in diesem Vorhaben der Reise so gut wie möglich unterstützen, was sie dann auch immer wieder tat.

Die Grundsteine für die Reise waren somit gelegt. Um aber wirklich mitfahren zu können, musste ich mich selbst um die Reisevorbereitungen kümmern. Das begann damit, dass ich (in Absprache mit der Ärztin) vor Beginn der Chemotherapie die notwendigsten Impfungen machte, denn während der Chemotherapie würde nichts mehr gehen, dachte ich (zuviel Belastung für die Leber). Wegen der Buchung des Fluges verwies mich Dr. Tucek an die Organisatorin der Reise. Mit ihr sollte ich alle Details und Fragen abklären. So begann am 10. Mai, fünf Tage vor der ersten Chemotherapie, ein sehr schöner e-Mail-Kontakt mit ihr, der mir Kraft und Zuversicht gab und meine Zweifel während der Chemo-Zeit, eine solche Reise mitmachen zu können, zerstreute. Einmal schrieb sie: *„Sie sollen wissen, dass die Menschen, welche auf Sie in Usbekistan warten, Sie bereits in ihr Herz und in ihre Meditation eingeschlossen haben“* (E-Mail, 13.07.07), ein andermal: *„Wenn man erwartet wird, dann sind Bande da, die auch Kraft geben“* (E-Mail, 18.07.07). Auch Dr. Tucek versicherte mir immer wieder die Möglichkeit und Flexibilität des Reisevorhabens, und dass auf meinen gesundheitlichen Zustand eingegangen werden würde.

Meine biomedizinische Ärztin gab mir bestmögliche ärztliche Unterstützung, damit ich am 9. September körperlich fit sein würde (z. B. Blutaufbauspritzen am Ende der Chemotherapie), schrieb mir ein ärztliches Attest der Reisetauglichkeit (für die Reiseversicherung) und gab mir Verhaltenstipps für den Flug (ich wickelte mich wie eine Mumie ein, um vor der Klimaanlage geschützt zu sein und bekam vorbeugend eine Thrombosespritze).

Die Reise wurde Wirklichkeit!

6.3.3. Schlüsselmoment 3: *There is no cancer in your body!*

Zurück zum Ausgangspunkt, der Diagnose. Der junge Arzt, der die undankbare Aufgabe hatte, mir die Diagnose mitzuteilen, machte dies sehr einfühlsam. Er nahm meine Hände, war sehr aufmerksam und nahm sich Zeit. Ich versuchte, gefasst und konzentriert zu bleiben, geriet aber dann doch in Panik und Verzweiflung. Auf meine Frage: „*Muss ich sterben?*“ antwortete er: „*Nein, zumindest nicht gleich*“ (Erinnerungsprotokoll, 22.03.07). Er erklärte mir, dass es mittlerweile sehr gute Heilungschancen gäbe. Vor allem bei so jungen Menschen wie mir würde sehr intensiv therapiert, würden alle Möglichkeiten ausgeschöpft, um eben zu verhindern, dass die Krankheit chronisch wird ...

In meinem Kopf war „... *zumindest nicht gleich* ...“ hängen geblieben.

Ich hatte das Glück, dass die sichtbare und spürbare Bedrohung – der Tumor – bei der Operation zur Gänze entfernt werden konnte. Die angrenzenden Lymphknoten waren nicht befallen. Ich hatte keine Metastasen. Das Einzige, was für mich sichtbar blieb, war die Operationsnarbe, sie erinnerte mich weiterhin an den Spuk.

Doch die Therapien fingen erst an. Ich sollte trotz des guten Befundes eine Chemotherapie machen, Strahlentherapie sowieso, Hormontherapie eventuell auch noch. Es wurde von mir immer wieder gefordert zu kämpfen, gegen den Krebs. Die Notwendigkeit solch heftiger Therapien war mir erklärt worden und von der Logik her klar, aber andererseits auch nicht verständlich, wenn doch die Bedrohung weg(geschnitten) war! Ist es nicht viel schwieriger, gegen etwas zu kämpfen, das gar nicht da ist, als gegen etwas, das messbar und spürbar ist?

Ich befand mich in einem permanenten Angst- und Stresszustand und fühlte mich noch immer bedroht, wobei die Bedrohung nicht mehr definiert war, sie war unsichtbar und unberechenbar. Ich fragte mich damals immer wieder, wie ich mit dieser unsichtbaren Gefahr KREBS, die wie ein Damoklesschwert über meinem Kopf baumelte, weiterleben kann. Die ganze Behandlungszeit war von dieser Bedrohung durchtränkt und ich beneidete die Menschen ‚draußen‘, die ein normales Leben ‚in Sicherheit‘, mit all seinen ‚kleinen Belanglosigkeiten‘ führen durften.

Die Chemotherapie verstärkte meinen inneren Stresszustand noch, indem sie zusätzlich auf körperlicher Ebene ‚Stress‘ machte. Aber auch die Kräuterkur während der Therapie innerhalb der Orientalischen Medizin auf der anschließenden Reise nach Usbekistan verursachte bei mir Übelkeit, Durchfall und Schwäche, also Stress im Körper. Auch hier war ich verzweifelt. Trotzdem veränderte sich in dieser Zeit (in Usbekistan) etwas grundlegend in meinem Denken – eingeleitet durch den folgenden Schlüsselmoment:

Am 4. Tag meines Aufenthaltes im Gesundheitszentrum in Usbekistan hatte ich die erste Einzelsitzung mit dem Tabib. Er machte bei mir Pulsdiagnose, fragte mich, wie es mir gehe und ging gleich darauf mit mir in die hausinterne Kräuterapotheke, um die passenden Kräuter für mich auszusuchen. Alles ging so schnell, dass ich fragte: *„Ist das alles? Sind wir fertig?“* Er nickte. Er sagte: *„Das Lymphsystem muss zuerst in Ordnung gebracht werden, auch das Körpersystem, die Leber, Entgiftung des Körpers. Dann können wir aufbauen.“* Ich war sehr überrascht über die schnelle Arbeitsweise, meine Erwartungen hinsichtlich dieser Untersuchung waren überhaupt nicht erfüllt worden. Ich hatte kein Feedback auf mein dringendstes Problem (das Krebs-Damoklesschwert) erhalten! Ich fragte: *„Was ist denn nun? Muss ich sterben?“* Er lachte und sagte, ich sei in Ordnung. Einzig das Immunsystem sei geschwächt durch die Chemotherapie, und das müsse wieder aufgebaut und in Ordnung gebracht werden (Tagebucheintragen, 12.09.07³⁴). Zwei Tage später bekam ich eine weitere Pulsdiagnose von ihm (damit wurde der Behandlungsverlauf kontrolliert) und die Information: *„Der Organismus ist in Ordnung, kein Krebs, keine Metastasen, nichts mehr. Die Leber arbeitet schon, daher*

³⁴ Die Unterhaltungen mit dem Tabib erfolgten in englischer Sprache, die Tagebuchaufzeichnungen führte ich in Deutsch, wobei ich die Dialoge tw. ins Deutsche übersetzte, tw. in Englisch notierte.

steigt das Blut in den Kopf, davon komme das Kopfweg. Die Milz hat noch ein Problem. Aber alles im allem: gut!“ (Tagebucheintragung, 14.09.07).

Es dauerte einige Tage, bis ich die Botschaft (Ich habe keinen Krebs mehr!) ‚begriffen‘ hatte, genauso, wie es im März einige Tage gedauert hatte, bis ich die Diagnose (Ich habe Krebs!) realisiert hatte.

Die Gefahr war für mich nun, zumindest im Moment, gebannt und ich bekam dadurch erst die Möglichkeit, mich dem Leben wieder zuwenden zu können und an Aufbau, Neustart, Pläne, Ziele und Zukunft denken zu können. Nach zwei Wochen spürte ich die Kraft in meinen Körper zurückkommen und bekam Lust, mich wieder zu bewegen. Das war ein unglaublich schönes Gefühl nach dem kontinuierlichen ‚Verfall‘ des Körpers im Zuge der Chemo-Behandlung.

6.3.4. Schlüsselmoment 4: *Nimm deine Gefühle und Emotionen wahr und an!*

Als letzten Teil der biomedizinischen Therapie absolvierte ich nach der Reise eine Strahlentherapie. Nach ca. zwei Wochen täglicher Behandlung ergab sich ein Problem: Meine für die Behandlung notwendige Atemtechnik funktionierte nicht mehr – es kristallisierte sich ein innerer Widerstand meinerseits heraus. Die Oberärztin wurde geholt, doch nichts ging mehr.

Wir gingen in ihr Büro. Sie sprach mit mir, versuchte die Ursache herauszufinden und wendete dann eine komplementäre Behandlung bei mir an – den Heilmagnetismus nach F. A. Mesmer. Sie hat eine Zusatzausbildung in dieser energetischen Heilmethode absolviert. Wenn Bedarf im Alltag der Strahlentherapieabteilung besteht, wendet sie diese bei den Patienten/innen an.

Nach dieser Behandlung gelang es mir wieder, während der Bestrahlung die dafür notwendige Atemtechnik anzuwenden.

Ich hatte aber weiterhin große Angst in dieser Zeit, auch Existenzängste, und die Ärztin versuchte fortan, mich mit Hilfe von Heilmagnetismusbehandlungen zu beruhigen, Sicherheit zu vermitteln und meine Energie zu aktivieren (vgl. Tagebucheintragung, 22.11.07).

Nach der dritten Woche, also nachdem ich schon mit der Heilmagnetismusbehandlung begonnen hatte, ging ich eines Morgens wieder in das Krankenhaus zur Bestrahlung. Ich war ärgerlich, ich wollte die Strahlentherapie nicht machen, ich wollte mir das nicht antun. Gleichzeitig war mir bewusst, dass dieses Wehren das Ganze nur noch schwieriger machte. Ich konnte meinen Widerstand aber nicht negieren und so tun, als ob ich einverstanden mit der ganzen Situation wäre. Gleichzeitig dachte ich, wenn ich positiver gegenüber der Strahlentherapie eingestellt wäre, würde ich sie besser vertragen und die Zeit angenehmer erleben können. Ich ging den Weg zum Krankenhaus entlang und dachte über diesen Zwiespalt in mir nach. Und dann wurde ich wirklich ärgerlich und sagte mir, nun ist es einmal so, dass ich die Strahlentherapie NICHT machen will. Ich bin nun einmal NICHT einverstanden mit dem, was da mit mir passiert. DAS IST SO! Und im nächsten Moment ging's mir besser. Ich wehrte mich nicht mehr, weder gegen die negativen Gefühle, noch gegen die Situation. Dabei hatte ich nicht die Situation, sondern meine Gefühle dazu angenommen! Ich hatte die ganze Zeit gedacht, ich dürfe so nicht fühlen, da es schlecht für mich sei, und ich müsse positiv eingestellt sein, um bessere Therapieerfolge erreichen zu können.

6.3.5. Schlüsselmoment 5: *Kämpfe!*

Der letzte Schlüsselmoment ist ausnahmsweise auf beide Therapiesysteme aufgeteilt, da alle Beteiligten, wenn auch aus unterschiedlichen Gründen, ein gemeinsames Ziel verfolgten: meinen Kampfgeist zu aktivieren. Sie wollten, dass ich ‚mental‘ mitarbeite und kämpfe. Ich sollte mich wehren, nicht einfach geschehen lasse, es dem Krebs nicht erlauben, sich in mir auszubreiten. Ich hatte aber Probleme mit diesem Kampfgeist, denn, wie sollte ich etwas bekämpfen, das sich in meinem Körper befindet und aus mir / in mir entstanden ist? Das zu mir gehört? Was war mit diesem ‚Kämpfen‘ gemeint?

Hier sollte noch einmal erwähnt werden, dass ich jene Medizinsysteme wählte und nutzte, zu denen ich einen Zugang hatte: Biomedizin ist das staatlich gestützte und mir vertraute Therapiesystem in Österreich, zum Therapiesystem innerhalb der Orientalischen Medizin kam ich über Beziehungen. Ich frage mich, ob es auch Behandlungsmethoden und Therapien gibt, die nicht so kämpferisch bei Krebs vorgehen? Wenn ja, warum hatte ich ausschließlich zu solchen ‚kämpferischen‘ Therapien Zugang?

Was mit dem von den Therapiesystemen vermittelten Kampfgeist gemeint ist, wird im Folgenden kurz beschrieben:

Biomedizin:

Von der Behandlungsweise her wird grundsätzlich schon einmal ‚gegen‘ die Krankheit, den Krebs, gekämpft: Er wird herausgeschnitten, mit Strahlen beschossen, mit chemischen Medikamenten vergiftet, abgetötet, ausgehungert. Alle Kampfmittel werden von außen zugeführt. Ausgehend von diesen scharfen Geschützen muss der Krebs wohl eine sehr ernste Bedrohung sein! Manchmal spürte ich die Verzweiflung meiner Ärztin, gegen eine Krankheit ankämpfen zu müssen, die trotzdem noch so oft gewinnt. *„Ich will nicht, dass mir die Frauen wegsterben!“*, sagte sie einmal zu mir, als ich mich gegen die Strahlentherapie wehrte (Tagebucheintragung, 09.10.07).

Meine Ärztin hielt mich dazu an, mitzukämpfen. Ich sollte die Behandlung mit ganzer Kraft unterstützen. Ich sollte mich, gemeinsam mit den Ärzten/innen, die alles aus ihrer Sicht mögliche gegen den Krebs taten, wehren. Meine Ärztin sagte das wiederholt zu mir, sie brauche meine Mitarbeit!

Orientalische Medizin:

Bei der ersten Therapiesitzung in Usbekistan erklärte mir Tabib, ich hätte kein Problem im Körper, der sei gut. Aber mein Immunsystem sei geschwächt, mein körpereigenes Abwehrsystem („struggle-system“) sei sehr schwach (Lymphe, Leber, Blut, ...), vor allem durch die Chemotherapie und das müsse gestärkt und in Ordnung gebracht werden. Er sagte, Sonne, Energie, ein guter Platz, Kräuter, atmen, das alles sei jetzt gut für mich (vgl. Tagebucheintragung, 12.09.07).

Die Kräuterkur wirkte, am zweiten Tag der Einnahme bekam ich Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Fieber, ... der Tabib munterte mich auf, ich solle stark sein, da durchgehen, ich solle kämpfen (vgl. Tagebucheintragung, 14.09.07). Immer wieder kam die Aufforderung zu kämpfen, auch bei jedem Abschied, bei den kleinen und dem großen. Es gibt eine Handbewegung von den Tabibs, die so etwas wie ‚be strong‘ ausdrückt. Man bekommt sie immer zum Abschied, als Begleitung, mit auf die Reise.

Im nächsten Kapitel wird der Prozess des Aktionsforschungsprojektes, der auf Basis dieser Schlüsselmomente stattfand, beschrieben.

7. Aktionsforschungsprozess

In diesem Prozessteil werden Themen behandelt, die im Laufe des Prozesses aufgetaucht sind. Die einzelnen Unterkapitel bauen aufeinander auf und der Prozess führt von Teilfrage zu Teilfrage, wobei mit der Beantwortung der letzten Teilfrage die Ergebnisse aus dem gesamten Kapitel zusammengefasst werden. Ich habe mich bemüht, die beschriebenen Erlebnisse und Erkenntnisse chronologisch anzuführen, doch hin und wieder war es sinnvoll, mehrere Beiträge zu einem Thema zusammenzufassen und manche somit vorgezogen oder verspätet zu reihen. Der Prozess führt – gemeinsam mit der anschließenden Analyse und dem Kapitel 9 zur Beantwortung der Forschungsfrage.

7.1. Erste Reflexion: Erstellung des biografischen Teils

Im Herbst 2008 begann ich, die gesammelten Daten für die Diplomarbeit zu bearbeiten. Dabei stieg ich schrittweise aus meiner Rolle der Erlebenden heraus. Als ersten Schritt, noch ganz in der Rolle der Erlebenden, notierte ich aus meiner Erinnerung heraus Schlüsselmomente. Danach las ich die Tagebuchnotizen und verfasste den biografischen Teil dieser Arbeit (Kapitel 6). Dies war schon ein erstes Reflektieren des zu beforschenden Zeitabschnitts. Denn durch das Lesen der Tagebuchnotizen bekam ich z. B. einen Einblick, in welcher Weise sich meine Wahrnehmung und Kommunikationsfähigkeit in der Therapiezeit verändert hatte. So lautet ein Abschnitt in der Beschreibung der Chemotherapiezeit: *„Ich wurde sukzessiv kraftloser, fühlte mich immer schutzloser und verletzbarer. Gegen Ende wurde auch die Kommunikation immer schlechter, ich agierte aggressiver, auch gegenüber meinen Ärzten/innen und Helfern/innen, mein Vertrauen wurde immer geringer“* (S. 56). Dies war mir während des Erlebens nicht bewusst gewesen und erklärt mir jetzt meine Gesprächskultur in dieser Zeitspanne sowie das von mir unfreundlich wahrgenommene Verhalten meiner Gesprächspartner/innen.

7.1.1. Rückspeisung ins Praxisfeld

Mit dieser Einsicht im Gepäck, zusammen mit einer Empfehlung aus einer früheren Besprechung mit meinem wissenschaftlichen Betreuer bezüglich Kommunikation³⁵ ging ich im Dezember 2008 zur biomedizinischen Nachkontrolle ins Krankenhaus. Die

³⁵ Die Botschaft aus dem Gespräch lautet: Auch wenn ich Expertin (z. B. für meine Krankheit) bin, so kann ich das Expertentum des anderen anerkennen, ihn als Mensch mit Bedürfnissen, Interessen, Hoffnungen und Ängsten wahrnehmen und bereit sein, darauf einzugehen. So kann ich eine offene, ebene Gesprächsbasis schaffen (vgl. Reflexionsgespräch, 22.06.08).

Untersuchungssituation notierte ich in einem Erinnerungsprotokoll: *„Ich hatte vor, die schlechter gewordene Kommunikation mit meiner Ärztin im Verlauf der Therapie 2007 zu klären und nutzte die Wartezeit in der Ambulanz, um mir zu überlegen, wie ich das machen könnte. Es fiel mir aber nichts Passendes ein, also entschloss ich mich schließlich zur folgenden Vorgehensweise: Ich war ja freiwillig hier, also musste ich auch annehmen, was mir hier gegeben werden konnte, oder anderenfalls nicht mehr herkommen. Als nächstes, da ich nun einmal hier war, wollte ich versuchen, meine Ärztin in ihrer Kompetenz als Ärztin zu sehen und diese anzuerkennen – ihre Erfahrung, ihr Wissen und vor allem ihren Einsatz und ihre Situation, in der sie sich als biomedizinische Ärztin in einer Klinik befindet. Es fiel mir ein Gespräch ein, in dem sie damals, als ich mich gegen die Strahlentherapie wehrte, verzweifelt sagte: ‚Ich will nicht, dass mir die Frauen wegsterben!‘, wobei ich ihre Verzweiflung ihrer Machtlosigkeit gegenüber dem Tod zuschrieb (Tagebucheintragung, 09.10.07). Ich stellte mich darauf ein, dass sie mich erkennen würde. Dann wartete ich.*

Als ich später in den Behandlungsraum eintrat, erkannte mich die Ärztin, sie begrüßte mich herzlich und ging im Gespräch auf mich ein. Es war eine entspannte Gesprächssituation, so wie zu Beginn unserer Bekanntschaft, fast zwei Jahre davor“ (Erinnerungsprotokoll, 09.12.08).

7.2. Weitere Einsichten

Während ich fünf Schlüsselmomente anhand der Notizen aus der Behandlungszeit in die damalige Situation eingebettet niederschrieb, gelangte ich zu einer weiteren Einsicht: Beim Schreiben hatte ich ständig das Gefühl, erklären und rechtfertigen zu müssen, warum ich diese und jene Therapie gemacht oder nicht gemacht hatte. Nun erkannte ich, dass es darum ging, das, was war, zu betrachten und zu analysieren – ich musste auch mir selbst gegenüber nicht werten.

Als interessanter Aspekt kristallisierte sich heraus, dass zwei Schlüsselmomente von beiden Therapiesystemen unterstützt wurden, dabei aber mit der Art der Therapie nichts zu tun hatten (siehe Vor-Analyse: Kapitel 8.1.1., Abb. 2, Punkt 6).

7.3. Mein persönlicher Glaubenssatz, Teil 1

Der nächste Schritt in Form einer Erkenntnis erfolgte beim Reflexionsgespräch mit meinem wissenschaftlichen Betreuer nach Abschluss der Verschriftlichung der Schlüsselmomente. Durch gezielte Fragen von seiner Seite erkannte ich: „*Mein Erleben begründet sich auf meinen persönlichen Glaubenssätzen!*“ (Reflexionsgespräch, 18.03.09). Die Besprechung leitete bei mir eine nächste Denkebene ein. Nicht das bisher Geschriebene – die biografische Erlebniswelt – wurde dabei besprochen, sondern eine andere Sichtweise auf diese Erlebnisse. Ich ging mit Hilfe meines Betreuers ‚einen Schritt heraus‘ und betrachtete die Erlebnisse von einer reflektierenden Ebene aus.

Die Felddaten jeder Forschung mit Hilfe von qualitativen Methoden beruhen auf den Glaubenssätzen der Erforschten, sie spiegeln ihr persönliches Weltbild, ihren Habitus, ihr gesellschaftliches Umfeld und die Sozialstruktur ihrer Lebenswelt. Da die Aktionsforschung eine qualitative Methode darstellt (mit der Besonderheit, dass der/die Forscher/in gleichzeitig eine/r der Beforschten ist), trifft dies auch hier zu: Im biografischen Teil begründeten MEINE persönlichen Glaubenssätze mein Erleben, sie zogen im Hintergrund die Fäden und bestimmten meine Entscheidungen.

Im Speziellen geht es hier um einen Glaubenssatz: Es wurde mir bewusst, dass ich in Bezug auf meine Therapien Natur als positiv, Chemie hingegen als negativ wahrnehme. Nach Aufdeckung dieser Voreingenommenheit erkannte ich, dass ich meine Krankheit innerhalb von zwei in sich geschlossenen, also kompletten Therapiesystemen behandeln hatte lassen, die dasselbe Ziel hatten: den Krebs zu besiegen bzw. sein Wiederauftreten zu vermeiden, jedes innerhalb seiner Sichtweise auf Krankheit und Gesundheit. Das eine Therapiesystem (Biomedizin) arbeitete aus der Sicht der Pathogenese heraus, das andere (innerhalb der Orientalischen Medizin) arbeitete aus einer ressourcenorientierten Sichtweise heraus. Die Biomedizin bekämpft den Krebs, indem sie z. B. versucht, die Krebszellen mit verschiedenen Mitteln abzutöten. Im Therapiesystem aus Usbekistan wird die körperinterne Abwehrkraft, das Immunsystem, gestärkt, damit es selbst mit den Krebszellen (wieder) fertig wird.

Bei beiden Fällen waren im Moment des Therapiebeginns (bzw. bei der Biomedizin nach der Operation) keine messbaren Krebszellen mehr im Körper. Sie arbeiteten also beide vorbeugend, um einem Wiederauftreten der Krankheit entgegenzuwirken.

Meine biomedizinische Ärztin hatte mir nach der Operation bereits verkündet, sie hätte das kranke Gewebe vollständig entfernt (vgl. Kapitel 6.2.2.), es war also eigentlich dieselbe Situation wie ein halbes Jahr später in Usbekistan, als der Tabib zu mir sagte, dass kein Krebs mehr in meinem Körper sei (vgl. Kapitel 6.3.3.). Hier stellt sich die erste Zwischenfrage,

Teilfrage 1

Warum war die Aussage des Tabibs für mich ein Schlüsselmoment, nicht jedoch die sinngemäß gleiche Aussage der biomedizinischen Ärztin nach der Operation?

7.4. Wem kann ich mich anvertrauen?

Die oben angeführten Überlegungen erklären die Ausrichtung der Arbeit: Nicht die Wirkungsweise verschiedener Therapiesysteme innerhalb ihrer unterschiedlichen Weltbilder, sondern das Erleben verschiedener Therapiesysteme aus der Sicht einer bestimmten Lebenswelt heraus wird beschrieben. Für diese Arbeit ist nicht relevant und es wird deshalb nicht untersucht, wie die Therapiesysteme arbeiten, da beide (auf verschiedenen Wegen) zum gleichen Ziel führen möchten – zur Gesundheit. Denn jedes ist ein vollständiges Therapiesystem, welches mit innerhalb seines kulturellen Denkens entwickelten Messwerkzeugen getestet und 1000fach erprobt wurde. Jedes hat seine Stärken und seine Schwächen.

Auch wenn also jeder Patient eine bestimmte Vorliebe hat (in meinem Fall anscheinend ‚Naturmedizin‘), so bringen alle (Therapie-)Wege mit den ihnen eigenen lang erprobten und ausgetüftelten ‚Werkzeugen‘, Techniken und Hilfsmitteln zum gleichen Ziel.

Wie aber geht es den Patienten/innen auf diesem Therapieweg? Wieweit spielt die eigene Vorliebe dabei eine Rolle? Wenn alle Therapiesysteme das gleiche Ziel erreichbar machen, warum gibt es dann nicht nur ein Therapiesystem bzw. warum ist nicht jedes für jede/n Patienten/in passend? Ist es doch nicht allein das allen gemeinsame Ziel – bestmögliche Gesundheit – das ausschlaggebend ist? Welche Therapie ist für mich die richtige?

Nun habe ich als Patientin aus verschiedenen Gründen mehrere Therapiesysteme verwendet und bin dabei auf Probleme gestoßen. Warum ich mehr als eines verwendet

habe, wurde im Kapitel 2 bereits erörtert. In meinem Fall entstand durch das Hinzuziehen mehrerer Therapiesysteme eine innere Zerrissenheit, denn die Frage: *Wem kann ich mich anvertrauen?* blieb für mich unbeantwortet. Neue Fragen tauchten auf: Kann ich mich einer Therapie anvertrauen, weil ich an ihre Arbeitsweise und Wirkungsweise glaube, oder sind es die Beziehungen mit den Vertretern der Therapien, die ausschlaggebend sind? Oder ist es etwas ganz anderes?

Teilfrage 2

Was brauche ich als Patient/in, um der Person bzw. den Personen, denen ich mich anvertraue, Heilungskompetenz zuschreiben zu können?

7.5. Unabhängige Schlüsselmomente

Nach dem Reflexionsgespräch vom 18.03.09 erstellte ich eine Vor-Analyse der Schlüsselmomente (siehe Kapitel 8.1.), um Zusammenhänge zu erkennen. Es stellte sich heraus, dass nur bei einem Schlüsselmoment (SM 3) eines der Therapiesysteme direkten Einfluss hatte. Dieses Ergebnis bestätigte mir nochmals: Wie die verwendeten Therapiesysteme wirken, ist zwar für mich persönlich, nicht aber für das Thema dieser Arbeit wichtig.

7.6. Was sind die Aufgaben eines Therapiesystems?

Zu diesem Zeitpunkt hatte ich das Gefühl, mich sehr weit von meiner eigentlichen Forschungsfrage: *Welche Medizin ist für mich die richtige bzw. wem kann ich mich als Patient/in anvertrauen?* entfernt zu haben.

Aber vielleicht war ich gar nicht so weit entfernt? Die Aufgabe der Medizin ist es, den Menschen gesund zu machen. Was hat das mit dem Vertrauen ins Leben zu tun? Ist es nicht viel zu viel verlangt von einem Therapiesystem bzw. deren Vertretern, das Vertrauen zurückgeben zu können? Zurück zur Definition des Kohärenzgefühls: „*Das Kohärenzgefühl (SOC) ist eine Grundhaltung, eine Weltanschauung: ein umfassendes und dauerhaftes Gefühl des Vertrauens darauf, dass die Ereignisse im Leben vorhersehbar und erklärbar sind, also strukturiert ablaufen. Das Kohärenzgefühl ist das Vertrauen darauf, dass genügend Ressourcen vorhanden sind, um die verschiedenen Lebensanforderungen zu bewältigen und die Zuversicht, dass diese Anforderungen unsere Bemühungen und unser Engagement lohnen*“ (Steinbach 2007: 120).

Die Erfahrung der Krebserkrankung hat mein SOC, unabhängig vom Zustand, den es davor hatte, wegen der Unsicherheit auf allen Ebenen wahrscheinlich enorm geschwächt.

Ist es überhaupt möglich, von außen wieder Sicherheit herzustellen? Oder kann sie nur aus einem selbst heraus wiederkommen?

Aus all diesen Überlegungen heraus schrieb ich in mein Tagebuch: „*ICH bin es, die vertraut. Auch wenn es mir tausend Mal von Medizinerinnen und Heilern/innen angeboten wird, so bin ich es, die sich anvertraut. ICH bestimme, wem ich vertraue*“ (Tagebucheintragung, 27.05.10). Eine neue Zwischenfrage entstand,

Teilfrage 3

Was sind die Rahmenbedingungen, um vertrauen zu können?

Die kurz vorher gestellte Frage, ob es überhaupt möglich ist, von ‚außen‘ wieder Sicherheit herzustellen, führt in eine zweite Denkrichtung, die im Analysekapitel 8 genau ausgeführt ist: Um aus mir selbst heraus wieder Sicherheit herstellen zu können, wendete ich die subjektiven Schlüsselmomente.

7.7. Mein persönlicher Glaubenssatz, Teil 2

Im Kapitel 7.3. schrieb ich über das Bewusstwerden meiner Vorliebe zu natürlichen Substanzen gegenüber chemisch erzeugter Medikamente: Nach Aufdeckung dieser Voreingenommenheit erkannte ich, dass ich meine Krankheit innerhalb von zwei in sich geschlossenen, also kompletten Therapiesystemen behandeln hatte lassen, die dasselbe Ziel hatten – den Krebs zu besiegen, jedes innerhalb seiner Sichtweise auf Krankheit und Gesundheit. Drei Monate später hatte ich dazu eine weitere Erkenntnis: „*Nun fällt mir auf: Meine Vorliebe ‚Natur vor Chemie‘ (in Bezug auf Medikamente) betrifft die körperliche Ebene. Das Erkennen meiner Vorliebe hatte nichts mit meiner Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit zu tun, sondern machte mir vielmehr klar, dass die beiden verwendeten Therapiesysteme EIN gemeinsames Ziel hatten – meine Gesundheit. Auf körperlicher Ebene war ich aus biomedizinischer Sicht nach der Operation geheilt. Auch in Usbekistan hörte ich ein halbes Jahr später ‚There is no cancer in your body!‘ Im Grunde geht es mir darum herauszufinden, wie ich nach diesem einschneidenden Erlebnis der Diagnose Krebs weiterleben kann. Es geht um MEINE Sichtweise zum*

Leben. Und da gehört eben nicht nur die körperliche Ebene dazu.“ (Tagebucheintragung, 29.06.09).

7.8. Meine eigene Denkweise prägt alles, was ich mache

Die Erkenntnis aus dem Kapitel 7.3. (ich unterliege einer bestimmten Vorliebe, nämlich der, Natur als positiv und Chemie als negativ wahrzunehmen) machte für mich sichtbar, dass meine eigene Denkweise alles prägt, was ich mache. Ein Beispiel aus dem Prozessverlauf: *„Beim Durchlesen des bereits begonnenen Kapitels zum Medizinpluralismus (dem jetzigen Kapitel 9.2.2.1.) bemerkte ich, wie sehr das vor längerer Zeit Geschriebene von meiner eigenen Vorliebe bzw. Weltsicht geprägt ist!“* (Tagebucheintragung, 03.09.09). Dieses Unterkapitel zum Medizinpluralismus war keineswegs ‚neutral‘ geschrieben!³⁶ Durch das Bewusstwerden, dass ich eine Vorliebe habe, konnte ich überhaupt erst erkennen, dass der Absatz subjektiv und nicht neutral über verschiedene Medizinsysteme spricht.

Ich habe also eine bestimmte Sichtweise, die alles was mich betrifft prägt. Aufbauend auf die bereits notierten Teilfragen entstand

Teilfrage 4

Beeinflusst meine Sichtweise, wem ich (mich an-)vertraue?

7.9. Eigene und fremde Weltsicht

Der Prozess führte mich nun von der bewusst gewordenen eigenen Sichtweise zur ‚anderen‘ Sichtweise. Ich fragte mich: Hatte ich zum Zeitpunkt der Therapien (2007) wirklich Einsicht in die Sichtweise des Therapiesystems aus der Orientalischen Medizin? Oder hatte ich nur die biologischen Prozesse in beiden Therapiesystemen aus der mir eigenen, einer westlichen Sichtweise heraus, gesehen? Inwiefern ist es mir überhaupt möglich, etwas aus einer anderen Sichtweise heraus zu betrachten? Meine eigene Sichtweise und mein Vorverständnis zur Welt spielen immer mit hinein. Ich möchte hier daher festhalten, dass es wahrscheinlich unmöglich ist, etwas aus einer anderen Sicht heraus zu betrachten. Es kann immer nur die ‚erweiterte‘ eigene Sicht sein. Auch wenn ich fremde Welten und fremde Therapiesysteme beschreibe, so geschieht dies aus meiner eigenen, ‚erweiterten‘ Sichtweise heraus. Dies wurde mir

³⁶ Ich habe den bereits geschriebenen Text nicht mehr verändert, damit es nachvollziehbar bleibt.

durch ein Erlebnis sehr deutlich gezeigt, welches mir einen kurzen Einblick in eine andere Welt gewährte:

„Ich besuche derzeit einen Kurs zum Thema ‚Orientalische Medizin‘. Am Dienstag war der dritte Teil. An diesem Tag veränderte sich etwas in meinem Denken. Eine Tür ging auf und ließ mich in ein (Wissens-)Gebiet schauen, in dem ich noch niemals war. Ich meine, ich war zwar in Usbekistan und erlebte das Therapiesystem des Tabibs – ein orientalisches Therapiesystem – am eigenen Körper. Ich konnte aber nicht begreifen, was das ganze bedeutet. Es geschah einfach, und ich erlebte es mit meinem Denken und Wissen – dem einer westlichen Person. Für mich war es eine Medizin, die zu einer anderen Kultur, einem anderen Denken, einem anderen Platz gehört. Ich war dort und erlebte sie. Aber begreifen konnte ich sie nicht.

Nun hatte ich diesen ‚Einblick‘ in eine andere Sichtweise. Es war, als wenn ein Vorhang aufgezogen worden wäre und ich konnte in das, was dahinter lag, sehen, etwas, von dem mir davor nicht bewusst war, dass es das überhaupt gab. Und obwohl ich vom ‚Sehen‘ schreibe, meine ich Worte, ein Begreifen, vielleicht die Stimme, die gesprochen hat, um von der Medizin zu erzählen, vielleicht die Schwingungen, das Hören. Was habe ich gesehen? Ich weiß es nicht mehr. Vor allem habe ich gesehen, dass meine Wirklichkeit sehr begrenzt ist, dass es viel mehr Wirklichkeiten gibt, dass diese neue Wirklichkeit plötzlich viele offene Fragen erklärt, zu dem was ich in Usbekistan erlebt habe und zur Sichtweise der Orientalischen Medizin auf Krankheit, Gesundheit und den Menschen. Es IST eine vollkommen andere Sichtweise.

Die Leiterin des Kurses sagte bei einer nachfolgenden Besprechung zu mir, dass das Wissen nicht auf den Ort beschränkt sei. Es würde, so wie der Wind, wandern und überall sein. Nur würde es hier einen anderen ‚Geruch‘ haben, also, der Wind würde mit den Düften, die hier wären, angereichert sein. Aber es sei hier genauso zu Hause und gültig wie es dort gültig sein kann. So wie der Wind hier genauso hergehört wie er dort hingehört. Auch wenn er vorher dort war und hierher geweht wurde.

Es wäre somit sowohl das eine (Biomedizin) als auch das andere (Orientalische Medizin) gültig, wenn beides da ist. Vielleicht ist es auch ein bisschen mit mir hierhergekommen. Zumindest für mich. Für mich sind beide Therapiesysteme Teil von mir.

Kann ich heil werden, indem ich die Sichtweise auf das Leben verändere? Wenn ich die Krankheit nicht mehr als Krankheit betrachte, ... sondern ...

Aus der Sicht der Biomedizin ist Krebs eine lebensbedrohende Krankheit, die leicht chronisch werden kann, man weiß die Ursache nicht, es gibt noch kein Mittel zur garantierten Heilung, viele Menschen sterben daran. So wurde es mir vermittelt.

Aus einem anderen Blickwinkel ist sie eine Aufgabe, eine Herausforderung, eine Aufforderung vielleicht ... zum Innehalten und neu Ausrichten.

Was habe ich gesehen? Ich weiß es nicht mehr. Es war, als ob ich für einen kurzen Moment mit dem Weltbild eines anderen Menschen gelebt hätte, als ob ich für einen kurzen Moment aus einem anderen Menschen heraus auf die Welt geblickt hätte“ (Tagebucheintragung, 26.06.09).

Dieses Erlebnis war sehr beeindruckend für mich und machte mir klar, wie anders eine andere Sichtweise ist und wie sehr ich in meiner eigenen Sichtweise ‚gefangen‘ bin. Ich hatte ‚erlebt‘, wie sich eine andere Sichtweise anfühlt und dieses Erlebnis weckte eine große Neugier in mir. Ich fragte mich

Teilfrage 5

Wie kann ich meine Sichtweise erweitern, ohne meine Basis-Sichtweise zu verlieren?

Mit diesem Thema beschäftigen sich die nächsten drei Unterkapitel.

7.10. Ergänzte Sichtweise, Teil 1: Salutogenese und Pathogenese

Um einen ersten Überblick zum Thema Salutogenese zu bekommen, begann ich mit dem Buch *Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für Pflege und Gesundheitsberufe*, in dem die Salutogenese-Theorie nicht Hauptthema, aber ein wichtiges Thema ist und relativ einfach, gut verständlich, alle wichtigen Bereiche enthaltend und trotzdem kurzgefasst erklärt wird. Bei der Beschreibung der Salutogenese in diesem Buch stieß ich allerdings auf einen scheinbaren Widerspruch zum pathogenetisch orientierten Denken: Der Artikel war meiner Meinung nach von dem Bemühen geprägt, sich im Gesundheitsbereich von der pathogenetischen Denkweise der Biomedizin abzuwenden und eine ressourcenorientierte Wahrnehmung als richtiger zu propagieren.

Mich stürzte die Darstellung in diesem Buch, es wäre Antonovskys Ziel gewesen, einen Paradigmenwechsel einzuleiten und die Denkweise in der Biomedizin zu verändern, in

einen inneren Konflikt. Denn in Antonovskys Hauptwerk *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*, das ich gleich danach durcharbeitete, konnte ich keine Bemühungen in diese Richtung erkennen. Er bietet die Denkweise der Salutogenese als zusätzliche, neue Möglichkeit an.

Ich zitiere dazu zuerst einen Absatz aus dem Pflegelehrbuch: *„Das Ziel des Soziologen Aaron Antonovsky, der als sehr geradliniger und ehrlicher Mensch beschrieben wird, war es, die vorherrschende Sicht der Pathogenese durch eine positivere Denkweise zu ersetzen. Er entwickelte daher den Ansatz der Salutogenese, in deren Zentrum die Frage steht: ‚Was hält Menschen gesund?‘ Diese Frage sollte den pathogenetischen Ansatz ablösen, dessen Fragestellung lautete: ‚Was macht den Menschen krank?‘“* (Steinbach 2007: 118). Das Gegenbeispiel aus Antonovskys Buch lautet: *„Ich denke tatsächlich, dass die pathogenetische Orientierung, die vielen Fortschritten in Wissen und Praxis zugrunde liegt, nur einen geringen Teil der uns vorliegenden Daten erklären kann. Darüber hinaus hat ihre nahezu totale Dominanz über unser Denken viele einschränkende Konsequenzen. Nachdem ich somit einen eindeutigen Standpunkt bezogen habe, möchte ich klarstellen, dass ich auf keinen Fall die völlige Aufgabe der pathogenetischen Orientierung propagiere: Es ist beispielsweise wichtig, die Arbeit an der Theorie, Prävention und Therapie von Krebs fortzusetzen, pathogene Konsequenzen von Stressoren zu berücksichtigen und nach Wunderwaffen Ausschau zu halten. Ich plädiere vielmehr dafür, die beiden Orientierungen als komplementär zu betrachten und dafür, dass die intellektuellen und materiellen Ressourcen ausgeglichener verteilt werden, als dies gegenwärtig der Fall ist“* (Antonovsky 1997: 30).

Meinem inneren Konflikt gab ich im Forschungstagebuch Ausdruck. So schrieb ich: *„Warum sollte die Biomedizin plötzlich ihre Sichtweise (die der Pathogenese) ändern? Von einem anderen Medizinsystem verlangt man das auch nicht, von keinem. Das wird schon seinen Sinn haben, dass die Biomedizin diese Sichtweise als Basis hat“,* und *„Warum sollte ein in sich geschlossenes Therapiesystem eine andere Denkweise annehmen? Wozu? Das würde das Therapiesystem, seine Basis, total verändern!“* Ich dachte über die beiden Therapiesysteme, die ich verwendet hatte, nach und notierte dazu: *„Jedes meiner beiden Therapiesysteme ist in sich geschlossen, auf einem bestimmten Weltbild, Menschenbild bzw. Denkansatz basierend, mit den jeweils*

üblichen Methoden überprüft und viele Male erprobt worden. Die Biomedizin basiert auf dem Denkansatz der Pathogenese. Aus der Sicht der Pathogenese (was macht den Menschen krank und wie kann ich das Krankmachende entfernen) hat sich dieses weltweit erfolgreiche Therapiesystem entwickelt. Wie sollte dieses Therapiesystem noch funktionieren, wenn ihm seine Grundlage abgesprochen wird? [...] Natürlich hat ein Konzept eine einseitige Sichtweise, ohne Reduktion auf eine Sichtweise wäre es vielleicht nicht möglich gewesen dass es entstanden wäre (Tagebucheintragen, 9., 10. und 16.05.09).

Die Biomedizin entspricht der Denkweise einer ganzen Gruppe. Sie baut darauf auf, den Menschen körperbezogen wahrzunehmen. Hat diese Sichtweise nicht genausoviel Berechtigung und Wahrheitsanspruch wie z. B. eine als ganzheitlich bezeichnete Sichtweise auf den Menschen? Beide Auffassungen stehen nebeneinander.

Das im europäischen Raum vorherrschende Medizinsystem – die Biomedizin – gewinnt ihr Wissen aus angewandten Erkenntnissen, die nachgewiesenerweise naturwissenschaftlich sein müssen (vgl. Gaugusch-Unger 2005: 8). Dass sich hier in der westlichen Welt dieses Medizinsystem durchgesetzt und erfolgreich weiterentwickelt hat, hängt vielleicht mit der Sicht- und Lebensweise der Bevölkerung zusammen, was die Ethnologin Katharina Greifeld in ihrer Definition der Medizinethnologie ausdrückt: *„Die Medizinethnologie hat die medizinischen Systeme zum Gegenstand, die Teil des kulturellen und sozialen Systems sind: Als Teil der Kultur verändert sich das medizinische System entsprechend der Bedürfnisse“* (Greifeld 2003: 13).

Viele Patienten/innen glauben an die Biomedizin und ihre Wirkung zu 100 % und vertrauen auf sie. Dies habe ich in meiner Therapiezeit oft beobachtet. Wenn diesem Therapiesystem nun seine Basis, seine Sichtweise abgesprochen wird, so zerstört das meiner Meinung nach viel von dem Guten, das die Biomedizin bewirkt, und es wird sozusagen das Kind mit dem Bade ausgeschüttet. Es beleidigt jene, die sie nutzen, ganz zu schweigen von den Menschen, die in diesem Bereich arbeiten!

Weiters fand ich in der Vor-Analyse der Schlüsselmomente (siehe Kapitel 8.1.) heraus, dass sie (mit Ausnahme von SM 3) nicht in ein Therapiesystem integriert waren bzw. nicht innerhalb von einem stattgefunden haben. Das bedeutet für mich, dass für das Nutzen der Schlüsselmomente KEINE bestimmte Sichtweise einer Therapie notwendig

ist. Mit anderen Worten, egal welches Therapiesystem ich nutze, egal aus welcher Denkrichtung es kommt, zusätzlich dazu gibt es Schlüsselmomente (ressourcenorientiert), die unabhängig vom Therapiesystem nutzbar sind. Warum sollte also eine Veränderung der Denkweise eines Therapiesystems verlangt werden, wenn es auch möglich war, ergänzend etwas hinzuzufügen, ohne die Basis absprechen zu müssen?

Antonovsky schlägt vor, die beiden Ansätze (Pathogenese und Salutogenese) nebeneinander stehenzulassen und je nach Bedarf zu verwenden. Hierbei wird die andere Denkweise weder als unrichtig dargestellt noch in die eigene assimiliert. Antonovsky stellt ganz klar seine Denkweise, sein neues Konzept vor, ohne jedoch die andere Denkweise, die der Pathogenese, als falsch oder unbrauchbar zu bezeichnen.

Dies bestätigt sich bei Antonovskys Aussagen durch die Verwendung des Wortes ‚komplementär‘ in Bezug auf verschiedene Denkansätze. Komplementär bedeutet lt. Duden: „*sich gegenseitig ergänzend*“ (Duden 5 1997: 431).

7.11. Sichtweise als Schlüssel

Nachdem ich erkannt hatte, wie wichtig ich die Basis-Denkweise einschätze, wandelte sich der Prozess der Arbeit in Richtung adaptierte Denkweise. In Antonovskys Texten zur Salutogenese stand, dass er nicht an den Krankheiten und Therapien selbst interessiert sei, sondern daran, welche Ressourcen (GRRs) dazu beitragen würden, die Situation zu bewältigen und sich so auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit zu bewegen (vgl. Antonovsky 1997: 16). Ich stellte folgende Überlegungen an: Die Diagnose stürzte mich in einen Abgrund, in dem ich mich dem Tod sehr nahe fühlte. Dies ist auch anhand der Formulierung der Frage „*Muss ich sterben?*“ (Erinnerungsprotokoll, 22.03.07; siehe Kapitel 6.3.3.) zu erkennen. Diese Frage kann von einem/einer Arzt/Ärztin eigentlich gar nicht anders beantwortet werden als: „*Ja, aber nicht gleich*“ (ebd.). Alles andere wäre unrichtig. Es war also die FRAGE, die keine positive ehrliche Antwort zuließ! Der biomedizinische Arzt hatte vollkommen richtig geantwortet. Daraus folge ich nun: Meine Sichtweise zu meinem Leben könnte das Problem bzw. vielleicht der Schlüssel sein, der zur Heilung führen kann³⁷.

³⁷ Hier ist nicht die aus westlicher Sicht körperlich sichtbare Heilung gemeint, die war bereits mit der Operation vollzogen.

Die Tabula-Rasa-Situation hatte alles gelöscht und ich musste mich neu definieren und ausrichten, da das Alte ja wie weggeblasen war. Der Frage ‚Wer bin ich?‘ folgte gegen Ende meines Aufenthalts in Usbekistan das Statement ‚Ich bin.‘ (siehe Kapitel 6.2.3.). Der Prozess, den ich hier beschreibe, stellt deutlich dieses Neuausrichten dar: Meine eigene Sichtweise ist eines der wichtigsten Themen dabei. Ich habe die Chance bekommen, meine Sichtweise zu verändern, wenn ich das will.

Das Wechseln in eine adaptierte Denkperspektive ist ein Prozess und passiert nicht von einem Tag auf den anderen, schreiben auch Krane & Klus in ihrem Projektbericht *„Gesundheit aktivieren“ – ein neuer DRK-Kurs für chronisch kranke Menschen* über ihre eigene Erfahrung im Prozess ihres Projekts, in dem das salutogenetische Konzept eine wichtige Rolle spielt. Nach der ersten Phase der Konzeptentwicklung erzählen sie von der Erfahrung, dass *„ein längerer Entwicklungsprozess erforderlich ist, um den Perspektivenwechsel in Richtung Salutogenese tatsächlich praktisch umzusetzen. Eine ständige Selbstreflexion ist notwendig, da die pathogenetische Sichtweise und das Risikofaktorenmodell unser Denken immer wieder dominieren“* (Krane & Klus 2001: 163). In diesem Beispiel kommt deutlich zum Ausdruck, wie festgefahren eine Denktradition sein kann. Dass die Autoren von einem PerspektivenWECHSEL sprechen, widerspricht allerdings dem im Prozess herausgefundenen notwendigen Integrieren der alten Basis und dem Hinzufügen der salutogenen Denkweise.

Unabhängig von den Sichtweisen-Überlegungen hat im Gegensatz zur Antwort des Arztes die Antwort des Tabibs auf die gleiche Frage *„Muss ich sterben?“* (Tagebucheintragung, 12.09.07; siehe Kapitel 6.3.3.) ein halbes Jahr nach der Diagnose meine Denkweise in eine lebensbejahende Richtung geleitet. Dieses Paradoxon wird in Kapitel 8.2.2.3. bei der genaueren Analyse des SM 3 untersucht.

7.12. Ergänzte Sichtweise, Teil 2: Erinnerung an früher Dagewesenes

Da das Thema meiner Arbeit die Nutzung von zwei Therapiesystemen aus verschiedenen Welten ist, hat mich das Thema Sichtweise weiterhin sehr beschäftigt. Wie wirkten sich die bis jetzt erarbeiteten Erkenntnisse auf mein Dilemma – bezüglich der Zugehörigkeit zum Therapiesystem ‚zwischen zwei Stühlen zu sitzen‘ – aus? Ich resümierte für mich: *„Salutogenese und Pathogenese sind Sichtweisen. Wenn ich ein Therapiesystem, das auf einer anderen Sichtweise als der meinen basiert, anwende, so*

kann diese Sichtweise parallel zu meiner eigenen bestehen bzw. hinzugefügt werden, als komplementäre (ergänzende!) Sichtweise, weil es hier eben gerade sinnvoll ist, etwas zu ergänzen. Ich muss meine Sichtweise deswegen nicht wegwerfen! Es kann beides nebeneinander bestehen und genutzt werden. Ich bleibe trotzdem ganz. Oder werde ich dadurch erst ganz?“ (Tagebucheintragung, 19.04.10).

Hatte ich Sehnsucht nach etwas, was mir gefehlt hat, nach einem fehlenden Teilstück? In der nächsten Tagebucheintragung wird dies noch deutlicher: „Mit der Diplomarbeit komme ich nur sehr langsam voran, und das frustriert mich. Doch irgendwie habe ich auch das Gefühl, dass es einfach seine Zeit braucht, weil es eben eine Prozess-Arbeit ist und ein Prozess braucht so lange, wie er braucht. Etwas wächst. Es bringt nichts, an einem neuen Zweig einer Pflanze zu ziehen, damit er schneller wächst, es bringt nichts, eine Blüte zu öffnen, wenn sie noch nicht soweit ist. Der Prozess braucht eine bestimmte Zeit. Vielleicht ist es meine Aufgabe, die Geduld aufzubringen, die dieser Prozess braucht, der Prozess meiner Arbeit. Vielleicht ist es gar nicht das Problem, dass ich mich ständig in Kleinigkeiten verlaufe oder zu wenig arbeite, sondern es ist ein Zusammenfügen von kleinen Teilen die aufeinander aufbauen, und die Teile fallen mir in die Hände und sie schauen manchmal so aus, als ob sie gar nicht dazugehören würden und dann drehe und wende ich sie und plötzlich füllen sie eine Lücke aus und das Bild nähert sich seiner Ganzheit.

Mit dem oben genannten Prozess meine ich konkret die Entwicklung meiner eigenen Pathogenese vs. Salutogenese-Diskussion, die eine neue Richtung eingeschlagen hat. Nachdem ich mich dafür eingesetzt habe, die Basis der Biomedizin nicht als total schlecht zu bezeichnen, fand ich beim Weiterlesen der Salutogenese-Folgeliteratur ‚neue‘ Informationen. Eine Hinwendung der Biomedizin zur Salutogenese-Denkweise würde nicht bedeuten, etwas Neues, etwas Fremdes anzunehmen, sondern es würde ein Anschließen an die vorwissenschaftliche Medizin des Westens bedeuten, die auf diese Weise gedacht hat (vgl. Noack 1997: 90ff; siehe Kapitel 5.2.5.). Der Punkt ist der, das jetzige etablierte, gesellschaftlich anerkannte, hochtechnische Medizinsystem nicht wegzuerwerfen und schlechzumachen, sondern den Aspekt, der vorher schon da war, als gleichwertigen Partner wieder dazuzunehmen. Pathogenese und Salutogenese können nebeneinander bestehen, keiner muss den anderen schlecht machen. So schreibt auch Noack am Ende seines Artikels: „Nach einem Jahrhundert überaus erfolgreicher

Krankheitsforschung und Krankenbehandlung befindet sich die moderne Medizin in einer Krise. Es wäre an der Zeit, das Rätsel der Gesundheit zu entschlüsseln, medizinische Körpertherapie und partizipative Gesundheitsförderung zu vereinen, Panakeia und Hygieia miteinander zu versöhnen‘ (Noack 1997: 103f).

Auch wenn ich mich vor Kurzem noch fragte, warum denn die Sichtweise der Biomedizin falsch sein soll, und eine andere richtig wäre, wer denn bestimmen würde was richtig sei, so kann ich mir jetzt, nach weiterer Beschäftigung mit dem Thema, den Mangel, das Fehlende, die Sehnsucht nach einer ‚ganzheitlichen‘ Medizin, eingestehen – mit dem Vorbehalt, dass das Alte genauso geachtet wird. Was sollte denn das für eine ganzheitliche Medizin sein, die wieder einen Teil, nämlich die pathogenetische Sichtweise, ausschließt?“ (Tagebucheintragung, 24.04.10).

7.13. Begeisterung fürs verwendete Therapiekonzept

Bis jetzt habe ich herausgefunden, dass ich eine bestimmte Vorliebe in Bezug auf die Arbeits- und Wirkungsweise des gewählten Therapiesystems habe und dass sich diese Vorliebe auf meinem Glaubenssatz begründet. Weiters ist es mir mittlerweile möglich, meine eigene Sichtweise zu ergänzen und dabei die Grundlage zu schätzen und beizubehalten.

Wie kann ich nun diese Erkenntnisse für meine Forschungsfrage nutzen? Ich war noch immer unsicher: „*Welche Therapie ist für mich die richtige? Wenn ich wählen könnte, so müsste ich sagen, die biomedizinische Therapie ist für mich, in dieser Situation in der ich bin, nicht die richtige. Innerhalb der Orientalischen Medizin fühle ich mich viel besser aufgehoben. Kann ich wählen?*

*Meine größte Angst ist, dass ich wieder krank werde. Was ich mir wünsche, ist ein/e Arzt/Ärztin der Orientalischen Medizin mit biomedizinischer Ausbildung, damit er/sie in Österreich arbeiten kann, der/die mich behandelt und in den Fällen, wo es wirklich notwendig ist (Operation z. B.), zur biomedizinischen Therapie überweist. Also eine Zusammenarbeit, mit Schwerpunkt Orientalische Medizin bzw. eine Behandlung aus der Sicht der Orientalischen Medizin. So gesehen geht es mir nicht um die Behandlung selbst, sondern um die Sichtweise, aus der heraus die Behandlung geschieht. Dass die Behandlung für mich Sinn macht und Hoffnung in sich trägt“ (Tagebucheintragung, 30.06.09). Einen Tag später beschrieb ich zu dem oben genannten ‚Sinn‘ weiter: „*Jene Medizin, die für mich in irgendeiner Weise Sinn macht, die passt für mich, die ist für**

mich die richtige. Dieser Sinn muss nicht der sein, der im medizinischen Konzept integriert ist, der vielleicht aus einer anderen Denkrichtung kommt. Ich kann mir meinen eigenen Sinn zusammenreimen. Trotzdem funktioniert's, wenn ich es nur schaffe, dem Ganzen einen Sinn zuzugestehen. Wenn ein Sinn von außen aufgedrückt wird, funktioniert's nicht. Wenn ich meinen eigenen Sinn zu meiner Behandlung finden kann, funktioniert's, glaube ich“ (Tagebucheintragung, 01.07.09).

Mein wissenschaftlicher Betreuer schlug mir folgende neue Zwischenfrage vor (Reflexionsgespräch, 20.07.09),

Teilfrage 6

Wer vermittelt mir das Therapiekonzept so, dass ich es annehmen kann? Bzw. ist jene Therapie für mich die richtige, deren Vertreter mich dafür begeistern und zur Mitarbeit motivieren können?

Wenn ich begeistert und motiviert bin, wird die Situation der Krankheit und Therapie für mich – im Sinne der Salutogenese – bedeutsam, handhabbar und auch verstehbar. Mein Kohärenzgefühl und damit mein Vertrauen ins Leben wird gestärkt.

So schrieb ich Anfang dieses Jahres ins Tagebuch: *„Irgendwie habe ich den Verdacht, dass das Ganze auf einen Punkt hinauslaufen wird: Es geht ganz einfach nur darum, meine Sichtweise auf das Leben von einer negativen auf eine positive umzupolen. Das ist alles. Von der Angst vor dem Leben zum Vertrauen ins Leben! Meine Probleme mit den verschiedenen Therapiesystemen spiegeln vielleicht nur diese Angst vor dem Leben – dort wo ich Vertrauen ins Leben mitbekommen habe, gab es Aufschwung.“* (Tagebucheintragung, 25.02.10).

Zu dem Vertrauen, das (nur) aus mir heraus entsteht (entstehen kann), kam nun der Aspekt, welche Hilfestellung die Therapiesysteme bzw. seine Vertreter diesbezüglich geben können, dazu. Eine neue Zwischenfrage entstand,

Teilfrage 7

Was brauche ich als Patientin, um mich für eine Therapie begeistern zu können?

Dies war die letzte Teilfrage und deren Beantwortung erfolgt im Zuge der anschließenden Zusammenfassung der im Prozess erarbeiteten Erkenntnisse.

7.14. Zusammenfassung der Prozess-Erkenntnisse

Nachdem ich zu Beginn des Prozesses festgestellt hatte, dass das teilweise verlorengegangene Vertrauen ins Leben (Kohärenzgefühl) nur aus mir selbst heraus wieder aufgebaut werden kann (Kap. 7.6.), erkannte ich auch, dass in der Tabula-Rasa-Situation, in der die Basis erschüttert ist, eine Hilfestellung von außen sehr viel Gutes bewirken kann (Kap. 7.13.).

In einem zweiten Themenstrang geht es um die Weltsichten. Hier führte der Prozess von der Erkenntnis, dass ich eine bestimmte Weltsicht (und damit Vorlieben) habe, zum Erkennen der Möglichkeit, dass ich Teilstücke aus anderen Sichtweisen integrieren kann, wenn dabei meine Basis(-Sichtweise) nicht verloren geht. Dies ist gleichzeitig eine Grundvoraussetzung, um die oben genannte Hilfestellung von außen annehmen zu können, ich darf nicht ‚überschrieben‘ werden.

Die Tabula-Rasa-Situation erschütterte mein Weltbild. Daher war es für mich wahrscheinlich auch so wichtig, meine in diesem Moment schwache ‚Basis‘ zu sehen, anzuerkennen und zu stärken und nicht irgendetwas ‚übergestülpt‘ zu bekommen. Aus der Frage ‚Wer bin ich?‘ wurde ‚Ich bin. Mit all meinen Facetten.‘

Zusammengefasst ergibt sich aus dem Prozess folgendes Ergebnis: Um mich anvertrauen zu können, brauche ich ein Gefühl der Sicherheit, dass meine (erschütterte) Basis gesehen, gehört und einbezogen wird, was die Situation für mich im Sinne der Salutogenese bedeutsam macht. Daraus ergibt sich die

Antwort auf Teilfrage 7

Die Bedeutsamkeit erweckt die Begeisterung für die Therapie!

Im Grunde spiegelt der Prozess und dessen Ergebnis auch ein Kommunikationsthema wider, das zu Beginn in Kapitel 7.1.1. bereits in der Fußnote beschrieben ist: „*Auch wenn ich Expertin (z. B. für meine Krankheit) bin, so kann ich das Expertentum des anderen anerkennen, ihn als Mensch mit Bedürfnissen, Interessen, Hoffnungen und*

Ängsten wahrnehmen und bereit sein, darauf einzugehen. So kann ich eine offene, ebene Gesprächsbasis schaffen“ (Reflexionsgespräch, 22.06.08).

Mein wissenschaftlicher Betreuer fasste die in dieser Arbeit beschriebene Situation in einem Reflexionsgespräch im Sommer 2009 aus seiner Sicht sinngemäß folgendermaßen zusammen: Das Wiederherstellen der drei Aspekte der Salutogenese (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit) nach der alles löschenden Tabula-Rasa-Situation geschieht auf einem Beziehungsansatz mit dahinter stehenden Denksystemen und Handlungssystemen (vgl. Reflexionsgespräch, 20.07.09).

Die Ergebnisse des Prozesskapitels, die des nun folgenden Analysekapitels und jene des daran anschließenden Kapitels über die medizinethnologische Theorie werden im Schlusskapitel in der Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellung zusammengeführt.

8. Analyse der Schlüsselmomente

In diesem Kapitel liegt der Fokus auf den fünf Schlüsselmomenten. Die Erstellung des ersten Teils, der Vor-Analyse (Kapitel 8.1.) erfolgte im Frühling 2009, noch bevor ich mich mit der Theorie der Salutogenese beschäftigt hatte.

Den zweiten Teil, die Analyse aus der Sicht der Salutogenese (Kapitel 8.2.), arbeitete ich gegen Ende des Prozesses, im September 2010, aus.

8.1. Vor-Analyse der Schlüsselmomente aus subjektiver Sicht

Nachdem ich meine Schlüsselmomente verschriftlicht hatte, trat im Laufe des Prozesses der Aktionsforschung die Frage „Was IST ein Schlüsselmoment?“ gegenüber dem persönlich erlebten Schlüsselmoment selbst in den Vordergrund. Nicht WAS ich erlebt habe, sondern WARUM ich es so erlebt habe – die Zusammenhänge – wurden wichtiger. Wenn man davon ausgeht, dass Schlüsselmomente etwas sehr Subjektives sind und von jeder Person anders erlebt werden (gemäß Glaubenssätzen, früheren Erlebnissen, Erziehung, bereits angeeignetem Wissen), so führt die erste Analyse des Ereignisses ‚Schlüsselmoment‘ schon vom subjektiven Erleben auf eine nächste Ebene.

Trotzdem bezeichne ich es noch als subjektive Sicht, da ich selbst meine Schlüssel-momente hinterfrage und beleuchte.

8.1.1. Warum ist ein Schlüsselmoment für mich ein Schlüsselmoment?

Im Prozess meiner Arbeit versuchte ich zuerst, eine andere Ebene zu den Schlüssel-momenten zu erreichen, indem ich Fragen an sie stellte. Diese Fragen bauen auf den bis zu diesem Zeitpunkt entstandenen Überlegungen und Erkenntnissen auf:

- 1) *Warum ist der Schlüsselmoment für mich ein Schlüsselmoment?*
- 2) *Begründet sich der Schlüsselmoment auf meinem persönlichen Glaubenssatz?*
Habe ich den Schlüsselmoment erlebt, weil ich bestimmte Überzeugungen habe?
- 3) *Wodurch ist er entstanden, was hat ihn ausgelöst?*
- 4) *Wer war beteiligt bzw. habe ich ihn alleine, ohne Hilfe von außen, nutzen können?*
- 5) *Ist er innerhalb von einem der beiden Therapiesysteme (Biomedizin, Orientalische Medizin) aufgetreten?*
- 6) *Wenn ja, wurde er von diesem Therapiesystem ausgelöst bzw. hat die Arbeits- oder Wirkweise des Therapiesystems etwas mit dem Schlüsselmoment zu tun?*

Auf der nächsten Seite werden die oben angeführten Fragen – zur besseren Übersichtlichkeit innerhalb einer Tabelle – beantwortet. Abgeleitete Zusammenfassungen zu jedem Schlüsselmoment bilden eine abschließende Zeile.

	SM 1: <i>Triff BEWUSST Entscheidungen!</i>	SM 2: <i>Kommen Sie mit auf die Reise!</i>	SM 3: <i>There is no cancer in your body!</i>	SM 4: <i>Nimm deine Gefühle u. Emotionen wahr u. an!</i>	SM 5: <i>Kämpfe!</i>
1 Warum ist der SM für mich ein SM?	brachte mich aus der ‚Ohnmacht‘, nichts tun zu können, ausgeliefert zu sein	in der Situation der größten Not kam die Aussicht auf ein positives ‚Danach‘, was half ‚durchzutauchen‘	vielleicht wegen der Sichtweise: dem Vorwärtsdenken. Es wurde mir vermittelt: Es ist jetzt vorbei. Nun schauen wir, dass wieder alles in Ordnung kommt (im Körpersystem).	ich bin in diesem Moment zu 100 % zu mir gestanden, ohne wenn und aber. Allerdings habe ich dann nicht nach meinem Willen gehandelt (die Strahlentherapie nicht (weiter) zu machen)	weil ich glaube, dass dieses ‚Kampfgeist-entwickeln‘ für mich lebensnotwendig ist, dass es etwas mit einem ‚für mein Selbst kämpfen‘ zu tun hat
2 Begründet sich der SM auf meinem persönlichen Glaubenssatz?	nein	nein	ja, vielleicht	ja	ja
3 Wodurch ist er entstanden, was hat ihn ausgelöst?	durch die Situation, dass NICHTS mehr gültig ist	äußerst schwierig zu bewerkstellende Lebenssituation	durch Informationen von einer Person, der ich vertraute	ich habe etwas gemacht, was gegen meinen Willen war und habe das Gefühl dazu unterdrückt	durch eine lebensbedrohende Situation (letzte Warnung: kämpfe oder stirb!)
4 Wer war beteiligt? Habe ich ihn alleine / ohne Hilfe nutzen können?	eine Freundin, die Ähnliches erlebt hat; musste ich alleine nutzen	viele Menschen: Ärztin, Betreuer, Reiseleiterin, Tabib; hätte ich ohne Hilfe nicht nutzen können; uZbT ³⁸	Tabib; hätte ich ohne andere Personen nicht nutzen können	biomed. Ärztin, Strahlenassistenten/innen; musste ich alleine nutzen	Vertreter beider Therapiesysteme; hätte ich ohne Hilfe nicht nutzen können; uZbT ²⁵
5 Ist er innerhalb von einem der beiden Therapiesysteme aufgetreten?³⁹	nein	ja, innerhalb der Biomedizin	ja, innerhalb der Orientalischen Medizin	ja, innerhalb der Biomedizin	nein
6 Wenn ja, wurde er von diesem ausgelöst bzw. hat die Arbeits- oder Wirkweise des Therapiesystems Einfluss auf ihn?	nein	nein; jedes Therapiesystem unterstützte ihn auf seine Art	ja; ist vielleicht wegen der Sichtweise innerhalb des Therapiesystems aufgetreten	nein	nein; jedes Therapiesystem unterstützte ihn auf seine Art
Zusammenfassung	wenn nichts mehr gültig ist, schafft man sich damit selbst Gültiges; bewusst Entscheidungen zu treffen führt zu Handlungsfähigkeit in dieser Situation	die Aussicht auf die Reise stellt einen sinnvollen Grund und ein Ziel dar, welches motiviert, weiterzumachen, durchzugehen durch die schwierige Zeit; Zwischenergebnisse (Flugticket, ...) sind dabei wichtig	ausgehend vom Schlüsselmoment bringt die lebensbejahende ressourcenorientierte Sichtweise eine Befreiung von der Todesangst und Zuversicht für die bevorstehende Heilung	das Unterdrücken der eigenen Gefühle, vor allem der negativen, führt dazu, dass sie blockieren; wenn sie wahrgenommen und angenommen werden, können sie sich integrieren und auflösen	Kämpfen in bestimmten Situation ist für das Überleben notwendig; Dabei ist hier das Kämpfen FÜR MICH und nicht das Kämpfen gegen andere gemeint

³⁸ unbewusste Zusammenarbeit beider Therapiesysteme

³⁹ gemeint sind die beiden für diese Arbeit relevanten Therapiesysteme: Biomedizin und Orientalische Medizin

8.2. Analyse der Schlüsselmomente aus Sicht der Salutogenese

Aufbauend auf die Vor-Analyse wird nun das Konzept der Salutogenese als Analysewerkzeug verwendet, um zu überprüfen und somit theoretisch zu untermauern, ob / dass / warum die angeführten Schlüsselmomente aus dieser ressourcenorientierten Sicht heraus, ergänzend zu den laufenden Therapien, etwas zur Verbesserung der Lebenssituation beitragen konnten, indem sie die drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit und in der Folge sogar das SOC verstärkten, was eine nachhaltige Wirkung in Aussicht stellt. Die Analyse erfolgt in drei Schritten:

Im ersten Teil wird anhand von Überlegungen zu Antonovskys Basisliteratur dargelegt, dass die Voraussetzungen gegeben sind und dass die Schlüsselmomente eine SOC-verbessernde Funktion übernehmen können. Die Klärung der Voraussetzungen halte ich deswegen für notwendig, da es lt. Antonovsky die Möglichkeit, das SOC im Erwachsenenalter zu verändern, grundsätzlich nicht gibt. Auch wenn in der weiterführenden Literatur zwei Beispiele angeführt sind, die eine nachhaltige Veränderungsmöglichkeit versprechen (Fäh/Psychoanalyse und Höfer/Identitätsforschung), so wird sie in anderen Beispielen eher angezweifelt bzw. steht die empirische Absicherung noch aus (siehe Kapitel 5.2.7. und 5.2.8.).

Der zweite Teil fragt danach, ob und in welcher Form die in dieser Arbeit angeführten (subjektiven) Schlüsselmomente die drei Komponenten des SOC stärken. Dieser Teil ist gesundheitsorientiert und soll auch eine Art ‚Beweis‘ für die Schlüsselmomente darstellen. Er belegt, dass sie zusätzlich zu meinem subjektiven Empfinden auch aus der Sicht der Salutogenese eine positive Wirkung in meiner damaligen Situation hatten.

Auf den ersten und zweiten Teil aufbauend, versuche ich im dritten Teil der Analyse eine These zu entwickeln, was Schlüsselmomente aus der Sicht des Konzepts der Salutogenese SIND, was ihre Funktion sein könnte.

Der Ablauf der dreiteiligen Analyse entspricht in etwa der Arbeitsweise der Methode Aktionsforschung: Zuerst wird die theoretische Basis gelegt (Salutogenese-Konzept), dann wird mit den subjektiven Schlüsselmomenten gearbeitet und zum Schluss wird mit den daraus gewonnenen Erkenntnissen auf einer nächsten Ebene der Schlüsselmoment als Ereignis betrachtet.

8.2.1. Erster Teil der Analyse: Voraussetzungen

Die Analyse untersucht eine Lebenserfahrung, in der die Komponenten, die für ein starkes SOC zuständig sind (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit), mit einem Schlag – mit der Diagnose Krebs – stark geschwächt wurden.

Nun stelle ich folgende Fragen: Wird in solchen Lebenssituationen die Annahme Antonovskys, dass sich das SOC bis ins frühe Erwachsenenalter ausbildet, durch die Übernahme von langfristigen Verpflichtungen fixiert und nicht mehr verändert, widerlegt (vgl. Antonovsky 1997: 114ff)? Schaffen genau solche Situationen die Möglichkeit, das Kohärenzgefühl neu zu definieren?

Im Folgenden wird dargelegt, dass und warum es meiner Meinung nach theoretisch möglich ist, in der beschriebenen Lebenssituation (biografischer Teil, siehe Kapitel 6) mit Hilfe der Schlüsselmomente eine Veränderung des SOC zu erreichen.

8.2.1.1. Eine Möglichkeit für die SOC-Veränderung, dargestellt anhand von Antonovskys Text

In Antonovskys Ausführungen habe ich eine interessante Beobachtung gemacht: Bei der Entwicklung des Kohärenzgefühls trägt der Mensch noch nicht die volle Verantwortung für sein Leben, er ist noch „*nicht ganz auf sich gestellt*“, schreibt Antonovsky (Antonovsky 1997: 117). Daraus schließe ich in der Umkehrung, dass die volle Verantwortung für sein Leben zu haben, in einer fixen sozialen Rolle zu sein und vor allem ganz auf sich alleine gestellt zu sein für Antonovsky die Kriterien sind, die eine Veränderung des bereits fixierten SOC unmöglich machen. Das würde bedeuten, dass eine Lebenssituation, in der man die Verantwortung für sein Leben teilweise aufgeben muss, die soziale Rolle sich grundlegend verändert und man nicht mehr alleine für sich sorgen kann – also auf andere angewiesen ist – eine Voraussetzung wäre, dass sich das SOC verändern kann.

Für Antonovsky stehen SOC, Lebenserfahrungen, Stressoren und Widerstandsressourcen in engem Zusammenhang, wobei er die Art der gegenseitigen Beeinflussung dieser Faktoren in zwei Zeitabschnitte teilt:

Zeitabschnitt 1:

Solange eine Person die Verantwortung für ihr Leben noch nicht übernommen hat, ist die Bildung des SOC noch im Gange. Das SOC wird von den Lebenserfahrungen, auftretenden Stressoren und vorhandenen Widerstandsressourcen geformt.

Zeitabschnitt 2:

Sobald der Mensch die Verantwortung für sein Leben übernommen hat (was bedeutet, er ist erwachsen und in seinem sozialen Umfeld gefestigt), bildet das SOC eine fixe Basis, welche beeinflusst, wie neu auftretende Stressoren wahrgenommen werden und ob vorhandene Widerstandsressourcen genutzt werden können. Das ausgebildete SOC zeichnet somit das Muster für die Lebenserfahrungen.

Für Antonovsky sind Veränderungen von SOC im Erwachsenenalter sehr selten und treten nur dann auf, wenn Erfahrungen gemacht werden, die „*ein neues Muster von Lebenserfahrungen ermöglichen*“ (ebd.: 117). Dieses neue Muster erst führt, wenn es jahrelang beibehalten wird, zu verändertem SOC, nicht die Erfahrung selbst (vgl. ebd.). Als Beispiele für solche Erfahrungen (Stimuli), die Veränderungen einleiten können, nennt er neue Heirat, neue Arbeit, neues Land, neues soziales Klima oder neue/n Therapeut/in (vgl. ebd.). Leider geht Antonovsky hier, nachdem er davor viele Seiten mit Erklärungen gefüllt hat, warum eine dauerhafte Modifikation des bereits fixierten SOC nicht mehr möglich ist, nicht näher darauf ein, wie es nun doch möglich sein soll.

8.2.1.2. Diese Möglichkeit auf die Schlüsselmomente angewendet

Ausgehend von den beiden Zeitabschnitten könnten meiner Meinung nach alle Erfahrungen, die den erwachsenen Menschen in den ersten Zeitabschnitt zurückwerfen, zu solchen Erfahrungen werden. Um eine langfristige Wirkung aus meinen Schlüsselmomenten zu erzielen, müsste ihnen demnach aus der Sicht der Salutogenese eine Erfahrung vorausgehen, welche die bereits abgeschlossene Ausbildung des SOC aufheben würde. Eine solche Erfahrung ist meiner Meinung nach die Diagnose einer lebensbedrohenden Krankheit, die alle Sicherheiten aufhebt und eine Zeit der Krankheit und Therapiezeit nach sich zieht, in der der/die Patient/in sich nicht mehr gänzlich um sich selbst kümmern kann und gezwungen ist, sich auf die Unterstützung anderer Personen zu verlassen, sich anzuvertrauen.

Folgendes Zitat aus dem biografischen Teil beschreibt eine solche Erfahrung, die in Zeitabschnitt 1 zurückwirft: „Diese Diagnose löste in mir Todesangst aus und war der Beginn eines Ausnahmezustandes. Alles bisher Gewesene, die Grundlagen meines Lebens waren nicht mehr gültig. Totale Unsicherheit auf vielen Ebenen folgte: körperliche Unsicherheit [...], finanzielle Unsicherheit [...], emotionale Unsicherheit [...]. Aber es gesellten sich auch Helfer/innen an meine Seite, Freunde/innen, Familie, Lehrer/innen, Ärzte/innen und Heiler/innen, die ich innerlich zu meinem ‚Unterstützungsteam‘ ernannte“ (S. 62f, siehe Kapitel 6.3.1.). Zwei Experten für Bindungstheorien, Klaus und Karin Grossmann, bestätigen dies: „Der kranke wie der sehr alte Mensch ist wieder ‚klein und schwach‘ und hat wieder starke Bindungsgefühle. Unabhängig vom Ausmaß der Tüchtigkeit und Selbständigkeit eines gesunden Menschen wird er als Kranker wieder schwach und hilfsbedürftig. Er braucht – wie ein kleines Kind – die Fürsorge, den Schutz und die medizinische Kompetenz, d. h. ‚Weisheit‘, anderer, um wieder gesund und kompetent zu werden“ (Grossmann / Grossmann 2009: 41).

Wichtig ist mir, hier darauf hinzuweisen, dass mit der beschriebenen Schwäche und Hilfsbedürftigkeit nicht gemeint ist, dass die Eigenverantwortung und Verantwortung für die Heilung der Krankheit auf- bzw. abgegeben wird. Näheres dazu in der Analyse zu Schlüsselmoment 1: *Triff BEWUSST Entscheidungen!* (Kapitel 8.2.2.1.).

Es ist demnach mit der Diagnose und der darauf folgenden Behandlung ein Zustand, wie er in Zeitabschnitt 1 beschrieben ist, eingetreten. In diesem sollte prinzipiell eine dauerhafte Stärkung oder auch Schwächung des SOC möglich sein, je nachdem, welche Erfahrungen in dieser Zeit gemacht werden bzw. welche GRRs zur Verfügung stehen. Mit dem Wiedereintritt in die Erwachsenen-Verantwortung innerhalb des sozialen Lebens fixiert sich das SOC wieder, Zeitabschnitt 2 tritt wieder in Kraft.

Die für den kranken Menschen unsichere Therapiezeit trägt aus diesem Blickwinkel heraus enormes Potential in sich. Am Tag der Diagnose formulierte ich dies gegenüber meiner besten Freundin intuitiv: „Die Karten werden neu gemischt!“ (Tagebucheintragung, 22.03.07).

8.2.2. Zweiter Teil: Analyse der subjektiven Schlüsselmomente

Ich arbeite hier mit meinen Schlüsselmomenten, indem ich untersuche, ob sie als ‚SOC-verbessernde Erfahrungen‘ bezeichnet werden können. Dazu müssten sie nach dem Konzept von Antonovsky Erfahrungen sein, welche eine oder mehrere der SOC-Komponenten (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit) stärken. Dem ersten Teil der Analyse zufolge können sie auf Grund der Situation, in der sie auftraten (Zeitabschnitt 1) ein neues Muster für meine zukünftigen Lebenserfahrungen bilden und auf lange Sicht das SOC verbessern.

Das Besondere an der Arbeit mit subjektiven Schlüsselmomenten ist das bewusste Einbeziehen der Wahrnehmung und Sichtweise der betroffenen Person. Es wird auf PERSÖNLICHE, die Situation verbessernde Erlebnisse fokussiert. Was für mich ein Schlüsselmoment ist, muss für eine andere Person in einer ähnlichen Situation noch lange kein Schlüsselmoment sein. Für mich sind es Schlüsselmomente und dadurch, dass ich sie mir bewusst machte, konzentrierte ich mich auf sie. Diese Erlebnisse werden gegenüber den negativen Erlebnissen, die es auch gibt (und die in dieser Arbeit im biografischen Teil auch Platz finden und somit nicht ignoriert werden), bevorzugt und gefördert.

Die Arbeitsthese für diesen zweiten Teil der Analyse lautet:

Ausgangspunkt ist eine Lebenssituation, in der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit extrem niedrig sind. Durch den Schlüsselmoment wird eine bestimmte Erfahrung innerhalb dieser Lebenssituation für mich verstehbar / handhabbar / bedeutsam.

Im Folgenden werden diese These und die darin enthaltenen drei Merkmals-Komponenten auf die fünf Schlüsselmomente (SM) angewendet und für jeden einzelnen verifiziert bzw. falsifiziert. Davor werden die Merkmals-Komponenten noch einmal genau beschrieben, wobei auch die aus der Forschung Sandell / Blomberg / Lazar zugeteilten Gefühle bzw. Persönlichkeitseigenschaften (vgl. Fäh 2006: 156) angeführt werden. Da sie meiner Meinung nach die Beschreibung der drei Merkmale gut ergänzen, werden auch sie für die nachfolgende Analyse verwendet.

Ausgangsbasis für die Analyse ist die Beschreibung der Schlüsselmomente, Kapitel 6.3. und die Tabelle der vor-analysierten Schlüsselmomente, Kapitel 8.1., Abb. 2.

Die drei Merkmale: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit

Die drei Merkmale in den Lebenserfahrungen, die während des Zeitabschnittes 1 zu einem starken SOC führen und somit die Basis für das Kohärenzgefühl bilden, lauten:

1. Merkmal Verstehbarkeit: Konsistenz. Hiermit ist Widerspruchslosigkeit, Zusammenhang, geordnete Weltsicht, das Wissen wer ich bin, die eigene Rolle im sozialen System, eine abgesicherte Zukunft, Arbeitsplatzsicherheit, gemeinsame Werte innerhalb der Gruppe, etwas Unbekanntes wird zufriedenstellend erklärt u. ä. gemeint (vgl. Antonovsky 1997: 110f). Der Komponente entspricht die *„Fähigkeit, gefühlsmäßigen Konflikt und Unsicherheit zu ertragen [...] Vermeidung von Angst im Angesicht von Ambiguität“*⁴⁰ (Fäh 2006: 156).
2. Merkmal Handhabbarkeit: Balance zwischen Überlastung und Unterforderung, wobei Anerkennung vom sozialen Umfeld beinhaltet ist (vgl. Antonovsky 1997: 101f), Schwierigkeiten sind lösbar (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 29). Auch der *„Glaube daran, dass andere Personen oder eine höhere Macht dabei helfen, Schwierigkeiten zu überwinden“*, gehört dazu (ebd.). Diese Komponente entspricht *„zwischenmenschlichem Vertrauen (,interpersonal trust‘)“* (Fäh 2006: 156).
3. Merkmal Bedeutsamkeit: Partizipation (Teilhabe) an der Gestaltung von Situationen bzw. des Ergebnisses. Dies beinhaltet, ob eine Aufgabe für jemanden bedeutsam ist (vgl. Antonovsky 1997: 107), bzw. im negativen Sinne: *„Wenn andere alles für uns entscheiden – wenn sie die Aufgaben stellen, die Regeln formulieren und die Ergebnisse managen – und wir in der Angelegenheit nichts zu sagen haben, werden wir zu Objekten reduziert. Eine Welt, die wir somit als gleichgültig gegenüber unseren Handlungen erleben, wird schließlich eine Welt ohne jede Bedeutung“* (ebd.: 93). Wichtig ist, dass nicht die Kontrolle, sondern die Teilhabe an Entscheidungsprozessen gemeint ist (vgl. ebd.: 94). Das Leben wird als emotional sinnvoll empfunden (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001: 30). Für Antonovsky ist dies die wichtigste Komponente. Dieser Komponente entsprechen *„optimistische Gefühle, Neugier, Lebensfreude“* (Fäh 2006: 156).

⁴⁰ Ambiguität bedeutet die „Mehr-, Doppeldeutigkeit von Wörtern, Werten, Symbolen, Sachverhalten“ (Duden 5 1997: 55).

8.2.2.1. Analyse SM 1: *Triff BEWUSST Entscheidungen!*

Um Schlüsselmoment 1 noch besser zu illustrieren, möchte ich zu Beginn Beispiele aus meinen Therapien anführen.

In der biomedizinischen Therapie wurde auf Grund der Diagnose im Krankenhaus von den Spezialisten/innen verschiedener Fachbereiche am runden Tisch ein Therapieplan für mich erstellt. Nach diesem Therapieplan wurde dann mit kleinen Abweichungen vorgegangen. Als Patientin musste ich zu jedem Eingriff und zu jeder Therapie schriftlich mein Einverständnis geben, bei der Chemotherapie vor Beginn von jedem Zyklus neu. Ich hatte also durchaus die Möglichkeit, zu entscheiden. Aber es wurde keine Alternative zum starren Therapieplan angeboten. Entweder ich machte das vorgeschlagene Programm, oder eben nicht, was mir einen Bruch mit meiner Ärztin eingebracht hätte. Ich habe also eher eine Mischung aus ausgeliefert Sein und alleingelassen Sein erlebt. Dazu schrieb ich in mein Tagebuch nach einem Gespräch mit der Psychoonkologin, welche mir immer wieder zu erklären versuchte, warum mir all die schulmedizinischen Therapien vorgeschlagen werden und dass es ja VORSCHLÄGE von den Ärzten/innen wären, „*Ich empfinde es nicht als Vorschlag, sondern als ,entweder ich mache das, was mir die Ärzte sagen, oder ich bin auf mich allein gestellt (im Stich gelassen)‘*“ (Tagebucheintragung, 03.09.07). Ich konnte den Sinn der Chemotherapie nicht begreifen und hatte panische Angst. Aber ich sah keine Alternative für mich. Ich hatte keine Zeit. Ich wurde gedrängt. Ich war in einem Therapiesystem, in dem meine Einwilligung eine formale Sache war.

Auch bei meinem Aufenthalt im Gesundheitszentrum in Usbekistan war der Aspekt des Entscheidens sehr präsent. Ich wurde genauso wie in der biomedizinischen Therapie immer wieder gefragt, ob ich weitermachen will, noch eine Serie Kräuter nehmen will, Körperübungen machen will usw. Ich musste die Behandlungen teilweise sogar einfordern, immer wieder, mir z. B. jemanden organisieren, der mir Atem- oder Körperübungen zeigte, es war mühsam. Wenn ich zu einem Teil der Therapie nein gesagt hätte, dann hätte ich ihn eben nicht gemacht. Auch hier wurde mir keine Alternative angeboten. Allerdings hatten die Heiler/innen dort den Vorteil, dass ich die angebotenen Therapien machen WOLLTE.

Ich bin der Meinung, man kann sich nur für oder gegen etwas entscheiden, wenn es auch eine Alternative dazu gibt. Heute würde ich mich in einer Therapie-Entscheidungssituation vielleicht fragen: ‚Welche Alternative habe ich?‘, um dann die für mich beste Wahl treffen und auch selbst die Verantwortung für diese Entscheidung übernehmen zu können.

Mir selbst die Möglichkeit zum Entscheiden zu geben und somit die Verantwortung für die Situation zu übernehmen gibt mir auch die Möglichkeit, die Kompetenz der Fachmänner und -frauen zu achten, anzuerkennen, zu nutzen und in meine Entscheidung einzubeziehen. Ich kann den medizinischen Sinn der Chemotherapie nicht beurteilen, da ich keine Medizinerin bin. Ich muss auf das Fachwissen meiner Ärzte/innen vertrauen. Es liegt also nicht in meiner Kompetenz (in meinem Fachwissen) zu entscheiden, ob eine Chemotherapie aus der Sicht des Medizin- bzw. Therapiesystems, das ich gewählt hatte, die beste Lösung für mein Problem ist. Dies war für mich eine Prozesserkennntnis, die im Kapitel 7.1.1. dargestellt ist.

Die BEWUSSTE Entscheidung lag also zuerst einmal in der Wahl des Therapiesystems. Das war die erste wichtige Entscheidungsmöglichkeit, die ich hatte. Dass viele Faktoren von außen (soziales Umfeld, finanzielle Möglichkeiten, Erreichbarkeit, ...) diese Entscheidung beeinflussen, ist eine andere Geschichte.

Trotzdem kann und möchte ich als Patientin selbst entscheiden und abwägen dürfen, ob die Folgen, Nebenwirkungen, die Folgeschäden und die Heilungschancen für mich tragbar und sinnvoll erscheinen, auch wenn ich mich für ein Therapiesystem entschieden habe und mich diesem anvertraue. Ich meine damit, es ist genauso unangenehm, wenn jemand z. B. sagt: ‚Sie müssen eine Chemotherapie machen!‘ wie wenn jemand sagt: ‚Sie dürfen keine Chemotherapie machen!‘. Die Verantwortung für mich, meinen Körper und meine Krankheit darf mir nicht genommen werden, ich möchte als Patientin handlungsfähig und involviert bleiben.

Mit Hilfe dieses ersten Schlüsselmomentes konnte ich die Tabula-Rasa-Situation, in der plötzlich nichts mehr gültig war, auffangen: Mit einer Entscheidung erschuf ich für mich eine neue Gültigkeit. Und ich erreichte mit dem Wissen, dass ich Entscheidungen

treffen kann und muss, eine wiederbeginnende Handlungsfähigkeit für mich, ich war nicht mehr der Situation ausgeliefert, ich konnte etwas tun, ich tat etwas.

Anhand dieser Beispiele und Überlegungen kristallisiert sich als Essenz des Schlüsselmomentes 1 folgendes heraus: Indem ich als Patientin die Verantwortung für meine Situation übernehme sowie die Möglichkeit bekomme, Verantwortung zu übernehmen, kann ich die Kompetenz und Hilfe anderer annehmen, was notwendig ist, da ich die Situation alleine nicht bewältigen kann.

Dies stärkt aus Sicht der Salutogenese in erster Linie die Bedeutsamkeitskomponente und in zweiter Linie die Handhabbarkeitskomponente. Bei näherer Betrachtung wird auch die Verstehbarkeitskomponente enorm gestärkt, da dieser Schlüsselmoment ein erster Schritt war, aus der auf vielen Ebenen eingetretenen Unsicherheit herauszukommen.

8.2.2.2. Analyse SM 2: *Kommen Sie mit auf die Reise!*

Dieser Schlüsselmoment lebt in erster Linie davon, dass mir in einer für mich scheinbar ausweglosen Situation ein neues Ziel angeboten wurde. Noch dazu wurde mir Unterstützung gegeben, um dieses Ziel erreichbar zu machen. Dieses Ziel, das mir äußerst erstrebenswert, aber vollkommen unrealistisch erschien, wurde mir als real und möglich dargestellt. Den ersten Funken streute mein wissenschaftlicher Betreuer. Nach dem ersten Funken lag es an mir, das Feuer zu schüren und zu nähren. Das tat ich und dieses kleine Feuer brachte mich durch die schwierige Zeit der Chemotherapie. Alles, was ich für die Reise brauchte, kam (finanzielle Mittel, körperliche Verfassung, ...). Das Wichtigste für mich war jedoch das Vertrauen in das Gelingen des Plans, das ich durch die Unterstützung von verschiedenen Personen (meinem wissenschaftlichen Betreuer, meiner Reiseleiterin, meiner Ärztin, meiner Familie, ...) aufbauen konnte.

Was mir damals gar nicht bewusst war, ist die Ebene der Therapie-Vorliebe. Wie beschrieben, konnte ich, vielleicht auf Grund meiner persönlichen Vorliebe (siehe Prozesskapitel 7.3.), den Sinn in der biomedizinischen Behandlung nicht erkennen und an dessen Erfolg nicht wirklich glauben. Ich kannte aber kein anderes Therapiesystem, dem ich mich in dieser lebensbedrohenden Situation anvertrauen wollte. Ich bin mit

dem Therapiesystem Biomedizin aufgewachsen, habe viele gute – wenn auch nicht nur gute – Erlebnisse damit gehabt, es war für mich erreichbar, finanzierbar und in meiner Familie anerkannt. Aus diesem Zwiespalt, den mein wissenschaftlicher Betreuer scheinbar erkannt hatte, bot er mir einen Ausweg an. Das Therapiesystem aus der Orientalischen Medizin zu probieren war ein Versuch, der Ausgang war ungewiss. Es lag an mir, was ich daraus machte (machen konnte). Ich selbst musste mich für diesen Versuch entscheiden. Durch die Unterstützung von rundherum, die ich bekam, war diese Entscheidung für mich nicht schwierig, sie wurde von meinem Lebensumfeld mitgetragen. Außerdem musste ich das Bestehende, das Bekannte, die biomedizinische Behandlung, nicht abbrechen, sondern ich hatte eine Möglichkeit bekommen, etwas Neues dazuzunehmen.

Aus Sicht der Salutogenese wird mit diesem Schlüsselmoment vor allem die Handhabbarkeitskomponente abgedeckt, wobei hier das zwischenmenschliche Vertrauen die wichtigste Rolle spielt. Da von mir Engagement und Entscheidungen in der Sache eingefordert wurden, wird auch die Bedeutsamkeitskomponente erfüllt. Auch die Verstehbarkeitskomponente kommt zum Tragen, wenn man sich auf die Aussicht auf ein meinen Überzeugungen nächststehendes Therapiesystem bezieht, die ich durch den Schlüsselmoment hatte.

8.2.2.3. Analyse SM 3: *There is no cancer in your body!*

Diese Aussage des Heilers (Tabibs) in Usbekistan beendete für mich zum ersten Mal den Zustand der Unsicherheit, die unsichtbare Gefahr war gebannt. Ich begann, meinem Körper, der die Basis für mein menschliches Leben ist, wieder zu vertrauen.

Warum diese Aussage des Tabibs in Usbekistan für mich der Schlüsselmoment war, und nicht die sinngemäß gleiche Aussage verschiedener biomedizinischer Ärzte/innen zu Zeitpunkten davor und danach, wurde teilweise schon im Prozesskapitel 7 (vor allem mit Teilfrage 1) bearbeitet. Als Ergänzung dazu füge ich hier, direkt beim Schlüsselmoment, ein kurzes Prozesskapitel ein, welches die Thematik aus der Perspektive verschiedener Sichtweisen behandelt (Kapitel 8.2.2.3.1.). Daran anschließend fasse ich die wichtigsten möglichen Erklärungen, die ich bezüglich des Schlüsselmomentes 3 herausgefunden habe, zusammen (Kapitel 8.2.2.3.2. bis 8.2.2.3.5.).

8.2.2.3.1. SM 3 aus der Perspektive der Sichtweisen – meine eigene dichotome Denkweise

Dieses Extra-Prozesskapitel widmet sich der Analyse des Schlüsselmomentes aus der Sichtweisen-Perspektive. Ich hatte auch nach der körperlichen Heilung weiterhin die Einstellung, dass ich krank wäre. Zwei Beispiele aus dem Forschungstagebuch verdeutlichen dies:

„Meine Hausärztin sagte gestern, nach Blutuntersuchungen usw., zu mir, ich sei gesund (!), zwei oder drei Mal. Blutwerte wie ein Baby, Blutsenkung super, Blutdruck absolut normal. Ich war skeptisch ... Warum glaube ich dem Tabib NOCH IMMER mehr als jedem/r biomedizinischen Arzt/Ärztin? Was ist an ihm oder an dem Setting oder an seinem Therapiesystem, dass ich ihm mehr glaube?“ (Tagebucheintragung, 09.05.09).

„Bei der HNO-Ärztin gewesen. Alles soweit in Ordnung, nichts Dramatisches, sagte sie, aber da ich Probleme habe, müssen wir etwas tun: Gurgeln mit Eibischtee, inhalieren mit Salzwasser, Nebenhöhlenröntgen, Kontrolle in 2 Wochen.

Ich glaube IMMER NOCH NICHT, dass ich gesund bin. Auch ihr glaube ich nicht“ (Tagebucheintragung, 18.05.09).

Durch die im Prozesskapitel beschriebene Auseinandersetzung mit meiner eigenen Sichtweise folgte plötzlich folgende Erkenntnis: *„In meiner Diplomarbeit geht es um die Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit – wo ist die Grenze? Gibt es eine Grenze? Wenn ich schreibe ‚Ich glaube IMMER NOCH NICHT, dass ich gesund bin. Auch ihr glaube ich nicht.‘, denke ich da nicht in einem gesund / krank – schwarz / weiß-Denken? Geht es darum, den körperlichen Zustand, so wie er ist, anzunehmen?“ (Tagebucheintragung, 06.08.09).*

Die Lösung ließ auf sich warten, denn ein Jahr später hatte ich zwar dazu Ideen, aber noch immer nicht zu einer befreienden Sichtweise gefunden: *„Ich selbst denke in der Sichtweise gesund/krank, das wird mir nun einmal mehr klar. Warum sonst hätte ich immer wieder geschrieben: ‚Ich glaube den Ärzten/innen nicht, dass ich gesund bin.‘ Diese Denkweise setzt eine dichotome Sichtweise diesbezüglich voraus! Aber warum belastete mich dieses vermeintliche Nicht-Gesundsein so? Vielleicht geht es um die Bedrohung bzw. die Unmöglichkeit etwas tun zu können, mich schützen zu können, der Krankheit hilflos ausgeliefert zu sein. Die Vertreter/innen der Biomedizin haben es nicht geschafft, die Bedrohung von mir zu nehmen“ (Tagebucheintragung, 21.07.10).*

8.2.2.3.2. Bedeutung geben

Wie im Prozessunterkapitel 7.3. beschrieben, habe ich eine Vorliebe in Bezug auf die Arbeitsweise des Therapiesystems (Natur vor Chemie). Um mich anvertrauen zu können und an den Erfolg der Therapie glauben zu können, war es für mich scheinbar wichtig, dass ich den Sinn der Therapie verstand und die Art der Therapie und ihre Vorgehensweise zu meiner Sichtweise und zu meinem Weltbild passte. Dazu wieder zwei Beispiele aus den verwendeten Therapien:

In der biomedizinischen Therapie war ich unter laufender Beobachtung, bei der meine Reaktion auf die Therapie überprüft wurde, ob ich alles gut vertrage oder ob es irgendwo im Körper mit der Therapie Probleme gibt. Dabei ging es aber nicht um die Genesung, um den Krankheitsverlauf und um die Krankheit, sondern um die Therapie. Dazu fällt mir ein gängiger europäischer Witz ein: ‚Operation gelungen – Patient tot‘.

Innerhalb der Orientalischen Medizin wurde der Behandlungsverlauf in Richtung Genesung überprüft. Mittels Puls- und Zungendiagnose wurde die Reaktion des Körpers auf die Kräuter getestet und die Funktion der inneren Organe immer wieder überprüft. Die Behandlung wurde auf den Genesungsfortschritt abgestimmt.

Der Unterschied liegt nicht in der Kontrolle des laufenden Prozesses im Körper während der Therapie, das ist bei beiden Therapien gleich. Der Unterschied liegt darin, dass sich mein gefühlter körperlicher Zustand während der biomedizinischen Therapie laufend verschlechterte, während er sich in Usbekistan zusehends verbesserte.

Ich will hier nicht herausfinden, welches Therapiesystem besser wirkt, sondern darstellen, dass es für mich als Patientin eine wichtige Rolle gespielt hat, auf welche Weise innerhalb des Therapiesystems gedacht und gearbeitet wird. Dies bestätigt der Mediziner Werner Bartens in seinem Buch *Körperglück – Wie gute Gefühle gesund machen*, indem er den Chirurgen Bernd Hontschik zitiert: „Ärztliche Kunst besteht darin, die Bedeutungserteilung zu erkennen und zu nutzen“ (Hontschik 2006, zit. n. Bartens 2010: 31), denn es „verbindet ein Patient mit der Therapie eine Wunderheilung, der andere denkt, dass er vergiftet wird und erteilt allem, was der Doktor anstellt, eine negative Bedeutung“ (ebd.). Davor erklärt Hontschik: „Eine Behandlung oder ärztliche Diagnose hat nicht bei jedem Menschen die gleiche vorhersehbare Wirkung. [...] Bei jedem Patienten ist das anders, je nachdem welche Bedeutung der

Mensch der Therapie oder dem Wort des Arztes zuweist – dann kann etwas entsetzlich sein oder aber auch wunderbar wirken“ (ebd.: 30).

8.2.2.3.3. Charisma der behandelnden Ärzte/innen und Heiler/innen

Bei der Bedeutungsgebung spielt scheinbar auch das Charisma der behandelnden Praktiker eine Rolle. Dazu schreibt Bartens in seinem Kapitel *Gedanken und Gefühle, die helfen können* über eine Placeboeffekt-Forschung von Ted Kaptchuk: *„Irritierend für die Forscher blieb jedoch, dass einige Therapeuten, die einsilbig ins Zimmer kamen und ohne viele Worte die Placebospritze setzten, bessere Erfolge erzielten als die sensiblen Patientenversteher, die sich um guten Kontakt bemüht hatten. ‚Selbst nach Analyse der Videoaufzeichnungen konnten wir uns nicht erklären, was den Unterschied ausmachte‘, sagt Kaptchuk. ‚Offenbar wirkt die Ausstrahlung mancher Ärzte auch ohne Worte‘. Bernd Hontschik bestätigt das: ‚Es gibt nicht nur Ursache und Wirkung. Der Patient interpretiert auch die Zeichen, die er von seinem Arzt bekommt, egal, ob es sich dabei um Zuwendung oder um konkrete Eingriffe handelt‘ “ (Bartens 2010: 90).*

8.2.2.3.4. Zuspruch

Ich konnte aus den Worten und den Handlungen des Tabibs heraus Hoffnung schöpfen. Was ich erlebte, ist in der Literatur zu Heilern/innen auf der ganzen Welt beschrieben. Es geht um *„Hope – something is done against the sickness. Befreiung von der Todesangst und Aussprechen von Zuversicht für die bevorstehende Heilung“* (Kremser, Vorlesung *Ritual and Healing*, WS08).

Bartens bringt in seinem Buch ein eindrückliches Beispiel: *„Von dem amerikanischen Internisten Samuel Levine ist bekannt, dass er seine Patienten glaubhaft aufmunterte, auch wenn sie ernsthaft erkrankt waren. Sinngemäß soll er gesagt haben: ‚Sie sind zwar schwer krank, aber Sie brauchen sich keine Sorgen zu machen. Ich weiß, was mit Ihnen nicht in Ordnung ist und wie ich Sie behandeln muss. Ich weiß, dass ich Sie wiederherstellen kann. Sie werden wieder ganz gesund.‘ Er hat das nach den Berichten vieler Augenzeugen nicht bloß daher gesagt, sondern er wusste, dass er nur in enger Zusammenarbeit und mit aufrechten Ermutigungen gemeinsam mit den Kranken das Beste erreichen konnte“* (Bartens 2010: 73f).

8.2.2.3.5. In Resonanz kommen

Als letzten Punkt möchte ich hier ein Reflexionsgespräch zu diesem Schlüsselmoment mit meinem wissenschaftlichen Betreuer anführen: „*Dr. Tucek fragte mich bei einer Besprechung, welcher Bereich der Salutogenese mit Schlüsselmoment 3 abgedeckt wird? Ich überlegte lange und sagte dann: Handhabbarkeit. Er meinte dazu: ‚Es wurde Ihnen etwas zugetraut, in der Gegenwart, ... es IST. Nicht ‚es wird schon...‘ sondern ‚es IST‘. Viele haben dieselbe Botschaft ausgesendet – ‚Der Krebs ist weg‘, doch nur von einem ist sie bei Ihnen angekommen. Niemand kann alles. Man muss mit Dingen in Resonanz kommen, was mehr oder weniger gut gelingt, je nachdem wie sehr sie sich mit den eigenen Vorstellungen decken. Ein Usbeke geht vielleicht nach Österreich und lässt sich eine Chemotherapie geben, weil er an die High-Tech-Medizin glaubt, und geht nicht zu einem Tabib“* (Reflexionsgespräch, 18.02.10). Wie ich bereits bei der Analyse von SM 1 notiert habe, WOLLTE ich die Kräutertherapie in Usbekistan machen (siehe Kapitel 8.2.2.1.). Vielleicht war das der ausschlaggebende Punkt.

8.2.2.3.6. Ergebnis der Analyse von SM 3

All diese Unterkapitel tragen ein Stückchen dazu bei, etwas zu erklären, zu dem ich bis dato keine eindeutige Erklärung gefunden habe. Die Frage: *Warum habe ich dem Tabib geglaubt, nicht aber den biomedizinischen Ärzten/innen?* bleibt bestehen. Vielleicht ist diese Frage aber auch nicht so wichtig, sondern vielmehr die Tatsache, dass ich jemanden gefunden habe, dem ich glauben konnte, denn damit konnte der lebensfeindliche Zustand, in dem ich steckte, aufgelöst werden – was ja der Schlüsselmoment ist.

In diesem Sinne erfolgt nun die Analyse des Schlüsselmomentes aus der Sicht der Salutogenese: Am meisten gestärkt wurde mit diesem Schlüsselmoment die Handhabbarkeitskomponente, wieder durch zwischenmenschliches Vertrauen. Ich fühlte mich wieder fähig, in meinem Leben weiterzugehen. Aufbauend auf diese Basis wurde die Verstehbarkeitskomponente gestärkt, die Welt war für mich nicht mehr unsicher, ich hatte wieder Boden unter den Füßen. Aus diesen beiden resultierend verstärkte sich die Bedeutsamkeitskomponente – meine Lebensfreude und Neugier aufs Leben wurde geweckt.

8.2.2.4. Analyse SM 4: *Nimm deine Gefühle und Emotionen wahr und an!*

In diesem Schlüsselmoment wird für mich sichtbar, wie wichtig die eigenen Gefühle und Emotionen für das eigene Leben sind. Als ich mich in der Zwickmühle befand, mich für eine Therapie entschieden zu haben, hinter der ich nicht zu 100 % stehen konnte, half mir die Annahme der negativen Gefühle dazu, mit der Situation zurechtzukommen. Paradoxerweise musste ich deswegen meine Entscheidung, die ich aus verschiedenen Gründen so getroffen hatte, nicht revidieren, sondern ich konnte mich mit meiner Entscheidung mehr in Einklang bringen.

Indem ich meine Gefühle und Emotionen annahm, nahm ich mich selbst an, in dieser Situation in der ich gerade war, so wie sie eben war.

Genau genommen ist dieser Schlüsselmoment auch eine Vorbereitung und Grundlage für den nächsten Schlüsselmoment: *Kämpfe!* Um mich nicht selbst versehentlich zu bekämpfen, musste ich zuerst mich selbst annehmen, so wie ich bin, so wie es ist. Im zweiten Schritt konnte ich beginnen, für mich, für mein Selbst, für mein Sein und für mein Leben zu kämpfen. Eine weitere ‚Vorbereitung‘ ist während der Chemozeit und vor allem während meines Aufenthalts in Usbekistan abgelaufen und gegen Ende der Reise ganz deutlich geworden. Sie ist im Hauptthema der Reise bereits notiert. Aus der Frage: *Wer bin ich?* wurde *„Ich bin. Ich bin an einem bestimmten Platz“* (Tagebucheintragung, 12.09.07; siehe Kapitel 6.2.3.).

In Antonovskys Beschreibungen zum starken Kohärenzgefühl findet sich ein direkter Zusammenhang zum Schlüsselmoment. Er geht davon aus, dass sich jeder Mensch seinen persönlichen Lebensbereich selbst definiert. Es muss nicht die gesamte Welt verstehbar, handhabbar und bedeutsam sein, sondern nur der persönliche Lebensbereich, um ein starkes SOC zu besitzen. Für das Kohärenzgefühl *„entscheidend ist, ob es [in diesem persönlichen Lebensbereich, Anm. d. Verf.] bestimmte Lebensbereiche gibt, die von subjektiver Bedeutung für die Person sind“*, schreibt Antonovsky (Antonovsky 1997: 39).

Ob die Grenzen des persönlichen Lebensbereiches weiter oder enger gesteckt sind, ist für das Kohärenzgefühl nicht relevant. Sie dürfen jedoch nicht so eng gezogen sein, dass *„die eigenen Gefühle, die unmittelbaren interpersonellen Beziehungen, seine wichtigste eigene Tätigkeit und existentielle Fragen (Tod, unvermeidbares Scheitern,*

persönliche Fehler, Konflikte und Isolation)“ außerhalb der Grenzen liegen (ebd.). Die eigenen Gefühle sind also lt. Antonovsky sehr bedeutend für ein starkes Kohärenzgefühl, sie zu ignorieren (und somit außerhalb des persönlichen Lebensbereichs zu stellen) würde ein starkes SOC für ihn unwahrscheinlich machen (vgl. ebd.). Somit ist der Schlüsselmoment 4 eine Grundvoraussetzung für ein starkes SOC.

Aus der Sicht der Salutogenese wird mit diesem Schlüsselmoment vor allem die Verstehbarkeitskomponente abgedeckt. Ein gefühlsmäßiger Konflikt bzw. Widerspruch löste sich auf, indem ich den Widerspruch annahm und nicht mehr bekämpfte. Dies stärkte die Handhabbarkeitskomponente, ich konnte mit der Situation wieder umgehen. Die Bedeutsamkeitskomponente wird in dem Sinn gestärkt, dass ich selbst meine Einwände hörte, akzeptierte und integrierte, auch wenn ich ihnen nicht nachgeben konnte und wollte.

8.2.2.5. Analyse SM 5: *Kämpfe!*

Der Schlüsselmoment: *Kämpfe!* betrifft die ganze Behandlungszeit sowie beide Therapiesysteme, denn von beiden wurde er mir vermittelt.

Zu Beginn möchte ich einen wichtigen Punkt festhalten: In der Vor-Analyse schrieb ich in der Zusammenfassung zu SM 5, dass ich mit diesem Schlüsselmoment das Kämpfen FÜR MICH und nicht das Kämpfen gegen andere meine. Ich glaube, dass es in einer sehr gefährlichen Situation bzw. bei großer Verletzung passieren kann, dass ein ‚Rundum-ausschlagen‘ ausgelöst wird, bei dem auch Unschuldige zu Schaden kommen können. (Im übertragenen Sinne passiert das bei der Chemotherapie: alle sich schnell teilenden Zellen werden abgetötet. Dies betrifft die Krebszellen, aber auch z. B. Zellen in den Schleimhäuten und an den Haarwurzeln.) Im FÜR-MICH-kämpfen kann ich jedoch immer noch auf die anderen Rücksicht nehmen.

Nun zur Analyse des Schlüsselmomentes. Ich hatte so gut wie keinen Kampfgeist, als die Krankheit kam, ich sah keinen Sinn im Kämpfen. Aber ohne Kämpfen kein Überleben. Zu kämpfen war für mich eine Voraussetzung, um zu überleben.

In dieser Situation hatte ich zu zwei Therapiesystemen mit der Info ‚Kämpfe!‘ Zugang. Das bedeutet für mich, ich kann darauf vertrauen, dass ich in schwierigen Lebens-

situationen genau die Hilfe (genau die Therapie) ‚bekomme‘, die ich gerade brauche. EINE Therapie wäre ausreichend gewesen. Aber hätte ich nur eine der beiden Therapien gemacht, wäre es nicht so klar gewesen, es wäre mir wahrscheinlich gar nicht aufgefallen. Das ich zwei vollständige Therapien mit ganz unterschiedlichen Zugängen zur Thematik, aber mit derselben Botschaft machen konnte⁴¹, ist für mich der Beweis, dass ich vom Leben genau die Hilfe bekomme, die ich brauche, um mein Problem zu lösen – und diese Erkenntnis ist der eigentliche Schlüsselmoment 5. Es kann mir nichts passieren.

Aus diesem Aspekt heraus stärkt der Schlüsselmoment die Verstehbarkeitskomponente: egal was passiert, meine Zukunft ist sicher. Ich bekomme alles was ich brauche und werde nicht allein gelassen, damit ist auch die Handhabbarkeitskomponente betroffen. Schlüsselmoment 5 stärkt auch die Bedeutsamkeitskomponente, da er dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit entgegenwirkt.

Diese Erkenntnis des Schlüsselmomentes 5 wurde in den vergangenen drei Jahren vom Leben immer wieder geprüft: Nach der Existenzbedrohung Krebs folgte in regelmäßigen Abständen ein finanzielles Desaster und zuletzt parallel zur finanziellen Unsicherheit der Verlust der Wohnung. Immer wieder stand ich vor dem Nichts und immer wieder kam zur richtigen Zeit eine Lösung. Solche existenzbedrohenden Situationen erscheinen mir nun bewältigbar, also handhabbar, einfach nur aus dem Wissen heraus, dass ich darauf vertrauen kann, dass eine passende Lösung kommt. Weil ich es immer wieder erlebt habe. Aber ich muss mich darum kümmern, ganz ohne Eigeninitiative kommt die Lösung nicht, ich muss schon etwas tun.

Dieser Schlüsselmoment 5 ist auch eine Vorbereitung auf den dritten Teil der Analyse: Er hat sich im Laufe der Zeit gefestigt, da ich immer wieder in existenzbedrohende Situationen gekommen bin (im Vergleich zur Diagnose der lebensbedrohenden Krankheit empfand ich jedoch alle weiteren darauf folgenden existenzbedrohenden Situationen als weit weniger gefährlich), in denen er gestärkt wurde.

⁴¹ Um Missverständnissen vorzubeugen, möchte ich hier wiederholen, dass der Krebs nach der Operation aus meinem Körper entfernt war. Alle Therapien, die nach der Operation folgten, arbeiteten vorbeugend. Sie hatten zum Ziel, ein Wiederkommen der Krankheit zu verhindern. Ich machte in Usbekistan keine Krebstherapie, schon alleine deswegen, weil ich zu dem Zeitpunkt keinen Krebs mehr hatte.

8.2.2.6. Ergebnis der Analyse der Schlüsselmomente anhand der Salutogenese

Zusammenfassend ergibt die Analyse der Schlüsselmomente anhand des Konzepts der Salutogenese folgendes Ergebnis: die Arbeitsthese

Ausgangspunkt ist eine Lebenssituation, in der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit extrem niedrig sind. Durch den Schlüsselmoment wird eine bestimmte Erfahrung innerhalb dieser Lebenssituation für mich verstehbar / handhabbar / bedeutsam.

wird in allen fünf Fällen verifiziert. Meist wird eine der Komponenten besonders gestärkt. Die anderen beiden werden auch, aber weniger gestärkt, oder sie werden als Folge der Stärkung der ersten Komponente mitgestärkt (siehe Abb. 3).

	SM 1: <i>Triff BEWUSST Entscheidungen!</i>	SM 2: <i>Kommen Sie mit auf die Reise!</i>	SM 3: <i>There is no cancer in your body!</i>	SM 4: <i>Nimm deine Gefühle u. Emotionen wahr u. an!</i>	SM 5: <i>Kämpfe!</i>
1 Verstärkung Verstehbarkeit	sehr gestärkt	gestärkt	gestärkt, weil Handhabbarkeit gestärkt war	sehr gestärkt	sehr gestärkt
2 Verstärkung Handhabbarkeit	gestärkt	sehr gestärkt	sehr gestärkt	gestärkt, weil Verstehbarkeit gestärkt war	gestärkt, weil Verstehbar- keit gestärkt
3 Verstärkung Bedeutsamkeit wichtigste Komponente	sehr gestärkt	gestärkt	gestärkt, weil Verstehbarkeit gestärkt war	gestärkt	gestärkt

Abb. 3: Tabelle Ergebnisse der Analyse der Schlüsselmomente anhand des Konzepts der Salutogenese.

Die Schlüsselmomente bauen teilweise aufeinander auf, der eine ist die Basis für den nächsten, die zeitliche Abfolge ihres Auftretens spielt eine wichtige Rolle. Ausgehend von der im ersten Analyseteil beschriebenen Annahme, dass durch die Tabula-Rasa-Situation der Diagnose Krebs und die darauffolgende Therapiezeit ein Zeitraum geschaffen wurde, der eine neue Konstruktion des SOC möglich machen würde, wurde anhand des zweiten Teiles der Analyse sichtbar, dass sich im beschriebenen Beispiel alle drei Komponenten für ein starkes Kohärenzgefühl sukzessiv verstärkten.

Ich überprüfte mit Hilfe des SOC-Fragebogens von Antonovsky, ob sich meine persönlichen Ergebnisse im Verlauf der Zeit verändert haben. Leider habe ich in der Zeit der Therapie den Fragebogen noch nicht gekannt, ihn also erst im Juli 2009, als ich

das Konzept kennenlernte, in einem ersten Durchgang ausgefüllt. Im Juli 2010 brachte ein nochmaliges Ausfüllen folgendes Ergebnis: Anstieg des durchschnittlichen SOC um fünf Prozent! Dies stellt für mich ein sehr erfreuliches und motivierendes Resultat dar.

8.2.3. Dritter Teil: Analyse des Ereignisses ‚Schlüsselmoment‘

Was SIND die Schlüsselmomente aus der Sicht des Konzepts der Salutogenese? In diesem dritten Analyseteil wird das Schlüsselmoment-Ereignis analysiert.

Wie bis jetzt herausgefunden, sind es Ereignisse, die zu einer Zeit eintreten, in der Veränderungen des SOC möglich sind (Zeitabschnitt 1) und sie verstärken die drei Komponenten des SOC. Bis zu dem Zeitpunkt, wenn die Wiedereingliederung in das ‚normale‘ soziale Leben stattfindet, sollte daher ein *„Muster von neuen Lebenserfahrungen“* (Antonovsky 1997: 117) entstanden sein, das nachhaltig den Umgang mit den Herausforderungen des Lebens beeinflusst.

Meiner Meinung nach ist dafür nicht unbedingt eine Änderung der Lebensumstände gegenüber denen vor der Erkrankung notwendig. Denn lt. Antonovsky können Menschen mit starkem SOC die vorhandenen Widerstandsressourcen besser oder überhaupt erst nutzen, und starkes SOC wird immer stärker, während schwaches SOC die Tendenz hat, schwächer zu werden (vgl. ebd.: 116f).

Die Schlüsselmomente sind eine Art von generalisierter Widerstandsressource (GRR). Sie schaffen Lebenserfahrungen, *„die durch Konsistenz, Partizipation an der Gestaltung des Outcomes und eine Balance zwischen Überbelastung und Unterforderung charakterisiert sind und auf diese Weise ein starkes SOC verursachen oder verstärken“* (ebd.: 43). Sie können unabhängig vom SOC-Status wirken, da sie in einem Zeitabschnitt 1 auftreten. Sie sind an der Bildung eines Musters für Lebenserfahrungen maßgeblich beteiligt, das bei Eintritt in die Phase, in der wieder uneingeschränkt soziale Verantwortung übernommen werden kann, fixiert wird.

Schlüsselmomente sind intuitive Erkenntnisse, die sich im Prozess der außergewöhnlichen, unsicheren, lebensbedrohenden Zeit einfinden. Um noch mehr über sie herauszufinden, verwende ich die Tabelle der vor-analysierten Schlüsselmomente (siehe Kapitel 8.1.1., Abb. 2). Hierfür sind zwei Punkte besonders interessant: Punkt 3

„Wodurch ist er entstanden, was hat ihn ausgelöst?“ und Punkt 4 „Wer war beteiligt? Habe ich ihn alleine / ohne Hilfe nutzen können?“.

Ich komme zu folgendem Ergebnis: Sie entstehen entweder nur wegen der außergewöhnlichen Situation, oder innerhalb einer Beziehung zu einem oder mehreren Menschen auf Grund der Beziehung. Es sind daher die „sozialen Netzwerke“, welche die generalisierte Widerstandsressource „Schlüsselmoment“ am meisten unterstützen bzw. sogar auslösen.

Theoretisch führt schon allein die Entscheidung, eine Analyse mit den eigenen Schlüsselmomenten zu versuchen, in die SOC-verstärkende Richtung – der Situation wird ein positiver Sinn gegeben (Bedeutsamkeit), man ist der Situation nicht handlungsunfähig und passiv ausgeliefert, man kann etwas tun (Handhabbarkeit) und die Überprüfung des eigenen Fortschritts mit Hilfe des SOC-Fragebogens bringt Erfolgserlebnisse und Motivation (Bedeutsamkeit). Es könnte daher auch die Arbeit mit den Schlüsselmomenten, so wie ich sie hier versucht habe, als GRR bezeichnet werden. Beide hier neu eingeführten GRRs, der Schlüsselmoment und die Arbeit mit den Schlüsselmomenten, sind jedoch spezielle GRRs. Speziell sind sie in dem Sinn, dass sie nur durch die außergewöhnliche Situation – der Krisenzeit der lebensbedrohenden Krankheit – zur Verfügung stehen.

8.2.4. Resümee der dreiteiligen Analyse

Ich gehe für meine Analyse davon aus, dass in einer Situation, wie sie in dieser Arbeit beschrieben ist, eine Stärkung des SOC gewünscht ist und beschreibe anhand von meinem Erlebten eine Möglichkeit, wie die schwierige Zeit einer lebensbedrohenden Erkrankung für die Stärkung des eigenen SOC bewusst genutzt werden könnte. Mein Forschungswerkzeug ist die Methode der Aktionsforschung. Um die hier aufgestellten Thesen und Ergebnisse wissenschaftlich abzusichern, wären zusätzliche qualitative und quantitative Forschungen notwendig, was den Rahmen dieser Arbeit bei weitem sprengen würde.

9. Theoretische Themenfelder innerhalb der Medizinethnologie

In diesem Kapitel wird der medizinethnologische Hintergrund für die vorliegende Arbeit dargelegt. Es befindet sich nach dem Prozess- und Analysekapitel, da die Schwerpunktsetzung aus diesen beiden entstanden ist und immer wieder Rückbezüge angeführt werden. Auch kleine ergänzende Prozessteile sind eingefügt.

Die erste Verortung der Arbeit findet nach einer kurzen allgemeinen Einführung in das Fachgebiet Medizinethnologie⁴² im Medizinpluralismus statt (Kapitel 9.2.), da der erste Teil der Forschungsfrage: *Welche Medizin ist für mich die richtige?* und die Basis für die Arbeit – eine Krankengeschichte, in der zwei Therapien aus verschiedenen Kulturen ineinander verschachtelt angewendet wurden – genau auf dieses Feld verweisen. Im Zuge eines Kategorisierungsversuchs der beiden verwendeten Therapiesysteme kommt es zu einem interessanten Lösungsansatz für die Forschungsfrage (Kapitel 9.2.1.3.).

Die endgültige Antwort auf die Ausgangsfrage ließ sich allerdings auf Grund der Entwicklung des Prozesses der Arbeit in erster Linie in anderen Bereichen der Medizinethnologie finden:

- Im übergeordneten Thema ‚Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit‘, da es im Laufe des Prozesses immer wichtiger wurde (siehe Prozesskapitel 7) und sich letztendlich innerhalb meiner eigenen Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit ein weiterer Lösungsvorschlag für die Forschungsfrage fand.
- In der Behandlung von ‚Krankheit als Übergangszeit‘, da diese Sicht auf die Lebenssituation der Diagnose und Behandlung einer lebensbedrohenden Krankheit für die Analyse der Schlüsselmomente eine Ausgangsbasis bildet.

Die theoretischen Einführungen zu den beiden Themenbereichen finden sich in den Kapiteln 9.3. und 9.4.

⁴² Die Kulturanthropologin und Soziologin Katarina Greifeld hat sich im medizinethnologischen Einführungswerk *Ritual und Heilung* für den allgemein gültigen Begriff ‚Medizinethnologie‘ entschieden (vgl. Greifeld 2003: 12). In Anlehnung daran wird dieser Begriff auch hier weiterhin verwendet.

Andere ethnologische bzw. medizinethnologische Themenfelder, wie z. B. Identität und Biomedizin aus anthropologischer Sicht, die ebenfalls hereingreifen, werden nicht behandelt.

Da die Arbeit fächerübergreifend aufgebaut ist, wird am Ende dieses Kapitels darauf eingegangen, auf Grund welcher Aspekte sie dem Fachgebiet der Kultur- und Sozialanthropologie bzw. der Medizinethnologie zugeordnet werden.

9.1. Kurze Einführung in die medizinethnologische Forschungsgeschichte

Die medizinethnologische Forschung beschäftigt sich grundsätzlich mit verschiedenen Konzepten zu ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ (vgl. Greifeld 2003: 20), dem Thema ist weiter unten ein eigenes Kapitel gewidmet.

Zu Beginn, in den 70er und 80er Jahren des 20. Jahrhunderts, konzentrierte sich das Interesse der Fachrichtung, meist im Rahmen der ‚Ethnomedizin‘, auf außereuropäische Medizinsysteme (vgl. ebd.: 17). Die Forschungsthemen behandelten u. a. ‚Schamanentum‘, ‚Heilerpersönlichkeiten‘, ‚kulturspezifische Syndrome‘, ‚Heilrituale‘, ‚materielle Heilpraktiken‘ und ‚Heilmittelanwendungen‘ (vgl. ebd.: 20ff). Später wurde auch das eigene Gesundheitssystem Thema und dabei die Biomedizin als „*gleichfalls voller kultureller Setzungen*“ entlarvt (ebd.: 17). In den 90er Jahren stieg das Interesse an Körper und Körperlichkeit. Arbeitsfelder wie ‚Reproduktionsmedizin‘, ‚Geburt‘, ‚Stillen‘, ‚Beschneidung‘, ‚Organtransplantation‘ und ‚HIV/AIDS‘ entstanden (vgl. ebd.: 18, 33). Auch ‚Erkrankung und Migration‘ (vgl. ebd.: 30), genauso wie ‚Anthropology in Public Health‘, stellen wichtige aktuelle Arbeitsgebiete dar. Weiters entstanden Arbeitsgruppen zu den Themen ‚Applied Medical Anthropology‘, ‚Critical Medical Anthropology‘ und ‚Komplementäre und Alternative Medizinsysteme‘.

9.2. Einführung in die Forschungsgeschichte des Medizinpluralismus

Gemäß der Geschichte der Medizinethnologie beschäftigten sich die ersten Forschungen zum Thema Medizinpluralismus mit außereuropäischen Gesellschaften (vgl. Greifeld 2003: 17). Später wurde auch der Medizinpluralismus im europäischen bzw. nordamerikanischen Raum Forschungsthema.

Unter Medizinpluralismus bzw. ‚Synkretismus des Heilens‘ versteht man „*das Zusammenwirken verschiedener medizinischer Systeme*“ (ebd.: 31). Heiler/innen und ihre Klienten/innen reagieren auf neue Möglichkeiten und stellen sich Kombinationen zusammen, die sie als für sie brauchbar erachten (vgl. ebd.).

Im ersten Paradigma der Erforschung des Medizinpluralismus⁴³ sprach man von einer Rangfolge, in der verschiedene Medizinsysteme beansprucht würden (vgl. Greifeld / Schmidt 2003: 118). Seit den frühen 1980er Jahren geht man davon aus, dass „*es auf die Art der Erkrankung ankommt, auf die Erfahrung der Patienten mit dem einen oder anderen Medizinsystem und es hängt ab von der Erreichbarkeit (also Kosten, räumliche Entfernung, Bildungsdistanz) der Heiler bzw. der Ärzte, ob die eine oder andere Form der Behandlung gesucht und angewendet wird*“ (ebd.).

9.2.1. Wichtige Konzepte zum Medizinpluralismus

Zwei Medizinethnologen, deren Konzepte im Forschungsfeld Medizinpluralismus eine wichtige Rolle spielen, sind Arthur Kleinman und John Janzen. Im Folgenden werden ihre Konzepte kurz vorgestellt. Anschließend daran gehe ich auf die Sichtweise zum Medizinpluralismus aus der Biomedizin heraus ein, da dies in der Krankengeschichte, die in der Arbeit verwendet wurde, Ausgangsposition war und für die Lösung der Forschungsfrage eine Rolle spielt.

9.2.1.1. Konzepte aus der Sicht der Medizinethnologie

Arthur Kleinman war einer der ersten, der sich umfassend mit der Situation der Patienten/innen beschäftigte. Seine 1980 erschienene Studie *Patients and Healers in the context of culture* „[...] gilt als exemplarischer Klassiker im Bezug auf Medizinpluralismus, der weit über dessen Schwerpunkt – China – hinausweist“ (Greifeld / Schmidt 2003: 118).

Kleinman entwickelte das *health-care-system*, welches die Beschreibung der Kernfunktionen eines Medizinsystems (*core clinical functions*) und ein Erklärungsmodell (*explanatory model*) enthält (vgl. Gaugusch-Unger 2005: 68f). „*Sein explanatory model unterscheidet drei Typen, die des Arztes, des Heilers und des Kranken mit seiner Familie, die die Erkrankung auf je unterschiedliche Weise interpretieren*“ (Greifeld 2003: 13). Im *health-care-system* bezieht er in ein Gesundheitssystem sowohl einen

⁴³ Ich beziehe mich hier auf einen Forschungstext über Süd- und Mittelamerika.

professionellen Sektor (institutionalisierte und legalisierte Medizin, z. B. im Westen die Biomedizin), als auch einen volksmedizinischen Sektor (Spezialisten wie z. B. Masseur/innen, Astrologen/innen, Geistheiler/innen, Schamanen/innen) und einen Laiensektor (z. B. Selbstbehandlung in der Familie, Hausmittel) ein, wobei sich alle Sektoren überschneiden (vgl. Gaugusch-Unger 2005: 68f).

John M. Janzen unterscheidet in seinem Werk *The Social Fabric of Health* drei verschiedene Formen des Medizinpluralismus:

1. *Asymmetrischer Pluralismus*, in dem einer institutionalisierten, legalen, offiziellen Medizin eine alternative Medizin, die inoffizielle und peripher ist, gegenübersteht.
2. *Symmetrischer Pluralismus*, in dem sich die Repräsentanten verschiedener medizinischer Traditionen in der Gesellschaft gleichwertig gegenüberstehen.
3. *Thematischer Pluralismus*, in dem verschiedene Therapien mit unterschiedlichen Traditionen und Wurzeln gleichwertig in EIN Medizinsystem integriert werden. Dieser Pluralismus könnte als ‚medizinischer Synkretismus‘ bezeichnet werden (vgl. Janzen 2002: 233-235).

Grundsätzlich erkennt Janzen in jeder Art von Medizin Pluralismus (vgl. ebd.: 236).

9.2.1.2. Medizinpluralismus aus der Perspektive der Biomedizin

Aus Sicht der Biomedizin, die mit *Evidence Based Medicine*, also mit ‚auf Gewissheit basierender Medizin‘ arbeitet, wird in Europa folgendermaßen mit Einflüssen aus anderen Therapiesystemen umgegangen: Es wird zwischen komplementären und alternativen Methoden unterschieden. Der Inhaber des Lehrstuhls für Komplementärmedizin an der Universität Exeter in Großbritannien, Edzard ERNST führte die gemeinsame Abkürzung KAM⁴⁴ ein (vgl. ERNST 2004: 6).

Als komplementäre Methoden werden Therapien bezeichnet, die wissenschaftlich abgesicherten Prüfungsverfahren (Doppelblindstudien, klinische Studien, standardisierte statistische Untersuchungsmethoden) standgehalten haben und dann zusätzlich zur westlichen Schulmedizin, meist in Absprache, angewendet werden. Beispielsweise bieten privat ordinierende Ärzte/innen in komplementärmedizinischen Praxen ergänzende Therapien bzw. Maßnahmen zur biomedizinischen Behandlung an. Als alternative

⁴⁴ Komplementäre und alternative Medizin.

Methoden werden Methoden und Therapien bezeichnet, die ANSTATT der Biomedizin verwendet werden. Mit alternativen Heilmethoden sind also jene gemeint, die ausschließlich verwendet werden, ohne die Biomedizin hinzuzuziehen (vgl. ebd.).

9.2.1.3. Medizinpluralismus in der in dieser Arbeit verwendeten Biografie und meine eigene Sichtweise dazu im Prozess

Wie in Kapitel 2 dieser Arbeit beschrieben, hatte ich mich bereits vor der Erkrankung im Zuge meines Studiums der Ethnologie intensiv mit der Situation von komplementären und alternativen Methoden in Bezug zur Biomedizin in Österreich auseinandergesetzt und dabei stark getrennte Lager wahrgenommen. Mit diesem Vorwissen ging ich in die Erfahrung der Diagnose und Therapie von Krebs und erlebte die Situation der Kombination der Therapiesysteme so, wie sie im biografischen Teil beschrieben ist.

Aus dieser Position heraus würde ich die beiden Therapiesysteme folgendermaßen zuordnen: Die Biomedizin mit ihren integrierten komplementären Methoden (z. B. Vitamininfusionen) war das bei Beginn der Krankheit gewählte Therapiesystem. Das Therapiesystem innerhalb der Orientalischen Medizin in Usbekistan war dazu eine alternative Methode, da sie nicht die wissenschaftlich abgesicherten Prüfverfahren der Biomedizin durchlaufen hatte und auch nicht in gegenseitiger Absprache (Biomedizin und Orientalische Medizin) stattgefunden hat.

Im Zuge der Erarbeitung der Theorie zum Medizinpluralismus fand ich zu einer neuen Betrachtungsweise bei den Zuordnungen, die meiner Meinung nach der medizinethnologischen Sichtweise, so wie sie beispielsweise die Medizinethnologin Katarina Greifeld vertritt, näherkommt, da sie weniger trennt. Greifeld weist auf die Gefahr hin, ein Medizinsystem, sei es ein sogenanntes traditionelles oder die Biomedizin, als abgeschlossenes System zu betrachten. *„Dies geht auf eine schablonisierte Wahrnehmung zurück“*, schreibt sie, *„die das Eigene erkennt und das andere als fremd zurückweist und verkennt – eine Sichtweise, die heute nicht mehr denkbar ist“* (Greifeld 2003: 14).

Zurück zu den beiden Begriffen ‚komplementär‘ und ‚alternativ‘. Der Physiker Karl W. Kratky definiert in seinem Buch *Komplementäre Medizinsysteme – Vergleich und Integration*, dass *„alternativ im Sinne von ‚entweder – oder‘ zu sehen ist: Man wählt zwischen Alternativen und entscheidet sich dann für das eine oder das andere. [...]“*

Komplementärmedizin bedeutet hingegen eine gegenseitige Ergänzung (sowohl – als auch), allerdings nicht unbedingt im Sinn der Gleichzeitigkeit. Es ist auch möglich, zwischen zwei Therapiemethoden zu pendeln“ (Kratky 2003: 27).

Aus dieser Sicht heraus würde ich in Bezug auf meine Therapiezeit zwar weiterhin die Biomedizin als das bei Beginn der Krankheit gewählte Therapiesystem bezeichnen, die INTEGRIERTEN komplementären Methoden (z. B. Vitamininfusionen) gehörten dabei meiner Meinung nach zur Biomedizin und wurden aus ihrer Sicht heraus angewendet. Das Therapiesystem innerhalb der Orientalischen Medizin in Usbekistan war aber nun dazu eine KOMPLEMENTÄRE Methode, da die Methoden ineinander verschachtelt und sich gegenseitig ergänzend angewendet wurden. Der vermittelnde Teil zwischen den beiden Therapiesystemen aus den verschiedenen Welten war ich selbst. Dies setzte ein bestimmtes Maß an Eigenverantwortung voraus, das ich so gut wie möglich einbrachte, was mir einmal mehr, einmal weniger gut gelang.

So gesehen sitze ich nicht mehr zwischen zwei Stühlen, sondern kann aus dem Vollen schöpfen! Für dieses Idealergebnis habe ich eine große Portion Eigenverantwortung hinzugefügt und trennende Aspekte zwischen den Vertretern der Therapiesysteme ausgeblendet. Diese neue Sichtweise beinhaltet für den ersten Teil der Forschungsfrage: *Welche Medizin ist für mich die richtige?* folgenden Lösungsansatz:

Die KOMBINATION ist für mich die richtige Medizin, Eigenverantwortung spielt dabei eine große Rolle.

9.2.2. Weitere aufgedeckte Sichtweisen

Auch das folgende Unterkapitel, das ich schon sehr früh im Prozess der Arbeit verfasst habe, ist von meiner Sichtweise, von der ich mich auch in der Rolle der Forscherin nicht ganz distanzieren kann, geprägt. Das ist nicht negativ gemeint, sondern soll darauf aufmerksam machen, dass es kein Problem ist, solange ich es bewusst mache. Da sich im Prozess der Arbeit meine Sichtweise zur Biomedizin verändert hat, bemerkte ich dies. So schreibt auch Greifeld, wenn sie in ihrer medizinethnologischen Einführung zu Kleinmans Akzentsetzung bei seinem Erklärungsmodell ergänzt: *„Zu bedenken ist dabei, dass Kleinmans Modell der Tradition der Modernen Medizin folgt – vermutlich, weil Kleinman Mediziner ist. Dies soll nicht als Abwertung verstanden werden, sondern nur als ein erster Hinweis darauf, dass unsere Denkmöglichkeiten von unseren*

*Erfahrungen beeinflusst und begrenzt werden“ (Greifeld 2003: 13). Das gesamte Prozesskapitel 7 beschäftigt sich in vielen Punkten mit diesem Thema, besonders aber im Kapitel 7.8. *Meine eigene Denkweise prägt alles, was ich mache.**

9.2.2.1. Diskussion zur Entwicklung des Medizinpluralismus im Westen

Der angeregten Diskussion um komplementäre und alternative Methoden nach zu schließen, verändern sich auch bei uns im Westen die menschlichen Bedürfnisse bezüglich Medizin bzw. werden Defizite sichtbar. Der Sinologe und Medizinhistoriker Paul Unschuld beispielsweise geht davon aus, dass die Technik der Biomedizin (Apparatemedizin) von den Patienten/innen zunehmend als bedrohlich angesehen wird, was Ängste schuf, die zu Alternativen wie z. B. der TCM drängen (vgl. Unschuld 2003: 267f). Auch die Spezialisierung der Biomedizin auf die körperliche Ebene, die eine Vernachlässigung der geistigen und seelischen Ebene mit sich brachte, könnte der Grund für ein entstandenes Defizit bzw. Ungleichgewicht sein. Denn nachdem Mitte des 19. Jahrhunderts die alte europäische, empirisch forschende Medizin in der ‚naturwissenschaftlichen Wende‘⁴⁵ von der ‚modernen Medizin‘ abgelöst wurde, ging auch die ganzheitliche Betrachtungsweise vom Menschen mit ihr verloren. Die neue Medizin, heute Biomedizin genannt, gewinnt ihr Wissen aus angewandten Erkenntnissen, die als naturwissenschaftlich nachgewiesen werden müssen (vgl. Gaugusch-Unger 2005: 8).

Vom Medizinpluralismus geht es nun weiter zum nächsten für diese Arbeit relevanten medizinethnologischen Thema – zur Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit.

9.3. Medizinethnologischer Themenbereich für das Prozesskapitel:

Gesundheit und Krankheit bzw. Wohlbefinden und Missbefinden

Die Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit stellt ein zentrales Thema in dieser Arbeit dar, da diesbezüglich verschiedene Sichtweisen thematisiert werden. Das betrifft sowohl die unterschiedlichen Sichtweisen der beiden verwendeten Therapiesysteme, die Sichtweise des für die Analyse verwendeten theoretischen Modells der Salutogenese, als auch die subjektive biografische Sichtweise, die in der Arbeit einem Prozess unter-

⁴⁵ Mit der Einführung vom Kartesischen Dualismus des Philosophen René Descartes kam es zur Trennung von Körper und Geist, davor wurde vom Zusammenwirken beider ausgegangen (vgl. Greifeld 2003: 17).

worfen wird. Mit diesem Kapitel versuche ich, einige theoretische Aspekte und Standpunkte aus der Medizinethnologie einfließen zu lassen, wobei es vor allem um die Definition der beiden Begriffe Gesundheit und Krankheit geht.

Greifeld erklärt in ihrer Einführung in die Medizinethnologie, dass hier das „*Konzept des medizinischen Systems*“ beforscht wird (Greifeld 2003: 13). Dieses Konzept weist über ein naturwissenschaftliches Verständnis hinaus, denn „*in jeden Körper ist Kultur miteingeschrieben, so dass Krankheit nicht nur ein biologisches Faktum basierend auf Dysfunktionen von Körperteilen ist, sondern vielmehr ein breites Geflecht auch philosophischer Vorstellungen über einen Bestzustand – was wir dann leichthin als Gesundheit bezeichnen*“ (ebd.). Und hier liegt auch gleich das Problem des Definierens von Gesundheit und Krankheit. Je nach Auffassung einer Kultur oder Subkultur variiert, was als ‚gesund‘ gilt und was nicht, was zu unzähligen Definitionen führte. „*Wenn Leib und Seele anders konzipiert werden, entsprechend einer anderen Philosophie, einem anderen Weltbild, dann stimmen alle diese Definitionen nicht mehr*“, schreibt Greifeld (ebd.: 21). Der Medizinhistoriker Eduard Seidler rät zur Verwendung der Bezeichnung „*Befindensweisen [...] die primär subjektiv erlebt werden*“ (ebd.). Mit dem Begriffspaar „*Wohlbefinden / Missbefinden*“, fährt er fort, könnte den kulturspezifischen Sichtweisen Rechnung getragen werden, weil sie jeweils von ihnen „*mit Inhalten gefüllt werden können*“ (ebd.).

9.3.1. Zur Definition des Begriffs ‚Gesundheit‘

Wie soeben dargelegt wurde, ist es innerhalb der Medizinethnologie von Nachteil bzw. fast unmöglich, die Begriffe Gesundheit und Krankheit fix zu definieren.

Die Beschäftigung mit der Weiterentwicklung des Konzeptes der Salutogenese hat jedoch ergeben, dass sich dadurch für die empirische wissenschaftliche Arbeit der Gesundheitswissenschaften große Probleme ergeben. Im Theorieteil zur Salutogenese ist dem Thema *Umgang mit dem Gesundheitsbegriff* ein eigenes Kapitel (5.2.6.1.) gewidmet. Darin stellte sich heraus, dass für eine empirische Absicherung, ob das Kohärenzgefühl eine Auswirkung auf die Gesundheit hat, eine Definition, was Gesundheit ist, notwendig wäre. Da Antonovsky dies unterlassen hat, halfen sich manche Autoren von empirischen Studien damit, jeweils für ihre Studie eine Definition anzugeben. Eine dieser Definitionen lautet beispielsweise: „*Gesundheit, begriffen als*

Ausdruck einer individuellen Lebensgeschichte, als Ergebnis einer tätigen Auseinandersetzung mit den inneren Bedürfnissen und der sozialen Lebenswelt, verweist auf die Verfügbarkeit und Nutzung von gesundheitsschützenden Ressourcen“ (Straus / Höfer 2006: 115).

Auch das nächste Kapitel geht auf das ‚Gesundsein‘ und ‚Kranksein‘ ein, indem es sich sowohl mit der Trennung der beiden Zustände als auch mit einer Kontinuum-Sichtweise dazu beschäftigt.

9.4. Medizinethnologischer Themenbereich für das Analysekapitel:

Krankheit als Übergangszeit

Nachdem das vorhergehende Unterkapitel den medizinethnologischen Rahmen für das Prozesskapitel abgab, stellt dieses einen Rahmen für die Analyse mit dem Konzept der Salutogenese dar. Während der Erarbeitung der Analyse wurde klar, dass sich das Thema ‚Krankheit als Übergangszeit‘ als medizinethnologischer Bezug gut hinzufügt.

Davor aber pendelte ich zwischen diesem und der Kontinuum-Sichtweise hin und her, unschlüssig, wie ich meine Arbeit diesbezüglich theoretisch ausrichten sollte. Als Einleitung wird dieser Prozess dokumentiert (Kapitel 9.4.1.), der vor allem deshalb wichtig ist, da mir in der Therapiezeit beide Sichtweisen (Übergangszeit und Kontinuum) geholfen haben, mit meiner Lebenssituation klarzukommen. Einerseits fühlte ich mich durch die Krankheit und Schwäche vom sozialen Leben getrennt und ausgeschlossen, was ich durch verschiedene Aktivitäten (Univorlesungen, Prüfungen, die Reise, ein Fotoshooting, Kinobesuche, ...) – also eine Kontinuum-Denkweise – auszugleichen versuchte, andererseits brachte mir die Erkenntnis, in einer Übergangszeit zu sein, eine beruhigende innere Erklärung für den ‚seltsamen‘ Zustand, in dem ich mich befand.

In Kapitel 9.4.2. gebe ich eine Einführung zur medizinethnologischen Theorie bezüglich Krankheit als Übergangszeit. Auch ein Umgang mit chronischen Krankheiten wird dabei besprochen. Immer geht es dabei um die soziale Rolle der erkrankten Person, die nie als autonomes Individuum gesehen wird (vgl. Janzen 2002: 126). Während dann im Kapitel 9.4.3. die in 9.4.1. aufgeworfenen Fragen beantwortet werden, erklärt das darauf folgende Kapitel, warum die Theorie der liminalen Phase meiner Meinung nach für die

Analyse der Schlüsselmomente passend ist. Dies führt zum letzten Unterkapitel, Kapitel 9.4.5., welches auf Ethnologen/innen eingeht, die ihre eigene Erkrankung zu ihrem Forschungsthema machten. Als roter Faden zieht sich auch hier das Thema der sozialen Trennung bzw. Integration durch die Texte.

9.4.1. Ein Prozessexkurs: Krankheit als Übergangszeit vs. Gesundheit / Krankheit als Kontinuum

In Kapitel 9.3. wurde gefragt, was Gesundheit ist. Es stellte sich heraus, dass eine allgemein gültige Definition aus verschiedenen Gründen sehr schwierig ist. Dieses Prozesskapitel schließt an eine solche Frage an und stellt in den Raum: Ist die Zeit der Krankheit von der Zeit der Gesundheit getrennt zu betrachten oder ist das Leben, wie Antonovsky vorschlägt, ein Gesundheits-Krankheits-Kontinuum?

Mit der Diagnose begann für mich eine sehr krankheitsorientierte Zeit. Mit nichts anderem konnte ich mich beschäftigen. Ich ging, wenn auch in eingeschränktem Maß, weiterhin zur Uni, doch in allen Arbeiten befasste ich mich mit meiner neuen Lebenssituation – ich war nicht fähig, meine Aufmerksamkeit irgendetwas anderem zuzuwenden. Das Ereignis der Erkrankung war so groß, dass es mich voll in seinen Bann zog. Ab der Diagnose drehte sich für mich in den darauf folgenden Jahren alles nur mehr um meine Erkrankung und deren Bewältigung.

Dieser Denkweise setzt Antonovsky in seinem Kapitel ‚Geschichte und Krankheit‘ entgegen, den Fokus nicht auf die Pathologie, sondern auf *„den Menschen mit einem bestimmten medizinischen Problem“* zu richten (Antonovsky 1997: 23). Er überlegt, was man dem Beschäftigten mit der Krankheit entgegensetzen könnte, um die ‚Ent-Gesundung‘ zu verstehen, und schreibt: *„Der Pathogenetiker wird zu einem beschränkten Spezialisten für eine bestimmte Krankheit, anstatt dass er ein Verständnis von Ent-Gesundung gewinnen würde, ganz zu schweigen von Gesundheit (Verweis auf das Original: disease / dis-ease / health ease). Er mag von dieser Krankheit leben, essen, atmen und träumen; er lernt nichts, liest nichts und redet von nichts anderem als dieser Krankheit“* (ebd.: 24). Dieser Text leitete bei mir eine Erkenntnis ein: Als ich ihn las, realisierte ich, dass mein Fokus die ganze Zeit auf die Krankheit gerichtet gewesen war, während mir der Fortgang meines Lebens unvorstellbar schien. Ich konnte mir keine Zukunft vorstellen, ich wagte nicht einmal an eine Zukunft zu denken.

Im Zuge der Erarbeitung der medizinethnologischen Literatur stieß ich auf John Janzen und sein Werk *The Social Fabric of Health*, in dem vorgeschlagen wird, eine Krankheitszeit als Übergangszeit zu sehen: „*The onset of illness, for example, may be marked by the same symbols as those used in a major transition; indeed, illness is often symbolized as a rite of passage out of which one might hope to pass back into society*“ (Janzen 2002: 135). Der Text gab mir Mut, denn er erklärte mir meine Situation, die der Krisenzeit. Ich notierte in meinem Forschungstagebuch: „*Als ich Janzen durcharbeitete, hatte ich die beruhigende Erkenntnis, dass ich in einer Übergangszeit war und noch immer bin. Eine Last fiel von mir ab. Ich BIN in einer Übergangszeit! Eine Übergangszeit ist IMMER schwierig, daher kann es jetzt nicht leicht sein. Eine Übergangszeit (Krisenzeit) ist nicht ohne Helfer/innen zu schaffen. Es gibt immer Helfer/innen, Heiler/innen, Lehrer/innen, die einen durchführen. Man ist nie allein in einer Übergangszeit. Durchgehen muss man allerdings selbst*“ (Tagebucheintragung, 15.07.09). Ich hatte nun vor, den medizinethnologischen Teil der Arbeit auf dieses Thema auszurichten.

Kurze Zeit später fand ich heraus, dass sich dieser Schwerpunkt mit der Denkweise der Salutogenese widersprach. In einem Kontinuum gibt es vielleicht eine Übergangszeit, aber keinen Abschluss. Ohne das Abschließen der Übergangszeit ist jedoch keine Rückkehr ins ‚normale‘ Leben möglich! Und wann wird die Übergangszeit bei einer chronischen Erkrankung abgeschlossen? Der offizielle Abschluss meiner ‚Übergangszeit‘ (Therapiezeit) erfolgte mit der Beendigung der Therapien. Allerdings fühlte ich mich zu dem Zeitpunkt kranker und schwächer als je zuvor und keineswegs wieder in die Gesellschaft integriert. So schrieb ich im biografischen Teil: „*Am 17. Dezember erfolgte die letzte Bestrahlung. Damit war ich biomedizinisch austherapiert. Leider war ich alles andere als euphorisch zu diesem Zeitpunkt (was ich eigentlich hätte sein können, denn ich hatte den Krebs ‚besiegt‘!), sondern extrem geschwächt und verzweifelt. Ich fühlte mich allein und in Ungewissheit zurückgelassen [...]. Es plagte mich die Erkenntnis, nie wieder gesund zu sein – denn niemand konnte mir sagen, ob die Behandlungen etwas geholfen hatten und ob ich wieder normal weiterleben konnte*“ (S. 61, siehe Kapitel 6.2.4.). Sehr langsam kehrte in den darauf folgenden Jahren meine Kraft zurück. Erst Anfang 2010 konkretisierten sich wieder Zukunftswünsche und Zukunftspläne. Ich hatte das Problem, dass meine Welt aus den Angeln gehoben

worden war, ohne dass ich (m)eine neue Lebensrolle für ‚danach‘ erkennen konnte. Schließlich wurde mir klar: *„Heute weiß ich, ich bin eine andere geworden, es wird nie wieder so sein wie vor der Erkrankung. Nun ist es meine Aufgabe, meine neue Rolle im Leben zu definieren. Das schwierige dabei ist, es gibt keine Anleitung, keinen vorgegebenen Weg der nach dieser Übergangszeit kommt. Ich muss ihn selbst herausfinden und definieren. Ich muss ihn selbst formen und entscheiden. Ich selbst habe die Wahl“* (Tagebucheintragung, 30.03.10).

Nach der nun folgenden ethnologischen Theorie werden in Kapitel 9.4.3. einige der aufgeworfenen Fragen aus der Theorie heraus beantwortet.

9.4.2. Krankheit als Übergangszeit in der medizinethnologischen Literatur

Die Sichtweise von Krankheit als Übergangszeit basiert auf der Erforschung der großen Übergangsriten im Lebenszyklus des Menschen (z. B. Geburt, Adoleszenz, Heirat, Elternschaft, Tod), mit denen sich der französische Ethnologe und Volkskundler Arnold van Gennep in seinem Werk *Les rites de passage* (1909/1981) befasst hat. Übergangsriten sind für Ethnologen/innen besonders interessant, da die Werte und Übereinkünfte innerhalb einer Gesellschaft in diesen Feiern und Ritualen sehr gut zu erkennen seien, schreibt Janzen (vgl. Janzen 2002: 127f).

Van Gennep vergleicht das Leben eines Menschen mit einem Gang durch ein Haus, in dem jeder Raum für eine Lebensphase steht. Um in den nächsten Raum zu kommen, muss man die Schwelle zwischen den Räumen übertreten, genauer gesagt aus dem einen Raum heraustreten, die Schwelle überwinden und in den neuen Raum eintreten. Daher teilt er Übergangsriten in drei Phasen: in die Trennungsriten (Ablösungsphase), die Schwellen- bzw. Umwandlungsriten (Zwischenphase) und die Angliederungsriten (Reintegrationsphase) (vgl. Van Gennep 1986: 29). In der Ablösungsphase wird die Person von ihrem bisherigen Lebensumfeld und Peers getrennt. In der Zwischenphase begibt sie sich in einen gefährlichen Bereich, eine Art Niemandsland. Die Person ist nicht mehr das, was sie einmal war, und auch noch nicht das, was sie im nächsten Raum sein wird. Van Gennep bezeichnet diese Phase auch als liminale Phase. Sie wird als sehr gefährlich bezeichnet, da das Alte ungültig wird und eine Desorientierung, ein Gefühl des Verlustes eintritt. Auf diese Phase folgt die Reintegrationsphase. Die Person kehrt

in die Gesellschaft zurück, aber mit einem neuen Status bzw. einer neuen Rolle (vgl. Janzen 2002: 128).

Ein Übergangsritus wird oft mit Sterben und Wiedergeburt assoziiert. Der Nutzen eines Übergangsrituals findet sich vor allem in der sozialen Anerkennung und Akzeptanz des Vorgangs, was den Wandel und den Verlust für die Person leichter erträglich macht, da das Ereignis mit den anderen geteilt wird (vgl. ebd.: 129).

9.4.2.1. Kranksein als liminale Phase

In der Ritualisierung von Übergangsriten und Krankheiten gibt es große Ähnlichkeiten (vgl. Janzen 2002: 127f). Das bedeutet, auch bei anderen schwerwiegenden Lebensereignissen und Krisen zeigen sich in einer Gesellschaft ähnliche Muster im Umgang damit wie in Übergangsriten (vgl. ebd.: 135).

Auf eine Erkrankung können die Phasen eines Übergangsrituals folgendermaßen angewendet werden: Die Bekanntgabe des ‚sich Krankfühlers‘ bzw. der Zeitpunkt der Diagnose ist die Ablösungsphase. Die Zeit der Therapien, die oft mit der Verminderung bzw. Aufhebung der sozialen Aufgaben einhergeht, wird zur Zwischenphase und die offizielle Bekanntgabe des ‚sich wieder Wohlfühlens‘, das ‚Gesundschreiben‘ durch den/die Arzt/Ärztin und das Begrüßen durch die anderen, das wieder ‚Zurück‘ zu sein, stellt die Reintegrationsphase dar (vgl. ebd.: 144).

Für den/die Medizinethnologen/in ist hier vor allem der liminale Zustand interessant, der einer Person nicht nur bei Krankheit, sondern auch in widersprüchlichen, paradoxen und schmerzhaften Lebensbedingungen sowie bei chronischer Krankheit von der Gesellschaft auferlegt wird. Vor allem, wenn der Ausgang für den/die Betroffene/n ungewiss ist, reagiert die Gesellschaft auf dessen/deren Gefühle (Angst, Ambivalenz) mit der Ritualisierung dieser Gefühle, wobei der/die Betroffene in eine Art liminale Position gedrängt wird (vgl. ebd.: 135, 138). Der Ethnologe Victor Turner fand heraus, dass solche Ereignisse bei der betroffenen Person zu einer dauerhaften Veränderung der Identität führen können. Die Basisidentität bleibt jedoch erhalten (vgl. ebd.: 138, 146). Der erste Schritt z. B. bei einer chronischen Erkrankung aus der liminalen Phase heraus ist die Akzeptanz des neuen Zustandes als neue (zusätzliche) Identität. Diese Leidensidentität wird als eine eigene Form der sozialen Identität angesehen. Als Beispiel wird die Selbsthilfegruppe ‚Anonyme Alkoholiker‘ genannt, deren Mitglieder mit dem Satz

„Ich bin Alkoholiker/in.“ die Rehabilitation beginnen. In diesem Schritt werden sie durch die anderen Mitglieder, die in einer ähnlichen Lage sind, gestärkt und unterstützt (vgl. ebd.: 146, 148). Turner erkannte den heilenden Aspekt dieser Vorgehensweise bei einer Feldforschung in den 1960er Jahren in der südlichen Savanne Afrikas. In einer dort lebenden Gruppe wurden Versammlungen von deren Mitgliedern, die sich mit demselben Leid herumschlugen (Krankheit, Jagdunglück, ...) von bestimmten Trommelrhythmen und Tänzen begleitet. Diese Trommeln wurden von damaligen Forschern „*drums of affliction*“ genannt, die Rituale „*cults of affliction*“ (ebd.: 146). Dieses Ritual holt die Leidenden aus ihrem ständigen liminalen Zustand heraus und gliedert sie einer sozial anerkannten Gruppe mit einem bestimmten Status an, deren Mitglieder und Verwandte sich gegenseitig dauerhaft unterstützen (vgl.: ebd.). In seinen späteren Arbeiten generalisierte Turner seine Forschungsergebnisse, um sie für Gesellschaften auf der ganzen Welt nutzbar zu machen (vgl.: ebd.).

9.4.3. Beantwortung der Fragen aus Kapitel 9.4.1.

In Kapitel 9.4.1. stellte ich folgende Fragen in den Raum: *Ist die Zeit der Krankheit von der Zeit der Gesundheit getrennt zu betrachten oder ist das Leben, wie Antonovsky vorschlägt, ein Gesundheits-Krankheits-Kontinuum? In einem Kontinuum gibt es vielleicht eine Übergangszeit, aber keinen Abschluss dieser Übergangszeit. Ohne das Abschließen der Übergangszeit ist jedoch keine Rückkehr ins ‚normale‘ Leben möglich! Wann wird die Übergangszeit bei einer chronischen Erkrankung abgeschlossen?*

Zusammengefasst möchte ich diese Fragen auf Grund der Literatur und der dargelegten Beispiele folgendermaßen beantworten: Beide Vorschläge (Kontinuum und Übergangszeit) sind gültig, denn es sind zwei unterschiedliche Sichtweisen auf eine bestimmte Situation und deren Bewältigung. Sie widersprechen sich nicht und sind meiner Meinung nach in der Kombination am Hilfreichsten. Wichtig ist dabei nur, dass der Prozess des Lebens nicht gebremst wird. Denn mir ist es passiert, dass ich in der alleinigen Beschäftigung mit der Krankheit auf diese fokussiert habe und dabei auf das Danach vergaß, auf meine Reintegration.

Dazu nähere Erläuterungen: In Bezug auf die Rolle des erkrankten Menschen im sozialen Gefüge wird in der oben behandelten Literatur festgehalten, dass durch die Erkrankung eine liminale Phase eintritt, die einen veränderten sozialen Status bzw. den Zustand, keinen sozialen Status zu haben, beinhaltet. Wenn sich dieser Zustand aus

irgendwelchen Gründen (z. B. chronischer Erkrankung) nicht mehr rückverändert, kann ein spezielles Ritual eine Wiedereingliederung in das soziale Gefüge mit einer neuen Identität bewirken. Der Zustand der Liminalität als Übergangsphase ist sinnvoll, da der alte Zustand aufgehoben wird. Trotz der darin auftretenden Probleme und Schwierigkeiten hat die liminale Phase eine bestimmte, wichtige Funktion im Leben des Menschen. Das Um und Auf ist jedoch die Wiedereingliederung ins soziale Leben, mit der entsprechenden sozialen Verantwortung. Der Prozess des Lebens ist nicht aufgehoben, auch nicht durch die liminale Phase, die ein wichtiger Teil des Prozesses ist. Sie gehört zum Leben dazu.

Kranksein als liminale Phase kann aber auch negative Folgen für den/die Erkrankte/n mit sich bringen, wenn er/sie von der Gesellschaft in dieser Phase negativ stigmatisiert wird, wie es bei Krebs passieren kann. In diesem Fall ist eine Kontinuum-Sichtweise hilfreich. In meiner eigenen Krankengeschichte versuchte ich, meine liminalen Positionierung aufzuweichen, indem ich so viel wie möglich am gesellschaftlichen Leben (Uni-Vorlesungen, ...) teilnahm, obwohl meine ‚Sonderrolle‘ z. B. durch die Glatze sichtbar war. Als Lohn für meine Bemühungen bekam ich Feedback, z. B. von einer Mitstudentin, die meine Anwesenheit als mutig betrachtete und sich dafür bei mir bedankte, weil dies eine Möglichkeit für sie war, zu lernen, mit solch einer Situation umzugehen (was vor allem auch von ihrem Mut zeugt). Sie könne dadurch ihre Hemmungen vor Leuten, die Krebs haben, abbauen, sagte sie. Das Gespräch mit ihr gab mir das Gefühl, auch in dieser liminalen bzw. vom sozialen Leben getrennten Phase eine sinnvolle Rolle zu haben, etwas zurückgeben zu können in einer Zeit, in der ich vor allem zum Nehmen gezwungen war (vgl. Tagebucheintragung, 16.06.07). Auf der Reise in Usbekistan gab es in meinem dortigen sozialen Umfeld viele Bemühungen, mich im Prozess des Lebens einzubeziehen. Eine genaue Beschreibung meiner positiven Erlebnisse dazu wie auch des zeitweiligen Gefühls des ausgeschlossen Seins findet sich im Kapitel 6.2.3. *Wie habe ich die Reise nach Usbekistan erlebt?*

Aus der Kontinuum-Sichtweise heraus stellt sich die Frage der Reintegration nicht, da es keine ‚Abtrennung‘ gibt.

9.4.4. Relevanz der Theorie der liminalen Phase aus dem Übergangsritual für die Analyse der Schlüsselmomente

Zum ersten Teil der Analyse, der Klärung der Voraussetzungen, ob sich das bereits fixierte Kohärenzgefühl verändern kann (siehe Kapitel 8.2.1.), ziehe ich aus medizinethnologischer Sicht die liminale Phase (Therapiephase) einer Erkrankung, deren Ausgang ungewiss ist (so wie es bei Krebs der Fall ist) heran. Wie einige Seiten zuvor beschrieben, wird die betroffene Person in der liminalen Phase möglicherweise einem Identitätswandel unterzogen. Ihre alte soziale Position ist aufgehoben und die neue Position mit neuer Verantwortung im sozialen Umfeld muss sich erst bilden. Die Person hat also extrem formuliert keinen sozialen Status (vgl. Janzen 2002: 127f). Dieser liminale Zustand ist eindeutig ein Zustand, in dem eine Veränderung des SOC möglich sein müsste. Mit Eintritt in die Reintegrationsphase bzw. in die neue Rolle wird demnach das SOC wieder fixiert.

Zum dritten Teil der Analyse, der erklärt, was die Schlüsselmomente, mit denen hier gearbeitet wird, aus der Sicht der Salutogenese SIND, lässt sich aus Sicht der liminalen Phase Folgendes ergänzen: Die Analyse hat ergeben, dass Schlüsselmomente eine Art von Widerstandsressourcen sind. Sie treten in der unsicheren, gefährlichen liminalen Phase auf, in der alles ‚auf dem Kopf steht‘ und durcheinandergewürfelt ist. Die Identität der betreffenden Person ist zu diesem Zeitpunkt wahrscheinlich gerade in einem Prozess der Verwandlung. *„Schlüsselmomente sind intuitive Erkenntnisse, die sich im Prozess der außergewöhnlichen, unsicheren, lebensbedrohenden Zeit finden“* (S. 108), schrieb ich im dritten Teil der Analyse. Diese Definition passt perfekt zum Zustand der Liminalität im Übergangsritus.

9.4.5. Ethnologen/innen, die sich mit ihrer eigenen Krankheit wissenschaftlich beschäftigen

In der Medizinethnologie ist ein autobiografischer Zugang des/der Autors/Autorin nicht neu. Zwei Beispiele für Ethnologen/innen, die ihre Erfahrung einer lebensbedrohenden Erkrankung in ihrer Forschung nutzen, sind Robert F. Murphy und Susan M. DiGiacomo.

Robert Murphy, ehemaliger Professor an der Columbia Universität, wurde am Gipfel seiner Karriere als Anthropologe von einem Rückenmarkstumor überrascht, der eine stetig fortschreitende Lähmung seiner Gliedmaßen verursachte. Er beschäftigte sich in der Folge unter anderem damit, auf welche Weise durch solch eine Krankheit die Identität des Menschen angegriffen wird, wie sich der soziale Status verändert und was die Lebenslust aufrecht erhält (vgl. Murphy 1990, vii). In seiner Arbeit bezieht er sich auf die liminale Phase der Übergangsriten, in der die betroffenen Personen einen undefinierten sozialen Status besitzen, weder gesund noch krank und weder im sozialen Leben integriert noch ausgeschlossen sind (vgl. Murphy u. a. 1988: 235).

Die Anthropologin Susan M. DiGiacomo (Cornell University) arbeitete in ihrem Artikel *Biomedicine as a Cultural System: an Anthropologist in the Kingdom of the Sick* (DiGiacomo 1987) zum Thema Arzt-Patienten-Beziehung mit ihren eigenen Erfahrungen im Zuge der biomedizinischen Behandlung ihrer damaligen Krebserkrankung, aber auch zur symbolischen Bedeutung einer solchen Krankheit und die Folge dieser Bedeutungsgebung für die Rolle in der Gesellschaft (vgl. ebd.: 319f).

9.5. Was macht die Arbeit ethnologisch bzw. medizinethnologisch?

Auch wenn die vorliegende Arbeit fächerübergreifend aufgebaut ist (neben ethnologischen werden u. a. auch soziologische und psychologische Standpunkte berücksichtigt), so gibt es wie folgt einige Punkte, die sie innerhalb des Faches der Ethnologie verankern. Dieses Unterkapitel dienen auch dazu, mich in einer interdisziplinären (wissenschaftlichen) Welt zu positionieren.

Die Arbeit ist im Forschungsfeld Medizinethnologie und im speziellen im Medizinpluralismus eingebettet. Die Medizinethnologie befasst sich mit „*der Beschreibung und Analyse der Grundbegriffe und Zustände, die sich um Missbefinden und Wohlbefinden ranken, also mit einer genauen Grundlegung der enormen Unterschiede im Krankheitsverständnis verschiedener Kulturen sowie ihrer Symbolik*“ (Greifeld 2003: 30). Solchen Beschreibungen ist in der Arbeit und durch ihre Ausrichtung viel Raum gegeben. Weiters wird mit zwei Therapiesystemen aus verschiedenen Kulturen bzw. Weltbildern gearbeitet.

Es wird eine Lebenswelt detailliert von innen heraus beschrieben, um damit ein besseres Verständnis von sozialen und kulturellen Wirklichkeiten zu schaffen.

Und nicht zuletzt ist die Methode der Aktionsforschung auch im ethnologischen Kontext – als Aktionsethnologie – gebräuchlich. In dieser Arbeit wird die Methode dazu verwendet, exemplarisch einen Zugang aufzuzeigen, wie nichteuropäische Therapieformen untersucht und mit der Biomedizin in Beziehung gesetzt werden können.

10. Beantwortung der Forschungsfrage und Schlussresümee

In diesem Kapitel werden die erarbeiteten Ergebnisse zusammengeführt. Dabei arbeite ich auch mit Rückmeldungen von den Präsentationen des laufenden Projekts (siehe Kapitel 3.3.3.). Im Sinne der Methode Aktionsforschung nutze ich sie, um zu neuen Erkenntnissen zu kommen. Zusammen mit den Ergebnissen, die im Aktionsforschungsprozess (Kapitel 7) anhand der Verschriftlichung des Prozesses und seiner Reflexion, im Analysekapitel 8 mit Hilfe des theoretischen Konstrukts der ressourcenorientierten Salutogenese und durch die Bearbeitung mit medizinethnologischen Sichtweisen und Konzepten (Kapitel 9) entstanden sind, beantworten sie die forschungsleitende Fragestellung.

Daran anschließend erstelle ich ein Schlussresümee und beschäftige mich damit, welche Themen sich für eine weiterführende Arbeit anbieten.

10.1. Beantwortung des ersten Teils der Forschungsfrage:

Welche Medizin ist für mich die richtige?

Im Prozesskapitel 7.3. bezeichne ich einen Erkenntnis folgend die beiden von mir verwendeten Therapiesysteme als in sich geschlossen und vollständig. Dies schrieb ich aus der Sicht der Patientin heraus, um etwas Bestimmtes damit auszusagen, und nicht um sie voneinander zu trennen. Trotzdem könnte der im Kapitel 9.2.1.3. bereits zitierte Hinweis Greifeld's, ein Therapiesystem nicht als abgeschlossen zu betrachten (vgl. Greifeld 2003: 14), eine Lösung für meine Forschungsfrage einleiten. Die beiden Therapiesysteme nicht getrennt voneinander, sondern sich gegenseitig ergänzend zu betrachten, würde den ersten Teil der Forschungsfrage folgendermaßen beantworten:

- ***Die Therapie-KOMBINATION, die ich mir wähle, ist für mich die richtige.***

Im vorhin erwähnten medizinethnologischen Prozesskapitel 9.2.1.3. beschrieb ich bereits meinen Prozess bezüglich meiner Sichtweise zu dem Thema des Kombinierens, der im Prozesskapitel 7.12. seinen Anfang findet. Dort fand ich anhand des Beispiels der Sichtweisen Salutogenese / Pathogenese heraus, dass ich zu meiner Sichtweise etwas Neues hinzufügen kann, ohne das Alte wegwerfen zu müssen und schrieb: „Es kann beides nebeneinander bestehen und genutzt werden. Ich bleibe trotzdem ganz“ (Tagebucheintragung, 19.04.10).

Ein weiterer Faktor spielt durch diese erste Antwort herein, nämlich jener der Selbstverantwortung. In der Analyse des Schlüsselmoments 1: *Triff BEWUSST Entscheidungen!* wird dieser Faktor, neben anderen Aspekten, sichtbar. Dass die Übernahme der Eigenverantwortung für die Heilung eine wichtige Rolle spielt, ist aus medizinethnologischen Forschungen bekannt und in vielen Therapiesystemen Teil der Philosophie. Als Beispiel möchte ich die Forschung der Medizinethnologin Monika Habermann anführen, die für ihre Dissertation *Man muss es halt glauben. Magische Heilformen aus Klientenperspektive* Personen in Deutschland zu ihren Erfahrungen mit Geistheilern/innen befragt hat (Habermann 1995). Diese beschreiben bezüglich ihrem Umgang mit dieser Heilform, dass sie es als gewisse Größe empfinden, gegen den Strom zu schwimmen und aus dem Schatten einer verordneten medizinischen Betreuung hervorzutreten. Sie gehen durch die Übernahme der Verantwortung einen Schritt in die Richtung der Kompetenz einer Selbstheilung (vgl. ebd.: 127ff).

Es wäre sehr interessant, diesem Aspekt in einer weiterführenden Forschung genauer nachzugehen und ihn beispielsweise mit der Frage nach ‚Agency‘⁴⁶ von Patienten/innen‘ zu verbinden. Im in dieser Arbeit verwendeten Konzept der Salutogenese findet Patienten-Agency vor allem in der Komponente Bedeutsamkeit, aber auch in der Handhabbarkeit seinen Niederschlag. Im Prozesskapitel wurde dies in der Beantwortung der Teilfrage 7: *Was brauche ich als Patientin, um mich für eine Therapie begeistern zu können?* ausgedrückt, welche lautet: *Die Bedeutsamkeit erweckt die Begeisterung für die Therapie!*

Als letzter Faktor ist bei der oben genannten Antwort auf die Forschungsfrage zu berücksichtigen, dass die Vertreter der gewählten Therapiesysteme in ihrer Kompetenz geachtet werden. Auch dieser Faktor ist in der Analyse zu Schlüsselmoment 1 (siehe Kapitel 8.2.2.1.) angeführt und näher erklärt.

Zur Thema Eigenverantwortung zähle ich auch den Prozess meiner eigenen Sichtweise (eigene Glaubenssätze, Weltsicht und Sichtweise auf Gesundheit & Krankheit, verschiedene Therapiesysteme sowie deren Kombination), der sich durch das ganze Prozesskapitel 7 zieht und somit eines der intensivsten Themen des Prozesses darstellt. Im Kapitel 7.11. wird schlussendlich die eigene Sichtweise als ein Schlüssel für die eigene Heilung dargestellt. In der Frage: *Muss ich sterben?* (siehe Kapitel 6.3.3.)

⁴⁶ Handlungsmacht, Handlungsfähigkeit

erkannte ich meine Angst vor dem Tod und meine Hoffnungslosigkeit in dieser Situation, eine Änderung dieser Frage auf: *Werde ich wieder gesund?* oder noch besser *Wie werde ich wieder gesund?* würde meiner Meinung nach eine lebensbejahendere Einstellung ausdrücken. Auch Kapitel 7.13. beschäftigt sich noch einmal mit diesem Thema. Somit ergibt sich eine weitere Antwort:

- ***Die eigene Sichtweise bzw. selbstbestimmte Änderung der eigenen Sichtweise kann dazu beitragen, unabhängig vom Therapiesystem, in Selbstverantwortung, zur Heilung beizutragen.***

Auch im Schlüsselmoment 5: *Kämpfe!* ist dieser Aspekt enthalten. Die Vertreter/innen beider Therapiesysteme versuchten, in mir den Kampfgeist zu entfachen, für mich und mein Leben zu kämpfen.

10.2. Beantwortung des zweiten Teils der Forschungsfrage:

Wem kann ich mich als Patient/in anvertrauen?

„Warum haben Sie diese beiden Therapiesysteme verwendet? Es gibt so viele verschiedene, so viele Möglichkeiten, warum gerade diese?“⁴⁷ wurde ich im Anschluss an meinen Vortrag auf der EASA-Konferenz 2010 gefragt. Ich antwortete: „Weil ich Zugang zu diesen beiden Therapiesystemen hatte. Biomedizin ist das staatlich gestützte Therapiesystem in Österreich und zum Therapiesystem innerhalb der Orientalischen Medizin kam ich durch meinen wissenschaftlichen Betreuer, der den Kontakt herstellte. Ich hatte keinen Kontakt zu Vertretern aus anderen Therapiesystemen.“ Für die Teilnehmer/innen des Workshops war meine Antwort nicht ausreichend und sie richteten die Frage an meinen wissenschaftlichen Betreuer, der bei dem Vortrag anwesend war. Er erklärte: „Ich habe versucht, das ‚Kernbedürfnis‘ von Frau Leitner zu erkennen und Rahmenbedingungen zu schaffen, damit dieses Bedürfnis die Chance bekam, erfüllt zu werden. Ich habe den Kontakt hergestellt. Ob es funktioniert, konnte ich nicht wissen. Es hätte auch sein können, dass sie mit den Menschen und dem Therapiesystem in Usbekistan gar nichts anfangen kann. Es ging darum, ob Frau Leitner damit in Resonanz geht“ (Präsentation Diplomarbeitsprojekt, 27.08.10).

⁴⁷ Die Diskussion fand in englischer Sprache statt, Übersetzung ins Deutsche durch die Autorin.

Dieses Feedback Nr. 1 führt zu der folgenden Antwort:

- ***In der Situation der lebensbedrohenden Krankheit geht es nicht nur um das richtige Therapiesystem, sondern auch um die Beziehungen, welche die Tabula-Rasa-Situation mit auffangen können. Hätte ich zu einem anderen Therapiesystem einen mit Vertrauen gepflasterten Pfad gehabt, so hätte ich wahrscheinlich dieses andere gewählt.***

Einmal bei einem Therapiesystem angekommen, geht es nun um die Frage, ob das Andocken dort gelingt. Im Prozessteil der Arbeit wird herausgearbeitet, dass ICH selbst bestimme, wem ich mich anvertraue (vgl. Kapitel 7.6.) und Sicherheit somit nur von innen heraus (wenn auch mit Hilfe von Beziehungen) wieder hergestellt werden kann. Der durch die Tabula-Rasa-Situation eingetretene Vertrauensverlust kann demnach einerseits aus mir selbst heraus (in Kapitel 8 versuchte ich dies mit Hilfe der dreiteiligen Analysearbeit mit den Schlüsselmomenten) und andererseits durch Beziehungen wieder hergestellt werden, bzw. idealerweise durch eine Kombination dieser beiden Komponenten (vgl. Kapitel 7.13.). Eine Antwort, die sich aus dem Prozess ergibt, lautet daher:

- ***Ich kann mich nur der Person anvertrauen, die ich selbst bestimme. Wenn ich einer Person nicht vertrauen will, so kann diese nichts dagegen machen. Vertrauen ist scheinbar eine sehr selbstbestimmte intuitive Sache. Meine eigene Sichtweise ist mitbestimmend, wem und ob ich mich anvertrauen kann (vgl. Kapitel 7.7. bis 7.9.).***

Für den nächsten Punkt nehme ich als Ausgangsposition Feedback Nr. 2, das von einem Professor des Institutes der Kultur- und Sozialanthropologie Wien stammt. Ich erhielt es während einer Lehrveranstaltung, in der mein Konzept der Diplomarbeit diskutiert wurde. Der Professor fragte, warum ich das Gefühl gehabt hätte, zur Biomedizin gehen zu ‚müssen‘, warum ich für mich keine andere Möglichkeit gesehen hätte. Er kenne jemanden, dem, nachdem die Biomedizin nichts mehr machen konnte, eine Reiki-Behandlung gut geholfen hätte (vgl. Präsentation Diplomarbeitsprojekt, 27.11.08).

Eine Antwort darauf gibt Feedback Nr. 3 von einer Freundin, die sich bereit erklärt hat, meine bis auf das Schlusskapitel fertige Arbeit durchzulesen, daher nenne ich sie hier

„meine Lektorin“. „Ausgehend davon, dass dir – wie sich im Prozesskapitel herauskristallisiert hat – die Basis wichtig ist, lese ich anhand des Geschriebenen heraus, dass die Biomedizin für dich die Basis ist“ (Lektorengespräch, 26.10.10), fasste sie zusammen. Ich hatte also eine Basismedizin, der ich grundsätzlich vertraute und zu der ich ohne zögern ging. Daher lautet eine weitere mögliche Antwort:

- ***Es gibt eine Basismedizin, der ich mich grundsätzlich anvertraue.***

Warum aber konnte ich mich meiner Basismedizin nicht zu 100 Prozent anvertrauen? Dazu gibt es ein Erlebnis, dessen Auswirkung ich erst realisierte, als ich in dem Gespräch mit meiner Lektorin den Tag näher beleuchtete, an dem ich (beim Termin mit meiner Ärztin in der Ambulanz des Krankenhauses) von der Chemotherapie erfahren hatte (siehe Kapitel 6.2.2.). Ich erzählte meiner Lektorin von dem Schock und meiner starken emotionalen Reaktion auf die Mitteilung, dass ich sehr geweint hätte. Meine sonst sehr einfühlsame Ärztin hatte damals mit meiner Reaktion nichts anfangen können und es musste sofort die Psychoonkologin kommen, ich war ein Notfall. Meine Ärztin übergab mich der Psychoonkologin, um den/die nächste/n Patienten/in behandeln zu können (vgl. Lektorengespräch, 26.10.10). Während ich dies erzählte, erkannte ich, dass genau da der Vertrauensbruch mit meiner Ärztin passiert sein muss. Zuvor war unser Verhältnis sehr gut gewesen, aber ab diesem Zeitpunkt ging es stetig bergab. Um mein Vertrauen aufrecht erhalten zu können, hätte ich genau in dieser Situation die Ärztin, der ich mich und meinen Körper anvertraut gehabt hatte, gebraucht, und nicht eine andere Spezialistin. Sie hätte mich in dieser Situation der größten Not nicht abweisen dürfen. Das ist wahrscheinlich im Arbeitsalltag einer Klinik viel zuviel verlangt, aber das wäre genau der Punkt gewesen.

Innerhalb des Therapiesystems der Orientalischen Medizin erlebte ich eine ähnliche Situation mit dem Tabib, die ich erst durch ein Reflexionsgespräch mit meinem wissenschaftlichen Betreuer realisierte. Wir sprachen darüber, dass es in Usbekistan, so wie in den biomedizinischen Therapien, genaue Regeln für mich gegeben hat, die ich einhalten musste. Zum Beispiel erinnerte sich mein wissenschaftlicher Betreuer, dass ich dort angehalten wurde, mich von der Trauer zu lösen (die ersten Tage dort weinte ich sehr viel), denn so würden die Tabibs mit mir nicht arbeiten können. Ich entgegnete ihm, dass das zwar stimmt, aber dass ich AUCH getröstet wurde (vgl. Reflexionsgespräch,

25.08.10). Am stärksten hatte ich dieses Trösten am vorletzten Tag meines Aufenthalts in Usbekistan erlebt, an dem ich noch einmal eine (einer chiropraktischen ähnliche) Behandlung vom Tabib bekam, auf die ich sehr stark emotional reagierte. Der Tabib wusste zwar, genauso wie die biomedizinische Ärztin, mit meinen Emotionen nichts anzufangen (das war man dort nicht gewöhnt), aber er schickte mich nicht weg, er ging mit mir durch bis es vorbei war und tröstete mich, bis ich wieder stark war (vgl. Tagebucheintragung, 07.10.07). Eine weitere Antwort lautet somit:

- ***Der/die Vertreter/in des Therapiesystems, dem ich mich anvertraut habe, der/die mich in brenzligen (emotionalen) Situationen nicht allein lässt, dem/der kann ich mich als Patient/in langfristig anvertrauen.***

Diese Antwort weist auf den Beziehungsaspekt hin, der in dem Zeitabschnitt 1 (siehe erster Teil der Analyse, Kapitel 8.2.1.) – der Therapiezeit einer schweren Krankheit – wichtig wird und lt. Analyse einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Entstehung der Schlüsselmomente ausübte (siehe dritter Teil der Analyse, Kapitel 8.2.3.).

Die letzte Antwort, die ich herausgefunden habe, ist vielleicht die wichtigste. Sie spiegelt ein Hauptergebnis der Prozess-Erkenntnisse wider, das in Kapitel 7.14. zusammengefasst ist und entspricht innerhalb der Salutogenese der Komponente Bedeutsamkeit. Sie lautet:

- ***Ich kann mich dem Therapiesystem anvertrauen, deren Vertreter/innen meine Selbstbestimmtheit auch in der geschwächten Situation der Krankheit berücksichtigen und in ihre mich betreffenden Handlungen einbeziehen.***

Mit diesen sieben Antworten beende ich den Prozess dieser Arbeit. Zusammengefasst ergibt sich für die forschungsleitende Fragestellung folgende Antwort:

- ***Die Therapie-KOMBINATION, die ich mir wähle, ist für mich die richtige. Ich greife dabei auf (m)ein Basistherapiesystem zurück und kombiniere dazu, was mir fehlt. Für die Kombination muss ich selbst die Verantwortung übernehmen, genauso wie für meine Heilung. Wichtig ist dabei aber die***

Achtung und Anerkennung der fachlichen Kompetenz der Ärzte/innen und Heiler/innen, die ich hinzuziehe.

In der Situation der lebensbedrohenden Krankheit falle ich in einen Zeitabschnitt zurück, in dem ich mich nicht mehr selbständig um mein Überleben kümmern kann. Daher muss ich mich als Patient/in anderen Personen (Ärzten/innen, Heilern/innen) anvertrauen. Dies kann dann gelingen, wenn meine Selbstbestimmtheit von diesen Personen auch in der geschwächten und abhängigen Situation der Krankheit berücksichtigt und in ihre mich betreffenden Handlungen einbezogen wird.

Die Ergebnisse meiner Arbeit stützen sich auf meine Erfahrungen und Erkenntnisse, die ich in und mit der beschriebenen Lebenssituation machte. Sie wurden mit Hilfe der Methode der Aktionsforschung wissenschaftlich aufbereitet.

Dies bedeutet nicht, dass meine Erfahrungen denen einer Person in einer ähnlichen Situation gleichen müssen. Meine Weisheit gilt nicht automatisch auch als Weisheit für eine andere Person in einer ähnlichen Situation. Dies bitte ich bei der Lektüre immer mitzudenken.

10.3. Schlussresümee und Dank

Die wichtigsten Beiträge für die Beantwortung der Forschungsfrage lieferte das Prozesskapitel 7. Doch auch die anderen Kapitel spielen wesentliche Rollen. Das Ziel des Projekts – durch die Beantwortung der Forschungsfrage wieder ein gutes Gefühl des Vertrauens ins Leben (Kohärenzgefühl) zu bekommen, da es durch die Tabula-Rasa-Situation und die nachfolgende Behandlungszeit stark geschwächt worden war – wird auch mit Hilfe der Analyse der Schlüsselmomente erreicht. Die Schlüsselmomente werden hierbei in Kapitel 8 mit einer Theorie beleuchtet und bearbeitet, die ‚misst‘, wie stark das Vertrauen ins Leben ist – der Theorie der Salutogenese. Als wichtiger Schlusspunkt erfolgt mit Kapitel 9 die Einbettung der Thematik in medizinethnologische Themengebiete. Hierbei hat sich unter anderem herausgestellt, dass in Bezug auf Gesundheit und Krankheit sowohl die Kontinuum-Sichtweise, so wie sie dem Konzept der Salutogenese zugrunde liegt, als auch die Betrachtung der Krankheitszeit als Übergangszeit aus Patientensicht Vorteile bringt. Auch hier geht die Sowohl-als-auch-Herangehensweise, genauso wie beim beschriebenen Kombinieren von Therapie-

systemen, als große Siegerin aus dieser Arbeit hervor. Sie löst (m)eine Entweder-oder-Ausgangssichtweise, die u. a. zur Forschungsfrage dieser Arbeit geführt hat, ab.

Beim Erstellen dieser Arbeit befand ich mich in einer Übergangszeit auf mehreren Ebenen (der Diagnose- und Therapiezeit inkl. einer Reise nach Asien folgte die Diplomarbeitszeit). Meine ‚unstable‘ Lebenssituation hatte sicher einen deutlichen Einfluss auf den Verlauf der Arbeit und die entstandenen Ergebnisse. Wie in der Analyse der Schlüsselmomente und im medizinethnologischen Unterkapitel zum Thema Liminalität beschrieben, enthält eine solche unstable Lebenssituation großes Potential, neue Sichtweisen zu erkennen und Alteingefahrenes zu verändern. Ich hoffe, dass ich dieses Potential, welches sich durch meine Lebenssituation auftat, gut in die Arbeit einbringen konnte.

Im Prozess des Schreibens erkannte ich immer mehr, wie stark mein Denken von meinem persönlichen Erleben geprägt ist und wie stark dieses persönlich Erlebte in jede Diskussion einfließt. Das Sichtbarmachen, dass ich sowohl in meiner Rolle der Forscherin als auch in der der Beforschten eine bestimmte Grundeinstellung habe, die mein Denken beeinflusst, könnte für mich persönlich eines der wichtigsten Ergebnisse aus dieser Arbeit sein.

Nicht welche Grundeinstellung ich habe, ist dabei wichtig (das wäre die subjektive Ebene), sondern dass ich eine Grundeinstellung habe (objektive Ebene: jeder hat eine Grundeinstellung, die seine Weltsicht prägt). Wenn ich also etwas aufschreibe, so schreibe ich aus meiner Weltsicht heraus. Ich schreibe das auf, was ich gesehen habe und erkennen bzw. erfassen kann.

In meiner wissenschaftlichen Arbeit hatte ich mit Hilfe der Methode der Aktionsforschung nun einerseits die Möglichkeit, meine persönlichen Erfahrungen als wertvolle Ressource zu nutzen, und konnte andererseits den Umstand erkennen, dass dieses extreme Erlebnis der lebensbedrohenden Erkrankung als Teil von mir in all mein Denken und Handeln einfließt. Durch die Aktionsforschungsmethode geschieht dies bewusst und für die Leser/innen sicht- und nachvollziehbar. Zu Beginn der Arbeit hatte ich also eine Entscheidung zu treffen: Entweder ich beschäftige mich wissenschaftlich mit dem Thema der lebensbedrohenden Krankheit, das mich so sehr berührt, und teile dabei mit, dass und warum es mich berührt, oder ich beschäftige mich im wissen-

schaftlichen Rahmen gar nicht damit. Ich habe mich für ersteres entschieden und somit dieser Ressource des Erlebten die Chance gegeben, als Ressource genutzt zu werden und nicht brachliegen zu müssen. Ich habe damit meinem Erleben der lebensbedrohenden Erkrankung einen weiteren Sinn zugeteilt – was in der Denkweise der Salutogenese zu einer Verstärkung der Bedeutsamkeitskomponente und in weiterer Folge zur Stärkung meines SOC führen kann.

Der Vorgang des Schreibens ist an und für sich schon eine sehr kreative Sache. Die Methode der Aktionsforschung mit ihrer prozesshaften Arbeitsweise erhöht meiner Meinung nach das kreative Potential enorm. Man hat einen Ausgangspunkt, der sich im Verlauf der Arbeit verändert, formt, einem Prozess unterworfen ist, in diese und in jene Richtung dreht und am Ende als neu erschaffenes Werk hinausgeht. Das Besondere daran ist, dass auch der Prozess sichtbar bleibt. Nicht nur das Endergebnis, auch der Weg bleibt sichtbar und dadurch nachvollziehbar. Es ist eine wissenschaftliche Arbeit und gleichzeitig eine Geschichte.

Wer ist der Urheber dieser Geschichte? Ich meine, auch wenn ich die bin, die sie aufschreibt, so sind alle Beteiligten an den Gesprächen und Begegnungen, die in der Arbeit beschrieben werden, Miturheber. Am Allermeisten betrifft das meinen wissenschaftlichen Betreuer. Durch die Reflexionsgespräche innerhalb der Methode Aktionsforschung fließt sein Gedankengut in die Arbeit ein, auch wenn es durch mich als Kanal geht. Manchmal fragte ich mich nach einer Erkenntnis: Bin ich selbst draufgekommen oder hat er es gesagt?

Diese Frage führt mich zu dem Teil der Arbeit, in dem ich meinen großen Dank aussprechen möchte. Ich danke Herrn Dr. Gerhard Tucek von Herzen für seine Geduld und sein Engagement, mit dem er mich über drei Jahre lang im Prozess begleitet hat. Ebenso gilt mein Dank allen Personen, Ärzten/innen wie Heilern/innen, Freunden/innen, Kollegen/innen und Lehrern/innen, die mich mit ihren Feedbacks im Prozess weitergebracht haben. Auch allen jenen, die mich durch aufmunternde Worte unterstützten und mein Durchhaltevermögen stärkten, sei gedankt.

Ganz besonders möchte ich dem usbekischen Heiler Sheikh Tabib Nursafardiyeva, Saparboy Kushkarov und seiner Familie danken, genauso wie Frau Margrith Sengupta,

welche meine Reisen nach Usbekistan organisiert hat. Sie haben mich sowohl in meiner Genesung als auch in der Forschung tatkräftig unterstützt.

Viele Menschen und Stellen sind mir finanziell beigestanden, damit die Arbeit entstehen und fertiggeschrieben werden konnte. Dies betrifft unter anderem die Universität Wien, welche ein Förderstipendium für einen zweiten, ergänzenden Aufenthalt in Usbekistan gewährte, die MA7 der Stadt Wien, welche die Fertigstellung der Diplomarbeit mit einem Stipendium unterstützte und die Studienbeihilfenbehörde Stipendienstelle Wien.

Von ganzem Herzen danke ich meinen Eltern und meinen Geschwistern, die mich in allem was ich mache fördern und hinter mir stehen. Auch hat mein Bruder die Arbeit schlusskorrigiert, wofür ich ihm sehr dankbar bin.

10.4. Vorschläge für weiterführende und ergänzende Forschungen

Die Arbeit geht auf die Sichtweise einer Patientin ein und beschreibt Zugänge und Antworten auf die forschungsleitende Fragestellung aus dieser Perspektive. In einem sozialen System spielen jedoch auch die Sichtweisen der weiteren beteiligten Personen eine wichtige Rolle. Die Perspektive der Ärzte/innen bzw. Heiler/innen, genauso wie die Position der Angehörigen und Freunde/innen wurden hier nicht berücksichtigt und könnten das Thema in einer weiterführenden Arbeit bereichern.

Genauso würden Interviews mit anderen Betroffenen zur selben Fragestellung das Spektrum der Antworten – zusätzlich zur hier angewendeten prozessorientierten personenbezogenen reflektierenden Arbeitsweise – enorm erweitern.

Die Forschungsfrage konnte beantwortet werden. Mit ihrer Beantwortung taten sich allerdings neue Fragen auf: Warum bin ich nicht mit EINEM Therapiesystem ausgekommen? Und warum glaube ich, mit einem Therapiesystem auskommen zu müssen? Doch das ist eine andere Geschichte.

Literaturverzeichnis

Amborn, Hermann (1993): Handlungsfähiger Diskurs: Reflexionen zur Aktions-ethnologie. In: Schmied-Kowarzik Wolfdietrich / Stagl Justin (Hg.): *Grundfragen der Ethnologie*. Beiträge zur gegenwärtigen Theorie-Diskussion. Berlin: Dietrich Reimer Verlag. 2. überarbeitete Auflage. Erstauflage 1980. S. 129-150.

Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese*. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie). Originalausgabe 1987: *Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*.

Bartens, Werner (2010): *Körperglück*. Wie gute Gefühle gesund machen. München: Droemer Verlag.

Bartsch, Hans Helge / Bengel, Jürgen (Hg., 1997): *Salutogenese in der Onkologie*. Sammelband zum Symposium 1996. Reihe: Freiburger Beiträge zum Thema Tumorthherapie und Rehabilitation. Freiburg: Karger.

Bartsch, Hans Helge / Mumm, Andreas (1997): Die Bedeutung salutogenetischer Prinzipien in der klinischen Onkologie. In: Bartsch, Hans Helge / Bengel, Jürgen (Hg.): *Salutogenese in der Onkologie*. Sammelband zum Symposium 1996. Reihe: Freiburger Beiträge zum Thema Tumorthherapie und Rehabilitation. Freiburg: Karger. S. 117-126.

Bengel, Jürgen / Strittmatter, Regine / Willmann, Hildegard (2001): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Eine Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). 7. erw. Neuauflage. Erstauflage 1998. Reihe: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Köln: BZgA.

Brieskorn-Zinke, Marianne (2006): Salutogenese in der Pflege – zur Integration des Konzepts in pflegerische Handlungsfelder. In: Wydler, Hans / Kolip, Petra / Abel, Thomas (Hg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes*. Sammelband zum Workshop

‚Kohärenzgefühl und Salutogenese‘ der Schweizer Gesellschaft für Soziologie.

3. Auflage, Erstauflage 2000. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 173-184.

DiGiacomo, Susan M. (1987): Biomedicine as a Cultural System: An Anthropologist in the Kingdom of the Sick. In: Baer, Hans (Ed.): *Encounters with Biomedicine: Care Studies in Medical Anthropology*. New York: Gordon and Breach Science Publishers. S. 315-346.

Duetz, Margreet / Abel, Thomas / Siegenthaler, Franziska / Niemann, Steffen (2006): Zur Operationalisierung des Gesundheitsbegriffs in empirischen Studien zum Kohärenzgefühl. In: Wydler, Hans / Kolip, Petra / Abel Thomas (Hg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes*. Sammelband zum Workshop ‚Kohärenzgefühl und Salutogenese‘ der Schweizer Gesellschaft für Soziologie. 3. Auflage, Erstauflage 2000. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 85-98.

Enzinger, Hildegard (2008): *Praxeologie. Wissenschaft – Praxis – Studium als lebendiges Zusammenspiel*. Institut für Interventionsforschung und Kulturelle Nachhaltigkeit (IKN), Klagenfurter Beiträge zur Interventionsforschung, Band 6. Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung.

ERNST, Edzard (Hg., 2004): *Praxis Naturheilverfahren*. Wissenschaftliche Bewertung, Nutzen-Risiko-Analyse, Entscheidungshilfen. Evidenzbasierte Komplementärmedizin. Berlin: Springer-Verlag. Originalausgabe 2001: *The Desktop Guide of Complementary and Alternative Medicine*.

Fäh, Markus (2006): Verbessert Psychotherapie die Moral? In: Wydler, Hans / Kolip, Petra / Abel, Thomas (Hg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes*. Sammelband zum Workshop ‚Kohärenzgefühl und Salutogenese‘ der Schweizer Gesellschaft für Soziologie. 3. Auflage, Erstauflage 2000. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 149-160.

Faltermaier, Toni (2006): Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkungen zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In: Wydler, Hans / Kolip, Petra / Abel, Thomas (Hg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes*. Sammelband zum Workshop ‚Kohärenzgefühl und Salutogenese‘ der Schweizer Gesellschaft für Soziologie. 3. Auflage, Erstaufgabe 2000. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 185-196.

Franke, Alexa (1997a): Vorwort zur deutschen Herausgabe. In: Antonovsky, Aaron: *Salutogenese*. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie). S. 11-12.

Franke, Alexa (1997b): Über den Autor. In: Antonovsky, Aaron: *Salutogenese*. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie). S. 13.

Franke, Alexa (1997c): Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts. In: Antonovsky, Aaron: *Salutogenese*. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie). S. 169-190.

Gaugusch-Unger, Andrea (2005): *Welchen Stellenwert haben die asiatischen Heilmethoden in Österreich?* Diplomarbeit. Universität Wien.

Geyer, Siegfried (2006): Antonovsky's sense of coherence – ein gut geprüftes und empirisch bestätigtes Konzept? In: Wydler, Hans / Kolip, Petra / Abel, Thomas (Hg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes*. Sammelband zum Workshop ‚Kohärenzgefühl und Salutogenese‘ der Schweizer Gesellschaft für Soziologie. 3. Auflage, Erstaufgabe 2000. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 71-83.

Greifeld, Katarina (2003): Einführung in die Medizinethnologie. In: Greifeld, Katarina (Hg.): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Dritte, grundlegend überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Dietrich Reimer Verlag. S. 11-37.

Greifeld, Katarina / Schmidt, Bettina E. (2003): Medizinische Systeme Süd- und Afroamerikas. In: Greifeld, Katarina (Hg.): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Dritte, grundlegend überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Dietrich Reimer Verlag. S. 105-132.

Grossmann, Klaus E. / Grossmann, Karin (2009): Fünfzig Jahre Bindungstheorie: Der lange Weg der Bindungsforschung zu neuem Wissen über klinische und praktische Anwendungen. In: Brisch, Karl Heinz / Hellbrügge, Theodor (Hg.): *Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft*. Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie. Stuttgart: Gotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH. S. 12-51.

Habermann, Monika (1995): *Man muss es halt glauben. Magische Heilform aus Klientenperspektive*. Eine in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführte Studie. Berlin: VWB.

Hart, Elizabeth / Bond, Meg (2001): *Aktionsforschung*. Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Verlag Hans Huber. Originalausgabe 1995: Action research for health and social care. A guide to practice.

Höfer, Renate (2006): Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung. In: Wydler, Hans / Kolip, Petra / Abel, Thomas (Hg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes*. Sammelband zum Workshop ‚Kohärenzgefühl und Salutogenese‘ der Schweizer Gesellschaft für Soziologie. 3. Auflage, Erstauflage 2000. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 57-69.

Janzen, John M. (2002): *The Social Fabric of Health*. An Introduction to Medical Anthropology. New York: McGraw-Hill.

Kehl-Bodrogi, Krisztina (2005): *Religiöse Heilung und Heiler in Choresm, Usbekistan*. Working Paper No. 72. Halle / Saale: Max Planck Institute for Social Anthropology. PDF. SSN 1615-4568. <http://www.eth.mpg.de> [25.06.2007]

Kolip, Petra / Wydler, Hans / Abel, Thomas (2006): Gesundheit: Salutogenese und Kohärenzgefühl. In: Wydler, Hans / Kolip, Petra / Abel, Thomas (Hg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes*. Sammelband zum Workshop ‚Kohärenzgefühl und Salutogenese‘ der Schweizer Gesellschaft für Soziologie. 3. Auflage, Erstauflage 2000. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 11-19.

Krainer, Larissa (2008): Vorwort. In: Enzinger, Hildegard: *Praxeologie. Wissenschaft – Praxis – Studium als lebendiges Zusammenspiel*. Institut für Interventionsforschung und Kulturelle Nachhaltigkeit (IKN), Klagenfurter Beiträge zur Interventionsforschung, Band 6. Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung.

Krane, Elisabeth / Klus, Hildegard (2001): „Gesundheit aktivieren“ – Ein neuer DKR-Kurs für chronisch kranke Menschen. In: Bengel, Jürgen / Strittmatter, Regine / Willmann, Hildegard: *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Eine Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). 7. erw. Neuauflage. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Köln: BZgA. S. 162-166.

Kratky, Karl W. (2003): *Komplementäre Medizinsysteme*. Vergleich und Integration. Wien: Ibero / European University Press.

Murphy, Robert F. / Scheer, Jessica / Murphy, Yolanda / Mack, Richard (1988): Physical disability and social liminality. A study in the rituals of adversity. In: *Social Science and Medicine* 26/2. S. 235-242.

Murphy, Robert F. (1990): *The Body Silent*. The different world of the disabled. Erstauflage: 1987. New York, London: W.W. Norton & Company.

Noack, R. Horst (1997): Salutogenese: Ein neues Paradigma in der Medizin?
In: Bartsch, Hans Helge / Bengel, Jürgen (Hg.): *Salutogenese in der Onkologie*.
Sammelband zum Symposium 1996. Reihe: Freiburger Beiträge zum Thema
Tumorthherapie und Rehabilitation. Freiburg: Karger. S. 88-105.

Prieler-Woldan, Maria (1996): *Sinnvoll studieren und etwas Notwendiges tun*.
Projektstudium für Berufstätige – ein Modell universitärer Erwachsenenbildung in
Österreich. Reihe: Bildung – Arbeit – Gesellschaft. Band 22. Wien: Profil-Verlag.

Ross, Uwe H. (2006): Die praktische Umsetzung des Salutogenesekonzeptes bei
chronischem Tinnitus als systemischer Hörwahrnehmungsstörung. In: Wydler, Hans /
Kolip, Petra / Abel, Thomas (Hg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen,
Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes*. Sammelband zum
Workshop ‚Kohärenzgefühl und Salutogenese‘ der Schweizer Gesellschaft für
Soziologie. 3. Auflage, Erstauflage 2000. Weinheim und München: Juventa Verlag.
S. 161-171.

Schipperges, Heinrich (1997): Das Prinzip Gesundheit – historisch gesehen. In: Bartsch,
Hans Helge / Bengel, Jürgen (Hg.): *Salutogenese in der Onkologie*. Sammelband zum
Symposium 1996. Reihe: Freiburger Beiträge zum Thema Tumorthherapie und
Rehabilitation. Freiburg: Karger. S. 74-81.

Schneider, Christa M. (2006): Philosophische Überlegungen zu Aaron Antonovskys
Konzept der Salutogenese. In: Wydler, Hans / Kolip, Petra / Abel, Thomas (Hg.):
*Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines
gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes*. Sammelband zum Workshop
‚Kohärenzgefühl und Salutogenese‘ der Schweizer Gesellschaft für Soziologie.
3. Auflage, Erstauflage 2000. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 21-41.

Steinbach, Herlinde (2007): *Gesundheitsförderung*. Ein Lehrbuch für Pflege- und
Gesundheitsberufe. 2., aktualisierte Auflage. Wien: Facultas-Verlag.

Straus, Florian / Höfer, Renate (2006): Kohärenzgefühl, soziale Ressourcen und Gesundheit. In: Wydler, Hans / Kolip, Petra / Abel, Thomas (Hg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes*. Sammelband zum Workshop ‚Kohärenzgefühl und Salutogenese‘ der Schweizer Gesellschaft für Soziologie. 3. Auflage, Erstauflage 2000. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 115-128.

Tucek, Gerhard (2000): *Altorientalische Musiktherapie in der Diaspora*. Die Begegnung mit dem kulturell Anderen, erfahren und reflektiert anhand eines Aktionsforschungsprojekts über den Implementierungsprozess von Therapie- & Bildungsidealen der AM in Österreich. Diplomarbeit. Universität Klagenfurt.

Unschuld, Paul U. (2003): *Was ist Medizin?* Westliche und östliche Wege der Heilkunst. München: Beck.

Van Gennep, Arnold (1986): *Übergangsriten*. Frankfurt/Main: Campus Verlag. Originalausgabe 1981: *Les rites de passage*. Ersterscheinungsjahr 1909.

WALTER, Esther / Abel, Thomas / Niemann, Steffen (2006): Gesundheit als Kontinuum. Eine explorative Analyse zu den Determinanten von Minder-, Normal- und Hochgesundheit. In: Wydler, Hans / Kolip, Petra / Abel, Thomas (Hg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. Sammelband zum Workshop ‚Kohärenzgefühl und Salutogenese‘ der Schweizer Gesellschaft für Soziologie. 3. Auflage, Erstauflage 2000. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 99-113.

Weis, Joachim (1997): Das Konzept der Salutogenese in der Psychoonkologie. In: Bartsch, Hans Helge / Bengel, Jürgen (Hg.): *Salutogenese in der Onkologie*. Sammelband zum Symposium 1996. Reihe: Freiburger Beiträge zum Thema Tumorthherapie und Rehabilitation. Freiburg: Karger. S. 106-116.

Wydler, Hans / Kolip, Petra / Abel, Thomas (Hg., 2006): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes*. Sammelband zum Workshop ‚Kohärenzgefühl und Salutogenese‘ der Schweizer Gesellschaft für Soziologie. 3. Auflage, Erstaufgabe 2000. Weinheim und München: Juventa Verlag.

In Zitaten verwendete Sekundärliteratur

Antonovsky, Aaron (1993a): The structure and properties of the sense of coherence scale. In: *Social Science in Medicine*, 36 (6), S. 725-733.

Antonovsky, Aaron (1993b): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A. / Broda, M. (Hg.): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen. S. 3-14.

Coser, R. L. (1963): Alienation and the Social Structure. In: Freidson, E. (Ed.): *The Hospital in Modern Society*. New York.

Desroche, Henri (1990): *Entreprendre d'apprendre*. D'une autobiographie raisonnée aux projets d'une recherche-action. Apprentissage 3. Paris.

ELIAS, Norbert (1987): *Engagement und Distanzierung*. Arbeiten zur Wissenssoziologie I. Frankfurt a. M.

Gieseke, Wiltrud (1980): Stichwort: Handlungsforschung. In: Dahm, Gerwin / GERHARD, Rolf / Graessner, Gernot u. a. (Hg.): *Wörterbuch der Weiterbildung*. München. S. 171-173.

Hontschik, Bernd (2006): *Körper, Seele, Mensch*. Versuch über die Kunst des Heilens. Frankfurt a. M.

Sandell, R. / Blomberg, J. / Lazar, A. (1998): The factor structure of Antonovsky's Sense of Coherence Scale in Swedish clinical and nonclinical samples. In: *Personality and Individual Differences*, 24. S. 701-711.

Sonstige Quellen

Bergmann, Hajo (2007): *Auf den Spuren des Medicus*. Eine Reise nach Usbekistan. Dokumentarfilm. 45 Min. Wiesbaden. Erstmals ausgestrahlt am 25.03.2008 auf ARTE.

Duden 5 (1997): *Das Fremdwörterbuch*. Mannheim / Leipzig / Wien / Zürich: Dudenverlag.

Kremser, Manfred (27.10.08): *Ritual & Healing*. Vorlesung, Wintersemester 2008/09. Institut für Kultur- und Sozialanthropologie, Universität Wien.

Österreichische Krebshilfe (2006): Broschüre zum Thema Krebs und seine Behandlungsmöglichkeiten, Ausgabe 0906. Wien: Eigenverlag.

Forschungstagebücher, Notizen, Gesprächs- und Erinnerungsprotokolle⁴⁸

Leitner, Brigitte (2007): Forschungstagebuch, März 2007 – Dezember 2007: Therapiezeit.

Leitner, Brigitte (22.03.07): Erinnerungsprotokoll: Diagnose-Mitteilung, Wien.

Leitner, Brigitte (23.03.07): To-do-Liste.

Leitner, Brigitte (09.12.08): Erinnerungsprotokoll: Biomed. Nachuntersuchung, Wien.

Leitner, Brigitte (2010): Forschungstagebuch, Jänner 2008 – November 2010: Aktionsforschung.

⁴⁸ Die Forschungstagebücher, Notizen, Gesprächs- und Erinnerungsprotokolle liegen bei der Autorin auf, Rückfragen unter a9575897@unet.univie.ac.at

Reflexionsgespräche im Zuge des Aktionsforschungsprojekts

Dr. Gerhard Tucek mit Brigitte Leitner⁴⁹

Gesprächsprotokoll vom 27.03.07, Wien.

Gesprächsprotokoll vom 04.06.07, Wien.

Gesprächsprotokoll vom 20.10.07, Schloss Rosenau.

Gesprächsprotokoll vom 22.06.08, Wien.

Gesprächsprotokoll vom 29.08.08, Wien.

Gesprächsprotokoll vom 06.10.08, Telefongespräch.

Gesprächsprotokoll vom 06.11.08, Wien.

Gesprächsprotokoll vom 18.12.08, Telefongespräch.

Gesprächsprotokoll vom 09.02.09, Telefongespräch.

Gesprächsprotokoll vom 18.03.09, Wien.

Gesprächsprotokoll vom 20.07.09, Krems.

Gesprächsprotokoll vom 03.09.09, Wien.

Gesprächsprotokoll vom 18.02.10, Krems.

Gesprächsprotokoll vom 24.05.10, Krems.

Gesprächsprotokoll vom 25.08.10, Maynooth, Irland.

Lektorengespräch⁵⁰

Gesprächsprotokoll vom 26.10.10, Wien.

E-Mail-Schriftverkehr⁵¹

Organisatorin der Reise nach Usbekistan mit Brigitte Leitner (2007):

E-Mail-Schriftverkehr während der Chemotherapiezeit. 10.05.07 – 07.08.07.

⁴⁹ Die Gesprächsprotokolle liegen bei der Autorin auf, Rückfragen unter a9575897@unet.univie.ac.at

⁵⁰ Das Gesprächsprotokoll liegt bei der Autorin auf, Rückfragen unter a9575897@unet.univie.ac.at

⁵¹ Der ausgedruckte E-Mail-Schriftverkehr liegt bei der Autorin auf, Rückfragen unter a9575897@unet.univie.ac.at

Präsentationen des Projekts

Präsentation Konzept (27.11.08): *Anthropologisches Laboratorium*. Seminar, Wintersemester 2008/09. Institut für Kultur- und Sozialanthropologie, Universität Wien.

Präsentation laufendes Projekt (27.08.10): *Turning Points on the Way to Health*. 11th EASA Biennale Conference (European Association of Social Anthropologists). 24.-27.08.10, Irland: Maynooth (siehe Anhang A 2.).

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Darstellung der prozesshaften Arbeitsweise der französischen Aktionsforschung (siehe Kapitel 3.3.1.). Grafik: Leitner.

Abb. 2: Tabelle Schlüsselmomente, subjektiv analysiert (siehe Kapitel 8.1.1.).

Abb. 3: Tabelle Ergebnisse der Analyse der Schlüsselmomente anhand des Konzepts der Salutogenese (siehe Kapitel 8.2.2.6.).

Anhang A 1. Der Fragebogen zum Kohärenzgefühl (SOC-Skala)

Der von Antonovsky entwickelte Fragebogen (Fragebogen zur Lebensorientierung)

dient der empirischen Erfassung des SOC.

Seite 1+2

Fragebogen zur Lebensorientierung

Fragebogen zur Lebensorientierung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Auf jede Frage gibt es 7 mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt. Geben Sie auf jede Frage nur eine Antwort.

1. Wenn Sie mit anderen Leuten sprechen, haben Sie das Gefühl, daß diese Sie nicht verstehen?

habe nie dieses Gefühl ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 habe immer dieses Gefühl

2. Wenn Sie in der Vergangenheit etwas machen mußten, das von der Zusammenarbeit mit anderen abhing, hatten Sie das Gefühl, daß die Sache

keinesfalls erledigt werden würde ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 sicher erledigt werden würde

3. Abgesehen von denjenigen, denen Sie sich am nächsten fühlen – wie gut kennen Sie die meisten Menschen, mit denen Sie täglich zu tun haben?

sie sind Ihnen völlig fremd ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 Sie kennen sie sehr gut

4. Haben Sie das Gefühl, daß es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?

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

5. Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten?

das ist nie passiert ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 das kommt immer wieder vor

6. Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht?

das ist nie passiert ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 das kommt immer wieder vor

7. Das Leben ist

ausgesprochen interessant ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 reine Routine

8. Bis jetzt hatte Ihr Leben

überhaupt keine klaren Ziele oder einen Zweck ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 sehr klare Ziele und einen Zweck

9. Haben Sie das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden?

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

10. In den letzten zehn Jahren war Ihr Leben

voller Veränderungen, ohne daß Sie wußten, was als nächstes passiert ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ganz beständig und klar

11. Das meiste, was Sie in Zukunft tun werden, wird wahrscheinlich

völlig faszinierend sein ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 todlangweilig sein

12. Haben Sie das Gefühl, 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

13. Was beschreibt am besten, wie Sie das Leben sehen?

 1 2 3 4 5 6 7

man kann für
schmerzliche Dinge
im Leben immer
eine Lösung finden

es gibt keine Lösung
für schmerzliche
Dinge im Leben

14. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, passiert es sehr häufig, daß Sie

 1 2 3 4 5 6 7

fühlen, wie schön
es ist zu leben

sich fragen, warum
Sie überhaupt da sind

15. Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, ist die Wahl einer Lösung

 1 2 3 4 5 6 7

immer verwirrend
und schwierig

immer völlig klar

16. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle

 1 2 3 4 5 6 7

tiefer Freude und
Zufriedenheit

von Schmerz und
Langeweile

17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich

 1 2 3 4 5 6 7

voller Veränderungen
sein, ohne daß Sie wissen,
was als nächstes passiert

ganz beständig
und klar sein

18. Wenn in der Vergangenheit etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu,

 1 2 3 4 5 6 7

sich daran zu verzehren

zu sagen: „Nun gut,
seis drum, ich muß
damit leben“ und wei-
terzumachen

19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?

 1 2 3 4 5 6 7

sehr oft

sehr selten oder nie

20. Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,

 1 2 3 4 5 6 7

werden Sie sich sicher
auch weiterhin gut fühlen

wird sicher etwas
geschehen, das
das Gefühl verdirbt

21. Kommt es vor, daß Sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten?

 1 2 3 4 5 6 7

sehr oft

sehr selten oder nie

22. Sie nehmen an, daß Ihr zukünftiges Leben

 1 2 3 4 5 6 7

ohne jeden Sinn und
Zweck sein wird

voller Sinn und
Zweck sein wird

23. Glauben Sie, daß es in Zukunft immer Personen geben wird, auf die Sie zählen können?

 1 2 3 4 5 6 7

Sie sind sich dessen
ganz sicher

Sie zweifeln daran

24. Kommt es vor, daß Sie das Gefühl haben, nicht genau zu wissen, was gerade passiert?

 1 2 3 4 5 6 7

sehr oft

sehr selten oder nie

25. Viele Menschen – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel oder Unglücksrabe. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

 1 2 3 4 5 6 7

nie

sehr oft

26. Wenn etwas passierte, fanden Sie im allgemeinen, daß Sie dessen Bedeutung

 1 2 3 4 5 6 7

über- oder unterschätzten

richtig einschätzten

Item-Nr.	SOC-Komponente	Facetten-Elemente	Richtung	Kurzform
1	V	1312	negativ	
2	H	1111	positiv	
3	V	1322	positiv	
4	B	1222	negativ	K
5	V	1221	negativ	K
6	H	1221	negativ	K
7	B	2332	negativ	
8	B	2331	positiv	K
9	H	1222	positiv	K
10	V	2331	positiv	
11	B	1313	negativ	
12	V	2232	positiv	K
13	H	2332	negativ	
14	B	2132	negativ	
15	V	1112	positiv	
16	B	1312	negativ	K
17	V	2333	positiv	
18	H	3211	positiv	
19	V	2122	positiv	K
20	H	1113	negativ	
21	V	3122	positiv	K
22	B	2333	positiv	
23	H	1223	negativ	
24	V	2233	positiv	
25	H	3131	negativ	K
26	V	1211	positiv	K
27	H	1313	negativ	
28	B	1212	positiv	K
29	H	3122	positiv	K

27. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, mit denen Sie in wichtigen Lebensbereichen wahrscheinlich konfrontiert werden, haben Sie das Gefühl, daß

es Ihnen immer gelingen 1 2 3 4 5 6 7 Sie die Schwierigkeiten nicht werden meistern können

28. 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

29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie nicht sicher sind, ob Sie sie kontrollieren können?

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

A 1-2 Kodifizierung der Items

Die Tabelle zeigt für jedes Item die Zuordnung zu den drei Komponenten des SOC: V = Verstehbarkeit, H = Handhabbarkeit, B = Bedeutsamkeit.

In der Spalte „Facettenelemente“ ist die Profilstruktur der Items entsprechend der Ableitung aus dem Abbildungssatz (vgl. S. 81) angegeben. Die vier Ziffern repräsentieren die Elemente der Facetten A, B, C und D.

Die Werte in den einzelnen Komponenten des SOC und der SOC-Gesamtwert ergeben sich durch Addition der Skalenwerte, wobei die in der Spalte „Polung“ gekennzeichnete Richtung (positiv/negativ) berücksichtigt werden muß: Bei positiv gepolten Items geht der jeweilige Skalenwert ein; wurde z.B. eine 2 angekreuzt, so beträgt der zu addierende Wert 2. Bei negativ gepolten Items dagegen erhält der niedrigste Skalenwert (also 1) den höchsten zu addierenden Wert (also 7); wurde auf einer negativ gepolten Skala eine 2 angekreuzt, so beträgt der zu addierende Wert somit 6, bei einer 3 wäre er 5 usw.

Auswertungsschema

Item-Nr	Polung	V
1	-	
3	+	
5	-	
10	+	
12	+	
15	+	
17	+	
19	+	
21	+	
24	+	
26	+	

Summe V: _____

Item-Nr	Polung	H
2	+	
6	-	
9	+	
13	-	
18	+	
20	-	
23	-	
25	-	
27	-	
29	+	

Summe H: _____

Item-Nr	Polung	B
4	-	
7	-	
8	+	
11	-	
14	-	
16	-	
22	+	
28	+	

Summe B: _____

SOC-Gesamt: _____

Quelle: Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese*. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 192-198.

Anhang A 2. Vortrag, EASA-Konferenz 2010, englisch

EASA-Conference, Ireland

Friday, 27th of August 2010, 11:30

Workshop 072: *Complementary and alternative medicines and biomedicine in chronic diseases: What do we learn from the margins?*

Good morning and welcome! I'm glad to have the first speech today and want to thank you for your invitation.

I am Brigitte Leitner and the title of my thesis is *Turning points on the way to health*. I believe it fits perfectly to the topic of the EASA conference this year, "crisis and imagination", so I made sent application although I have not finished my study of Cultural- and Social Anthropology at the University of Vienna just yet.

Today I want to talk about my action research project, the used methodology and the process within I went through and which I analyse and write about in my work. The project deals with the combination of two therapeutic systems from different worlds in case of cancer.

As the base of my research I use my one diagnosis of cancer in 2007 and the following medical therapies, which lasted nine months. The project also includes the time of analysis, which followed after the therapies. My research process is not finished yet, so I have no final solution to present today. Also not the disease itself is the topic.

Object of research are thus the experiences of a former cancer patient from the western world, who used two therapeutic systems interlaced into each other: biomedicine in Austria and a therapeutic system in Uzbekistan in Centralasia – the Nursafardiyya therapeutic system – which can be categorized as oriental medicine.

I want to give you a short description of my therapies:

Through the biomedical therapies my doctors battled against cancer by killing the cancer cells. My whole body was involved in this therapy, but the cancer cells are weaker than the most of the healthy cells and so they die first. I was operated and my doctors gave me chemotherapy and radiotherapy. Also I had psychooncological support. The Nursafardiyya therapeutic system was intended to bring back the power of resistance in body and soul. They strengthened the immune system, to make it able

(again) to dispose cancer-cells by itself. To reach this, the healer, who is called tabib, used pulse diagnosis to define the status of the body. Then he gave me herbs, showed me exercises with respiration and movement and administered a diet. The goal of my therapy in Uzbekistan was to strengthen and detoxify my body. My stay in Uzbekistan lasted four weeks and took place between chemotherapy and radiotherapy.

To give you an idea, how this therapeutic system works, I show you some pictures:



Fig. 1: collecting herbs



Fig. 2: crushing roots



Fig. 3: producing digestions from the herbs

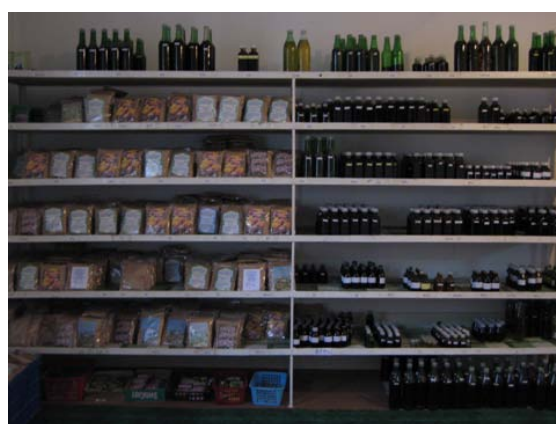


Fig. 4: products made from herbs



Fig. 5: respiration exercises



Fig. 6: respiration exercises (all pictures: Leitner)

In my presentation these therapeutic systems are NOT the main topic. Each therapeutic system is self-completed and functions in its own and special way. Also I'm not talking about my experience with using two different therapeutic systems interlaced into each other. The topics today are the action research process and the intermediate results in this process. First I want to explain the methodology used.

Methodological approach: action research

Action research has its roots in the 1930s, in the fieldwork methods of the US-American psychologist Kurt Lewin. With his methodology he wanted to gain knowledge about social systems and groups and together with them work out answers for their problems. It is the goal of action research to connect theory and practical aspects and make them useful for each other. This should happen through cooperative problem solving between scientists, practitioners and concerned persons in the field of research.

There is an equivalent anthropological methodology in use, which is called action anthropology. The first anthropologist, who worked with this methodology was the US-American researcher Sol Tax in the 1940s, when he led a big research within a group named Mesquaki. Action anthropology also strives for bringing a social correlation of action into research. Social, economical, ecological and political problems within the daily life are included for research with a manageable number of persons who are concerned, and also to find out possible answers.

My work follows the French tradition of action research. If talking about action research in the following presentation, I always refer to this direction.

For the French tradition it is characteristic, that the research is done not by scientists who come from outside, but by people who are personally involved. Thus the best known expert of French action research, Henri Desroche, calls it *participation observante* in the *recherche-action*.

The researcher incorporates two roles. While he/she is involved and engaged into the process during a phase of commitment, he/she steps back in a phase of distance to analyse and reflect the experiences within a dialog between him/her, lecturing tutors, fellow students or assistants. They form an atmosphere of inner resonance and images

for the researcher and his/her findings. Also theory is used by the researcher in this phase, for analysing and reflecting the experiences. This reflecting distance leads back to the sphere of activity, but to another level. *“To look together with theory has opened the eyes of blind practical sphere”*, explains action researcher Maria Prieler-Woldan (1996).

In contrast to classical natural scientifically ideas of research, which go a linear way, the action researcher reaches new layers in a helical-like process of action and reflection, because he/she is reflecting his/her experiences many times.

Action research is oriented in the process, while classical research is oriented on results.

The outcomes of action research projects are dependent on process and perception. In the process of the research it is possible, that changes occur in the sphere of activity. To say it more clearly, it is a goal of this method to influence the outcome of the research. With a negative word you could call it manipulative; in positive words it includes the possibility to cause a change.

Also the researcher him-/herself is submitted to a transformation, because he/she is part of the process in an existencielly way. The researcher jumps into the maelstrom of events, in opposition to the conventional researcher, who tries to keep outside.

One of the most criticized points of action research constitutes the question about its objectivity. During my work, I myself asked this question again and again: How can information be objective, which I collected out of my own experiences, and secondary which I analysed by myself?

An answer can be found in one of the purposes of action research: The precise description of the ideas, emotions and reflections of the action researcher in relation to the situations he/she has faced give an insight into the process and an understanding of the outcoming results.

Project “Turning Points”

Now I give a short presentation of my own project. It escorts a process in a scientific way, which started with a tabula rasa situation – the diagnosis cancer – and lasted several years. The crisis of the disease caused the loss of trust in many areas of my life,

and this was the real crisis – the loss of trust. After a successful treatment period spanning nine months the following questions describe this time of insecurity best:

Which medicine is right for me? To whom should I go for support?

These questions became questions of research in my project, whose aim is to find an answer. The first material which I use are notes from my diary during the period of the therapies about my experiences and feelings at that time.

After the therapies and when I had decided on the question of research, I wrote the autobiographical part. It describes the whole period of therapies and five turning points, which happened in this period.

Then I started the data analysis. This includes discussions with my professor for reflexivity and literature from the medical sociological and medical anthropological field. Thus the question of research is treated several times from different perspectives and aspects.

The main analysis of the turning points is carried out with the theoretical concept of Salutogenese. This concept was developed by the medical sociologist Aaron Antonovsky. Salutogenese in case of problems brings resources into focus. Antonovsky asks in his concept, how humans can stay healthy despite daily hassles and worse circumstances. He is working with ideas of life, calls this “sense of coherence” and believes, that this attitude towards life depends on comprehensibility, manageability and meaningfulness of the life experiences.

Today the time is too short to tell more about Salutogenese, so I continue with the process of my action research project. Intermediate data developed, which brought up new questions. I call them sub questions. When the project is finished, they should lead like pearls along a line to the answers of the questions of research.

Starting points are the **questions of research**:

Which medicine is right for me? To whom should I go for support?

With **sub question 1** I tried to bring structure into the amount of data about the time of therapy. I asked: *What turning points happened from April to December 2007?*

One of these turning points is a statement from a healer in Uzbekistan: “*There is no cancer in your body!*” Later I will tell you more about this, but before I talk about first results.

With the help of feedback-sessions with my Professor I found out, that I percept nature as positive and chemistry as negative. This implies that my experiences with the different therapies are based on my personal beliefs.

Next I realized, that – after the operation – I was examined within two complete therapeutic systems which have had the same goal: to avoid the recurrence of the disease. Each of them worked within its own view of disease and health.

But how are the patients during their time of therapy? In which extent do the personal preferences play a role? I used two therapeutic systems without being able to engage with them. What developed was an inner conflict and the question *To whom should I go for support?* stood without answer.

Sub question 2 came into being: Can I entrust myself to a therapeutic system, because I believe in its mode of working and functioning, or is the relation with representatives of therapeutic systems, that helps me to entrust myself? Or is it something completely different? *What does a patient need to trust the person, whom he/she entrusts himself/herself, to have the competence of healing?*

I turned again towards the turning points. Through reflective discussions with my professor my attention turned from the turning points and their personal experience world to another path of thinking. I asked: Why was the turning point for me a turning point? In a first analysis I found out, that only one turning point, “*There is no cancer in your body!*”, is in relationship with representatives of therapeutic systems. This led to the following question, **sub question 3**: *Why was the statement from the tabib in Uzbekistan for me a turning point, but not the analogous same statement from my biomedical doctor after the operation?*

The situation was like this: my biomedical doctor told me after the operation, that she was able to eliminate the ill parts completely. But, unfortunately, there would be chemotherapy necessary. It was still the same situation as half a year later in Uzbekistan, when the tabib after puls diagnosis told me: “*There is no cancer in your body!*”

I could not believe the message of the biomedical doctor and went through the following months of chemotherapy in fear of the invisible danger cancer in my body and without belief in future. But in the statement of the tabib I believed and it was for me the starting point for going on and making planes.

Then there followed more discussions for reflexivity and intensive work with literature. In this working process the following understanding appeared: I am the one who is trusting. As well as help is offered from doctors and healers, I am the one who is entrusting myself to somebody. I decide, to whom I trust. This made me ask **sub question 4:** *What are the general conditions for trusting?*

As the process is not finished yet, I have to stop at this point. Finally I summarize important points of the methodology, the French tradition of action research. It is:

- situated in practical aspects and in theory, with phases of commitment and phases of distance
- working in a helical way
- looking for solutions and changing the sphere of activity
- dependent on process and perception
- not objective, but comprehensible
- and it is used by people in their own practical field.

With this methodology I proposed an exemplary approach, how non-western therapeutic systems can be examined and related to biomedicine.

Thank you for your attention!

Zusammenfassung: *Schlüsselmomente auf dem Weg zur Gesundheit*

Dieses auf autobiografischem Zugang basierende Aktionsforschungsprojekt (französische Richtung) analysiert die ineinander verschachtelte Verwendung von zwei Therapiesystemen aus verschiedenen Welten. Als Forschungsbasis dient die Krebsdiagnose der Autorin, einer ehemaligen Krebspatientin aus den westlichen Industriestaaten, sowie ihre darauf folgende neunmonatige Therapiezeit, in der sie zwei Therapiesysteme nutzte: Biomedizin in Österreich und Orientalischen Medizin in Usbekistan. Ziel des Projektes war es, mit Hilfe von fünf subjektiven Schlüsselmomenten, die in dieser Zeit aufgetreten sind, auf die folgende Forschungsfrage eine Antwort zu finden: *Welche Medizin ist für mich die richtige bzw. wem kann ich mich als Patient/in anvertrauen?*

Anhand der im Aktionsforschungsprozess stattgefundenen Reflexionsgespräche mit dem wissenschaftlichen Betreuer und der Bearbeitung der Schlüsselmomente mit medizinsoziologischer Literatur (Theorie der Salutogenese von Aaron Antonovsky) und medizinethnologischer Literatur (Medizinpluralismus, Gesundheit und Krankheit, Liminalität) erfolgte eine Analyse der gesammelten Daten.

Der Prozess der Arbeit führte zu den Themen: Weltsicht und Sichtweisen auf das Leben sowie Beziehung und Kommunikation.

Als Antworten auf die Forschungsfrage kristallisierte sich heraus:

1. Die TherapieKOMBINATION ist für die Autorin die richtige Medizin.
2. In der Zeit der Erkrankung ist der/die Patient/in auf die Hilfe anderer angewiesen, um zu überleben. Um sich den Ärzten/innen bzw. Heilern/innen in dieser Situation anvertrauen zu können, ist es für ihn/sie notwendig, von diesen als Spezialist/in für die eigene Heilung anerkannt zu werden, genauso wie es für den/die Patient/in notwendig ist, das Spezialistentum der Ärzte/innen und Heiler/innen anzuerkennen.

Schlagwörter: Aktionsforschung, Medizinpluralismus, Krebs, Biomedizin, Orientalische Medizin, Salutogenese, Weltsicht

Abstract: *Turning points on the way to health*

This thesis presents an action research project (French tradition), which is based on a biographical assessment. It is the analysis of the combination of two therapeutic systems, from different worlds, as used by the author as a former cancer patient.

After a crisis period spanning nine months, during which the author employed alternatively both the biomedicine in Austria and the oriental medicine in Uzbekistan, she realized five turning points. With these points she proceeded with the research, having them as objectives, finding answers to the following questions: *Which medicine is right for me? To whom should I go for support?*

By receiving feedback during the process from her professor and using the theory Salutogenese from Aaron Antonovsky, which brings resources into focus, as well as medical anthropological theories (medical pluralism, disease and health, liminality) to analyse the turning points, the answers were worked out.

The process of work led to the following topics: views of life and different world outlooks, as well as relationship and communication.

The author found out, that the combination is the right medicine for her. Secondly, in times of illness the patient is not able to stay alive without help. To be able to trust, she needs to be accepted from doctors and healers as the specialist for her own cure, as well as she needs to accept the special knowledge of the doctors and healers.

Keywords: action research, medical pluralism, cancer, biomedicine, oriental medicine, Salutogenese, ideas of life

Curriculum Vitae – Brigitte Leitner

Geburtsdatum: 04.07.1969
Sprachen: Deutsch, Englisch
Kontakt: a9575897@unet.univie.ac.at

Schul Ausbildung

03.2000 – 06.2003 HTBLA Linz (OOE)
Berufsreifeprüfung (Gegenstände: Deutsch, Visuelles
Gestalten Kunst und neue Medien, Englisch, Mathematik)

07.1999 – 08.1999 Int. Sommerakademie für bildende Kunst Salzburg (SBG)
Illustration

01.1998 – 03.1998 Landesberufsschule Linz (OOE)
Druckvorstufentechnikerin

09.1993 – 06.1994 Designzentrum Pöchlarn WIFI NOE
Kommunikationsdesignerin

07.1984 – 05.1987 Landesberufsschule Schrems und Wr. Neustadt (NOE)
Bürokauffrau (mit Auszeichnung abgeschlossen)

09.1983 – 06.1984 Haushaltungsschule „Schulschwestern“ Amstetten (NOE)

09.1975 – 06.1983 Volk- und Hauptschule Randegg (NOE)

Studienverlauf

10.2003 – 12.2010 Diplomstudium Kultur- und Sozialanthropologie
(Universität Wien)
Titel der Diplomarbeit:
„Schlüsselmomente auf dem Weg zur Gesundheit“

Studienschwerpunkte:
Medizinethnologie
Interkulturelle Kommunikation

Arbeitserfahrung

- 11.1994 – 09.2003 Grafikerin, Layouterin, Reinzeichnerin, Werbeassistentin
versch. Agenturen, Druckvorstufenbetriebe & Verlage
z.B. Heidlmair, Createam, Krammer, Conquest, Copyright
Linz (OOE), Amstetten (NOE)
- 07.1984 – 09.1993 Bürokauffrau Druckerei Queiser, Amstetten (NOE)

Feldforschung & Exkursion (Ausland) / Praktika (Inland)

- 10.2008 (4 Wochen) Feldforschung für Diplomarbeit (Usbekistan):
„Schlüsselmomente auf dem Weg zur Gesundheit“
- 10.2007 (4 Wochen) Auslandsexkursion (Usbekistan):
„Das Nursafardiyya-Therapiesystem“
- 10.2006 – 12.2006 Interkulturelle Elternberatung (W)
Interkulturelles Zentrum, Kurs
- 08.2006 (5 Wochen) Desserteurs- und Flüchtlingsberatungsstelle (W)
Praktikum

Konferenzen & Vorträge

- 08.2010 European Association of Social Anthropology (Irland)
Paperpräsentation: „Turning points on the way to health“
- 05.2010 Österr. Orientgesellschaft Hammer-Purgstall (W)
Vortrag: „Das Therapiesystem Nursafardiyya“
- 10.2005 Weltkonferenz der Ethnotherapien München (DT)
Mitarbeit als Studentin
(Workshop-Organisation & -Betreuung,
Assistenz & Mitarbeit beim Rahmenprogramm)
- 10.2004 Weltkonferenz der Ethnotherapien München (DT)
Mitarbeit als Studentin
(Assistenz & Mitarbeit beim Rahmenprogramm)